

# RUMMOS PARA CAMPORO +2

COMPROMISSOS  
DO GOVERNO  
BRASILEIRO  
COM A PLATAFORMA  
DA CONFERÊNCIA  
INTERNACIONAL  
SOBRE  
POPULAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO

# RUMOS PARA CAIRO +20

**COMPROMISSOS  
DO GOVERNO  
BRASILEIRO  
COM A PLATAFORMA  
DA CONFERÊNCIA  
INTERNACIONAL  
SOBRE  
POPULAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO**

## Índice

**Apresentação, 7**

**Nota das organizadoras, 9**

**Síntese das saudações das integrantes da Mesa de Abertura, 11**

### **Conferência de Abertura**

A Plataforma de Cairo e as iniciativas na América Latina e Caribe para a sua realização no contexto de Cairo + 15 – Taís de Freitas Santos, 13

### **Primeira mesa: *Balanço das ações e perspectivas para o futuro***

O legislativo e o Programa de Ação da CIPD – Angela A. Donini e Alcinda M. Machado Godoy, 19  
Balanço e Propostas Rumo ao Cairo +20: a perspectiva da CNPD – Eduardo Rios Neto, 41  
Debate, 61

### **Segunda mesa: *Acesso à contracepção segura***

Acesso à contracepção segura – André Junqueira Caetano, 63  
Debate, 85

### **Terceira mesa: *Acesso ao aborto legal***

Acesso ao aborto legal e ao abortamento inseguro: a barreira dos valores – Gilberta Soares, 87  
Debate, 105

### **Quarta mesa: *Educação integral em sexualidade dos jovens***

Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais – Cristiane S. Cabral e Maria Luíza Heilborn, 107

Debate, 135

**Quinta mesa: *Prevenção do HIV/AIDS entre mulheres***

Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco – Regina Maria Barbosa e Inês Perpétuo, 137

Debate, 157

**Sexta mesa: *Atenção às DST em mulheres***

Atenção às DST em mulheres – Wilza Vieira Villela e Valdir Pinto, 85

Debate, 179

**Síntese das recomendações e encaminhamentos da Oficina, 181**

**Anexo 1:** Programação da Oficina de Trabalho: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para Cairo + 20, 185

**Anexo 2:** Glossário, 189

**O Brasil como um dos países signatários da Plataforma está comprometido com as metas a serem atingidas até 2014, por meio de políticas públicas e atividades programáticas**

## Apresentação

Esta publicação é resultado da Oficina de Trabalho “Compromissos do Governo Brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo + 20”, realizada em dezembro de 2009. Aqui estão reproduzidos as intervenções apresentadas pelas/os participantes, uma síntese dos debates e as recomendações e encaminhamentos aprovados.

Promovida pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Ministério da Saúde, com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas, a Oficina reuniu gestoras e gestores públicos, pesquisadoras e pesquisadores, especialistas e representantes de organizações do movimento social para discutir e avaliar a implementação dos compromissos assumidos pelo Brasil em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

A Conferência de Cairo representa ainda hoje, um marco no tratamento das questões relativas ao planejamento e desenvolvimento populacional. É a partir de sua realização que as perspectivas “controlistas” dão lugar à perspectiva de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva.

O Brasil como um dos países signatários da Plataforma está comprometido com as metas a serem atingidas até 2014, por meio de políticas públicas e atividades programáticas. A proximidade desta data limite impõe à comunidade internacional e ao Brasil, em particular, uma análise do que foi realizado e das lacunas ainda existentes, visando propor ações que permitam o cumprimento exitoso dos compromissos assumidos.

É importante ressaltar que houve avanços importantes no Brasil. Estes se referem tanto a criação de novos marcos normativos consoantes com a perspectiva de direitos quanto à implementação de políticas públicas concretas, expressas em planos e programas como o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Por outro lado, é igualmente importante reconhecer que a equidade no acesso aos serviços e insumos que garantam o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de cidadãs e cidadãos brasileiros ainda é um desafio a vencer.

Foi com o objetivo de contribuir para esse processo, que a Secretaria de Políticas para Mulheres propôs a realização desta oficina, na qual durante dois dias de intensa discussão, foram examinadas as realizações do governo brasileiro e as dificuldades enfrentadas para o cumprimento dos compromissos e das metas traçadas na Plataforma. Na ocasião também foram definidas recomendações e encaminhamentos para a ação futura das instâncias governamentais em direção a Cairo + 20.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Apresentação

No momento que se completa 15 anos da realização da Conferência de Cairo é fundamental renovar o compromisso do Estado brasileiro com um olhar abrangente sobre os princípios estabelecidos em sua Plataforma, não os reduzindo a uma área disciplinar ou campo de saber.

Entre as recomendações derivadas da Oficina, encontra-se a de revitalizar a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), reconhecendo seu inestimável papel de monitoramento permanente do cumprimento dos compromissos assumidos e de proponente de estratégias para superação de obstáculos a sua implementação.

Como se poderá observar a partir da leitura da presente publicação, há um acirrado debate acerca das políticas e estratégias para o alcance das metas de Cairo. Temos a convicção de que é a partir do confronto de idéias e posições que encontraremos os melhores caminhos para viabilizar nosso compromisso enquanto país com uma vida plena de igualdade e direitos para cada cidadão e cidadã brasileira. Boa leitura.

**Nilcéa Freire**

Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Apresentação

## Nota das organizadoras

Foi realizada, dias 10 e 11 de dezembro 2009, por iniciativa da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) e com apoio do Fundo de População das Nações Unidas, uma oficina de trabalho visando analisar os avanços realizados pelo governo brasileiro no cumprimento dos compromissos assumidos com a plataforma do Cairo nos aspectos relativos aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e identificar as lacunas ainda existentes.

O objetivo de tal proposta foi contribuir, por meio de recomendações e sugestões, para o delineamento de ações para os próximos cinco anos que permitam ao país um balanço positivo em 2014, término da vigência dos acordos estabelecidos em 1994.

Para tanto, um grupo de cerca de 50 pesquisadores/as, gestores/as e lideranças da sociedade civil foi convidado a se debruçar, ao longo de dois dias de trabalho, sobre os seguintes temas: acesso à contracepção segura, acesso ao aborto legal, prevenção do HIV/AIDS, educação sexual dos jovens e atenção às DST.

Cada um dos temas foi apresentado por um/a especialista e debatido pelo/a gestor/a responsável pela implementação das ações de governo relativas ao respectivo tema. Este formato teve a intenção de facilitar o entendimento da relação entre os resultados, analisados pelos/as pesquisadores/as, e ações governamentais específicas.

No sentido de situar o debate num cenário mais amplo, as apresentações foram precedidas por uma análise do estado atual dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na América Latina, dos avanços relativos à garantia desses direitos no legislativo brasileiro e da atuação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, respectivamente.

Esta publicação pretende compartilhar a riqueza da oficina com os/as demais interessados/as na garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e no cumprimento da Plataforma do Cairo no País. Para tanto, os textos que subsidiaram as exposições dos/as pesquisadores/as são apresentados na íntegra, seguido de excertos dos debates. A síntese das recomendações e encaminhamentos da oficina encerra esta publicação.

Desejamos uma leitura proveitosa e agradável.

As organizadoras.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Nota das  
organizadoras

## Mesa de Abertura

**Márcia Bassit** – Ministra da Saúde (interina)

**Télia Negrão** – Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde,  
Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

**Alice Portugal** – Deputada Federal

**Nilcéa Freire** – Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres

### Síntese das saudações das integrantes da Mesa de Abertura

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
saudações das  
integrantes  
da Mesa de  
Abertura

A Ministra da Saúde interina, Dra. Márcia Bassit, saudou a oportunidade do seminário e comentou as ações e avanços obtidos em relação às políticas de atenção integral à saúde das mulheres, tendo em vista a comemoração dos 25 anos do PAISM. No balanço do Programa Mais Saúde, o planejamento familiar havia sido uma das ações mais bem avaliadas. Temas como o planejamento reprodutivo, atenção ao pré-natal, ao aborto inseguro, às vítimas de violência, a vigilância da morte materna, o Pacto pela Redução da Mortalidade Neonatal e Materna integram hoje a agenda estratégica do MS. Houve avanços também no acesso da população aos medicamentos, a exames (como mamografias), a tratamentos de quimioterapia e radioterapia, distribuição de preservativos, dentre outros.

A ministra também destacou alguns dos desafios para os próximos anos: proteção frente à grande incidência de Aids entre as mulheres; melhoria da atenção ao pré-natal, aumentando o número de consultas; incentivo à prática responsável do parto domiciliar; construção e fortalecimento das redes de atenção obstétrica na linha do cuidado; expansão das redes estaduais de atenção integral à saúde da mulher em situação de violência; monitoramento dos serviços de aborto legal; ampliação da produção nacional de contraceptivos; melhoria do ambiente hospitalar; implementação da atenção integral à saúde das mulheres na fase do climatério e menopausa.

A secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Télia Negrão, ressaltou a importância do monitoramento eficiente dos avanços e obstáculos das políticas públicas nos quinze anos pós-Cairo, considerando a falta de recursos encontrada para esta tarefa nos últimos anos. Reafirmou a necessidade de construir estratégias para o cumprimento da Plataforma do Cairo em diálogo com o Estado.

Segundo Télia, o movimento de mulheres foi protagonista na Conferência do Cairo, na qual os direitos humanos foram explicitados no campo da sexualidade e da reprodução, reconhecendo-se que as mulheres fazem parte de um contingente que tem menores condições de decidir sobre os

rumos de suas vidas. Dentre os desafios, aponta alguns temas, tais como, proteção ao HIV, atenção à violência doméstica e sexual, redução da morte materna, financiamento da saúde e - o que designa de “agenda pendente” - legalização do aborto e afirmação de direitos relativos à diversidade sexual.

A Deputada Alice Portugal (PCdoB/BA) abordou o tema da participação das mulheres na política, também um dos objetivos da Plataforma do Cairo. Comentou o baixo percentual de mulheres que compõem a bancada feminina no Congresso Nacional, realçando o fato de não serem todas feministas. Embora o Colégio de Líderes tenha uma estrutura hierárquica muito rígida, uma parceria importante com o presidente da Câmara dos Deputados permitiu que, pela primeira vez, a Bancada Feminina nele tivesse assento, com direito a voz e não a voto. Lembra que nunca houve uma mulher ocupando cargo na mesa diretora da Câmara dos Deputados. Há uma PEC – proposta pela Deputada Luiza Erundina - em tramitação a esse respeito.

Encerrando a mesa de abertura, a Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Nilcéa Freire, destacou a importância de que as políticas públicas sejam formuladas sob a ótica da cidadania das mulheres. Os temas debatidos têm determinantes estruturais que obstaculizam, muitas vezes, o cumprimento da Plataforma. Devemos revigorar o olhar integral dos princípios estabelecidos na Plataforma do Cairo, não reduzi-los a uma área disciplinar ou campo de saber (demografia, saúde), mas acionar uma abordagem mais ampla para tornar-se um desafio.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
saudações das  
integrantes  
da Mesa de  
Abertura

## A Plataforma de Cairo e as iniciativas na América Latina e Caribe para a sua realização no contexto de Cairo + 15

Taís de Freitas Santos<sup>1</sup>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Conferência  
de Abertura

O que se pretende nesta fala é apresentar uma síntese do documento “Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-2009”, produzido e apresentado no Seminário Regional “Avances y acciones clave para la implementación del programa de acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”, seminário este preparado pelo Centro Latino-americano e Caribenho de Demografia (CELADE) – Divisão de População da CEPAL, em coordenação conjunta com o Escritório Regional para América Latina e Caribe e com o Escritório do Caribe do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), e em colaboração com as Divisões da CEPAL de Assuntos de Gênero e de Desenvolvimento Social.

O documento apresenta progressos alcançados, limitações e questões pendentes na implementação do Programa de Ação do Cairo e sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na América Latina. O documento também sugere o caminho a ser seguido, observando os desafios da região, tanto para os que não atingirem os objetivos estabelecidos quanto pelo surgimento de novos problemas e questões emergentes não necessariamente considerados no Cairo.

Pode-se dizer que a América Latina sofreu uma profunda transformação demográfica nas últimas décadas, a transição demográfica. Na maioria dos países latino-americanos, o declínio da mortalidade iniciou o processo de transição demográfica que ocorreu em um contexto de melhoria das condições de vida, da urbanização, do aumento da educação, da redução da fecundidade, da expansão da cobertura urbana dos serviços de saúde, dos avanços na medicina.

Em meados do século passado, a expectativa de vida ao nascer era de 52 anos e a taxa de mortalidade infantil chegou a 127 mortes por mil nascimentos. Durante os cinco anos 2005-2010 esses valores foram estimados em 73,4 anos e 21,7 por mil, respectivamente. No entanto, apesar do caminho seguido para a convergência nos níveis, ainda persistem diferenças significativas, o que mostra que há ainda uma margem ampla para aumentar a sobrevivência dos povos da região, especialmente considerando que o nível de mortalidade é semelhante ao que exibiram os países mais desenvolvidos há 25 anos.

<sup>1</sup> Representante Auxiliar e Coordenadora de Programas do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA Brasil.

A fecundidade tem sido o fator da mudança demográfica com maior impacto na determinação da estrutura etária da população dos países. A taxa de fecundidade total declinou de 5,9 filhos por mulher em 1950-1955 para 2,4 filhos entre 2005-2010. O declínio da fecundidade ocorreu em todos os países da região, como resultado de um desejo de homens e mulheres de terem menos filhos e maior acesso à educação e do aumento do uso de métodos modernos de planejamento familiar, facilitado principalmente pela oferta de programas de saúde reprodutiva. A heterogeneidade de situações, como no caso da mortalidade, também se faz notar. De fato, à semelhança da mortalidade, a taxa de fecundidade total da região apresenta grandes variações entre os países, entre as áreas urbanas ou rurais, entre os níveis de escolaridade e renda, status étnico-racial e outras variáveis.

Na América Latina, a migração internacional desempenha um papel importante na determinação da dinâmica demográfica, na dinâmica econômica e caracterização social dos países. É possível que a migração internacional desempenhe no futuro um papel mais importante na dinâmica populacional dos países, especialmente a médio e longo prazo, dada a crescente globalização das economias, o maior acesso a mercados de trabalho, as maiores facilidades para a mobilidade espacial das pessoas, a crescente internacionalização das redes familiares e, não menos importante, o impacto econômico das migrações sobre a situação das pessoas e as economias da região.

Se a principal transformação demográfica da América Latina durante o século passado foi determinada pelo seu forte crescimento - que passou de 161 milhões em 1950 para 547 milhões em 2005 -, a deste século corresponde a mudanças profundas na estrutura etária. Os grupos etários mais jovens, que aumentaram 2,5 vezes ao longo do último meio século, diminuirão cerca de 17% em 2050. No mesmo período, o grupo dos adultos aumentou 3,8 vezes. Mas o aumento mais impactante é dado pelo aumento da população idosa, que cresceu 5,4 vezes entre 1950 e 2005. Este contingente praticamente quadruplicará em 2050, superando os jovens por uma margem de 30%.

Este cenário foi apresentado para mostrar o envelhecimento da estrutura etária da população como a principal transformação demográfica em curso. Vale salientar, no entanto, que a região está vivendo um momento de repensar a concepção de políticas. Muitos dos países experimentaram ou estão experimentando um período em que diminui o peso relativo de pessoas dependentes. Esta situação, chamada de bônus demográfico ou janela de oportunidade demográfica, pode representar uma trégua potencial aos cofres públicos e permite um período de reformulação das abordagens de políticas públicas. Os programas de transferência condicional de renda, que procuram simultaneamente aliviar situações de emergência em termos de pobreza e o corte ciclo do intergeracional, são bons exemplos de tais políticas.

Da mesma forma, cita-se a reforma dos sistemas nacionais de saúde, mudando o paradigma baseado em cuidados por outros para um baseado na prevenção, as políticas de responsabilidades entre homens e mulheres e entre as famílias, Estado e mercado, que satisfaçam as necessidades

atuais e futuras dos cuidados de saúde na região, são fator fundamental para a coesão social e o desenvolvimento inclusivo. O investimento nos jovens, especialmente em educação e saúde, é talvez a melhor opção para se aproveitar o bônus demográfico e para melhor atender aos desafios do envelhecimento futuro.

Estas mudanças demográficas constituem apenas uma das particularidades em que se processou a execução do PoA (**Programa de Ação**). Outras características que devem ser destacadas são: a grande e persistente desigualdade socioeconômica e o contraponto entre pobres excluídos, um grande segmento da população e um outro pequeno, mas extremamente rico e poderoso; as complexidades e contradições culturais, especialmente em questões de sexualidade e reprodução, gênero e família; e, finalmente, a atual fraqueza institucional na região, incluindo o papel irregular do Estado, bem como a importância da sociedade civil.

Tendo em conta a integração das questões populacionais no planejamento do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza, a primeira constatação, em geral, é que a região tem feito enormes progressos na melhoria das condições de vida de milhões de mulheres e homens. Dezenas de milhões de pessoas saíram da pobreza e indigência nos últimos cinco anos, mas a América Latina continua a ser um continente classificado como de renda média baixa e caracterizado por uma distribuição desigual da riqueza. Os povos indígenas e negros sofrem grave discriminação no acesso a oportunidades e ao exercício dos direitos, os indicadores se refletem na forma de diferenciais absolutamente inaceitáveis.

O uso de informações sócio-demográficas e de conhecimentos para a formulação de planos e programas de desenvolvimento foi reforçado e ampliado em toda a região. Houve um aumento nas instâncias de articulação, transferência de conhecimentos e partilha de abordagens e metodologias para a produção desta informação. No entanto, a escassez de recursos humanos treinados em demografia e estudos de população e desenvolvimento é ainda fato observável. Este déficit é particularmente evidente nos institutos de estatísticas nacionais e escritórios de planejamento, a formação de perfis necessários deve ser um ponto de ação imediata para os países da América Latina.

Há ainda áreas temáticas relevantes em que a cobertura e atualidade da informação estão longe de ser aceitável, como nos casos de mortalidade materna, gravidez na adolescência, juventude, migração internacional, deficiência, mobilidade espacial da população dentro dos países, povos indígenas e afro-descendentes, catástrofes naturais e de gênero da violência. Nos últimos anos, os progressos no desenvolvimento de estatísticas de gênero têm sido importantes, mas muitos países latino-americanos não têm a capacidade para gerar informações sobre questões fundamentais, como a participação das mulheres em todos os níveis de tomada de decisão, a pobreza sob uma perspectiva de gênero, o trabalho remunerado e não remunerado das mulheres, o uso do tempo e da violência contra eles.

Persiste na região uma enorme distância entre a procura e a oferta de métodos contraceptivos. Diminuir esta distância é um desafio, que é parte de um desafio maior: reduzir o déficit de aplicação no exercício dos direitos reprodutivos e acesso à saúde sexual e reprodutiva, reconhecidamente em matéria de acesso a anticoncepcionais modernos e educação sexual, diminuição da fecundidade dos adolescentes e mortalidade materna.

A resposta ao HIV e à AIDS na região teve avanços que poderiam transformá-la na primeira no mundo a atingir os compromissos assumidos no Cairo e os ODMs. Mas os esforços nacionais ainda não são suficientes, porque os programas de prevenção não atingem as populações de maior risco, aquelas mais frágeis. Acrescente-se a isto que os esforços têm sido insuficientes para sensibilizar os jovens sobre o HIV e a AIDS e promover seu acesso aos serviços de prevenção. O estigma e a discriminação ainda pairam sobre pessoas com HIV, e os direitos reprodutivos. Apesar dos progressos, os governos devem desenvolver respostas mais estratégicas e mais coordenadas, enfatizando a prevenção na formulação de políticas e compromissos financeiros. Os países deveriam considerar cuidadosamente a situação dos adolescentes e jovens. Na América Latina e Caribe, a divulgação de informações e acesso à saúde sexual e reprodutiva são insuficientes e mostram diferenças acentuadas entre os setores sociais.

A fecundidade em adolescentes registrou menores declínios do que os outros grupos de idade, aumentando significativamente a sua contribuição para a fecundidade total. Diferenças nos níveis de acordo com o local de residência (urbana ou rural), escolaridade ou condição étnico-racial, denotam as desigualdades impostas no exercício dos direitos e o acesso às oportunidades de uma vida melhor. É necessário melhorar a prestação de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens, incluindo a educação sexual, os serviços adequados às necessidades deste grupo e do direito à privacidade e confidencialidade no acesso e consulta.

Progressos sobre a mortalidade materna não são claros, o que representa um desafio para as políticas. Ainda existem grandes desigualdades em saúde materna, denotando que esforços devem ser envidados no sentido de eliminar essas lacunas.

Em relação às questões de gênero e empoderamento das mulheres, o relatório constata o progresso na luta contra a discriminação, a desigualdade e a injustiça, mas mostra também que a situação da mulher latino-americana ainda está longe de ser satisfatória em várias frentes: diferenças salariais persistem, mesmo para trabalhos semelhantes aos executados por homens; maior informalidade na integração ao mercado de trabalho; pouca ou nenhuma proteção trabalhista; jornadas de trabalho que se multiplicam para manter uma distribuição de papéis tradicionais que sobrecarrega a população feminina com o cuidado às crianças, doentes e idosos; a discriminação no acesso a oportunidades para integrar as áreas de decisão, tanto pública como privada; níveis intoleráveis de violência contra as mulheres; dificuldades no exercício dos direitos reprodutivos e acesso global à saúde sexual e reprodutiva.

Há que se enfatizar, no entanto, que a luta contra a violência contra as mulheres tem avançado. A terceira geração de leis contra a violência de gênero é um indicador da relevância social do tema na região, incluindo a introdução de novos delitos, que reconhecem as situações que ocorrem dentro e fora de casa. O grande desafio continua sendo a sua implementação, especialmente no que diz respeito ao acesso à justiça, e um tipo de sanção apropriada.

Conforme já mencionado, a região continuou a avançar no processo de transição demográfica e as mudanças na estrutura etária trouxeram a abertura de uma janela de oportunidade demográfica temporária. Para que os benefícios trazidos pelas mudanças na população se transformem em realidade, pesados investimentos em capital humano e, especialmente, na juventude devem ser feitos. Fundamentalmente, precisamos de políticas educacionais e de trabalho adequadas e abrangentes, que possam cobrir os benefícios do vínculo sobre a cobertura da educação e aumentar o seu impacto na redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável.

Houve avanços significativos na área de política e de institucionalização da juventude, porém esta institucionalização enfrenta vários desafios em quase todos os países. Entre eles, a incorporação de uma abordagem transversal para facilitar a coordenação entre os diferentes setores do governo, para reduzir a duplicação de esforços, enfatizando ações eficazes, orientadas para a modificação de situações pré-existentes em que vivem os jovens.

No que se refere à migração internacional, a preocupação dos países tem aumentado e tem multiplicado também as instâncias de discussão e busca de consenso. Embora tenha havido avanços formais e uma sensibilização progressiva por temáticas anteriormente invisíveis, tal como a proteção dos direitos dos migrantes e da discriminação que enfrentam muitas vezes, isso ocorre em paralelo a um clima desfavorável à imigração para países desenvolvidos. Reverter este clima e promover uma agenda global que reconheça o direito dos migrantes é um dos maiores desafios a ser superado.

No que concerne à agenda futura para além do ano 2014, podemos concluir que uma tarefa fundamental é reafirmar o compromisso de atingir as metas do Cairo e os ODM até o horizonte temporal proposto, mediante a mobilização de recursos necessários. A falta de financiamento adequado continua sendo o maior obstáculo para a plena realização desses objetivos.

É preciso recordar que os avanços da região não estão esculpidos em pedra. Ao contrário, a América Latina sabe o que significa perder em momentos de crise os progressos alcançados durante as fases de crescimento. Os governos devem manter e aumentar os orçamentos para o desenvolvimento de sistemas de informação, formação de recursos humanos treinados em demografia e população, a implementação de políticas que levem em conta as tendências da população e suas relações com o desenvolvimento, buscando a igualdade de gênero e a promoção dos direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva.

A maior lição, que resulta da análise de tudo o que ocorreu nos últimos quinze anos, é que estamos frente a um processo cujo horizonte temporal vai muito além do que foi estabelecido em 1994 no Cairo.

Para as próximas décadas novos acordos deverão ser gerados, novas metas deverão ser estabelecidas e novas medidas deverão ser implementadas. Uma série de questões emergentes, algumas não explicitadas no Programa de Ação do Cairo, deverá ser considerada, já que estão diretamente relacionadas com a dinâmica da população, sendo até às vezes parte integrante delas. A continuação do envelhecimento populacional, a existência de sociedades com relações intergeracionais mais complexas, os efeitos da segunda transição demográfica, as alterações climáticas, desastres naturais e crises humanitárias, a crise econômica e alimentar, a expansão da “nova epidemia” de HIV, a articulação entre os papéis produtivos e reprodutivos baseados no compromisso de Quito, o contínuo processo de urbanização associado à pobreza urbana, a crescente importância das migrações internacionais são, entre outras, as questões que serão de importância crescente no campo das relações entre população e desenvolvimento. Esses são novos desafios que se somam aos ainda pendentes, apontados por este relatório. Urge que governos, sociedade civil e agências de cooperação internacional comecem a delinear a agenda e planos de ação para enfrentar os complexos desafios das próximas décadas.

O cenário futuro já está delineado. É necessário construir uma agenda sobre população e desenvolvimento, em nível global e regional, nos próximos 30 anos, retomando os elementos do passado recente e do futuro emergente. Junto com essa agenda, é imprescindível estabelecer os instrumentos e mecanismos para avançar. Este é o nosso maior desafio e exige a nossa ação, agora.

## Legislativo e o Programa de Ação da CIPD

Angela A. Donini <sup>1</sup>  
Alcinda M. Machado Godoi <sup>2</sup>

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994, completou 15 anos em 2009. Os resultados significaram uma verdadeira mudança de paradigma na abordagem sobre os temas de população e desenvolvimento, promovendo o deslocamento da ênfase dada até então no estabelecimento de metas demográficas a serem alcançadas pelos países para a busca de respostas às necessidades de mulheres e homens de todas as faixas etárias.

Assumindo como referência conceitual as relações complexas e indissociáveis entre população e os processos de desenvolvimento, a CIPD produziu resoluções que enfatizam a promoção da equidade e os direitos humanos, apontando para a necessidade de se adotar políticas públicas que visem à igualdade de gênero, as classes sociais e as etnias. Assim, tendo como princípios o respeito aos direitos humanos e a busca por equidade, a CIPD aprovou um programa de ação amplo, que contempla desde o desenvolvimento sustentável e a redução da pobreza, até questões de igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva.

Os 179 países reunidos na CIPD do Cairo acordaram um Programa de Ação (PoA) para ser cumprido nos vinte anos seguintes, isto é, a ser concluído até 2014. Esse PoA sublinhou a necessidade de se dar visibilidade e prioridade aos assuntos de população nas agendas nacionais e internacionais, considerando a urgência da discussão de temas emergentes como o envelhecimento populacional, a articulação entre trabalho produtivo e reprodutivo, as iniquidades em termos de acesso à saúde sexual e reprodutiva, a importância do conhecimento e da informação sobre a situação sócio-demográfica para a adoção de políticas e programas públicos, com enfoque nos direitos humanos, nas questões de gênero e de etnia. Dessa forma, ele refletiu as principais tendências presentes nas demais conferências internacionais que se realizaram naquela década.

O Capítulo 2 da Resolução da CIPD estabelece quinze princípios, entre os quais se destacam os três primeiros que, de caráter amplo, reafirmam os direitos contemplados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. O desenvolvimento sustentável é considerado como “*um direito universal e inalienável, parte integrante dos direitos humanos fundamentais*” e é explicitado que os seres humanos

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

---

1 Assessora de HIV/Aids do Fundo de População das Nações Unidas. e Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC/SP.

2 Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília e Consultora Legislativa da área de Saúde do Senado Federal.

são os sujeitos centrais do desenvolvimento, devendo os Estados assegurar a todos os indivíduos a oportunidade de desenvolver ao máximo o seu potencial.

Para efeito deste trabalho, é relevante observar especialmente aqueles princípios que tratam de questões de interesse particular das mulheres, como o Princípio 4, que estipula como base para os programas de desenvolvimento relacionados com população a promoção da equidade e igualdade entre os sexos, os direitos da mulher e seu empoderamento, a eliminação de toda forma de violência contra a mulher e a garantia de que ela possa controlar a própria fecundidade.

Também é de especial interesse o Princípio 8, que determina que *“todos têm o direito a usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental”*, devendo os Estados *“adotar todas as medidas apropriadas que assegurem, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de saúde, inclusive os relacionados com a saúde reprodutiva, que incluem o planejamento familiar e a saúde sexual”*.

Tanto o Programa de Ação da CIPD quanto os Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecem como prioritário o compromisso pela promoção da igualdade entre os gêneros, que passa pelo empoderamento das mulheres. Como consequência, os governos devem desenvolver esforços no sentido de implementar políticas voltadas para:

- a erradicação da violência contra as mulheres;
- a melhoria da posição das mulheres no sistema educacional e nos mercados de trabalho;
- o combate à precarização do trabalho feminino, das diferenças de prestígio e de salários entre homens e mulheres e da dupla carga de trabalho que as mulheres enfrentam;
- a garantia da capacidade das mulheres de controlar a sua fecundidade.

Os avanços conceituais promovidos pela Conferência do Cairo são inegáveis, especialmente por contemplar de forma prioritária a questão da equidade de gênero e o empoderamento das mulheres como condição essencial e imprescindível para o alcance do desenvolvimento social das populações. No entanto, a concretização dos objetivos e dos princípios afirmados pela Conferência só ocorrerá com a ação efetiva dos Estados, juntamente com a participação da sociedade, e com a necessária cooperação internacional.

Este artigo é parte de um levantamento que vem sendo realizado com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) referente aos avanços e às lacunas no cenário legislativo brasileiro, considerando os 15 anos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

Para a oficina de trabalho promovida pela Secretaria de Políticas para as Mulheres em dezembro de 2009, buscamos fazer um balanço das iniciativas e dos avanços obtidos no âmbito do

Poder Legislativo relacionados aos princípios e às metas estabelecidos pela Conferência do Cairo que têm especial relevância para as mulheres, tendo como referência os três eixos seguintes:

1. equidade de gênero e participação das mulheres nos espaços de poder;
2. eliminação de toda forma de violência contra a mulher; e
3. acesso aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva.

## O legislativo e o Programa de Ação da CIPD

Em 2002, em Ottawa, Canadá, aconteceu a primeira Conferência Parlamentar Internacional sobre a Implementação do Programa de Ação da CIPD; a segunda ocorreu em 2004, em Estrasburgo, França; e a terceira, em 2006, em Bangkok, na Tailândia. Essas conferências, com participação de parlamentares de todo o mundo, têm atuado como um sistema global de monitoramento regular e de acompanhamento dos avanços alcançados.

Ao concordar com a alocação de recursos para o programa de ação, os países precisam estabelecer ações voltadas para as questões populacionais em seus programas de governo, e isso inclui, por exemplo, o provimento de informações e a oferta de serviços e insumos necessários para se alcançar as metas estabelecidas para 2015.

Portanto, a promoção do diálogo sobre a implementação do Programa de Ação da CIPD junto ao Legislativo é fundamental para que se possa alcançar um maior compromisso na ação coletiva para a mobilização de recursos e criação de um ambiente político favorável aos temas relacionados à população e ao desenvolvimento.

Nessas três conferências podemos destacar que os parlamentares:

- reafirmam os Direitos Humanos como referência básica para a superação das desigualdades de gênero, da violência contra a mulher e do estigma relacionado ao HIV/Aids;
- reforçam a necessidade de se garantir que as leis aprovadas e/ou políticas adotadas sejam efetivamente implementadas;
- buscam mobilizar os governos para a adoção de indicadores pelos Estados Membros das Nações Unidas, com o objetivo de monitorar a meta de acesso universal à saúde reprodutiva até 2015;
- comprometem-se em assegurar dotações financeiras suficientes para atender às demandas dos programas de população e desenvolvimento, com a destinação de pelo menos 10% dos orçamentos nacionais; e
- apontam a necessidade de um sistema de monitoramento e avaliação regular para a verificação e o monitoramento do alcance das metas.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

Para a análise da implementação do Programa de Ação da CIPD é importante salientar que o Poder Legislativo acumula basicamente três funções essenciais, igualmente relevantes para a sociedade: a formulação e aprovação das leis, a discussão e aprovação do orçamento da União e a fiscalização dos atos do Poder Executivo. Desta forma, o Poder Legislativo possui enorme capacidade potencial para pautar a agenda e as ações do Poder Executivo e do Judiciário, uma vez que, além de estabelecer normas que vão regular as instituições e a vida social, também desempenha papel preponderante na definição da distribuição dos recursos necessários para a implementação das políticas públicas, assim como acompanha e fiscaliza a aplicação desses recursos.

A importância da atuação do Legislativo para a implementação da agenda do Cairo não se restringe ao campo da produção de leis de promoção dos direitos das mulheres. É importante salientar que para a concretização dos compromissos assumidos pelo país em relação ao Programa de Ação da CIPD é necessário que eles sejam traduzidos em políticas públicas adotadas por parte do Estado.

De acordo com Rua (1998), o processo de construção de uma política pública se inicia com a emergência de demandas de grupos de interesse ou da própria burocracia de Estado, quando passam a integrar a agenda das instituições políticas. A partir daí, serão objeto de discussão e de decisão por parte dos atores políticos, para então ganharem o campo das instituições burocráticas para serem implementadas e, posteriormente, avaliadas quanto à sua efetividade (RUA, 1998; FREY, 2000). “*A formulação das políticas públicas tem no parlamento um locus fundamental, pois aí se inscrevem as demandas sociais, processam-se os conflitos entre os diferentes interesses e são tomadas as decisões.*” (GODOI, 2008).

No entanto, não basta a proposição de políticas públicas voltadas para as mulheres, é imperativo que sejam destinados os recursos orçamentários suficientes para a sua efetivação. Novamente, tem-se no Legislativo um espaço fundamental, pois cabe a ele discutir, alterar, emendar e aprovar o orçamento anual proposto pelo Poder Executivo. O momento de discussão do orçamento da União pelo Congresso Nacional é crucial e deve ser priorizado como um momento privilegiado para a mobilização de todos os segmentos sociais interessados que determinadas políticas públicas sejam contempladas de forma adequada quando da distribuição dos recursos orçamentários.

No tocante aos direitos das mulheres e à equidade nas relações de gênero, o Congresso Nacional tem sido bastante permeável aos anseios da sociedade, ao incluir essa temática na pauta de seus trabalhos, nos três âmbitos de sua atuação. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, e especialmente após a CIPD do Cairo, em 1994, o Legislativo tem contribuído para os avanços alcançados no campo da cidadania das mulheres e da igualdade de direitos e de oportunidades entre mulheres e homens na sociedade brasileira. Contudo, cumpre reconhecer que esses avanços são fruto de um trabalho conjunto entre as instituições governamentais – dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário – e os movimentos sociais de mulheres.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

A avaliação dos avanços obtidos em termos das políticas públicas desenvolvidas nesses quinze anos, desde a realização da CIPD do Cairo, envolve a análise das iniciativas tomadas nos planos normativo e institucional. Parte desses avanços pode ser evidenciada pela produção legislativa no período pós-Constituinte, seja pelo número de leis aprovadas nesse período (tabela 1), seja pelo grande número de proposições que estão em tramitação e que tratam de questões relacionadas à promoção dos direitos das mulheres.

Os números apresentados na tabela 1 mostram uma intensa produção legislativa de promoção dos direitos das mulheres, com a sanção de 104 leis nos últimos vinte anos. Nota-se que o aumento mais expressivo ocorreu a partir do ano de realização da Conferência do Cairo (1994), quando houve um aumento da ordem de 160% em relação aos cinco anos anteriores. Desde então, a tendência é sempre crescente.

Além das leis aprovadas e sancionadas, houve a internalização de acordos e convenções internacionais de proteção dos direitos das mulheres por parte do Congresso Nacional, mediante a edição de decretos legislativos, o que lhes confere status de norma constitucional.

Em relação aos projetos de lei relacionados aos direitos das mulheres, atualmente, há quase 300 proposições em tramitação no Congresso Nacional, nas mais diversas áreas, como a de trabalho (94), saúde (73), violência (29), sexualidade (15) e direitos civis (13)<sup>3</sup>.

Tanto as leis quanto os projetos de lei mais relevantes para as mulheres serão objeto de discussão nas seções seguintes deste artigo.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

**Tabela 1. Leis federais de interesse das mulheres sancionadas no período pós CF 88. Brasil, 2009.**

ÁREAS TEMÁTICAS	1988-1993	1994-1999	2000-2004	2005-2009	TOTAL
Direitos civis	4	4	2	6	16
Trabalho	3	7	8	3	21
Violência	1	6	5	7	19
Saúde e sexualidade	1	3	5	8	17
Poder e política	-	2	-	1	3
Outras políticas públicas	1	4	7	16	28
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>104</b>

Também merecem destaque outras atividades legislativas que tiveram como escopo fundamental a defesa dos direitos das mulheres e a valorização da mulher. Diversos eventos

<sup>3</sup> Os dados sobre projetos de lei e outras proposições legislativas foram obtidos mediante consulta ao site na internet da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, em novembro de 2009.

comemorativos foram criados e ocorreram no âmbito do Legislativo com a finalidade de dar visibilidade à mulher:

- Conselho do Diploma Mulher-Cidadã Bertha Lutz (8ª edição em 2009);
- Ano da Mulher (2004);
- Comissão Temporária do Ano da Mulher Latino-Americana e Caribenha – 2005.

A participação de parlamentares em conferências internacionais relacionadas à promoção dos direitos das mulheres também foi significativa.

No campo da fiscalização das ações do Poder Executivo também houve algumas iniciativas importantes no âmbito do Legislativo, como a realização de audiências públicas sobre temas de interesse das mulheres, como as seguintes: audiência pública do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (2003) e audiência pública da Comissão Externa da Feminização da Pobreza (CD, 2003).

A atuação fiscalizadora do Parlamento também pode ser evidenciada pelo envio de requerimentos de informação ao Poder Executivo. Esse é um instrumento previsto na Constituição Federal (art. 50, § 2º), pelo qual as Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal podem encaminhar pedidos de informações a Ministros de Estado, importando em crime de responsabilidade a recusa ou o não-atendimento no prazo de trinta dias, ou a prestação de informações falsas. Esse instrumento tem sido utilizado nas duas Casas do Congresso Nacional para esclarecer questões relacionadas às políticas públicas de interesse das mulheres. Podemos destacar, a título de ilustração, o envio de requerimento de informações ao Ministro da Justiça, sobre o tráfico internacional de mulheres, e à Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, sobre as emendas orçamentárias empenhadas e pagas.

## Marco Legal Vigente

A Constituição de 1988 foi um marco fundamental na vida política e social brasileira, tendo reconhecido como direitos fundamentais uma série de direitos individuais, coletivos e sociais. Ela assumiu como fundamentos do Estado democrático de direito a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º);, como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, I, III e IV); além de ter reconhecido a prevalência dos direitos humanos como um dos princípios a serem observados nas relações internacionais (art. 4º, II).

Na questão da igualdade entre os gêneros, em seu art. 5º, I, a Constituição afirma que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. Também, veda a diferença de salários, de exercício de funções

e de critério de admissão com base no gênero (art. 5º, XXX), além de determinar uma série de outras medidas de proteção da mulher, na sua inserção no mercado de trabalho e em relação à maternidade.

No plano internacional, o Brasil tem assumido compromissos relacionados à consolidação dos direitos de cidadania das mulheres e com a equidade de gênero, mediante adesão a documentos de compromissos propostos no âmbito da Organização dos Estados Americanos e das Nações Unidas. A adesão do país a esses documentos é feita pela promulgação desses atos pelo Congresso Nacional, por meio de decreto legislativo, o que confere status de norma legal interna a esses documentos. Com isso, o Estado brasileiro fica obrigado juridicamente a observar e a cumprir as suas determinações.

Dessa forma, o Brasil comprometeu-se a reprimir e a punir o crime de tráfico de pessoas, em especial de mulheres e crianças; reconheceu os direitos políticos das mulheres, como o de votar em todas as eleições, ser elegíveis e de poder ocupar postos e exercer funções públicas; comprometeu-se com o combate à violência contra as mulheres e a toda forma de discriminação baseada em gênero (Quadro 1).

**Quadro 1. Compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, nos últimos 15 anos, que tratam de direitos das mulheres.**

<b>Instrumento normativo</b>	<b>Ementa</b>
Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996	Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002	Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984.
Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002	Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional.
Decreto nº 5.017, de 12 de março de 2004	Promulga o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças.

Cabe salientar, inicialmente, em relação ao teor das normas legais editadas no período pós-Constituinte, aquelas que visaram a introduzir na estrutura do Estado instituições especificamente relacionadas com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para as mulheres, como as leis que criaram o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985, e a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, com status de ministério, na estrutura da Presidência da República.

Do ponto de vista institucional, essas iniciativas representaram um marco importante, já que demonstraram o compromisso governamental com a formulação de políticas para as mulheres,

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

mediante a criação de instâncias de governo especificamente voltadas para essa finalidade. O CNDM é um órgão de controle social das políticas públicas para as mulheres, contando com a participação de representantes da sociedade civil e do governo. Atualmente, ele integra a estrutura da SPM. O trabalho da SPM, além de implicar a necessária coordenação e articulação com as diversas instâncias de governo, envolve a promoção da participação social, por meio da realização das conferências nacionais, que resultam na elaboração dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres.

Também, nesse período, foram editadas normas gerais de caráter simbólico, que buscam dar maior visibilidade à luta das mulheres por equidade e justiça. É o caso das leis que instituíram datas comemorativas da mulher, como:

- instituição do ano de 2004 como o “Ano da Mulher”;
- declaração da escritora Rose Marie Muraro como Patrona do Feminismo Nacional;
- instituição do dia 6 de dezembro como o Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres.

## 1. Igualdade e equidade entre os sexos e atribuição de poder às mulheres

Vários avanços foram obtidos no plano normativo em relação à promoção da igualdade e da equidade, que incluem alterações importantes no campo dos direitos civis, mudanças nas leis trabalhistas, com ampliação da proteção à mulher, particularmente àquela exposta a situações de maior precarização em relação ao emprego, além de leis que visam ao estímulo da participação das mulheres nos espaços de poder.

### 1.1. Direitos civis

O novo Código Civil brasileiro (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002) foi aprovado após longo período de tramitação no Congresso Nacional, mais de 25 anos, e incorporou uma série de mudanças sociais ocorridas na sociedade brasileira desde a edição do seu primeiro Código Civil, em 1916.

As alterações desse Código eram imprescindíveis para adequá-lo aos novos preceitos constitucionais, pautados por novas concepções relativas aos direitos sociais e individuais, inclusive ao direito das mulheres, como a determinação constitucional de que os direitos e deveres da sociedade conjugal sejam exercidos igualmente pelo homem e pela mulher. A Constituição Federal também inovou ao reconhecer como juridicamente legítima a união estável e como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes, o que foi incorporado ao Código

Civil, promovendo-se as adequações necessárias decorrentes dessas novas concepções.

É importante ressaltar que o novo Código promoveu alterações ou supressões de expressões claramente discriminatórias das mulheres, como “mulher honesta”, “pátrio poder”, entre outras.

Como avanços mais significativos no âmbito dos direitos civis destacamos<sup>4</sup>: o reconhecimento da união estável; a regulação da investigação da paternidade, com previsão de gratuidade do exame de DNA às pessoas comprovadamente carentes; o direito dos companheiros a alimentos e à sucessão; aperfeiçoamentos nas normas sobre divórcio e separação judicial; a guarda compartilhada dos filhos; e o direito a alimentos gravídicos.

## 1.2. Equidade de gênero e participação das mulheres nos espaços de poder

As mulheres estão sub-representadas no campo da política institucional, situação que não é exclusiva do Brasil, embora o país figure na lista dos 25 países com a menor participação política das mulheres, de acordo com o Relatório Global da Diferença de Gênero. Dados da União Interparlamentar (IPU), órgão vinculado às Nações Unidas, demonstram que, em 2008, havia apenas 18,2% de mulheres legisladoras no mundo.

A Conferência Mundial sobre a Mulher estabeleceu, em 1995, um mínimo de 30% como meta de participação feminina no legislativo. No Brasil, podemos observar que essa meta ainda está distante de ser alcançada. Segundo dados divulgados no 3º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2007), a proporção de mulheres eleitas senadoras passou de 7,4%, em 1994, para 14,8%, em 2006, ou seja, dobrou no período de 12 anos. Já para a Câmara dos Deputados, em que o número absoluto de parlamentares é bem maior, o crescimento da participação das mulheres foi bem menor, passando de 6,6%, em 1994, para 8,8%, em 2006.

Com esses números, de acordo com o relatório da IPU de 2008, o Brasil ocupa a 105ª posição em uma lista de 189 países sobre a participação feminina no Parlamento.

A participação das mulheres nos cargos eletivos do Executivo representa apenas 15% do total de eleitos – três governadoras eleitas, nos Estados do Pará, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul.

Outro indicador que mede a participação feminina nos espaços públicos é o número de mulheres que ocupam cargos de confiança no Poder Executivo Federal, os DAS (Direção e Assessoramento Superiores). Segundo dados do Ipea (2007), a participação feminina cresceu no período de 2002 a 2006, mas ainda é bastante desproporcional em relação à participação dos homens,

---

4 Esses temas são tratados, respectivamente, pelas seguintes normas: Lei nº 9.278, de 1996; Lei nº 8.560, de 1992; Lei nº 10.317, de 2001; Lei nº 8.971, de 1994; Lei nº 11.441, de 2007; Lei nº 11.698, de 2008; e Lei nº 11.804, de 2008.

especialmente nos cargos de DAS mais elevados, aos quais correspondem maior responsabilidade e maior remuneração. Assim, apenas 23% dos DAS 5 e 6 eram ocupados por mulheres em 2006.

No Judiciário, a participação feminina nos cargos hierarquicamente mais altos também é bastante pequena, com poucas mulheres ocupando cargos de ministro nos tribunais superiores.

Para romper com as barreiras sociais e culturais que ainda excluem as mulheres da participação nas esferas públicas de poder, algumas ações afirmativas para mulheres são propostas, como a reserva de cotas na política.

Duas leis federais inovaram o ordenamento legal ao prever determinado percentual a ser ocupado por candidatos a eleições de cada sexo em cada partido. Inicialmente, vinte por cento, no mínimo, das vagas de cada partido ou coligação deveriam ser preenchidas por candidatas mulheres (Lei nº 9.100, de 29 de setembro de 1995), reserva que foi, posteriormente, aumentada para trinta por cento (Lei nº 9.504, de 1997).

Apesar de haver determinação legal para a reserva de cotas para mulheres na política, os partidos que não cumprem essa determinação não têm sofrido qualquer punição pelo descumprimento. Esse é mais um fator que não favorece a participação das mulheres nas esferas políticas. Assim, fica evidente a necessidade de aperfeiçoamento da legislação vigente para garantir maior presença das mulheres nos espaços de poder, como a instituição de punição aos partidos cujas listas não cumpram a exigência de cota por sexo; alterações no sistema eleitoral para favorecer a participação feminina; e a instituição do sistema de cotas em outras instâncias de poder.

De acordo com pesquisa realizada pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) na legislatura 2007 a 2010 no Congresso Nacional referente ao modo como parlamentares pensam os direitos das mulheres, podemos destacar, especialmente, as questões relacionadas com reforma política que visam ao aumento da participação das mulheres, 60% dos entrevistados discordam da punição de partidos que não alcançarem o mínimo de 30% de candidaturas femininas; e 72% dos entrevistados discordam em adotar lista fechada com alternância de sexo.

## Propostas em curso na esfera legislativa

### • Projetos de lei voltados para a participação política das mulheres:

- destinação de 30% dos recursos do fundo partidário para a criação e manutenção de programas de promoção da participação política de mulheres e destinar tempo na propaganda eleitoral gratuita para essa finalidade (PL nº 6.216, de 2002);

- reserva de cotas para mulheres (no mínimo 30%) em entidades de representação civil (PL nº 2.821, de 2008);

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

- reserva de cotas para representação de cada sexo no Parlamento do Mercosul (PLS nº 393, de 2008);

- concessão de estímulo financeiro (via distribuição de recursos do fundo partidário) aos partidos que elegerem, no mínimo, 30% de deputados de cada sexo (PL nº 3.563, de 2008).

- **Proposta de emenda à Constituição (PEC):**

- fixação de reserva de vaga para mulheres na representação da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, de percentuais a serem observados para o provimento dos cargos em comissão e funções de comissão da Administração Pública Federal, do Poder Legislativo e do Poder Judiciário (PEC nº 205, de 2007).

- **Projeto de resolução:**

- alteração do Regimento Interno do Senado Federal, para estabelecer a participação proporcional da representação feminina na eleição dos membros da Mesa do Senado Federal (PRS nº 7, de 2003).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

### 1.3. Trabalho e previdência

Em que pese o maior acesso das mulheres à educação, isso não tem se refletido em melhores posições das mulheres no mercado de trabalho. Esta é uma grande distorção a ser enfrentada: a maior qualificação das mulheres, decorrente do maior grau de instrução, não promove a mulher dentro do mercado de trabalho a melhores postos de trabalho. Mesmo quando ocupam posições semelhantes às ocupadas pelos homens, as mulheres ainda recebem menores salários.

Essa situação é fruto de aspectos culturais que tendem a não valorizar a mulher e que ainda colocam sobre ela o papel de cuidadora e responsável pelas tarefas domésticas, obrigando-a à dupla jornada de trabalho, decorrente da necessidade de conciliar o trabalho produtivo com o reprodutivo. Além dos evidentes efeitos em termos de desgaste, essa dupla jornada diminui as chances competitivas da mulher no mercado de trabalho, inibindo sua progressão na carreira, a ocupação de cargos mais elevados e diminuindo sua remuneração.

Algumas categorias de trabalhadoras são especialmente vulneráveis e não contam com a devida proteção social. No caso das trabalhadoras rurais, é amplamente conhecida a desigualdade existente entre homens e mulheres tanto no que tange ao acesso à terra e à titulação de posse, que prioritariamente é concedida ao homem, quanto em relação ao crédito e ao assalariamento. No

campo, nem sempre o trabalho das mulheres é sequer remunerado. Segundo dados do Ipea (2007), 35,6% das mulheres ocupadas no setor agrícola, em 2005, não recebiam qualquer remuneração.

A vulnerabilidade da mulher no mercado de trabalho é evidenciada também pela maior presença feminina em trabalhos precarizados, como o trabalho doméstico remunerado, em grande parte sem registro formal e sem a devida proteção social ou previdenciária. O trabalho doméstico não-remunerado é outra faceta da situação precária das mulheres, pois é um trabalho majoritariamente desempenhado por mulheres que, apesar de produtivo e essencial, não é valorizado e não confere qualquer proteção às mulheres, mantendo-as em situação persistente de dependência.

## Avanços legislativos

Ao tratar dos Direitos Sociais, a Constituição Federal, em seu art. 7º, confere uma série de direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, visando à melhoria de sua condição social e, em particular, visando à proteção do trabalho da mulher e da maternidade (incisos XVIII, XX e XXX):

1. licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; proteção contra a dispensa arbitrária;
2. proteção ao mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;
3. proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Na legislação infraconstitucional, um importante instrumento legal de proteção do trabalho da mulher é a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que possui um capítulo específico para tratar desse tema: o Capítulo III – Da Proteção do Trabalho da Mulher. No tocante à proteção do acesso da mulher ao trabalho, destacamos os seguintes avanços legais mais recentes:

- garantia de licença-maternidade e de salário-maternidade à segurada especial (trabalhadora rural), à empregada, à trabalhadora avulsa e à empregada doméstica (Leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 1991, e Lei nº 8.861, de 1994);
- licenciamento compulsório da empregada por motivo de maternidade ou aborto (Lei nº 8.921, de 1994);
- transferência de função quando as condições de saúde da trabalhadora grávida o exigirem e a sua dispensa no horário de trabalho para realização de consultas médicas e exames complementares (Lei nº 9.799, de 1999);

- eliminação das restrições à prestação de serviços extraordinários pela mulher (Lei nº 10.244, de 2001);
- flexibilização do direito à licença-maternidade de 120 dias (Lei nº 10.421, de 2002);
- extensão do direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade à empregada adotante ou que obtenha a guarda judicial para fins de adoção de criança com até 8 anos de idade (Lei nº 10.421, de 2002);
- proibição da exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras prática discriminatórias à gestante e à adotante, bem como a criminalização dessas práticas, com o estabelecimento de diversas medidas de proteção das trabalhadoras contra essas práticas, como readmissão e efetivação dos pagamentos devidos (Lei nº 9.029, de 1995);
- prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, mediante adesão das empresas ao Programa Empresa-Cidadã, que visa a conceder incentivos fiscais às empresas que concederem a mencionada prorrogação (Lei nº 11.770, de 2008).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

Outras normas legais procuram dar condições à mulher de se inserir no mercado formal de trabalho, liberando-a do trabalho doméstico não-remunerado e do cuidado com os filhos. É o caso da Lei nº 9.394, de 1996, que determina que a educação infantil deva ser oferecida em creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até 3 anos de idade e em pré-escolas para as crianças de 4 a 6 anos de idade. Nesse mesmo sentido, a Lei nº 8.978, de 1995, determina que os conjuntos residenciais financiados pelo Sistema Financeiro de Habitação contemplem, prioritariamente, a construção de creches e pré-escolas.

## 2. Eliminação de toda forma de violência contra a mulher

### 2.1. Violência doméstica e sexual contra as mulheres

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (OEA, 1995), conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, define violência contra a mulher como *todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada*. A violência contra a mulher é uma ocorrência grave que acarreta danos de ordem física e mental, além de representar uma brutal violação de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos.

Fruto da mobilização de movimentos sociais que pressionaram por políticas públicas, a violência doméstica e sexual contra as mulheres ganhou visibilidade e, em consequência, foram desencadeadas diversas iniciativas no plano normativo e institucional para dar respostas ao problema.

Assim é que foi aprovada a Lei Maria da Penha, que instituiu diversos mecanismos importantes para coibir a violência contra a mulher, para punir os agressores e para prestar a assistência necessária, nos âmbitos da segurança pública, social e de saúde. Também passou a ser obrigatória a notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados dos casos atendidos de mulheres vítimas de violência (Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003).

No campo da saúde, o Ministério da Saúde editou instrumentos normativos para tornar claros os procedimentos obrigatórios a serem dispensados em caso de atendimento a mulheres vítimas de violência, como as normas técnicas “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” e “Atenção Humanizada ao Abortamento”.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

### 2.1.2. Avanços legislativos

- Denúncias de violência contra as mulheres: autorização para que o Poder Executivo disponibilize, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher (Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003).
- Notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher (Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003): retoma os termos da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994, e estabelece sistema semelhante ao de notificação compulsória de doenças na área de vigilância epidemiológica, de responsabilidade do Ministério da Saúde.
- Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 2006): prevê assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, inclusive o acesso à contracepção de emergência e à profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis; afastamento do local de trabalho com manutenção do vínculo trabalhista por até 6 meses; instituição de medidas de proteção da mulher; assistência judiciária gratuita à mulher; criação de varas especiais; vedação de aplicação de penas alternativas, como penas pecuniárias ou somente o pagamento de multas; retirada dos crimes de violência doméstica do âmbito dos Juizados Especiais de Pequenas Causas, entre outras medidas.

### 2.2. Direito penal

Algumas inovações importantes foram introduzidas no ordenamento jurídico de modo a dispensar algumas medidas de tratamento especial às mulheres em situação de privação de liberdade e a coibir os casos de violência contra a mulher, seja pelo aumento de penas ou pela facilitação das condições para que a mulher possa prestar queixa.

## 2.2.1 Tratamento especial a ser dado às mulheres em estabelecimentos penais

- cumprimento de pena por mulheres em locais específicos a elas destinados, observando-se os deveres e direitos inerentes à sua condição especial (7.209, de 11 de julho de 1984);
- a mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal (Lei nº 7.210, de 1984);
- os estabelecimentos penais destinados a mulheres devem ser dotados de berçário, onde possam amamentar seus filhos (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984);

## 2.2.2. Proteção e direitos das mulheres vítimas de violência

- circunstância agravante: o crime cometido contra crianças, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida (Lei nº 9.318, de 5 de dezembro de 1996);
- revogação de dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 1941 – Código de Processo Penal – referentes à proibição do exercício de direito de queixa pela mulher casada sem o consentimento do marido (Lei nº 9.520, de 27 de novembro de 1997);
- inclusão do assédio sexual no Código Penal: constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função: pena atribuída de um a dois anos (Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001);
- em caso de violência doméstica, o juiz poderá determinar, como medida de cautela, que o autor se afaste do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima (Lei nº 10.455, de 13 de maio de 2002);
- inclusão no rol de crimes hediondos do estupro e do atentado violento ao pudor (Lei nº 8.930, de 6 de junho de 1994, que alterou a Lei nº 8.072, de 1990).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## 3. Saúde sexual e reprodutiva e direito à saúde

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, o Programa de Ação da CIPD do Cairo e as resoluções tomadas nas reuniões internacionais e regionais que ocorreram nos anos seguintes apontaram para a necessidade de se estabelecerem políticas consistentes para atender as necessidades das mulheres no que se refere, particularmente, à demanda insatisfeita por métodos contraceptivos, ao aumento da cobertura de ações de saúde na atenção primária, com intensificação da atenção pré-natal e de saúde reprodutiva, e ao controle das doenças de transmissão sexual, com ênfase no enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/Aids no País.

### 3.1. Planejamento Familiar

No Brasil, o planejamento familiar está constitucionalmente estabelecido como um direito de livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar as condições para o seu exercício, vedando qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas ou privadas.

Em 1996, houve a edição da Lei nº 9.263 que regulamentou a prática do planejamento familiar como um direito do homem, da mulher e do casal, vedando sua prática para controle demográfico. Ela deve estar inserida dentro da atenção integral à saúde, em todos os ciclos vitais e incluir as seguintes atividades básicas: assistência à concepção e à contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, a lei determina que sejam oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

A lei regulou a esterilização cirúrgica, permitindo a sua realização apenas nas seguintes situações: i) em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos; e ii) risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito. Para a esterilização é necessário o registro de expressa manifestação de vontade e, na vigência da sociedade conjugal, é necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges. A esterilização deverá ser objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Vários pontos da Lei do Planejamento Familiar estão sendo alvo de críticas, como a idade mínima para esterilização; a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges, para realização do procedimento da esterilização; a ausência de menção explícita à contracepção de emergência; a falta de previsão expressa do planejamento familiar para adolescentes e jovens, o que tem gerado controvérsias quanto à necessidade de consentimento dos pais, de um lado, e a autonomia reprodutiva e sexual dos jovens, por outro.

Ainda em relação ao planejamento familiar, discute-se que a falta de acesso aos meios contraceptivos, especialmente à esterilização cirúrgica, constitui uma violação de direitos.

### 3.2. Reprodução humana assistida

Ainda que a lei do planejamento familiar garanta o direito dos casais de recorrer a técnicas de reprodução humana assistida (RHA), na prática, o acesso a esses recursos é bastante reduzido, particularmente no âmbito do sistema público de saúde. Esse é um problema que diz respeito não somente aos casais com algum tipo de infertilidade, mas também a pessoas portadoras de doenças

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

que podem ser transmitidas para o parceiro ou para o feto, como é o caso da Aids. O uso de técnicas de RHA nesses casos seria a forma segura de efetivar o direito de ter filhos.

Não há norma legal que estabeleça os critérios éticos e clínicos que devem regular a prática da reprodução humana assistida no país. Atualmente, há apenas normas a serem obedecidas pelos médicos, de acordo com a Resolução CFM nº 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina. Apenas a situação da “barriga de aluguel” está regulada por lei. Há necessidade de discussão que contemple aspectos éticos e jurídicos relacionados ao acesso às novas tecnologias por casais homossexuais, transexuais, mulheres soropositivas.

Além da lacuna legal, há claramente falta de acesso às novas tecnologias reprodutivas. É preciso contemplar a discussão da disponibilização dessas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. A falta de acesso também configura violação de direitos.

### 3.3. Aborto

Um dos principais aspectos presentes no debate sobre o aborto diz respeito às consequências negativas que o aborto ilegal provoca na saúde das mulheres, especialmente para aquelas dos grupos socialmente excluídos e que não têm acesso a recursos de saúde que assegurem a prática segura do aborto.

A lei penal brasileira exclui de ilicitude o abortamento realizado em algumas situações, como a gravidez decorrente de estupro e quando ela coloca em risco a vida da mulher. Apesar disso, não havia até recentemente políticas públicas claras que dessem a cobertura assistencial a mulheres nessas situações. Ainda hoje o acesso a serviços de saúde para realização de aborto seguro em caso de gravidez consequente de violência é precário, seja por falta de informação da própria mulher, seja por recusa ou falta de orientação clara dos serviços de saúde.

No entanto, número expressivo de casos de aborto ilegal acaba ingressando nos serviços públicos de saúde em decorrência de complicações. Estima-se que, anualmente, sejam realizados entre 700 mil e pouco mais de um milhão de abortos no País, que resultam em 240 mil internações anuais no Sistema Único de Saúde para o tratamento de complicações. Dados do Ministério da Saúde indicam que o aborto, em algumas capitais das regiões Norte e Nordeste, é a primeira causa de morte materna (ADESSE ET AL, 2008).

Há, atualmente, cerca de 36 projetos de lei que tratam do aborto em tramitação no Congresso Nacional, a maioria deles (25) com conteúdo contrário à prática do aborto. Entre os projetos contrários ao aborto, dezoito procuram aumentar as restrições legais ao aborto, seja pelo aumento das penalidades, seja pela supressão das situações que hoje conferem impunibilidade à sua prática, como é o caso de aborto em situação de gravidez decorrente de estupro ou em caso de risco de vida da gestante.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

Os demais projetos com conteúdo contrário ao aborto buscam reforçar a concepção vigente que criminaliza a sua prática. Esses projetos propõem instituir campanhas contra o aborto, instituir um disque denúncia, o cadastramento de gestantes e a realização de plebiscito sobre aborto.

Outros quinze projetos têm como objetivo diminuir as restrições à prática do aborto, tanto pela ampliação dos casos previstos em lei em que o aborto fica permitido, como anencefalia e anomalias fetais graves, quanto pela determinação de que o Sistema Único de Saúde preste atendimento para os casos de aborto previstos em lei. Há, também, projetos que propõem a total descriminalização do aborto em nosso país.

### 3.4. Saúde integral da mulher

No que tange à meta de redução da mortalidade materna estabelecida nos ODM – de reduzi-la em três quartos, entre 1990 e 2015 –, a continuar a tendência atual, parece ser difícil que o Brasil a alcance. A mortalidade materna tem sido objeto de diversos projetos de lei, que tentam dar respostas à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Algumas leis com esse objetivo foram aprovadas, como a lei que determina a obrigatoriedade de que os serviços de saúde possibilitem a presença de acompanhamento da gestante no parto e no pós-parto, além de leis que buscam viabilizar a assistência pré-natal, inclusive instituindo a sua obrigatoriedade em planos de saúde de referência. Vários projetos de lei sobre comitês de morte materna estão atualmente em tramitação no Congresso Nacional.

Algumas leis buscam garantir a assistência para problemas de saúde da mulher. A rigor, tais leis seriam desnecessárias, uma vez que a Lei Orgânica da Saúde prevê que é dever do Estado proporcionar a atenção integral à saúde. No entanto, face às dificuldades de acesso e aos problemas estruturais que ainda comprometem o pleno funcionamento do SUS e o atendimento das demandas de saúde, são muitas as iniciativas parlamentares que buscam dar respostas às necessidades de saúde de grupos específicos, como é o caso das mulheres. Assim, foram aprovadas leis no campo da saúde diretamente voltadas para as mulheres, para as finalidades seguintes:

- Cirurgia reparadora de mama: cirurgia plástica reparadora de mama, para corrigir mutilação decorrente de tratamento de câncer, tanto pela rede de unidades integrantes do SUS (Lei nº 9.797, de 1999), como pelos planos e seguros privados de saúde (Lei nº 10.223, de 2001);
- Carteira Nacional de Saúde da Mulher: determina o registro das ações de saúde, a confidencialidade de determinados procedimentos e processo pedagógico (Lei nº 10.516, de 2002);

- Direito da gestante à presença de acompanhante: durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.108, de 2005);
- Direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade (Lei nº 11.634, de 2007);
- Câncer do colo uterino e de mama: efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.664, de 2008).

### 3.5. DST e aids

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

A epidemia da Aids no país apresenta tendência de estabilização. No entanto, algumas variações podem ser observadas e merecem atenção. Os dados de morbi-mortalidade da Aids evidenciam as iniquidades de gênero e a maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, e apontam tendência de feminização da epidemia, no Brasil e no mundo. No início da epidemia, no Brasil, a razão masculino/feminino era de 23,5, ou seja, para cada 23 casos de Aids em homens, havia apenas uma mulher com a doença. Hoje, essa relação baixou para 1,6 e, em alguns municípios, ela já é de 1 para 1.

Os dados apresentados pelo Programa Nacional de DST e Aids, para 2008, sobre a utilização de AZT durante o parto em gestantes HIV positivas, para prevenir a transmissão vertical, mostram diferenças marcantes entre as regiões. Na região Sudeste 50% das gestantes HIV positivas usaram AZT durante o parto, enquanto no Norte esse percentual ficou abaixo de 10%. A média para o País é da ordem de 36%. Esses números, além de demonstrarem a precariedade do atendimento ao parto em todo o País, pela baixíssima cobertura de gestantes HIV+, mostram que há regiões em que essa situação ainda é bem pior, refletindo as desigualdades regionais existentes em todos os campos, inclusive, na saúde.

Os dados, portanto, demonstram a necessidade de se dirigir ações para a população feminina, destacando-se a importância de se atingir as adolescentes e jovens que estão em situação de maior risco. A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes deve ser priorizada, tanto pela questão da incidência de doenças sexualmente transmissíveis, incluída a Aids, como pelo problema da gravidez precoce e não planejada.

Várias leis foram aprovadas no campo da defesa dos direitos individuais, trabalhistas e previdenciários dos portadores do HIV; e na área de prevenção e de assistência à saúde, mas nenhuma voltada para o atendimento de necessidades específicas das mulheres. Destaque-se a lei que garantiu o acesso universal e gratuito aos medicamentos aos portadores do HIV e Aids (Lei nº 9.313, de 1996).

## 4. Considerações finais

Já se passaram 15 anos da Conferência do Cairo e a mobilização de fundos e de novas parcerias para a implementação da CIPD torna-se cada vez mais urgente.

Este levantamento procurou trazer alguns elementos que relacionam pontos da agenda da CIPD com avanços e limitações encontrados no âmbito do Poder Legislativo, especialmente em relação a questões como equidade de gênero e à participação das mulheres nos espaços de poder; à eliminação de toda forma de violência contra a mulher; e ao acesso aos serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva.

Gostaríamos de reafirmar a necessidade da fundamental integração entre as agendas dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, no sentido da construção de respostas legislativas, programáticas e judiciárias para a superação das barreiras e para a produção de mecanismos de monitoramento das metas. Essa aliança pode ser capaz de contribuir com resultados mais consistentes, coesos e responsáveis, possibilitando de fato a construção de respostas estruturantes às iniquidades que persistem e continuam provocando maior vulnerabilidade às mulheres.

Ações relacionadas à agenda da CIPD nos espaços legislativos podem contribuir para uma maior sinergia com as políticas sociais pautadas na equidade e na participação. Entre elas podemos destacar a atuação do Poder Legislativo na distribuição dos recursos orçamentários voltados para programas e ações relacionados à agenda do Cairo; a convocação do Legislativo para a participação em espaços estratégicos de definição de políticas públicas favoráveis à implementação da CIPD; a promoção de espaços de diálogo, junto aos parlamentares e aos partidos, sobre a ampliação da participação das mulheres na política.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## Referências bibliográficas

ABEP; UNFPA. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas, SP, 2009.

ADESSE, L., MONTEIRO, M.F.G., LEVIN, J. Grave problema de pública e de justiça social. In: **RADIS Comunicação em Saúde**, ENSP, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009.

CIPD Conferência Parlamentar Internacional sobre a Implementação do Programa de Ação da CIPD (CPII/CIPD). Declarações de Compromisso Bangkok, 2006; Estrasburgo, 2004; Ottawa, 2002.

DUTRA, E.V. & FLEISCHER, S. (org). **Como parlamentares pensam os direitos das mulheres?** Pesquisa na Legislatura 2007-2010 do Congresso Nacional. Brasília: CFEMEA:SAAF/Fundação Ford, 2009.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 21, 2000.

GODOI, A.M.M. **Executivo e Legislativo na Produção Legal em Saúde, de 1988 a 2008**. Trabalho apresentado à Universidade do Legislativo Brasileiro e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de especialista em Ciência Política. Brasília, 2008.

IPEA. **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2007**. Brasília, 2007.

RUA, M.G. Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, M.G. & CARVALHO, M.I. (orgs.) **O Estudo da Política: Tópicos Selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

UNFPA. **Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. CIPD' 94**,

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª edição. Brasília, DF, 2009.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

# Balço e Propostas Rumo ao Cairo +20: A Perspectiva da CNPD

Eduardo L.G. Rios-Neto<sup>1</sup>

## Introdução

O Plano de Ação (PA) da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e os Objetivos do Milênio (ODM), estabelecidos em 2001 a partir da declaração do milênio, elaborada um ano antes, estabelecem objetivos que devem ser alcançados em 2015. Há uma grande sobreposição entre as duas agendas, que vêm sendo tratadas conjuntamente no contexto do sistema das Nações Unidas, em sua relação com os seus estados membros. Sob o ponto de vista da relação entre população e desenvolvimento, o PA da CIPD apresenta uma perspectiva mais ampla e elaborada, mas a sobreposição de agendas é grande o suficiente para se afirmar que o cumprimento da agenda da CIPD do Cairo facilita o alcance das metas do milênio.

Há um substancial volume de avaliações das perspectivas brasileiras para se alcançar os objetivos do milênio, produzidas tanto no âmbito dos órgãos governamentais quanto de organizações da sociedade civil. O mesmo pode ser dito para o caso do PA da CIPD no Cairo. Neste sentido, este trabalho faz apenas uma breve contextualização desta dimensão, passando para uma reflexão sobre qual seria a agenda para o Cairo + 20, ou seja, para o período imediatamente posterior ao estabelecimento das metas. Uma possibilidade seria simplesmente estender o período por mais cinco anos, para que metas fossem atingidas, assim como estabelecer novas metas quantitativas para aquelas que teriam sido alcançadas. Outra discussão mais de fundo seria repensar os desafios impostos pelo Cairo e propor uma nova agenda para o limiar da terceira década do século XXI.

Nesse trabalho, adota-se a segunda alternativa, enfatizando-se os novos desafios colocados no desdobramento da CIPD realizada no Cairo em 1994, no contexto das mudanças que vêm ocorrendo na sociedade brasileira nesta primeira década do novo milênio. O trabalho inicia com uma breve revisão das metas do milênio no contexto brasileiro, tendo em vista seu desenvolvimento e o aparato institucional que as cercam. Em seguida, uma lista de desafios dentro de uma nova perspectiva de população e desenvolvimento é apresentada, como uma primeira tentativa de refletir sobre os novos desafios que se colocam para a sociedade brasileira. Finalmente, faz-se uma pequena reflexão sobre o papel que a CNPD pode desempenhar no governo brasileiro, no sentido de promover os temas centrais de população e desenvolvimento, em parceria com os ministérios e secretarias especiais pertinentes.

---

<sup>1</sup> Presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento e Professor Titular de Demografia do Cedeplar/UFMG, Pesquisador 1A do CNPq.

## As políticas sociais no Brasil no contexto da Constituição de 1988 e da CIPD do Cairo em 1994

Uma importante característica da Constituição Republicana promulgada em 1988 é o estabelecimento da universalização da provisão dos serviços sociais, baseada na perspectiva dos direitos sociais e humanos. Esta promulgação coincidia com um momento em que a sociedade civil, principalmente médicos sanitaristas e feministas, se mobilizava para o desenvolvimento de programas específicos de saúde para a mulher, sob o ponto de vista de uma assistência integral. A criação do *Programa de Assistência Integral à Mulher* (PAISM) se deu precisamente neste período. O programa visava promover a assistência integral à mulher, incluindo o planejamento familiar. Como desdobramento deste primeiro momento, houve uma mobilização da sociedade civil para discutir a posição que o governo brasileiro tomaria na CIPD do Cairo em 1994. Neste contexto, é possível dizer que a criação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD) é um corolário deste processo no pós-Cairo.

Seguindo as tendências da Constituinte de 1988 e o ciclo de conferências internacionais que serviam de guia aos governos (Rio, Cairo, Beijing, etc.), no que tange a certos objetivos, uma série de instâncias institucionais se desenvolveu. Vários conselhos foram criados, com destaque para o Conselho Nacional das Mulheres e a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU) no âmbito do Ministério da Saúde. Alguns ministérios ligados a políticas sociais desenvolveram parcerias com a sociedade civil, organizando conferências que estabeleceram prioridades para a implementação de políticas sociais.

Dois exemplos de políticas públicas que podem ser universais são educação e saúde. Estas políticas tendem a gerar igualdade de oportunidades para todos quando a sua cobertura é generalizada. A ausência de universalização destas políticas gera desigualdade, enquanto a cobertura total é igualitária. Após a Constituição de 1988, houve um esforço deliberado de aumento da cobertura social. Ao se resolver o problema da cobertura, o desafio se move para a qualidade da provisão dos serviços. No caso da educação, a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), em 1996, e sua implantação nacional, em 1998, estabelecem um pacto federativo entre municípios, estados e o governo federal, com redistribuição de recursos, favorecendo um aumento na cobertura escolar. No caso da saúde, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), fundado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, adotando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O SUS foi concebido descentralizado e hierarquizado. Compete ao município prestar o atendimento à população, enquanto os estados e a União deverão fornecer o apoio técnico e financeiro para o desempenho destas funções. A função de financiamento da política nacional de saúde compete ao governo federal,

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

o que gera uma forte dependência dos municípios (prestadores de serviço) em relação à esfera federal. Em 1994, é lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), um programa que apresentará desenvolvimentos posteriores, sendo voltado para a atenção básica da saúde.

As políticas de assistência social são redistributivas e conferem benefícios a segmentos populacionais sem passado contributivo prévio. Neste sentido, as políticas de assistência social são importantes para aliviar a pobreza e a pobreza extrema a curto prazo. Estas políticas são focalizadas porque um gasto de transferência universal poderia trazer grandes implicações para o orçamento governamental. A aposentadoria rural com benefício de um salário mínimo é um exemplo importante de política não-contributiva de assistência social. Esta foi uma das primeiras implementações da Constituinte, ocorrendo na primeira metade dos anos noventa. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) também é implementado no final dos anos noventa, ampliando a cobertura para os idosos urbanos em condição de pobreza, além dos portadores de deficiência. Este benefício de um salário mínimo também não exigia um passado contributivo. Ainda na linha das políticas de assistência social não-contributivas, uma série de programas existentes nos anos noventa – por exemplo, o Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação e o Vale Gás, entre outros – são unificados em 2003, com a criação do programa Bolsa Família. Além da unificação dos programas anteriores, há a expansão do Bolsa Família, com um grande aumento no número de beneficiários e no valor médio do benefício, se comparado aos programas anteriores.

As políticas de seguro, como a previdência social e o seguro-desemprego, são geralmente regressivas, pois a elegibilidade depende de um passado contributivo. A contribuição depende da participação no mercado de trabalho formal. A desigualdade de acesso ao mercado de trabalho formal, além da desigualdade dentro deste mercado, favorece uma alta desigualdade no recebimento do benefício. Este segmento de política de renda não cresceu muito no período, quando comparado com as políticas universais e de transferências não-contributivas de renda.

É verdade que o ambiente de políticas públicas, favorecendo a implementação da agenda do Cairo e das metas do milênio, decorre parcialmente da implementação da Constituição de 1988 e, posteriormente, da elaboração de boas políticas sociais no âmbito dos dois governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e dos dois governos Lula. É verdade que há uma relativa continuidade em algumas políticas sociais, mas há distinções de fundo entre os governos FHC e Lula.

Na área de educação, há uma evolução natural com a transição do FUNDEF, que vigorou até 2006, para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), que agora amplia a área de atuação, passando da exclusividade do ensino fundamental para a incorporação da educação infantil, do ensino médio e da educação de jovens e adultos. O FUNDEB envolve recursos oriundos dos governos municipais, estaduais e federal. Em outros segmentos da educação, a política no governo Lula é totalmente distinta do

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

modelo adotado no governo FHC. Com relação ao ensino técnico, por exemplo, houve um grande aumento no número de escolas técnicas, enquanto o ensino superior se beneficiou com a criação do Pro-Uni e a ampliação da oferta de vagas. O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), lançado em 2007, compreende esforços de cobertura no ensino infantil e superior (inclusive pelo Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI) e um compromisso de melhoria da qualidade do ensino fundamental. A criação do Índice de Desenvolvimento do Ensino Básico (IDEB) representa um grande avanço na área de responsabilização da política educacional com foco na qualidade (aprovação e proficiência).

O mesmo contexto de continuidade pode ser dito no caso da saúde, em que de fato, o SUS gerou uma descentralização (municipalização) da atenção básica (primária) em saúde, embora ainda haja problemas com a provisão dos serviços hospitalares. Há problemas, também, com a redução das desigualdades na provisão dos serviços básicos de saúde, muito embora o modelo tenha permitido a descentralização. Já no final da década de noventa do século passado, o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) foi um instrumento de reorganização da atenção básica em saúde no contexto de um novo modelo, voltado mais para a prevenção do que a cura hospitalar. O PSF já chegou a uma cobertura de 80 milhões de pessoas e os limites orçamentários da política de saúde dependerão de seu sucesso na redução da demanda curativa no sistema hospitalar de saúde. Embora o SUS tenha sido criado para ser um sistema único, ele convive hoje com uma pluralidade de setores (planos privados de seguros de saúde, assistência a servidores públicos, o sistema privado com reembolso do SUS e o sistema filantrópico). O Ministério da Saúde também regula o setor privado por intermédio da ANVISA (bens de saúde) e ANS (seguros). Os gastos públicos na área da saúde correspondem a cerca de 3,45% do PIB, uma média abaixo da de vários países da América Latina. A questão do financiamento na saúde possui uma peculiaridade interessante, por força de uma Emenda Constitucional (EC29) de 2000, segundo a qual há uma vinculação dos recursos orçamentários da União, estados e municípios à saúde. Se a emenda garantiu recursos para a saúde, a falta de detalhamento sobre o que pode ser considerado como saúde fez com que a interpretação dos gastos não fosse completamente vinculada a atividades do SUS, podendo cobrir áreas como o saneamento e a segurança alimentar.

A chamada transição epidemiológica faz com que haja um desafio crescente no cenário brasileiro, qual seja, combater a crescente carga de doenças crônicas não-transmissíveis que incide sobre a população, assim como o crescimento das mortes por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, etc.). A dimensão deste desafio é grande, pois, a despeito do processo de modernização e desenvolvimento reduzir a carga de doenças transmissíveis, infecciosas e nutricionais, doenças tradicionais (dengue, tuberculose, malária, febre amarela, etc.) e modernas (AIDS) continuam demandando uma vigilância epidemiológica permanente.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

No caso dos programas de assistência social, por um lado há certa continuidade entre os governos FHC e Lula – por exemplo, na utilização do cadastro único como instrumento de focalização da política de assistência e no seu melhoramento. Além disso, a Emenda Constitucional número 31, que cria o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, em dezembro de 2000, foi iniciativa do então Senador Antônio Carlos Magalhães (PFL), tendo o então Senador Roberto Brant (também do PFL) como relator do projeto. Esses dois elementos apontam alguma continuidade no avanço das políticas sociais, mas a expansão do Programa Bolsa Família no governo Lula, o aumento no valor do benefício concedido e a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome representam uma ruptura com a expansão da política social no governo FHC. Esta ruptura tem implicações reais na redução da pobreza e desigualdade no país, com possíveis conseqüências eleitorais que favoreceram a eleição do presidente Lula para um segundo mandato. Outra área de ruptura foi a política explícita de aumento real do salário mínimo, cujas implicações vão além do mercado de trabalho, uma vez que ela também redistribui renda no caso das políticas públicas indexadas ao mínimo, como é o caso do BPC e da aposentadoria rural.

Na área de políticas urbanas, a extinção do Banco Nacional de Habitação (BNH), no final dos anos oitenta, deixou um vácuo com falta de políticas explícitas de habitação e planejamento urbano. A criação do Ministério das Cidades e a elaboração da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (PNDU), a partir de duas conferências nacionais das cidades ocorridas no início da primeira década deste século, delimitam um novo contexto institucional para o planejamento urbano em geral, e habitacional em particular. A Política Nacional de Habitação (PNH) está fundada em três pilares: integração urbana dos assentamentos precários, financeiro e institucional. No caso da integração urbana, a moradia não é vista isoladamente dos serviços de apoio (transporte, energia elétrica, água, esgoto, coleta de lixo), da provisão de infra-estrutura (pavimentação, drenagem, saneamento) e da existência de equipamentos coletivos (saúde, educação, abastecimento e lazer). De qualquer forma, a regularização fundiária é componente principal da integração urbana.

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) também representa uma importante ruptura nas políticas sociais entre os dois governos, uma vez que esta tem a função precípua de formular políticas para as mulheres dentro de uma perspectiva transversal na política social, em outras palavras, em parceria com os demais ministérios formuladores de políticas sociais nas diversas áreas fim. Neste contexto, a aprovação da Lei Maria da Penha, em 2006, representou uma importante conquista para as mulheres, ao coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR), ainda em 2003, e a criação da Secretaria Nacional da Juventude no âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, em 2005, fazem parte, junto com a SPM, de um conjunto de políticas sociais transversais que incorporam a agenda dos direitos de cidadania numa perspectiva transversal de políticas públicas.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## As metas do milênio no contexto das políticas sociais

Este trabalho não tem por objetivo revisar as metas do milênio, nem tampouco analisar as perspectivas de atingi-las em 2015. Outros documentos já fizeram este tipo de estudo (por exemplo, IPEA 2007). A menção ao desempenho do país no que tange a algumas destas metas é analisar como o contexto das políticas sociais acima mencionadas, interagidas com o desempenho econômico na primeira década deste milênio, favorecem o cumprimento das metas, bem como identificar quais os novos desafios colocados para após 2015.

### Meta 1

A primeira meta visa erradicar a pobreza extrema e a fome. O objetivo era reduzir para a metade a proporção de pessoas que recebe abaixo de 1 dólar por dia até 2015. O governo brasileiro ampliou a meta para  $\frac{1}{4}$  da taxa de 1990. Cálculos do IPEA, realizados por Ricardo Paes de Barros (2009) indicam que a taxa de extrema pobreza deveria ter caído em 2,5 pontos percentuais entre 2001 e 2008 para alcançar o objetivo em 2015, mas na prática a redução foi de 8,7 pontos percentuais. As políticas sociais mencionadas no item anterior favoreceram a redução da pobreza, principalmente as de assistência e transferência não-contributiva, como o BPC e o programa Bolsa Família. Cumpre destacar também o papel do aumento real do salário mínimo e do crescimento da economia formal. Finalmente, não há como desprezar o papel da queda recente da fecundidade, reduzindo a razão de dependência demográfica no interior do domicílio e aumentando a renda per capita.

### Meta 2

A segunda meta visa atingir a universalização do nível primário até 2015, tendo sido estendido para completar o nível fundamental. Já em 2007, a taxa de escolarização líquida no ensino fundamental (proporção de crianças de 7 a 14 anos matriculadas no ensino fundamental) subiu de 87%, em 1996, para 95%, em 2007, garantindo o processo de universalização do ensino fundamental. O objetivo fica mais difícil de ser atingido caso o intuito seja fazer com que todos os integrantes de uma coorte de estudantes concluam a oitava série (ensino fundamental) em 2015. Dois problemas da qualidade de educação não são explicitados nas metas do milênio, mas afetam os desafios educacionais: o problema da baixa proficiência escolar e o problema do fluxo que causa uma elevada defasagem idade-série e um menor avanço para o ensino médio. A taxa de escolarização líquida do ensino médio (proporção de jovens de 15 a 17 anos matriculados

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

no ensino médio) subiu de 24,2%, em 1996, para 48,3%, em 2007, mas ainda é muito baixa. Em suma, parte da “crise de audiência” no ensino médio decorre de uma retenção de alunos no ensino fundamental.

### Meta 3

A meta três visa a promoção da igualdade de gênero e o “empoderamento” das mulheres. Não há dúvidas de que a própria criação da SPM, destacada anteriormente como uma novidade no governo Lula, é uma ação central para o cumprimento desta meta. No caso da educação, Alves e Beltrão (2004) já mostravam que o diferencial de escolaridade por sexo (hiato de gênero na educação) havia passado de positivo em 1960 (com os homens tendo 1,9 anos de estudo e as mulheres, 1,7), para negativo em 1996 (homens com 5,8 e mulheres com 6,1 anos de estudo completos). Há um grande avanço no empoderamento das mulheres com a sua maior escolaridade formal, mas persiste um diferencial por sexo na participação na força de trabalho, que decorre da divisão sexual de trabalho no interior do domicílio (tarefas domésticas e de cuidado dos filhos e idosos). Além disso, persiste um diferencial salarial por sexo e uma segregação ocupacional, que reflete no diferencial de rendimentos. O nível de violência doméstica e familiar contra as mulheres ainda é elevado, a despeito do grande avanço que foi a aprovação da Lei Maria da Penha em 2006. Com a reversão do hiato de gênero na educação, é possível que a violência de gênero se torne um problema ainda maior.

### Meta 4

A meta quatro visa a redução da mortalidade infantil e infanto-juvenil. Os dados do Ministério da Saúde indicam uma queda da mortalidade infantil de 44,3 por mil, em 1991, para 18,8 por mil, em 2007. Projeções sugerem que a meta será atingida em 2014. Os dados mostram que um terço da mortalidade infantil é pós-neonatal, enquanto dois terços da mortalidade infantil representam a mortalidade neonatal, ou seja, a mortalidade de eventos ocorridos antes dos 28 dias de idade. Antes da transição epidemiológica, boa parte da mortalidade infantil era pós-neonatal, sendo causada por fatores externos, como a falta de água encanada, ausência de saneamento básico e baixa escolaridade materna. Estes fatores diretamente associados à pobreza passaram a pesar menos na mortalidade infantil, mas continuaram afetando positivamente a morbidade e reduzindo a capacidade de trabalho destas crianças na vida adulta. Já a transição epidemiológica acarreta o maior peso da mortalidade neonatal na mortalidade infantil. A mortalidade neonatal apresenta outro conjunto de determinantes, como a qualidade do atendimento pré-natal, a qualidade da atenção no parto, o aumento do peso ao nascer, etc.

No contexto brasileiro, em que parte da transição epidemiológica já ocorreu na mortalidade infantil, há uma sinergia positiva entre as medidas necessárias para o combate à mortalidade neonatal, visando atingir a meta de queda na mortalidade infantil, e as medidas para a redução na mortalidade materna. Muitas medidas são até mesmo similares e remontam ao papel da assistência hospitalar e ao atendimento de emergência em complicações do parto. É verdade que o objetivo de reduzir a mortalidade materna é um valor em si mesmo, tanto na perspectiva dos direitos reprodutivos quanto na perspectiva do empoderamento da mulher. Entretanto, entende-se que seria um erro deixar de associar este elemento positivo com a redução da mortalidade neonatal. É possível dizer que esta associação no combate às duas mortalidades é uma conspiração do bem, colocando tanto a saúde das mulheres quanto a saúde das crianças como prioridades máximas. Não se trata de defender uma volta ao passado da saúde materno-infantil, um paradigma pré-Cairo, mas sim levar em conta que, no pós-Cairo, a transição epidemiológica pode juntar pelo menos um componente da mortalidade materna com um componente da mortalidade infantil. Este tema será abordado a seguir, no contexto da meta cinco.

## Meta 5

A meta cinco visa reduzir a mortalidade materna e melhorar a saúde materna. O objetivo é reduzir a mortalidade materna em dois terços, no período entre 1990 e 2015. A meta cinco b, adicionada durante uma reunião dos chefes de estado, em 2005, visa o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. O acesso universal será medido pela prevalência contraceptiva, pela queda na taxa de fecundidade na adolescência, pela ocorrência de pelo menos quatro visitas de pré-natal e pela redução na necessidade insatisfeita por contracepção. Há muita controvérsia com os dados de mortalidade materna, uma vez que não há uma linha de base confiável, e eventuais aumentos na mortalidade materna podem decorrer simplesmente de uma melhoria na coleta dos dados. Torna-se necessária a realização de mais estudos sobre a mensuração e os vieses dos indicadores de mortalidade materna, para uma melhor avaliação de sua evolução temporal. Sob o ponto de vista de políticas, a posição do governo é que a assistência integral à saúde da mulher é o melhor instrumento para reduzir a mortalidade materna. No caso da sinergia entre a mortalidade materna e a neonatal, a formulação de um pacto nacional para a redução de ambas faz parte do elenco de políticas do Ministério da Saúde, articulando as três esferas de governo. O Ministério da Saúde considera que o aborto é um problema de saúde pública no país, responsável por 230 mil internações nos hospitais públicos devido a complicações pós-aborto, sendo a terceira causa de mortalidade materna. Neste sentido, a atenção às mulheres em risco de praticar o aborto inseguro é uma prioridade, com a provisão de aborto seguro e a humanização

da assistência à mulher no SUS, contribuindo para a queda da mortalidade materna. No caso do aborto seguro, esta política é totalmente independente da sinergia positiva entre mortalidade materna e neonatal, comprovando que não se trata de voltar ao paradigma pré-Cairo da saúde materno-infantil.

A política brasileira voltada para os direitos sexuais e reprodutivos adota o espírito pós-Cairo e faz parte da atenção integral à saúde da mulher, incluindo o planejamento familiar e a provisão de aborto seguro. Em outras palavras, o governo brasileiro tenta implementar os direitos sexuais e reprodutivos integralmente. O planejamento familiar é incluído dentro da perspectiva dos direitos, ou seja, é parte da opção pessoal dos indivíduos, ao invés de servir para o controle populacional. O maior desafio do Ministério da Saúde está ligado à provisão de métodos contraceptivos em grande escala, o que demanda grande planejamento operacional. Destaca-se um aumento na prevalência de vasectomias, uma das poucas formas de contracepção masculina. Este aumento, apontado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, é uma tendência que deve continuar devido à provisão do serviço no SUS a partir de 2007. Esta política foi contemplada também no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II-PNPM), que prevê a provisão de fertilização in vitro quando o serviço é demandado e confirmado mediante assistência psicológica, o mesmo ocorrendo com a oferta de procedimentos cirúrgicos para transexuais. A provisão de serviços de saúde especializados para gays, lésbicas, bissexuais e transexuais é também contemplada no plano.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## Meta 6

A meta seis visa o controle da epidemia de HIV/Aids, com o objetivo de controlá-la ou reduzir sua propagação até 2015. O Brasil é conhecido por sua política progressista no tratamento de HIV/Aids no âmbito do SUS, que tratou 320 mil pessoas com HIV/Aids em 2006. Foi oferecido tratamento anti-retroviral para 180 mil pacientes. Os Ministérios da Saúde e Educação se integram na provisão de programas de educação sexual, que são uma forma de controlar a expansão do HIV/Aids. O mesmo ocorre com a distribuição de camisinhas. Sob o ponto de vista de tendência, há uma estabilização e ligeiro declínio na incidência de HIV/Aids a partir do início do milênio. Por outro lado, um problema que vem agravando neste período é a feminização da epidemia, cujo combate é prioridade no âmbito do II PNPM, por intermédio de uma parceria entre a SPM e o Ministério da Saúde. Outro ponto que merece destaque é o aumento da incidência de HIV/Aids entre as mulheres a partir de 50 anos. Acima de tudo, esta é uma questão de gênero que envolveria, na maioria das vezes, a negociação do uso de preservativo em relações com parceiro fixo (marido ou companheiro).

## Demais Metas

As metas sete e oito são importantes para o desenvolvimento humano e para as questões de população e desenvolvimento, mas fogem à temática específica deste texto.

Uma vez discutida a relação entre a CIPD do Cairo e as Metas do Milênio com as políticas sociais e as tendências de desenvolvimento humano brasileiro, resta refletir sobre os possíveis desdobramentos que ocorrerão a partir de vinte anos do Cairo em 2014 ou em 2015, quando as metas do milênio serão cotejadas. A proposta é fazer uma discussão conceitual de quatro questões centrais para os desafios futuros em população e desenvolvimento.

## Desafio em população e desenvolvimento

Uma reflexão sobre os desafios conceituais em população e desenvolvimento pode contribuir para a formulação de novas questões práticas de políticas colocadas para o período que sucede aos vinte anos da Conferência do Cairo. Talvez tais políticas devam ter início antes desta data. Neste sentido, quatro eixos centrais serão abordados a seguir:

1. Um novo paradigma para população e desenvolvimento.
2. O papel do dividendo demográfico no futuro.
3. A centralidade de gênero para o desenvolvimento.
4. A demanda por um regime de gênero.

## Um novo paradigma para população e desenvolvimento

Este tema foi tratado no livro *Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo*, organizado pela ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais). Sua relevância é tão grande que o Encontro da ABEP, a se realizar em setembro de 2010, tem como tema “População e Desenvolvimento: Enigmas a Decifrar”.

O ponto de partida do debate é a discussão clássica da economia sobre a relação entre crescimento populacional e crescimento da renda per capita, com origem em Malthus, e sua versão econômica no pós-guerra, que serviu para justificar economicamente o “controlismo”. O debate subsequente foi bastante empírico e, em alguns períodos históricos, negou a correlação entre crescimento populacional e crescimento da renda média, enquanto em outros períodos esta correlação foi corroborada. No campo teórico, a teoria econômica neoclássica desenvolveu um arcabouço unificado que pretende dar conta desta relação num regime malthusiano de armadilha

da pobreza, no regime de crescimento pós-malthusiano e no regime moderno de crescimento econômico sustentado. Neste sentido, o arcabouço unificado supera o chamado “controlismo” e permite o diálogo com modernas aplicações da teoria econômica, que veem as armadilhas da pobreza como um problema de desenvolvimento no nível micro, demandando, portanto, mudanças institucionais para a sua superação (Rios-Neto, 2009).

Há vários tratamentos para a questão da armadilha da pobreza. Entre eles, cabe mencionar o trabalho de Sachs (2005), que lista vários determinantes da armadilha da pobreza, sendo o último a “armadilha demográfica da pobreza”, causada pela decisão de ter muitos filhos no âmbito de muitas famílias pobres e agravada pela discriminação de gênero nas sociedades onde isto ocorre. A referência a Sachs é importante, uma vez que suas formulações foram extremamente influentes no desenho das metas do milênio, particularmente na definição que uma grande ajuda externa (*foreign aid*) causaria um empurrão (*big push*) para romper com a armadilha da pobreza. Apesar de outros economistas criticarem esta visão positiva sobre o papel da ajuda externa na superação da pobreza, este debate é importante para se entender as perspectivas de desenvolvimento econômico no contexto contemporâneo.

Cabe notar que também que o arcabouço unificado não toca na concepção tradicional de desenvolvimento econômico, entendido como um processo de transformações estruturais, setoriais e institucionais, processo este que, na sociologia do imediato pós-guerra, caracterizaria a chamada teoria da modernização. As teorias mais estruturais de desenvolvimento econômico do pós-guerra não viam o crescimento populacional como problemático. Ao contrário, muitas delas mencionavam o crescimento populacional no contexto da oferta ilimitada de mão-de-obra, que favorecia o processo de acumulação capitalista nos países em desenvolvimento. A chamada marginalidade urbana era criticada com base na noção de que o desenvolvimento capitalista era desigual e combinado.

Uma importante mudança de paradigma em relação à teoria econômica convencional veio com o conceito de desenvolvimento humano, mudança esta que teve importantes implicações no ativismo social, no ciclo de conferências internacionais (inclusive a CIPD do Cairo) e na perspectiva dos direitos.

A crítica ao indicador de renda monetária per capita como medida de bem-estar da população se iniciou nos anos setenta, com a estratégia do Banco Mundial para satisfazer as necessidades básicas (*basic needs*). Amartya Sen introduz o conceito de capacidades (*capabilities*) e de desempenho da pessoa (*functioning*) já nos anos oitenta. O desempenho das pessoas nas várias atividades importantes para o bem-estar individual e coletivo é chamado de “funcionamento”, enquanto as “capacidades” são as diversas alternativas para se desempenhar uma função. As capacidades permitem uma liberdade de escolha (oportunidade) para que uma determinada função seja desempenhada. O trabalho de Sen serviu de inspiração para a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da agência PNUD

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

da ONU, índice este que se tornou bastante popular mesmo fora dos círculos acadêmicos. Nos anos 1990, a multidimensionalidade das medidas de bem-estar se amplia ainda mais, com a incorporação do papel da sociedade civil e na ênfase ao conceito de voz (*voice*), originalmente formulado por Albert Hirschman. Este desenvolvimento conceitual critica a primazia do crescimento econômico na determinação da qualidade de vida da população, ao mesmo tempo em que reforça todo um conjunto de políticas públicas voltadas para os direitos e o desenvolvimento humano. O crescimento econômico seria no máximo um meio, jamais um objetivo final a ser atingido. A CIPD do Cairo se insere neste contexto.

A introdução da noção de desenvolvimento humano na CIPD reflete esta mudança de paradigma. O desenvolvimento deve ser sustentado (ligado ao crescimento econômico) e sustentável (ligado à dimensão ambiental e à disponibilidade de recursos naturais), incorporando a perspectiva de equidade e sustentabilidade entre as gerações. Os direitos universais à saúde e à educação são enfatizados como princípios norteadores, sendo estabelecida uma prioridade absoluta às crianças, assim como o reforço aos direitos das mulheres, que são inalienáveis e parte integral dos direitos humanos.

As metas do milênio também são estabelecidas no bojo deste processo, sendo baseadas na idéia força do desenvolvimento humano, acima mencionada, além do foco na administração por resultados. Os indicadores e metas são estabelecidos como princípios norteadores da política pública e do monitoramento pela sociedade civil (responsabilização).

A implicação desta evolução conceitual para as políticas públicas sociais no contexto do estado de bem-estar decorre da incorporação de três tradições que não são totalmente coerentes: riscos, direitos e necessidades (Munro, 2007). A tradição do risco decorre da falência do mercado para cobrir certos riscos, forçando o estado a atuar na provisão de serviços (versão de tradição economicista). A perspectiva dos direitos se consolida nas conferências internacionais e se vincula às barreiras para se alcançar o desenvolvimento humano. A perspectiva das necessidades se vincula à superação da pobreza monetária e, num sentido mais amplo, multidimensional.

A necessidade de um novo paradigma para população e desenvolvimento decorre, por um lado, do fato de que o debate entre crescimento populacional e crescimento econômico foi parcialmente superado pela introdução do desenvolvimento humano na perspectiva das capacidades. Por outro lado, esta perspectiva foi fundamental para o ciclo de conferências internacionais e a promoção de políticas públicas na perspectiva dos direitos, cujo efeito deve persistir no futuro. No entanto, o arcabouço teórico desenvolvido não dá conta da necessidade de crescimento econômico e da ligação entre crescimento sustentado e sustentável. Esta ligação estava colocada na CIPD, mas está longe de ser estabelecida. A longo prazo, qual nível de crescimento econômico e qual padrão (estrutura) deverão ocorrer para que a qualidade de vida sustentável seja alcançada? Quais arranjos

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

institucionais seriam necessários para se atingir tal objetivo? A negação destes desafios pode implicar na existência de uma sociedade internacional fundada na ajuda externa, sem dinamismo econômico e perspectiva de redução das desigualdades internacionais.

Tal como no caso do debate sobre meio-ambiente, a perspectiva do desenvolvimento humano pode acabar se contrapondo diretamente com as propostas de crescimento econômico a qualquer custo. Aqueles que não se subscrevem a uma versão absoluta de nenhum dos dois extremos têm de enfrentar o desafio de integrar as duas dimensões, de uma forma operacional, harmônica ou conflituosa cooperativa.

Um desafio operacional colocado para os próximos anos é discutir a possibilidade de formulação de um novo paradigma, além de preparar para uma nova Conferência de População e Desenvolvimento em 2014. Os diversos acompanhamentos da CIPD (Cairo +5, +10 e +15) foram sempre balizados pelos riscos políticos de retrocesso, principalmente no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. No caso de 2014, um balanço entre tática e estratégia terá de ser enfrentado explicitamente. A CIPD ainda é atual em várias dimensões, mas a realidade de população e desenvolvimento no globo mudou tanto nos últimos dezesseis anos que adiar esta reflexão por um motivo estratégico será fatal. Na lista de novas agendas há evoluções sobre o papel das políticas públicas para o empoderamento das mulheres, o papel da primeira infância na educação e desempenho na vida adulta, os desafios colocados pelo envelhecimento populacional, os desafios impostos pela fecundidade abaixo do nível de reposição, a validade do conceito de segunda transição demográfica, a transição epidemiológica e sua relação com a morbidade e mortalidade da população, a migração internacional e sua relação com o desenvolvimento, a relação entre população e meio-ambiente e as flutuações climáticas, entre outros tópicos. Se população e desenvolvimento ainda é um paradigma temático integrador, então é essencial a realização de uma Conferência internacional em 2014.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## O papel do dividendo demográfico no futuro

Foge aos objetivos deste trabalho discutir profundamente o conceito de dividendo demográfico e sua aplicação no caso brasileiro. Os volumes mais recentes da *Revista Brasileira de Estudos de População* (REBEP) possuem vários trabalhos a este respeito. O objetivo deste item é evitar a “demonização” de um aspecto da dinâmica demográfica que apresenta importantes implicações para as políticas públicas. Vários pontos devem ser esclarecidos antes de se destacar o potencial que a estrutura etária ainda possui para gerar um “bônus” econômico e social no caso brasileiro.

Um primeiro mito para a situação brasileira atual é considerar a agenda do dividendo demográfico como uma panacéia “controlista” de planejamento familiar, visando uma mágica social. Isto está totalmente fora da realidade. A fecundidade brasileira já está abaixo do nível de

reposição (definido com 2,1 filhos por mulher em idade reprodutiva) e o dividendo demográfico é uma consequência das mudanças na estrutura etária e razão de dependência (infantil e idosa). Grande parte destas mudanças já ocorreu nos anos 1990 e na primeira metade da primeira década do milênio. No caso do passado, há evidências de oportunidades perdidas por falta de aprimoramento institucional e crescimento econômico nos anos noventa, mas há também evidências do efeito da mudança na estrutura etária. Na década de 1990, houve um aumento na renda per capita familiar, ou uma menor redução na crise, que foi gerado exclusivamente pela redução na razão de dependência familiar (isto é um fato e não ideologia). Outro fato é o impacto da redução na participação da população em idade escolar no aumento da cobertura escolar do ensino fundamental, notadamente aquele observado nos anos noventa. Um eventual efeito na taxa de poupança individual e familiar que poderia ter ocorrido nos anos 1990 é menos corroborado, o que pode se explicar pelo baixo crescimento da renda per capita brasileira no período.

Os próximos dez a quinze anos ainda gerarão oportunidades decorrentes do dividendo demográfico. A redução no número absoluto de crianças continuará favorecendo o investimento em políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da primeira infância (*early childhood development*). Não se trata somente de políticas de provisão de creche e pré-escola, mas também de assistência integral à criança no seu componente nutricional e cognitivo (assistência psicológica). Estas políticas sociais são caras, portanto, uma redução na população beneficiária favorece a sua implementação.

As políticas de juventude também são beneficiadas pelo dividendo demográfico. Se na primeira eleição de Lula a questão do primeiro emprego era fundamental, atualmente e no futuro a pressão de jovens no mercado de trabalho e educacional será decrescente. Isto favorece uma melhoria na qualidade do ensino médio e a possibilidade de promoção de políticas que favoreçam o planejamento a longo prazo e a capacidade de decisão sobre o curso de vida do jovem, incluindo a perspectiva de postergar a primeira união e o nascimento do primeiro filho, caso ele/a assim o deseje. Uma política desta natureza é compatível com a redução da fecundidade na adolescência, algo que é incluído na meta cinco b.

Finalmente, a mudança na estrutura etária aponta inexoravelmente para o envelhecimento populacional contínuo. O envelhecimento populacional estabelece uma série de necessidades que mereceriam um estudo específico, mas um ponto central é o aumento no gasto público com previdência social, assistência social e saúde. Uma forma de aliviar este aumento no gasto público é o aumento no rendimento médio da população ocupada, o qual depende do crescimento econômico, mas é fundamentalmente baseado na melhoria da escolaridade da população ocupada. O bônus demográfico anteriormente citado para o caso da população infantil e jovem pode ser a fonte de uma nova solidariedade intergeracional, contribuindo para uma solução do problema fiscal a longo prazo.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## A centralidade de gênero para o desenvolvimento

A luta pelo “empoderamento” da mulher brasileira já está em curso há algum tempo, com manifestações em várias áreas da vida, em consonância com os princípios da CIPD. Esta perspectiva dos direitos, que vai desde os direitos sexuais e reprodutivos ao combate à violência de gênero, passando por ações afirmativas no mercado de trabalho, pode gerar uma espécie de “bônus de gênero” no desenvolvimento brasileiro das próximas décadas.

Em que consistiria o bônus ou dividendo de gênero? O bônus de gênero consiste no aumento da base de arrecadação nacional (mercantilização na terminologia dos regimes de bem-estar) decorrentes do aumento na participação feminina na PEA (população economicamente ativa) em ocupações de boa qualidade, ou seja, em ocupações com remuneração equivalente às dos homens. Este processo geraria um impacto similar ao efeito da mudança na estrutura etária, com o aumento na participação da população em idade ativa na população total. Como no caso da estrutura etária, o bônus é uma potencialidade, tornando-se efetiva apenas com o crescimento econômico e a ausência de discriminação salarial e a existência de empregos em tempo integral com boa qualidade (garantia da integralidade dos direitos trabalhistas e sociais).

Qual é a base da afirmação de que o país pode estar experimentando um “bônus de gênero”, o qual pode se transformar numa oportunidade concreta auferida ou numa oportunidade perdida? Três tendências são centrais para determinar este bônus. Em primeiro lugar, o aumento histórico na participação feminina na PEA, que pode estar arrefecendo o seu ritmo de crescimento, mas que ainda apresenta grande potencial de crescimento, principalmente se as políticas públicas e as mudanças institucionais venham a favorecer o processo. Em segundo lugar, a tendência histórica de reversão no hiato de gênero para a educação, com a escolaridade feminina ficando maior do que a masculina para cada nova coorte que entra no mercado de trabalho. Em terceiro lugar, a grande queda na fecundidade, que aumenta cada vez mais a disponibilidade das mulheres para o trabalho no mercado (mercantilização).

Quais fatores reforçam esta tendência do bônus de gênero? Primeiro, no campo da economia, o crescimento econômico e o progresso tecnológico estão gerando um prêmio para a qualificação (*skill premium*). Este prêmio favorece o segmento mais escolarizado que, crescentemente, é feminino. Segundo, as políticas públicas de empoderamento da mulher tendem a combater a discriminação salarial no mercado de trabalho, cuja redução no hiato de salários favorece a base de arrecadação na sociedade. Terceiro, as políticas públicas de conciliação entre o trabalho produtivo e reprodutivo (trabalho doméstico com o cuidado de pessoas), na medida em que promovam uma simetria de responsabilidades por gênero nas duas esferas de trabalho, fatalmente promoverão também um aumento na base de arrecadação.

Em que pese a centralidade da questão de gênero para o desenvolvimento, esta ótica tem de ser mais integrada com a questão das gerações. No caso da longevidade e do envelhecimento populacional, esta integração é mais fácil, até porque o diferencial de mortalidade por sexo coloca as relações de gênero como centrais nos estudos dos idosos. Um ponto mais controverso refere-se à questão das crianças. Não só as crianças são um corolário imediato da reprodução, como o cuidado das crianças ocorre, em grande medida, com a alocação do tempo e o suporte emocional no interior da família. Tradicionalmente este cuidado e suporte têm sido de responsabilidade das mães, uma perspectiva que idealmente deveria mudar no sentido de uma maior equidade de gênero. Parte desta mudança é ideológica e cultural, mas as políticas governamentais podem reforçar o processo de mudança. Por outro lado, o princípio de equidade de gênero não pode ser hierarquicamente superior ao princípio de investimento nas crianças, tendo em vista a superação da pobreza intergeracional e o estabelecimento de uma mobilidade ascendente. A conciliação das duas perspectivas ainda tem de ser efetuada e refletida em políticas governamentais, sem prejuízo para as respectivas agendas específicas. Esta conciliação tem de ser realizada levando em conta a saúde, a educação, a transferência de renda para o alívio à pobreza e as relações de trabalho.

### A demanda por um regime de gênero

O regime de gênero se insere na discussão sobre os regimes de bem-estar e na sua crítica, não sendo objetivo deste trabalho fazer uma discussão conceitual detalhada. Em resumo, este regime trata das políticas de estado que alterem a relação entre trabalho para o mercado e trabalho doméstico. O trabalho doméstico pode ser dividido em tarefas domésticas de manutenção e em trabalho doméstico voltado para o cuidado de pessoas (filhos, idosos, incapacitados, companheiros, etc.) –, por isto o termo economia do cuidado parece mais apropriado do que o termo trabalho reprodutivo. A divisão sexual do trabalho tradicional aloca o trabalho no mercado para os homens e o trabalho doméstico para as mulheres. Este modelo “breadwinner” de divisão sexual do trabalho determina um conjunto de benefícios sociais específicos ao seu regime de bem-estar.

Um processo histórico de aumento da participação feminina na PEA pode, a partir de pressão política originada pela sociedade civil, gerar uma mudança na direção de um regime de gênero. Um regime de gênero é favorável a uma equidade na divisão sexual do trabalho, regulando as esferas do emprego, família, fecundidade e representação política. Políticas de licença maternidade, oferta de creches, pré-escola, regulação do mercado de trabalho e transferências de renda são constitutivas deste regime de gênero. Nos regimes de bem-estar, as políticas de desmercantilização (por exemplo, aposentadoria e seguro-desemprego) são centrais, enquanto os regimes de gênero adicionam políticas de desfamiliarização, que visam substituir parcialmente ou integralmente o trabalho doméstico por serviços governamentais.

As políticas de reconciliação entre trabalho e família para homens e mulheres podem assumir diversas formas. Normalmente, as políticas de reconciliação deveriam favorecer o envolvimento com o mercado de trabalho, tanto no caso de mulheres como de homens. Por outro lado, os pressupostos sobre o papel das mulheres na sociedade e na divisão sexual do trabalho podem fazer com que as conseqüências de uma política de conciliação não sejam as desejadas.

A formulação de políticas de desfamíliação e reconciliação serão favoráveis às mulheres se as tendências na sociedade permitirem uma divisão sexual do trabalho que seja coerente com as mesmas, ou seja, uma responsabilidade igual para ambos os sexos, nas esferas do mercado e do cuidado doméstico. A distância entre este ideal e a realidade e o potencial de transformação das políticas públicas e ações afirmativas é que determinarão o potencial de implementação de um regime de gênero na sociedade brasileira. Neste contexto, tanto as estatísticas econômicas de mercado de trabalho quanto dados sobre o uso do tempo no interior do domicílio são fundamentais para os estudos que servirão para o desenho de políticas públicas. A SPM tem jogado um papel importante na promoção destas pesquisas no contexto brasileiro.

O aumento na participação feminina na PEA, acompanhado de uma política de reconciliação inadequada, pode ter como conseqüência uma queda exagerada na fecundidade, no caso de mulheres que não querem ou não podem abrir mão de sua participação no mercado de trabalho. Tal processo ocorreu na Itália e em outros países mediterrâneos e pode ser uma explicação para o declínio da fecundidade brasileira abaixo dos níveis de reposição. Países nórdicos, com uma social democracia favorável à reconciliação e à igualdade de gênero, apresentam uma fecundidade mais próxima do nível de reposição.

O desafio brasileiro para elaborar um regime de gênero adequado deve levar em conta o uso generalizado do trabalho remunerado doméstico, assim como a dualidade do segmento de mulheres trabalhando onde, por um lado, estão as mulheres qualificadas e bem remuneradas (mesmo eventualmente recebendo menos do que os homens) e, de outro, as mulheres com baixa escolaridade, muitas vezes beneficiárias de programas de assistência social, que enfrentam uma demanda por trabalho doméstico de cuidado e uma dificuldade de formação de renda familiar no mercado de trabalho.

### À guisa de conclusão: o papel da CNPD

A Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD) foi criada no pós-Cairo, como conseqüência da parceria entre governo e sociedade civil na preparação para a CIPD em 1994. A CNPD é uma comissão governamental subordinada ao Ministério do Planejamento e composta por representantes de vários Ministérios do Governo Federal, além de indivíduos representando a sociedade civil, com

ênfase em pessoas com participação na comunidade científica. Seus objetivos precípuos são incorporar o componente populacional nas atividades governamentais, promover o PA da CIPD e auxiliar o governo brasileiro nos eventos internacionais multilaterais com interface populacional. Particularmente, a CNPD exerce um papel de apoio técnico ao Ministério das Relações Exteriores na reunião anual da *Commission on Population and Development* (CPD), que ocorre em Nova Iorque, nas Nações Unidas, no mês de abril. A cada ano, a CPD trata de um tema relevante no cenário internacional, muitas vezes associado à temática da CIPD e das metas do milênio. Elza Berquó foi presidente da CNPD desde a sua criação em 1995 até 2004, quando Eduardo L.G. Rios-Neto foi indicado como presidente.

A CNPD esteve lotada no IPEA durante a maior parte de sua existência, mas a ausência de um orçamento específico sempre dificultou a sua operação regular. No início, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) apoiou as atividades da comissão, com recursos que se destinavam à sua consolidação. Com a consolidação da CNPD, como era de se esperar, o UNFPA deixou de oferecer apoio operacional para atividades como as reuniões regulares, passando a apoiar atividades específicas mediante projetos. A ausência de um orçamento para cobrir as atividades regulares da CNPD, como o pagamento de passagens para a realização das reuniões, deixou-a em condição de precariedade institucional. A fragilidade institucional da CNPD aumentou com a criação da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) em julho de 2008, uma vez que o IPEA se tornou instituição vinculada à SAE. A subsecretaria de assuntos estratégicos da SAE, que trata do planejamento a longo prazo, gera uma sinergia positiva com a CNPD, mas o mesmo pode ser dito com relação ao Ministério do Planejamento. O ponto central é que a questão de população e desenvolvimento toca em assuntos transversais no contexto de uma pluralidade de temas, reforçando a necessidade de estar inserida em uma estrutura de planejamento.

O fato é que a CNPD é subutilizada na estrutura de governo, na medida em que ela congrega membros da sociedade civil científica numa temática de interesse a vários ministérios setoriais, como os ministérios da Educação, Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social, Desenvolvimento Social e Cidades. A Comissão apresenta, também, uma especial sinergia com as secretarias especiais transversais, notadamente a SPM e a SEPPIR. O mesmo pode ser dito com relação à Secretaria Nacional de Políticas para a Juventude. A sua contribuição potencial mais importante é o planejamento a longo prazo, notadamente a antecipação de estrangulamentos e oportunidades nos setores, baseados em dados quantitativos e orientação profissional por parte da sociedade civil.

A despeito da falta de recursos para a realização de reuniões, a CNPD tem operado nos limites da contribuição individual de seus membros da sociedade civil, tendo participado de parceria ativa com o Ministério do Trabalho e Emprego, notadamente nas reuniões e atividades técnicas do Conselho Nacional de Imigração (CNIg). Cumpre destacar a realização de seminários conjuntos, a assessoria técnica na elaboração da cartilha do migrante brasileiro e a elaboração de um “Perfil

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

Migratório do Brasil”, em colaboração com a Organização Internacional para Migrações (OIM). A CNPD tem participado regularmente também nas reuniões da CISMU, com uma representante alocada para esta atividade.

Uma parceria permanente da CNPD é com o Ministério das Relações Exteriores, não só através da Divisão de Temas Sociais (DTS), mas também através da Missão do Brasil na ONU. Entre as atividades internacionais mais recentes, a CNPD participou ativamente das atividades da Global Commission on International Migration (GCIM), através de Mary Castro. Esta atividade levou a uma participação ativa da CNPD na assessoria técnica à delegação brasileira que participou do Encontro de Alto Nível sobre Migração Internacional, realizado pela Secretaria Geral da ONU em setembro de 2006. A CNPD fez parte da assessoria técnica da delegação brasileira na CPD de abril de 2008, sobre urbanização, e na CPD de 2009, sobre o Cairo +15. Em 2009, Eduardo Rios-Neto foi eleito vice-presidente do *Bureau* pela CPD, comissão que prepara a CPD de 2010, cujo tema é “Saúde, Morbidade e Mortalidade”.

Entre os novos desafios colocados para a CNPD está, prioritariamente, a sua reestruturação com uma solução definitiva da sua localização institucional e a reedição do seu decreto, adaptando-a à estrutura ministerial atual e definindo melhor uma parceria com ministérios interessados na comissão. Neste sentido, o apoio que a SPM tem prestado à CNPD é altamente apreciado, colocando-a como parceira privilegiada neste novo desenho institucional. Tal arranjo só consolidaria uma identidade temática completamente retratada no presente trabalho.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

## Referências bibliográficas

ABEP – Brasil, 15 Anos após a Conferência do Cairo. ABEP/UNFPA, Campinas, 365 páginas, 2009.

IPEA – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento. IPEA, 2007.

MUNRO, L.T. “Risks, rights, and needs: compatible or contradictory bases for social protection? In: International Development Research Centre. Working Paper 7. October, 2007.

RIOS-NETO, Eduardo L.G. A relação entre população e desenvolvimento 15 anos após a Conferência do Cairo. In: ABEP, Brasil, 15 Anos após a Conferência do Cairo, pp. 13-56, ABEP/UNFPA, Campinas, 365 páginas, 2009.

SACHS, J.D. *The end of poverty: economic possibilities for our time*. The Penguin Press New York, 2005.

SEN, Amartya. *Development as Freedom*. New York. Alfred A. Knopf, 1999.

Debate

## **Primeira mesa: Balanço das ações e perspectivas para o futuro**

**Debatedora: Ministra Nilcéa Freire** – Secretaria de Políticas para as Mulheres

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

Iniciando o debate, a Ministra Nilcéa Freire destacou que no âmbito do planejamento familiar houve muitos avanços, mas avalia a necessidade de se fazer uma revisão na legislação, já defasada em razão das mudanças ocorridas desde 1996. Ressalta que essa tarefa exige muito cuidado em função do quadro atual do legislativo, pois qualquer mudança neste contexto impõe riscos de retrocesso. Há esperança de que a composição do legislativo se altere em 2010 e, por isso, a importância de colocar o tema do planejamento familiar na agenda política. Sobre insumos para contracepção e proteção ao HIV, destacou que o Ministério da Saúde tem feito esforços para ampliar a aquisição da camisinha feminina e reduzir seus custos. Ainda há resistências em relação a essa temática, relacionadas a determinantes de gênero. Existe pouca discussão e apoio entre os países. No início do ano, houve reunião de 35 países com a Unaid e este tema foi pouco tocado.

A PEC para ampliação da licença-maternidade para seis meses tem sido outro campo de batalhas, no qual também há muita resistência.

A ministra destaca a importância dos temas transversais para a gestão das políticas públicas, pontuando que a SPM não é apenas uma porta-voz de demandas, devendo influenciar decisivamente nas políticas. Existem instrumentos de gestão para isto, como o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e seu Comitê de Articulação e Monitoramento.

Em relação ao “regime de gênero”, um rico elemento para discussão são as pesquisas de uso do tempo. O IBGE, a partir de uma parceria com a SPM, no Comitê Permanente de Gênero e Uso do Tempo, está em campo com uma pesquisa piloto, que investigará em detalhes esse tema.

A problematização do binômio população e desenvolvimento é um desafio. Através de diferentes iniciativas, poder legislativo e governo precisam explicitar os modelos de desenvolvimento vigentes. Um exemplo é a Lei da Igualdade de Oportunidades no Mundo do Trabalho, atualmente em tramitação.

Durante o debate, sinalizou-se que a legislação sobre o aborto é o tema mais importante a ser discutido. Há a concordância de que a Lei de Planejamento Familiar precisa ser alterada, especialmente nos seus pontos mais problemáticos: a necessidade de 42 dias após o parto e de

autorização do cônjuge para a realização da laqueadura.

Houve discordâncias sobre a sugestão apresentada de se investigar a morte materna e neonatal em conjunto. Há décadas luta-se para afirmar os direitos das mulheres, independente da condição de mães. Mas há uma perspectiva familista na saúde, na qual predomina a assistência à saúde materno-infantil. Finalmente, no que se refere à licença maternidade, é importante ressaltar que a legislação aprovada não está somente na ótica do direito, também possuindo essa perspectiva familista, tendo sido impulsionada por pediatras na defesa das crianças.

Ainda a esse respeito, ressaltou-se a importância de se pensar na licença-paternidade, pois, caso contrário, estaremos concentrando nas mulheres a responsabilidade pelos cuidados dos bebês.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Primeira  
Mesa  
Balanço das  
ações e  
perspectivas  
para o futuro

# Acesso à contracepção segura

André Junqueira Caetano<sup>1</sup>

## Introdução

O objetivo deste trabalho é analisar, por meio de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 1996 e 2006, o acesso aos métodos contraceptivos no Brasil. A contracepção livre, esclarecida, segura e acessível constitui um dos direitos reprodutivos e sexuais que devem ser garantidos pelos estados signatários da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, 1994, de acordo com as propostas da Plataforma do Cairo. Nesse aspecto, examinaremos a evolução do *mix* contraceptivo no período 1986-2006 e a fonte de obtenção do método utilizado no momento da pesquisa em 1996 e 2006. Dada a importância assumida pela laqueadura tubária no Brasil ao longo das últimas três décadas, especial atenção será dada a esse método, principalmente em relação ao acesso, ao tipo de hospital em que foi realizada, se inserido no SUS ou não, e às informações potencialmente relacionadas à observância dos critérios estabelecidos na Lei 9.263, de 1996, que trata do planejamento familiar no âmbito do sistema público de saúde.

Especificamente em relação à laqueadura tubária, os dados da PNDS 2006 são comparados com os registros do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) referentes aos procedimentos 'laqueadura tubária' e 'cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas'. Essa comparação visa contrastar o volume de esterilizações cirúrgicas femininas realizadas no SUS de acordo com as normas definidas em lei e o volume total de esterilizações realizadas no SUS.

O exame das informações das PNDS tem como primeiro eixo a CIPD do Cairo em 1994, evento divisor de águas revestido de enorme importância na medida em que substituiu a perspectiva das análises e políticas populacionais em que a mulher era meio – de reprodução biológica – pela perspectiva de sujeito com direito à igualdade e liberdade reprodutiva e sexual e, logicamente, à saúde integral. O segundo eixo é a Lei 9.263, de 1996, que trata do planejamento familiar e estabelece a legislação referente à esterilização cirúrgica – laqueadura tubária e vasectomia contraceptiva. Vale lembrar que a seção da lei referente à esterilização cirúrgica sofreu veto presidencial. Por esse motivo, ela foi sancionada integralmente somente em agosto de 1997.

A Lei 9.263 foi regulamentada, no que diz respeito à laqueadura tubária e à vasectomia no SUS, pela Portaria 144, do Ministério da Saúde, que autoriza a esterilização cirúrgica voluntária

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

---

1 Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - PUC Minas e Pesquisador do Cedeplar - UFMG.

somente em indivíduos com capacidade civil plena maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos. Deve ser observado período de sessenta dias entre a requisição do procedimento e a sua realização. Durante esse período deverá ser fornecido acesso ao serviço de planejamento familiar, o que deve incluir aconselhamento por equipe multidisciplinar com vistas a evitar esterilizações precoces. Somente hospitais credenciados, de acordo com os critérios estipulados por essa portaria, podem realizar esses procedimentos. Nos casos de pessoas em união, para obter a esterilização cirúrgica é necessário a apresentação de anuência por escrito do/a cônjuge. É sabido que até 1999 poucos hospitais foram credenciados para oferecer a laqueadura tubária e a vasectomia (CAETANO, 2000; BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003).

Uma mudança importante na regulamentação da lei 9.263 ocorreu no início de 1999, quando foi editada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria 48 (BRASIL, 1999). Essa portaria proíbe a realização de esterilização cirúrgica durante e até o quadragésimo segundo dia após o parto. As exceções previstas são casos de aborto, cesarianas sucessivas e outras condições específicas. Não há especificação sobre o número de cesarianas a partir do qual a laqueadura é permitida.

No Brasil, a saúde integral da mulher e a preocupação com a laqueadura tubária são anteriores à CIPD 1994 e à lei 9.263, de 1996. Com relação à primeira, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), proposto em 1983, foi implementado em 1986, antecipando em vários aspectos o que viria a ser debatido no Cairo (ÁVILA, 1993). Com relação à laqueadura tubária, a disseminação de seu uso nos anos 1980 e início da década seguinte, quando esse procedimento não era previsto, autorizado e financiado nem no sistema público nem no sistema privado de saúde, fez soar o alarme quanto a sua introdução insidiosa no país para fins de controle populacional. Essa preocupação levou à realização de uma Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Nacional cujo relatório foi publicado em 1993 (CONGRESSO NACIONAL, 1993).

No que diz respeito ao acesso à contracepção segura que levou à lei de planejamento familiar no formato em que vigora atualmente, várias tensões e obstáculos ainda permanecem na medida em que a letra da lei, bem como sua regulamentação como serviço, não leva necessariamente à organização de serviços onde há demanda. Além disso, na ausência de fiscalização, os serviços estabelecidos podem ser, a gosto, mais ou menos aderentes às portarias e normas que regem a oferta desse procedimento no SUS. Por fim, a organização de serviços de esterilização cirúrgica no sistema hospitalar público depende tão-somente da adesão dos gestores municipais, não havendo obrigatoriedade de oferta nem mecanismos de estímulo para que o serviço seja organizado e mantido, dentro dos critérios da lei.

É nesse contexto que, a partir de 1997, uma série de estudos procurará avaliar o acesso à contracepção no Brasil, tendo como parâmetro a letra da Lei 9.263, seja para examinar a aderência de serviços, médicos e gestores e suas conseqüências, seja para analisar conseqüências não antecipadas.

Alguns estudos identificam os obstáculos à implementação da lei e, portanto, ao acesso e uso informado e seguro do método de escolha (OSÓRIO e CITELLI, 1999; BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003), ao passo que outros detectaram a continuidade de práticas passadas (CAETANO e POTTER, 2004) e a formação de uma demanda frustrada derivada da proibição da laqueadura tubária pós-parto (POTTER et al., 2003). Por outro lado, há indicações de que a Lei 9.263 induz e estimula a organização de serviços de planejamento familiar em um grande número de municípios brasileiros, o que se reflete no crescente número de laqueaduras tubárias e vasectomias registradas no SIH e, também, no aumento do SUS como fonte de acesso aos métodos reversíveis, incluindo o aumento da participação de métodos do *condom* masculino e da vasectomia.

Este trabalho aborda, primeiramente, a evolução do uso da contracepção, bem como o debate que se deu, especialmente em torno da laqueadura tubária, a partir da década de 1980. Em seguida, revisamos estudos que se debruçaram sobre a aplicação e as consequências da Lei 9.263. Na terceira seção, utilizamos os dados da PNDS de 1996 e, com maior peso, os dados da PNDS 2006 para examinar as características do acesso à contracepção segura no país<sup>1</sup>. A última seção tece considerações sobre os achados.

## Pré-1997: As Tendências da Contracepção no Brasil

A prática contraceptiva é um dos determinantes próximos da fecundidade e esse é o motivo pelo qual ela esteve, e continua, no centro do palco das análises e debates. Ter passado de razão principal para ser uma das razões se deve ao fato de que, a partir da década de 1980, o planejamento familiar começa a ser tomado como um dentre os vários componentes da saúde da mulher, constituindo-se como um dos elementos que integram os direitos reprodutivos. Especificamente, o conhecimento e acesso às alternativas contraceptivas e sua utilização segura significam o direito de decidir e a oportunidade de implementar, com a orientação e acompanhamento médico apropriados, a decisão sobre se, quando e quantos filhos ter (UN MILLENNIUM PROJECT, 2006; CAETANO, 2004). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo,

---

1 A primeira rodada da DHS no Brasil, denominada Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, é realizada em 1986. Em 1991 a pesquisa é levada a cabo somente no Nordeste. Em 1996, ela volta a ter representatividade nacional, sendo denominada Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Por fim, em 2006, é realizada uma nova PNDS, da criança e da mulher, financiada pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Devemos ter em mente que, do ponto de vista nacional e regional, passamos um longo período sem informações nessa área. A visibilidade restrita só foi sanada em 2006, com realização da PNDS pelo CEBRAP sob os auspícios do Ministério da Saúde. Oxalá dez outros anos não passem para que se tenha conhecimento da situação da população brasileira no campo dos direitos reprodutivos e sexuais.

em 1994, marca essa mudança de paradigma na abordagem da contracepção.

A evolução do uso de métodos contraceptivos no Brasil está associada a substanciais transformações econômicas, sociais e culturais ocorridas a partir de 1960. Nesse período o país deixou de ser majoritariamente rural para ter a maioria de sua população vivendo em áreas urbanas, mormente em cidades metropolitanas e médias, período em que sua economia rompeu definitivamente com formas de trabalho não-capitalistas e, logo, não-monetárias, ao extinguir o colonato (PAIVA, 1984), em que o acesso à educação se expandiu rapidamente e a entrada da mulher no mercado de trabalho mudou de forma definitiva a composição por sexo do mesmo (RAMOS e SOARES, 1994), em que as telecomunicações integraram o país (FARIA e POTTER, 1990) e em que a medicalização da sociedade brasileira fez com que o médico substituísse os poderes paternos, marital e religiosos – masculinos – vigentes (FARIA, 1989).

Segundo Faria, a medicalização se origina da iniciativa de reestruturação do sistema nacional de saúde nos anos 1960 e 1970 baseado na ênfase sobre a medicina curativa, em detrimento da medicina preventiva, na qual a rede privada de hospitais passa a ser a espinha dorsal do sistema público e de sua expansão. O aumento dessa cobertura vai expor parcelas crescentes da população à cultura médica, ou seja, coloca aspectos da vida privada sob a influência médica, legitimando a interferência em processos biológicos e avalizando a sua eficácia (VIERIA, 2003). O aumento da demanda por regulação da fecundidade via uso de métodos contraceptivos modernos configura-se, assim, como uma das mudanças dentro do quadro geral de transformação, no sentido modernizante, da sociedade brasileira.

A demanda crescente por regulação da fecundidade se dará principalmente pelo aumento da utilização da laqueadura tubária a partir de 1980. A Tabela 1 indica que o uso de contracepção aumentou substancialmente no Brasil entre 1986 e 1996. Esse aumento foi devido, em larga medida, à disseminação da laqueadura tubária, principalmente nas áreas mais pobres do país e nos estratos de baixa renda (WONG et al., 1998). A pílula e a laqueadura tubária somavam 54,7% do total de mulheres unidas em idade reprodutiva em 1986 e 60,8% em 1996, indicando o aumento do uso e a tendência à concentração de métodos no período. Se em 1986 havia 1,1 mulher laqueada para cada mulher usando a pílula, em 1996 essa razão havia subido 1,9. Segundo Vieira (2003), essa concentração e o peso da laqueadura tubária refletem a medicalização do planejamento familiar, que é, em verdade, reflexo da medicalização da vida reprodutiva da mulher.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Tabela 1: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos de idade unidas, por método contraceptivo – Brasil, 1986 e 1996.

Ano	Laqueadura Tubária	Pílula	Demais Métodos	Nenhum	Total
1986	28,2	26,5	9,7	35,6	100 (n=3.298)
1996	40,1	20,7	15,9	23,3	100 (n=7.584)

Fontes: PNSMIPF 1986 e PNDS 1996.

A difusão da laqueadura tubária no Brasil, desse ponto de vista, ocorreu na ausência de políticas que permitissem o acesso aos métodos contraceptivos, em geral. Esse fato fez do mercado a principal fonte de oferta (FARIA, 1989). O “efeito perverso”, cunhado por Faria, refere-se exatamente à falta de alternativas para as camadas de baixa renda, ou melhor, às alternativas nefandas restantes – a esterilização cirúrgica, a farmácia, o aborto inseguro, a gravidez não desejada.

Esse aumento na prática da esterilização cirúrgica feminina intensificou a preocupação com as ações controlistas no Brasil, isto é, a suspeita de que clínicas de planejamento familiar financiadas por instituições internacionais ofereciam laqueaduras gratuitas ou a preços módicos sob indicação médica ou social (SOF, 1994). Berquó (1993) afirma que o fato de que cerca de 150 clínicas e hospitais brasileiros serem, à época, afiliados à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPPF) ajudaria a solucionar o aparente enigma do crescente número de laqueaduras gratuitas entre mulheres de baixa renda. Havia também a suspeita de que esse fenômeno era o resultado de uma política de controle populacional, por meio da esterilização cirúrgica feminina em massa, direcionada especificamente para os pobres em geral e para os negros, em particular (GELEDÉS, 1991; RIO DE JANEIRO, 1991).

Diante das evidências existentes então, Congresso Nacional instalou, em 1992, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o fenômeno da esterilização em massa de mulheres no Brasil. A comissão estabeleceu nove itens nos quais focalizou a investigação, dentre os quais sobressaíam motivações racistas, participação de interesses internacionais, a real disponibilidade de métodos contraceptivos para a população de baixa renda, o estágio de implementação do PAISM e o uso eleitoral de laqueaduras tubárias. O relatório final, publicado em 1993, concluiu que o PAISM estava muito longe de ser efetivo e serviços de planejamento familiar inexistiam ou eram inacessíveis para a maior parte da população (BRASIL, 1993).

De acordo com o relatório final da CPI, a ausência de políticas públicas voltadas para a oferta de meios de regulação da fecundidade e para a saúde reprodutiva, assim como a falta de fiscalização

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

das clínicas de planejamento familiar, permitia que atores privados pudessem operar livremente no país. Esses serviços, no entanto, estavam longe de atender a demanda por contracepção. Para remediar a situação, a CPI recomendou, entre outras medidas, a efetiva implementação do PAISM e a realização de auditoria no SUS de forma a controlar a prática da laqueadura tubária e o seu uso eleitoral (BRASIL, 1993).

A despeito da preocupação de que forças coercitivas estavam impelindo mulheres pobres a se esterilizarem cirurgicamente, o crescente uso da laqueadura tubária tinha raízes firmes na prática médica e na exploração venal, por parte de médicos, da alta demanda por contracepção em um contexto de ausência de serviços de planejamento familiar que atendessem as mulheres de baixa renda. Nesse aspecto, em consonância com Vieira (2003), a disseminação da laqueadura reflete a “hospitalização” da saúde, ou seja, é uma manifestação específica, no campo reprodutivo, do processo de medicalização (BARROSO, 1984). Barroso adiantava, já em 1984, a possibilidade de que o grosso das laqueaduras ocorridas a partir de 1970 tivesse sido ativamente solicitado, sem nenhuma forma direta de coerção. Ela advertia, entretanto, que determinantes específicos, tais como a estrutura do atendimento hospitalar e a ausência de políticas públicas que fizessem face à crescente demanda por contracepção moderna, levavam as mulheres a elegerem a laqueadura tubária como método de preferência.

De fato, dado que a laqueadura tubária não era custeada pelo sistema público nem pelos planos privados de saúde, o mecanismo para cobrir os custos ou acobertar a intervenção cirúrgica era acoplá-la a uma cesariana ou registrar a realização de outro procedimento, a colpoperineoplastia, por exemplo, pago pelo SUS (MERRICK e BERQUÓ, 1983; CAETANO e POTTER, 2004). De fato, a partir do exame dos dados das PNSMIPF 1986 e da PNDS 1996, fica evidente que as laqueaduras eram realizadas principalmente no sistema público de saúde, pagas ou gratuitamente, ligadas a uma cesariana, ou a outro tipo de procedimento cirúrgico. A combinação dessas características variava conforme o nível de renda e peso do setor privado na assistência médica, ou seja, variava de região para região. No Nordeste, por exemplo, a proporção de laqueaduras de intervalo obtidas gratuitamente, como favor político, teve um peso muito maior do que nas regiões Sul e Sudeste (CAETANO e POTTER, 2004).

A realização da PNDS 1996 e outros estudos realizados a partir de então permitiram que o entendimento da contracepção e da prática da laqueadura tubária no Brasil fosse ampliado. Análises que enfatizavam determinantes específicos deram lugar a perspectivas mais complexas nas quais se conectavam as deficiências do sistema de saúde, o comportamento dos médicos e profissionais de saúde, a posição recalcitrante por parte dos parceiros e maridos em relação à contracepção, desinformação sobre o próprio corpo e sobre a atuação dos métodos contraceptivos, falta de acesso ao leque de métodos reversíveis e pobreza (BERQUÓ, 1995; DINIZ et al 1998). Permeando todos esses aspectos estava o reconhecimento de que havia uma grande demanda e escassas alternativas

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

contraceptivas. A esse respeito, Berquó (1993) argumenta que a cumplicidade entre mulheres, médicos e outros profissionais da saúde em um cenário de opções contraceptivas escassas engendraram uma ‘cultura da esterilização’, ou seja, que a laqueadura tubária tinha se constituído em um ponto final da vida reprodutiva das mulheres tão natural quanto a menopausa. É esse conjunto de elementos e acontecimentos que propiciaram a criação, em 1996, da lei 9.263.

## Pós-1997: Acesso a Serviços Planejamento Familiar e Laqueadura Tubária no SUS

Após a sanção da Lei 9.263 e da edição das portarias que a regulamentaram, uma série de pesquisas e estudos foi realizada com o objetivo de investigar e avaliar o acesso à esterilização cirúrgica, com ênfase no papel dos médicos, na perspectiva de gestores e na avaliação de usuários do sistema público de saúde que requereram a laqueadura tubária ou a vasectomia. Uma pesquisa pioneira foi realizada em 1999 para avaliar os efeitos da Lei 9.263 na Região Metropolitana de São Paulo. Entre julho e dezembro daquele ano foram entrevistados os responsáveis por 23 serviços de saúde que ofereciam laqueadura tubária e vasectomia.

A principal conclusão desse estudo foi de que a lei não tinha tido efeito significativo na prática de esterilização cirúrgica feminina, tendo produzido, em verdade, um resultado não esperado (LUIZ e CITELI, 1999). Segundo os entrevistados, a demanda por laqueadura tubária havia crescido, após a lei e a provisão dessa demanda competia com os casos em que a esterilização era indicação médica. Segundo os autores, os entrevistados reportaram que os serviços não tinham capacidade de suprir a demanda total, situação que piorou com a proibição da esterilização pós-parto em fevereiro de 1999 (LUIZ e CITELI op. cit.). Além disso, o estudo sugere que os médicos eram muito pouco aderentes aos critérios definidos pela lei, isto é, criavam seus próprios critérios caso a caso. As autoras concluem ser necessário levar à população o conhecimento de seus direitos e aprimorar os mecanismos de fiscalização de médicos e hospitais de forma a garantir o cumprimento da lei.

Berquó e Cavenaghi (2003) analisaram a implementação da nova legislação de planejamento familiar, especialmente da esterilização cirúrgica voluntária, com vistas a verificar se os direitos reprodutivos de mulheres e homens estavam sendo atendidos. As autoras realizaram uma pesquisa longitudinal com uma amostra de 159 indivíduos em Palmas, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba e Cuiabá. Foram realizadas, também, entrevistas com profissionais e gestores de saúde. Após seis meses de acompanhamento dos requerentes, 25,8% das mulheres e 31% dos homens obtiveram o procedimento. Boa parcela dos indivíduos que não obteve a cirurgia mencionou a burocracia e o desrespeito à lei por parte dos serviços como razões para o insucesso. Por outro lado, 73% das mulheres e 70,4% dos que requisitaram a esterilização responderam ter passado pelo processo de aconselhamento. Segundo as autoras, os resultados indicavam que a prática usual da esterilização

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

pouco havia mudado após as portarias que regulam a Lei 9.263.

Outro achado importante de Berquó e Cavenaghi (op. cit.) foi o grau elevado de desconhecimento, por parte dos gestores públicos e diretores de serviços de saúde, do corpo legal e normativo que regula a estruturação dos serviços de planejamento familiar e realização de esterilização cirúrgica, além da ausência de atuação efetiva dos conselhos estaduais e municipais de saúde nesse âmbito. É importante ressaltar, porém, a nota final das autoras do estudo, que asseveram “[...] que a porta de entrada no sistema de saúde mostrou-se elemento importante na implementação das cirurgias. Os ambulatorios de hospitais, especialmente no caso das mulheres, reduzem as dificuldades burocráticas e agilizam o acesso às ligaduras tubárias” (p. S452).

POTTER e colegas (2003) realizaram pesquisa longitudinal nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Belo Horizonte e Natal, e no município de São Paulo. Foram entrevistadas 1.612 mulheres grávidas com idade entre 18 e 40 anos. A amostra foi estratificada segundo a natureza do serviço, se público ou privado, na proporção de dois para um. As entrevistas foram realizadas no momento do recrutamento, um mês antes da data marcada para o parto e um mês após essa data. Mulheres que informaram, em uma das duas primeiras entrevistas que não queriam mais filhos foram perguntadas sobre como preveniriam futuras gravidezes. Aquelas que relataram querer a esterilização foram perguntadas se planejavam obtê-la imediatamente após o parto ou mais tarde. Na entrevista após o parto, essas mulheres foram perguntadas se elas haviam sido laqueadas e, em caso negativo, se gostariam de obter a cirurgia futuramente.

Foi encontrada uma proporção substancial de mulheres que desejavam a esterilização pós-parto entre aquelas que não queriam mais filhos. Entretanto, pacientes de hospitais públicos apresentaram uma chance significativamente maior de esterilização se comparadas às pacientes de hospitais privados. Os autores argumentam que a nova lei não deve ter reduzido as desigualdades de acesso à laqueadura tubária e, de forma não antecipada, pode estar incentivando a realização de cesarianas desnecessárias. Potter e colegas afirmam que permitir a laqueadura tubária após o parto vaginal removeria esse incentivo e atenderia a uma demanda das mulheres.

Em Ribeirão Preto (SP), a esterilização cirúrgica é oferecida no SUS desde 1999 (VIEIRA e SOUZA, 2009). Em estudo realizado por Vieira e Ford, em 2004, verificou-se que parte dos solicitantes da esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão Preto não obtinha o procedimento. O insucesso, segundo os autores, poderia ser devido à desistência ou adiamento em decorrência do aconselhamento ou devido a obstáculos originados no sistema de saúde. Vieira e Souza (2009) analisaram essas hipóteses entrevistando, em 2004, 230 indivíduos que demandaram e não obtiveram cirurgia de esterilização no período de 1999 a 2004. Esses indivíduos foram comparados com 297 indivíduos esterilizados. Dentre os que não conseguiram a cirurgia, 10% ainda tinham expectativa de obtê-la. Dos 207 restantes, 71% decidiram adiar e 29% encontraram obstáculos – período longo

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

de espera parece ter sido o principal deles. Em comparação com o grupo dos que obtiveram o procedimento, maior renda e maior escolaridade favoreceram o acesso. Os autores afirmam, porém, que menos de 15% dos candidatos não obtiveram a cirurgia no período estudado e que adiamento e desistência podem ser consequência do processo de aconselhamento.

Certamente, o acesso à esterilização cirúrgica é regulado por lei que estipula os direitos dos cidadãos e as obrigações por parte do sistema público de saúde no provimento desse serviço. Os estudos realizados indicam que um problema enfrentado em alguns contextos é o desconhecimento ou a não observância, sem sanções, dos critérios estipulados pela lei e suas portarias. Em outros contextos, o problema é a inexistência de hospitais do SUS licenciados para prover a laqueadura tubária, o que provavelmente faz com que ela siga sendo um serviço de troca clientelística. No Amazonas, por exemplo, em apenas um município foram realizadas esterilizações cirúrgicas pelo SUS em 2007. Assim, uma grande proporção da população não tem acesso a esse serviço. Além disso, a necessidade de apresentar autorização do cônjuge e a proibição da laqueadura pós-parto pode estar alimentando uma demanda frustrada, ao mesmo tempo em que estimula a realização de cesarianas desnecessárias ou outros procedimentos que possam acobertar e cobrir os custos da esterilização. Por outro lado, a legislação é um estímulo para a organização de serviços hospitalares autorizados, o que, por sua vez, é uma forma de disseminar o conhecimento e promover o acesso a métodos reversíveis. A PNDS 2006 nos permite conhecer a situação mais recente.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

## Contracepção no Brasil: PNDS 1996 e 2006

A Tabela 2 traz a distribuição de métodos contraceptivos entre as mulheres unidas de 15 a 49 anos de idade em 1996 e 2006, por região. Observe-se, inicialmente, que os níveis de mulheres laqueadas em 1996 é maior nas regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste, ao passo que a pílula era mais usada nas regiões Sudeste e Sul. Como mencionado anteriormente, esses dois métodos englobavam 60,8 dessas mulheres. Somando-se as não-usuárias de então chega-se a 84,1%. Em 2006, o quadro é bastante mais diversificado. As proporções de laqueadas e de usuárias da pílula retornam aos níveis de 1986, diminuindo a concentração do *mix* contraceptivo para 53,8%. Há um aumento estatisticamente significativo de uso do *condom* masculino e de outros métodos modernos, com peso maior da vasectomia. Em que valham os níveis maiores de laqueadura nas regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste, salta aos o aumento do uso da pílula no Nordeste e no Centro Oeste e do preservativo masculino em todas as regiões.

Tabela 2: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas, segundo o método contraceptivo utilizado, por região – Brasil.

1996

Região	Método						Total (n)*	
	Laqueadura Tubária	Pílula	Condom masculino	Outros modernos	Métodos tradicionais	Nenhum		
Sudeste	37,8	21,8	5,7	7,1	7,1	20,5	100	3.251
Sul	29,0	34,1	4,9	4,7	7,6	19,7	100	1.403
Nordeste	43,9	12,7	3,0	2,7	5,9	31,8	100	1.994
Norte	51,3	11,1	2,3	3,5	4,2	27,7	100	336
Centro Oeste	59,5	16,1	2,3	3,1	3,5	15,5	100	600
<b>Total</b>	<b>40,1</b>	<b>20,7</b>	<b>4,4</b>	<b>5,0</b>	<b>6,5</b>	<b>23,3</b>	<b>100</b>	<b>7.584</b>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

2006

Região	Método						Total (n)*	
	Laqueadura Tubária	Pílula	Condom masculino	Outros modernos	Métodos tradicionais	Nenhum		
Sudeste	23,9	23,3	13,1	15,6	4,2	19,9	100	4.173
Sul	19,2	39,0	9,9	10,5	3,4	18,0	100	1.591
Nordeste	36,9	21,6	11,8	6,8	3,2	19,7	100	2.636
Norte	41,0	13,3	14,9	6,3	2,9	21,6	100	776
Centro Oeste	38,9	24,5	10,9	7,7	1,5	16,5	100	794
<b>Total</b>	<b>29,1</b>	<b>24,7</b>	<b>12,2</b>	<b>11,1</b>	<b>3,5</b>	<b>19,4</b>	<b>100</b>	<b>9.969</b>

Fonte: PNDS 1996, PNDS 2006.

\*Para 2006 o peso de expansão foi normalizado.

A tabela 3.1 e 4 mostram a distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos usuárias da pílula e cujos companheiros usavam preservativo, segundo o último local de obtenção do método. Em ambos os casos a farmácia continuou sendo a principal fonte. Não obstante, o quadro mudou. O setor público de saúde tinha, em 1996, uma participação reduzida na oferta de pílula e preservativo masculino. Para cada mulher que havia obtido a pílula em um serviço público, 10 haviam comprado na farmácia. Essa razão era de 5 no caso do *condom*. A exceção era a região Nordeste. A participação

do setor público, em 2006, cresceu 148% em relação a 1996 no caso da pílula – três “farmácias” para cada “serviço público”. No caso do preservativo masculino, o crescimento foi de 111% e a razão das que obtiveram na farmácia, em relação ao setor público, caiu para 2. O Nordeste continuava, em 2006, sendo exceção no caso da pílula, mas não em relação ao preservativo masculino.

Tabela 3.1: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas usando *pílula*, segundo o último local de obtenção do método, por região – Brasil.

1996						
Região	Local de Obtenção				Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Farmácia	Outro		
Sudeste	7,9	1,1	89,3	1,7	100	707
Sul	7,2	1,5	89,6	1,7	100	477
Nordeste	20,8	1,3	75,7	2,2	100	253
Norte	2,1	0,0	96,7	1,2	100	37
Centro Oeste	6,7	0,0	92,7	0,6	100	97
<b>Total</b>	<b>9,6</b>	<b>1,2</b>	<b>87,6</b>	<b>1,7</b>	<b>100</b>	<b>1.571</b>

2006						
Região	Local de Obtenção				Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Farmácia	Outro		
Sudeste	16,5	1,4	80,3	1,0	99	973
Sul	21,5	1,4	76,2	0,9	100	620
Nordeste	39,2	0,1	58,9	1,7	100	570
Norte	21,1	0,5	76,3	1,1	99	103
Centro Oeste	24,2	2,9	72,3	0,4	100	194
<b>Total</b>	<b>23,8</b>	<b>1,2</b>	<b>73,5</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>	<b>2.460</b>

Fonte: PNDS 1996, PNDS 2006.

\*Observação: a soma não totaliza 100% por não ter sido incluída na tabela as mulheres que não responderam esse quesito. Para 2006 o peso de expansão foi normalizado.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Tabela 3.2: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas usando *pílula*, segundo o último local de obtenção do método, por consulta a um médico ou enfermeira quando começou a usar o método - Brasil, 2006.

Consultou médica/o ou enfermeira/o quando começou a usar a pílula?	Local de Obtenção				Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Farmácia	Outro		
Sim	87,0	85,7	76,3	78,7	79,0	1.944
Não	12,4	12,7	22,3	21,3	19,7	485
Sem resposta	0,6	1,6	1,5	0,0	1,3	31
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>2.460</b>

Fonte: PNDS 2006.

\*O peso de expansão foi normalizado.

Tabela 4: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas cujos *parceiros usavam condom masculino*, segundo o último local de obtenção do método, por região – Brasil.

1996

Região	Local de Obtenção				Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Farmácia	Outro		
Sudeste	14,0	0,8	77,6	7,6	100	185
Sul	7,3	0,0	84,9	7,8	100	69
Nordeste	28,5	2,3	65,8	3,5	100	59
Norte	5,9	0,0	82,3	11,8	100	77
Centro Oeste	4,6	4,6	90,8	0,0	100	13
<b>Total</b>	<b>14,6</b>	<b>1,0</b>	<b>77,7</b>	<b>6,7</b>	<b>100</b>	<b>403</b>

2006

Região	Local de Obtenção				Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Farmácia	Outro		
Sudeste	25,4	0,1	70,9	3,7	100	536
Sul	32,2	7,9	56,4	2,7	99	156
Nordeste	38,2	1,0	57,1	3,4	100	307
Norte	29,0	1,9	65,9	3,2	100	112

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

<b>Centro Oeste</b>	37,4	1,1	60,8	0,4	100	86
<b>Total</b>	<b>30,8</b>	<b>1,6</b>	<b>64,3</b>	<b>3,2</b>	<b>100</b>	<b>1.196</b>

Fonte: PNDS 1996, PNDS 2006.

\*Observação: a soma não totaliza 100% por não ter sido incluída na tabela as mulheres que não responderam esse quesito. Para 2006 o peso de expansão foi normalizado.

A Tabela 5 apresenta a distribuição percentual das mulheres unidas de 15 a 49 anos de idade que estavam usando um método contraceptivo moderno reversível e que o obtiveram no setor privado de saúde ou na farmácia, por raça/cor da pele. Não foram incluídas as que se declararam indígenas e orientais e as que não declaram cor – 6% desse total. Foi utilizada essa informação como uma variável *proxy* de situação socioeconômica de forma a se examinar, preliminarmente, desigualdades no acesso gratuito a métodos reversíveis. Isso porque a variável de educação é influenciada por idade, o que distorceria os resultados, e a captação da informação sobre renda é problemática. De qualquer maneira, o quadro nacional indica uma divisão quase igual por cor, tanto em 1996 quanto em 2006. Entretanto, os quadros regionais são bastante diversos. As mulheres que se declararam brancas são maioria nas regiões Sul e Sudeste em ambos os anos e as que se declararam pretas e pardas são maioria no Nordeste, Norte e Centro Oeste, também em ambos os anos.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

**Tabela 5: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas, usando método moderno, exceto laqueadura tubária, cuja fonte foi o setor privado, segundo a cor da pele, por região – Brasil.**

1996

Região	Raça/Cor da Pele		Total (n)*	
	Branca	Preta/Parda		
<b>Sudeste</b>	53,5	46,5	100	1.342
<b>Sul</b>	65,6	34,4	100	642
<b>Nordeste</b>	33,2	66,8	100	413
<b>Norte</b>	26,1	74,0	100	98
<b>Centro Oeste</b>	40,7	59,3	100	243
<b>Total</b>	<b>51,2</b>	<b>48,9</b>	<b>100</b>	<b>2.738</b>

2006

Região	Raça/Cor da Pele		Total (n)*	
	Branca	Preta/Parda		
Sudeste	53,6	46,4	100	1.916
Sul	77,0	23,0	100	812
Nordeste	26,9	73,1	100	714
Norte	20,4	79,6	100	286
Centro Oeste	41,8	58,2	100	369
<b>Total</b>	<b>50,2</b>	<b>49,8</b>	<b>100</b>	<b>4.098</b>

Fonte: PNDS 1996, PNDS 2006.

\*Para 2006 o peso de expansão foi normalizado.

No que se refere à laqueadura tubária, de acordo com a PNDS 2006, do total de mulheres unidas, entre 15 e 49 anos de idade, esterilizadas cirurgicamente, 51,3% o foram até 1997, ano ao final do qual a lei e suas regulamentações passaram a vigor. Portanto, 48,3% das mulheres unidas de 15 a 49 anos que estavam esterilizadas em 2006 poderiam ter obtido a laqueadura dentro dos critérios da lei. Entre as que foram esterilizadas depois de 1997, 11% o foram em 1998 e 1999, esse último sendo o ano no qual entrou em vigor a portaria que proibiu a laqueadura pós-parto.

A Tabela 6.1 apresenta a distribuição percentual das mulheres que estavam laqueadas em 1996 e as mulheres que foram laqueadas entre 1998 e 2000, segundo a natureza do serviço médico onde foi realizado o procedimento cirúrgico. Percebe-se que houve um aumento da participação do setor privado na provisão da laqueadura, ao contrário do que ocorreu com a pílula e o *condom* masculino. Essa mudança é válida para todas as regiões, com exceção da região Nordeste, onde aumentou a participação do setor público de saúde no provimento da esterilização cirúrgica feminina. Em relação a esse dado, é importante ter em mente que do número total de laqueaduras realizadas no SUS entre 1998 e 2006, 21,2% ocorreram no Nordeste, praticamente o mesmo percentual da região Sul (21,5%). Do total, 47,1% das laqueaduras tubárias realizadas no SUS nesse período ocorreram na região Sudeste.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Tabela 6.1: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas laqueadas, segundo o local de obtenção do método, por região – Brasil.

1996

Região	Local de Obtenção			Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Outro		
Sudeste	65,6	33,4	1,0	100	1.217
Sul	72,3	27,1	0,6	100	401
Nordeste	82,3	16,6	1,1	100	867
Norte	71,4	26,8	1,8	100	171
Centro Oeste	63,5	35,9	0,7	100	356
<b>Total</b>	<b>71,4</b>	<b>27,6</b>	<b>1,0</b>	<b>100</b>	<b>3.012</b>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20

2006

Região	Local de Obtenção			Total (n)*	
	Serviço Público	Serviço Privado	Outro		
Sudeste	50,7	49,3	0,1	100	486
Sul	44,5	55,5	0,0	100	123
Nordeste	85,5	14,5	0,0	100	523
Norte	66,5	33,4	0,1	100	157
Centro Oeste	51,8	48,0	0,3	100	116
<b>Total</b>	<b>63,5</b>	<b>36,4</b>	<b>0,1</b>	<b>100</b>	<b>1.405</b>

Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Fonte: PNDS 1996, PNDS 2006.

\*Para 2006 o peso de expansão foi normalizado.

Tabela 6.2: Distribuição percentual das mulheres esterilizadas cirurgicamente a partir de 1998, segundo a relação do procedimento com o parto, por período – Brasil.

Relação da laqueadura com o parto	Período		Total (n)*	
	1998-1999	2000-2006		
Durante cesariana	65,4	47,1	51,2	847
Pós-parto	5,0	6,7	6,3	104
Intervalo	29,6	41,2	38,6	638
Sem resposta	0,0	0,5	3,9	65
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>1.655</b>

Fonte: PNDS 2006.

\*O peso de expansão foi normalizado.

Resta examinar em que medida as laqueaduras tubárias do período em que a Lei 9.263 já estava em vigor e regulamentada foram oferecidas de acordo com os critérios estipulados na letra da lei. Para isso, vamos considerar as mulheres esterilizadas, independente da situação conjugal em 2006, que foram laqueadas a partir de 2000, inclusive. Esse corte temporal visa incluir apenas as esterilizações tubárias que não poderiam ter sido feitas durante ou no período pós-parto, se ocorridas em hospital público ou particular afiliado ao SUS.

No período entre 2000 e 2006, 4.103.325 mulheres entre 15 e 49 anos foram esterilizadas cirurgicamente no Brasil (Tabela 7). Desse total, 68,2% - 2.797.141 mulheres – obtiveram o procedimento em um serviço do SUS. Desse total de mulheres que foram laqueadas no SUS entre 2000 e 2006, 40,5% o foram durante uma cesariana e 6,7% foram operadas no período pós-parto. Portanto, em 47,2% dos casos de laqueadura tubária no SUS nesse período não se respeitou a portaria de 1999.

**Tabela 7: Distribuição percentual das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2006, segundo a natureza do hospital, por relação da esterilização cirúrgica com o parto – Brasil.**

Relação com o parto	SUS	Serviço Privado	NR	Total
<b>Durante cesariana</b>	56,0	44,0	0,0	100
	40,5	69,4	0,0	49,3
	1.133.773	889.871	0	2.023.644
<b>Pós-parto</b>	65,0	35,0	0,0	100
	6,7	7,8	0,0	7,0
	186.077	100.115	0	286.192
<b>Intervalo</b>	83,4	16,4	0,2	100
	52,8	22,6	18,2	43,2
	1.477.291	290.040	4.209	1.771.540
<b>NR</b>	0,0	13,6	86,4	100
	0,0	0,2	81,8	0,5
	0	2.995	18.954	21.949
<b>Total</b>	68,2	31,3	0,6	100
	100	100	100	100
	<b>2.797.141</b>	<b>1.283.021</b>	<b>23.163</b>	<b>4.103.325</b>

Fonte: PNDS 2006.

A comparação das informações da PNDS 2006 com as informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) indica que a oferta de laqueadura tubária no SUS, dentro dos critérios da Lei 9.263, foi insuficiente para atender a demanda no período 2000-2006. De acordo com as informações das AIH geradas para laqueadura tubária e parto cesáreo com laqueadura tubária devido a cesarianas sucessivas, foram realizados 263.514 procedimentos. Como visto anteriormente, o número de mulheres laqueadas no SUS foi de 2.797.141. Isso significa que o número de AIH para esses procedimentos representa 9,5% das laqueaduras tubárias ocorridas no SUS entre 2000 e 2006 (<http://w3.datasus.gov.br/datasus>).

Das 1.477.291 mulheres que obtiveram a laqueadura tubária de intervalo, descontamos 48.115 (3,2%) que informaram ter pago pelo procedimento. Para as demais, é possível verificar o tempo decorrido entre a solicitação e a realização da cirurgia. Observa-se, na Tabela 8, que 45,3% delas foram operadas antes do período mínimo de aconselhamento e 6,1% deram resposta inconsistente (“durante o parto” ou “combinada durante a gravidez”). Portanto, desse total, 43,4% das mulheres estariam, potencialmente, de acordo com o que está estipulado na Portaria 144, de que os requisitantes da laqueadura tubária e da vasectomia tenham um período de pelo menos sessenta dias entre a manifestação da demanda no SUS e a realização da cirurgia.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Tabela 8: Distribuição percentual das mulheres que tiveram *laqueadura tubária de intervalo gratuita* no SUS, segundo o período de tempo até a realização da cirurgia – Brasil, 2000-2006.

Período	Frequência	Percentual
Menos de 2 meses	648.045	45,3
2 meses	174.227	12,2
3-5 meses	203.374	14,2
6-11 meses	93.689	6,6
12 meses ou mais	129.033	9,0
Durante o parto	19.580	1,4
Combinada durante a gravidez	67.757	4,7
NS/NR	93.471	6,6
<b>Total</b>	<b>1.429.175</b>	<b>100</b>

Fonte: PNDS 2006.

Do total de laqueaduras tubárias realizadas no SUS entre 2000 e 2006, 47,2% foram feitas durante uma cesariana e, em menor proporção, no período pós-parto. É possível que essas laqueaduras tenham sido feitas devido a cesarianas sucessivas. No quadro 1 observa-se que, nesse período, o

total de AIH referentes a esse tipo de procedimento totalizaram 81.598. Esse número representa 6,2% do total de cirurgias durante a cesariana ou no pós-parto ocorridas no SUS conforme captado pela PNAD 2006. Em relação ao procedimento laqueadura tubária pura, foram feitas 182.966 ou 12,8% do total no período, conforme os dados da PNAD 2006. Levando em conta que desse total de procedimentos de intervalo, 600.322 apresentaram respostas consistentes com relação ao período mínimo de aconselhamento, esse percentual sobe para 30,5%. No cômputo geral, todas as AIH de laqueadura tubária no período 2000-2006 representaram 9,5% de todas as laqueaduras realizadas no âmbito do SUS, de acordo com os dados da PNDS 2006.

**Quadro 1: Número de procedimentos de laqueadura tubária realizadas no SUS segundo as informações consolidadas de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) – Brasil, 2000-2006.**

Laqueadura Tubária	Cesariana com laqueadura devido a cesarianas sucessivas	Total
182.966	81.598	264.564
12,8%	6,2%	9,5%

Fonte para os dados de AIH: <http://w3.datasus.gov.br/datasus>.

## Considerações Finais

Considerando as informações analisadas na sessão anterior, a maior parte das dois milhões e oitocentas mil laqueaduras tubárias desse período no Sistema Único de Saúde ocorreu durante uma cesariana ou no período pós-parto. Uma pequena fração das laqueaduras de intervalo foi paga. Das restantes, mais da metade não seguiu o critério de período de aconselhamento de sessenta dias. Em suma, 75,2% das laqueaduras tubárias realizadas no SUS nesse período não se adequaram aos critérios básicos estipulados na legislação.

Ao verificar a informação sobre a intenção, alguma vez, de obter a laqueadura tubária entre as mulheres unidas não esterilizadas com parturição de segunda ordem ou superior que não querem ter mais filhos, encontra-se que 50,5% delas responderam positivamente. Dentre essas mulheres, 26,4% responderam que tentaram, mas o “serviço não concordou”, 25,8% responderam que tentaram e não conseguiram e 20,7 desistiram. Não é possível determinar se as desistentes chegaram a tentar. Observa-se, também, que a proibição da laqueadura pós-parto a partir de 1999 teve um efeito substancial na realização de laqueaduras acopladas a uma cesariana (Tabela 6.2).

De qualquer forma, esses percentuais são evidências de uma demanda frustrada, frustrada em boa parte por obstáculos ao acesso, o que coloca em pauta a discussão sobre a proibição da laqueadura logo após um parto vaginal, além da organização de serviços que possam atender áreas onde não há hospitais licenciados. É razoável supor que se essas duas condições fossem alteradas a proporção de laqueaduras seria superior ao que se observou em 2006.

Por outro lado, aumentou substancialmente o uso de pílula, do *condom* masculino e dos outros métodos modernos, em comparação a 1996. Com relação a esses métodos, ainda que a principal fonte continue sendo a farmácia, é preciso ressaltar que o aumento, entre 1996 e 2006, da participação do SUS como fonte de obtenção foi expressiva, principalmente no caso do preservativo masculino. A propósito, o aumento da participação masculina na contracepção, por meio desse método e da vasectomia, também foi substantivo e essa tendência merece análises mais detidas. Com relação aos procedimentos de vasectomia realizados no SUS é possível perceber, por exemplo, uma alta concentração nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Em suma, houve uma descontração do *mix* contraceptivo brasileiro, com diminuição importante do papel da laqueadura tubária e aumento da participação masculina. Esse é um dado positivo. Outro achado positivo é o aumento da participação do SUS como fonte de métodos reversíveis, com um alto percentual, no caso da pílula, de consulta a um/a médica/o ou enfermeiro/a por ocasião do início do uso desse método. O SUS continua sendo o maior provedor de laqueadura tubária. Entretanto, os critérios da legislação não são seguidos na vasta maioria dos procedimentos. Além disso, os dados indicam a existência de uma demanda frustrada não trivial.

Esses achados colocam em pauta a dimensão da influência, no aumento do uso de contraceptivos reversíveis, da restrição à laqueadura tubária imposta pela legislação e qual o peso dos estímulos, no que se refere à organização de serviços de aconselhamento e disponibilização de métodos, que essa própria legislação criou. Se por um lado criou-se um obstáculo potencial à implementação da decisão contraceptiva de esterilização cirúrgica para um grande número de mulheres, por outro, o leque de opções e a segurança no uso parecem ter aumentado.

Como em outras políticas públicas – a descentralização da saúde e o Programa Bolsa Família são paradigmáticos –, a regulamentação e as iniciativas centrais tendem a induzir a organização e a melhoria de serviços essenciais locais, ao mesmo tempo em que causa efeitos não esperados. No caso da laqueadura tubária, deve-se considerar que a Lei 9.263 não impõe a organização de serviços de planejamento familiar aos gestores de saúde estaduais e municipais e as portarias que a regulam não contêm mecanismos de estímulo para que isso aconteça – um exemplo é o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), no caso cadastramento e atualização das informações do Cadastro Único, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Portanto, a oferta de laqueadura no setor público, de acordo com a Lei de Planejamento Familiar, depende da perspectiva e da diligência

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

dos gestores de saúde, principalmente a nível local. Por isso, basicamente, as expressivas lacunas quantitativas e territoriais na oferta desse procedimento no SUS.

Além disso, a obrigatoriedade de apresentar a anuência por escrito do cônjuge e a proibição da laqueadura no pós-parto vaginal são fatores potenciais na alimentação de uma demanda frustrada por esse procedimento, ao mesmo tempo em que provavelmente levam à realização de cesarianas desnecessárias para a obtenção de laqueadura durante uma cesárea, após sucessivas cesarianas. Há que se considerar, nesse aspecto, que o período de aconselhamento é uma oportunidade importante para informar e ampliar o acesso a métodos reversíveis.

Em síntese, mudanças em vários aspectos da lei 9.263 são imperativas para desbloquear os canais de obtenção de uma esterilização cirúrgica desejada. Entretanto, a existência, *per se*, de legislação, qualquer que seja ela, não tem o poder da consubstanciação.

### Referências Bibliográficas

ÁVILA, Maria Betânia. PAISM: Um Programa de Saúde para o Bem-Estar de Gênero. In: **Relatório, SOS Corpo**. Recife, 1993.

BARROSO, Carmen. Esterilização Feminina: Liberdade e Opressão. In: **Revista de Saúde Pública**. Nº 18, 1984.

BERQUÓ, Elza. A Saúde Reprodutiva das Mulheres na 'Década Perdida'. In: **Relatório de Pesquisa, CEBRAP**. São Paulo, 1995.

BRASIL - Congresso Nacional. Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil. In: Comissão Parlamentar de Inquérito: Relatório Final. Brasília, 1993.

BRASIL – Ministério da Saúde. Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. In: Diário Oficial da União. 20 ago, 1997a.

BRASIL – Ministério da Saúde. Portaria 144, de 20 novembro, 1997. In: Diário Oficial da União. 24 nov, 1997b.

CAETANO, A. J. Sterilization for Votes in the Brazilian Northeast: The Case of Pernambuco. Ph.D. Thesis, Austin: University of Texas at Austin, 2000.

CAETANO, A. J. O Declínio da Fecundidade e suas Implicações: uma introdução. In: CAETANO, A.J.; ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. (Org.). Dez Anos do Cairo: Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004, p. 11-20.

CAETANO, André J. e Joseph E. POTTER. Politics and female sterilization in Northeast Brazil: politics and female sterilization in Northeast Brazil. In: Population and Development Review. Vol. 30, No. 1, p. 79-108, 2004.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: Karen Giffin; Sarah Hawker Costa. (Org.). Questões da Saúde Reprodutiva. p. 319-336 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DINIZ, Simone Grilo, Cecília de Mello SOUZA e Ana Paula PORTELLA. Not Like our Mothers: Reproductive Choice and the Emergence of Citizenship among Brazilian Rural Workers, Domestic Workers, and Housewives. In: Rosalind D. PETCHESKY e Karen JUDD (Org.). **Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures**. London: Zed Books, 1998.

FARIA, Vilmar. Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Consequências Não Antecipadas e Efeitos Perversos. In: Ciências Sociais Hoje. p. 62-103, 1989.

FARIA, V.E. e J.E. POTTER. **Development, government policy and fertility regulation in Brazil**. Apresentado na Conferência Anual da PAA, Toronto, Maio, 1990.

GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra. Esterilização: Impunidade ou Regulamentação? In: **Relatório, Geledés - Instituto da Mulher Negra**. São Paulo, 1991.

MERRICK, Thomas W. e Elza BERQUÓ. The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility. Washington D.C.: National Academy Press, 1983.

PAIVA, Paulo T.A. The Process of Proletarianization and Fertility Transition in Brazil. In: Textos para Discussão 15. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 1984.

POTTER, Joseph E. et al. **Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. Contraception**. 67 (2003), p. 385-390, 2003.

RAMOS, L. e A.L. SOARES. Participação da mulher na força de trabalho e pobreza no Brasil. In: **Texto para Discussão nº 350**. IPEA: Brasília, 1994.

RIO DE JANEIRO – Assembléia Legislativa. CPI: Esterilização. In: **Relatório Final**. Rio de Janeiro, 1991.

SOF, Sempreviva Organização Feminista. Esterilização Feminina. **Série Saúde e Direitos Reprodutivos**. Vol. 1. São Paulo: SOF, 1994.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

UN Millennium Project. **Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals**. 2006.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Elza Berquó (Org.). *Sexo e Vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil*. p. 151-196. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

VIEIRA, E. M., FORD, N.J. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, p. 1201 - 1210, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni, SOUZA, Luiz de. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. In: *Revista de Saúde Pública*. v. 43, p. 398 - 404, 2009.

WONG, Laura Rodriguez, Rita BADIANI e Inês QUENTAL. Achados e Perdidos sobre Saúde Reprodutiva na PNDS - 1996. In: **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. 15(1), 1998.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Debate

## **Segunda Mesa: Acesso à contracepção segura**

**Gestora Debatedora: Elisabeth Wartchow** – Departamento de Atenção Básica, MS

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Segunda  
Mesa  
Acesso à  
contracepção  
segura

Apresentou dados de um estudo amostral realizado em 2008 pelo DAB/MS, designado “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, com indicadores de realização de ações de saúde das mulheres: consulta médica de pré-natal; consulta de enfermagem de pré-natal; ação educativa de planejamento familiar; oferta de métodos contraceptivos; coleta de material para prevenção de câncer de colo de útero, dentre outras.

Quanto à realização de atividade educativa no Planejamento Familiar, 63,1% das equipes responderam afirmativamente, 36,5% disseram que não a executam. Em síntese, foi demonstrado um aumento significativo nos índices de atenção à saúde da mulher pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, em especial, no tocante à oferta de métodos contraceptivos em todas as regiões do país.

Uma participante destacou que o impacto da epidemia HIV reforçou o uso do preservativo, ponderando que o aumento do uso do condom tem pouca relação com a Lei do Planejamento Familiar. No entanto, a postergação da laqueadura pode ter alguma relação com o uso do condom.

Também foi ressaltada preocupação com o alto índice de utilização de métodos hormonais e as desigualdades regionais no acesso aos métodos contraceptivos.

Houve uma problematização das dificuldades decorrentes da descentralização das políticas, havendo uma falta de padronização na oferta e garantia de acesso aos contraceptivos. Cita o exemplo da contracepção de emergência, para a qual há diferentes protocolos e critérios dos serviços de saúde para sua dispensação.

Foi sugerido que a CNPD e SPM acompanhem o processo de revisão do programa de ação das Nações Unidas para o Brasil nos próximos anos.

# Acesso ao aborto legal e ao abortamento inseguro: a barreira dos valores

Gilberta Santos Soares<sup>1</sup>

## Introdução

Neste artigo se propõe discutir a assistência ao abortamento a partir do acesso ao aborto legal no contexto do atendimento às mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual e da problematização da assistência ao aborto inseguro<sup>2</sup> nos serviços públicos brasileiros. Considerando que a assistência ao abortamento está amparada na legislação brasileira e assegurada pela normatização do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 1999 e 2005a) e da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento (MS, 2005b), buscar-se-á compreender os entraves para a realização destes procedimentos nas unidades de assistência à saúde reprodutiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e os discursos de profissionais, visando pensar caminhos para humanização da atenção e garantia dos serviços às mulheres que deles necessitam. Também pontuará questões da incidência política pela mudança do marco legal.

A Constituição Brasileira não se refere ao aborto em qualquer de seus artigos. A partir de 1940, o aborto passa a ser descrito no art. 128 do Código Penal brasileiro. Tornando-se um ato ilegal em todas as circunstâncias, exceto quando a gravidez representa risco de morte para a mulher - aborto terapêutico - ou nos casos de gravidez decorrente de estupro.

Estima-se que ocorram anualmente no Brasil entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos inseguros, de acordo com os resultados da pesquisa “Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social” (MONTEIRO e ADESSE, 2007), baseada nos dados de internação do SUS. Dados do Ministério da Saúde apontam que a curetagem pós-abortamento<sup>3</sup> (CPA) é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação do SUS no país, ocorrendo cerca de 220 mil internações em 2007 para tratamento das complicações de aborto. (BRASIL, 2007).

1 É psicóloga, mestre em sociologia. Integrante da Cunchã Coletivo Feminista/PB, doutoranda do Programa de pós-graduação em gênero, feminismo e mulheres do Núcleo de Estudos da Mulher/UFBA.

2 Aborto inseguro é o procedimento para interromper uma gestação indesejada, realizada por profissional sem a qualificação necessária e/ou em ambiente sem os padrões sanitários adequados (OMS, 2003), muitas vezes é realizado pela própria mulher, sem o acompanhamento de outra pessoa.

3 Procedimento cirúrgico que consiste na introdução da cureta para raspagem da cavidade uterina, extraíndo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), o uso da cureta pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero.

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

As complicações por abortamento configuram a quinta causa de internação hospitalar de mulheres no SUS, respondendo por 9% dos óbitos maternos e por 25% dos casos de esterilidade por problemas tubários, de acordo com o diagnóstico da Campanha por uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS, 2003). Segundo o Ministério da Saúde, o abortamento é a quarta causa de mortes maternas no país (BRASIL, 2007). Pesquisa realizada por Laurenti *et al* (2003), em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1,4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram Razão de Mortalidade Materna RMM inferiores a 10 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo como importante causa de óbito (ALEXANDER, 2003).

A despeito da subnotificação dos óbitos por aborto, tem sido observada, nas últimas décadas, uma tendência de declínio da taxa de mortalidade, sendo um importante fator a disseminação do *misoprostol* para indução farmacológica do abortamento.

Entretanto, verifica-se um decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito e a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas razões nos estados nordestinos. É também nesta região onde as mortes por causa do abortamento adquirem mais importância entre as causas de morte materna (Rfs, 2003). Segundo o Dossiê “A realidade do Aborto Inseguro na Bahia” (2008), Salvador manteve o aborto como primeira causa de óbito materno nos anos noventa, diferentemente das demais capitais brasileiras, em que as hipertensões eram a primeira causa. Estudo de Menezes e Aquino (2001), que analisou os casos de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos, residentes em Salvador, em 1998, apontou o perfil de mulheres jovens (com média e mediana, de 23 e 21 anos), pardas e negras e com nível fundamental de escolaridade (2001) que morreram devido ao aborto clandestino. Outros estudos confirmam a articulação entre morte materna, classe e raça ao identificar que, no período de 2000 a 2004, a maioria das mulheres que morreram por causas maternas, inclusive por aborto, era negra (pardas e pretas) num distrito sanitário da periferia, e na cidade de Feira de Santana onde sobressaiu a anemia falciforme como causa indireta (SIMONETI *et al.*, 2009). A pesquisa de Monteiro e Adesse (2007) mostra índices entre 20% e 24% de mulheres abaixo de 20 anos que abortaram em estados do Nordeste e em torno de 15% no Sul do país.

A despeito de que o aborto seja praticado clandestinamente por mulheres de todas as classes sociais, níveis educacionais, raças/etnias e religião, esse perfil é demonstrativo da realidade brasileira, corroborando com a afirmação de que as mulheres pobres, jovens e negras são as principais vítimas da clandestinidade do abortamento, tornando o aborto uma questão de saúde pública e justiça social em nosso país.

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

Foram observados efeitos positivos na introdução do *misoprostol* nas práticas gineco-obstétricas a despeito das dificuldades de implementação do uso no Brasil, devido ao contexto de criminalidade. A Comissão de Cidadania e Reprodução organizou uma Reunião Técnico-Científica sobre o Aborto Medicamentoso no Brasil, em outubro de 2009, com objetivo de discutir as regulamentações e limitações do uso do misoprostol no Brasil. Em 2001, a ANVISA cancelou o registro do *cytotec*, por solicitação do laboratório. Posteriormente, registrou e autorizou o medicamento para uso hospitalar, em apresentação vaginal, com o nome de *Prostokos*, a pedido do laboratório Hebron, incluído no rol de medicamentos sujeitos a controle especial. Sendo esta a justificativa das restrições ao seu acesso dada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A resolução nº911, da anvisa, de 2006, limitou a propaganda do *cytotec* na internet e a propaganda do *prostokos* às publicações especializadas, voltadas aos profissionais da saúde.

Os resultados do seminário apontaram para a necessidade de revisão da política pública de uso do misoprostol no Brasil, ampliação do acesso à informação e flexibilização das normas da ANVISA em relação ao misoprostol, assim como sinalizou para a importância do debate sobre a responsabilidade da indústria farmacêutica dos laboratórios na criação de um medicamento como o Cytotec.

Sobre os fatores impulsionadores da atenção ao aborto no Brasil, enumeram-se as realizações da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, em 1995, e as versões +5, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais no cenário internacional. O parágrafo 8.25 do relatório da CIPD diz que “*nos casos em que o aborto não é contrário à lei, sua prática deve ser realizada em condições adequadas*” (RFS, 2003). Estas conferências, das quais o Brasil é signatário, colaboraram para as iniciativas de normatização do Ministério da Saúde.

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) também protagonizou ações para a garantia do direito à interrupção da gestação no marco legal, contribuindo com a sensibilização e adesão de obstetras. Assim, a cada ano realiza o Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, em parceria com o Ministério da Saúde, Rede Feminista de Saúde, entre outros.

A luta pelo direito de decidir sobre o aborto é uma das principais reivindicações do movimento feminista no contexto da luta pela autonomia, pelo direito ao corpo e à saúde. Dos anos 70 em diante, a atuação feminista vem gerando informações e ações políticas que influíram para a formulação e implementação de políticas públicas pelo Estado. Inseriu o debate nos direitos reprodutivos, reivindicando o direito da mulher ou do casal de decidir sobre a interrupção da gravidez. Em 1991, o surgimento da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos impulsionou a luta pelo direito ao aborto através da ação coletiva de organizações

feministas. Publicou dossiês com resultados de investigações, monitorou o legislativo, produziu argumentos e desenvolveu ações de *advocacy* em todo o País, para garantir a assistência ao aborto legal, impulsionando a atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, a anticoncepção de emergência, o planejamento reprodutivo e a humanização da atenção ao abortamento inseguro.

Nos anos 2000, surgiram as Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro e a Frente Nacional contra a criminalização das mulheres e pela legalização do aborto com objetivo de articular diferentes redes e setores feministas e convocar aliados nos movimentos sociais, categorias profissionais, gestores e formadores de opinião para protagonizar a luta pela legalização do aborto, enfrentando a ação conservadora dos grupos religiosos, para evitar retrocessos na política pública e no marco legal.

A I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres (2004), com 1.787 delegadas governamentais e da sociedade civil, recomendou que o governo brasileiro se comprometesse com a revisão da legislação punitiva brasileira. Para cumprir a recomendação, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) instituiu uma Comissão Tripartite, com representações da sociedade civil, legislativo e executivo, com o objetivo de construir um anteprojeto de lei. Esse foi encaminhado para a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal, tendo sofrido ataques das forças religiosas dentro do Congresso Nacional, que exerceram pressão sobre os parlamentares, o Executivo e a sociedade em geral, através das igrejas e da mídia.

O movimento feminista e seus aliados têm incidido politicamente para recolocar no debate a discussão sobre a mudança do marco legal, apoiado na Conferência de Beijing, no I Plano Nacional de Política para as mulheres, no resultado do trabalho da Comissão Tripartite e no acúmulo de reivindicações fomentadas na indignação com a crescente criminalização e prisões das mulheres que abortam.

## Assistência ao Aborto Legal: Um cotidiano de desafios

No final dos anos 80, foi implantado o primeiro Programa de Atenção ao Aborto Legal, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, em São Paulo, 50 anos após a legislação brasileira considerar não punível a interrupção da gravidez decorrente de estupro e com risco de morte para a mulher. A regulamentação nacional só ocorreria em 1999, através de Norma Técnica (BRASIL, 1999), após resolução do Conselho Nacional de Saúde, proposta pela Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher<sup>4</sup> (CISMU), que determinava ao Ministério da Saúde que realizasse a regulamentação do aborto legal no SUS. (CITELI e TALIB, 2005).

Nos anos 90, a ação do movimento feminista e de alguns setores de profissionais médicos

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

foi intensificada para garantir a assistência no SUS, em todo o território nacional, uma vez que existiam obstáculos que deveriam ser vencidos, como a resistência de gestores e profissionais de saúde, permeada pela moral religiosa, em relação à interrupção da gravidez, sobretudo nos casos de estupro, e as dificuldades de encarar a violência sexual como um campo de trabalho da área de saúde (VILLELA e LAGO, 2007).

Pode-se considerar que o tema da violência contra a mulher foi introduzido nas ações de saúde. Meniccuci *et al.* (2009) aponta como conquistas no setor saúde: a instituição da notificação compulsória à vigilância epidemiológica (2004) em todos os serviços públicos de saúde em casos de violência contra a mulher, a formulação da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999) e a edição revisada em 2005. Esta regulamenta o atendimento nos casos de violência sexual, estimulando a criação de redes de referência intersetoriais, com a participação do setor jurídico, segurança pública, assistência social, educação e sociedade civil.

Dados do Ministério da Saúde (2009) apontam 442 Hospitais e Serviços de Referência em Atendimento para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual no Brasil, sendo que destes 60 são indicados como Serviços de Atenção Especializada para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual e como referência para a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Projetos desenvolvidos por IPAS, sobretudo na região Norte do país, apontam que existem diferentes estágios de implementação e infra-estrutura dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual (GALLI *et al.*, 2006).

Um problema recorrente é a dificuldade de identificar e quantificar o número de serviços que realizam o aborto previsto em lei no país. A confusão está estabelecida pelo fato de que nem todos os serviços hospitalares que prestam assistência em casos de violência sexual realizam o procedimento de aborto legal. Além de que, dos que se propõem a realizar, alguns não admitem publicamente e/ou nunca fizeram uma interrupção ou não fizeram nos períodos estudados pelas pesquisas. Também existe desarticulação de serviços por não terem conseguido vencer as resistências. O estudo de Faúndes *et al.* (2006) revelou que 430 dos 884 hospitais ou pronto-socorros consultados (48,6%) declararam fazer aborto previsto na lei, incluindo malformação fetal incompatível com a vida com autorização judicial. Contudo, é significativo que apenas 11,8% declararam ter realizado pelo menos um aborto por estas causas no ano anterior a pesquisa.

Por tudo isso, encontra-se divergência nas informações contidas nos estudos realizados, que trabalham com dados secundários fornecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com visitas e contato telefônico com os serviços de referência. De acordo a pesquisa de Talib e Citeli (2005), existiam 37 serviços que realizavam o aborto legal no ano de 2002, sendo que destes, cinco não haviam realizado interrupção, explicado pela falta de demanda.

Enquanto que dados de Faundes et al. (2006) apontam 44 serviços dessa natureza neste mesmo ano e o Ministério da Saúde indicava 39 serviços, sendo contrastados com os dados de Talib e Citeli (2005) por Villela e Lago (2007).

Percebe-se uma instabilidade nos números que refletem os obstáculos para garantir essa assistência. É fato que a quantidade de serviços tem aumentado ao longo do tempo, pulando de três hospitais públicos que prestavam serviços em 1997 (FAÚNDES *et al.*, 2006 para 27 serviços em 2005 (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005) e 60 em 2009 (BRASIL, 2009). Porém, registram-se estados que deixaram de constar nas listas oficiais, como o Rio Grande do Norte. Comparando os dados sobre o número de serviços por região de 2001 (RFS, 2005) com os de 2009 (BRASIL, 2009), percebe-se maior crescimento na região Nordeste, seguido das regiões Norte e Sudeste.

Segundo Talib e Citeli (2005), cuja metodologia incluiu visitas a hospitais referência no atendimento a casos de violência sexual, muitos dos serviços não oferecem o aborto legal, mesmo tendo equipes capacitadas, ou não admitem que fazem. As autoras concluíram que mais da metade dos serviços, pela quantidade mínima de atendimentos que prestam e por sua invisibilidade, pública e interna, funcionam de modo quase clandestino, alegando estar nessa condição para resguardar sua integridade. As pesquisadoras constataram que o funcionamento do serviço depende da gestão da diretoria do hospital ou da coordenação de obstetrícia, podendo desaparecer com a mudança de direção.

A institucionalidade dos programas fica comprometida pelo impedimento de serem visibilizados como serviços que realizam o aborto legal e ao se remeter ao compromisso pessoal de alguns gestores e profissionais de saúde como garantia da assistência. Citeli e Talib (2005) apontaram a ausência de mecanismos de monitoramento desses serviços por parte do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde e a falta de divulgação e monitoramento da implantação das Normas Técnicas que regulamentam a prática do aborto no SUS. Muitos profissionais de saúde desconhecem as Normas Técnicas uma vez que estas não foram incluídas nas formações acadêmicas, nem nos programas de educação continuada.

Percebe-se que o baixo número de internações para tratamento de aborto por razões médicas, no Sistema de Informação Hospitalar, está relacionado às fragilidades institucionais dos serviços. Villela e Lago (2006) compararam o número de 1.266 abortos por razões médicas, entre 1989 e 2002, com o total de 43.227 estupros, apenas entre 2001 e 2003, no país<sup>5</sup>, concordando com os baixos índices. Considerando a estimativa de que cerca de 5% dos estupros levem à gravidez<sup>6</sup>, pode-se prever que estes estão associados aos obstáculos no acesso à interrupção da gravidez e aos

5 Sabe-se que os índices são sub-notificados, pois muitas mulheres não prestam queixa por medo e vergonha.

6 Para Faundes et al. (2007, p. 3), “a frequência da gravidez indesejada após estupro é imprecisa”. Os dados mais fidedignos indicam uma taxa de risco de 5% por episódio de estupro, utilizando como limite inferior, pelo fato do estudo ter incluído poucas adolescentes, que podem ter maior probabilidade de engravidar.

problemas de subnotificação dos serviços. Na perspectiva qualitativa e da autonomia das mulheres, a negação de acesso a uma única mulher, com direito ao aborto legal, representa grave violação dos direitos humanos.

O Ministério da Saúde (2009) traz um número de 16.289 procedimentos, no período de 1997 a 2007, com percentuais de 49.3% para a região Sudeste; 27.9% Nordeste; 10.3% Sul; 7.7% Norte; e 4.8% Centro Oeste. No ano de 2008, foram realizados 3.285 abortos por razões médicas. Percebe-se o crescimento do número de procedimentos de 2003 a 2008, congruente com o crescimento do número de serviços no Brasil, sendo indicativo dos avanços. Houve mudanças discretas dos percentuais por região, com maior crescimento na região Sul e decréscimo nas regiões Sudeste e Nordeste.

Os estudos também apontam os motivos elencados pelos profissionais de saúde e gestores de Secretarias Municipais de Saúde para não realizarem a interrupção da gravidez prevista em lei como a falta de decisão de gestores, de treinamento de pessoal, de medicamentos e estrutura física deficiente. O estudo de Faundes *et al.* (2006) apontou a grande desinformação sobre o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde dos municípios e o desconhecimento sobre a documentação necessária para proceder à interrupção da gravidez nos casos legais. Existem serviços que condicionam a interrupção legal da gravidez à apresentação do Boletim de Ocorrência Policial, mesmo que este documento não seja pré-requisito ao atendimento, segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2005) e o Código Penal (GALLI, *et al.*, 2006).

A falta de vontade política de gestores e a atitude de resistência dos profissionais de saúde são os grandes empecilhos, arraigados na influência de valores morais religiosos e no contexto de criminalidade que carrega de estigmas a prática do aborto. Profissionais e gestores são sugestionados pela pressão de grupos religiosos e pelas suas afrontas à laicidade do Estado que concorrem para fortalecer convicções religiosas na atuação profissional. Há casos de adolescentes e mulheres que tiveram suas solicitações negadas pelas equipes dos serviços de referência ou de equipes que foram interpeladas para não atender solicitações de interrupções de gestações, sobretudo, em casos de estupro em adolescentes.

O caso da menina de 9 anos, estuprada pelo padrasto e grávida de gêmeos, de Alagoinhas, interior de Pernambuco, é paradigmático da saga vivida por adolescentes e familiares para ter o direito atendido. O Arcebispo de Recife Dom José Cardoso abordou o diretor do hospital e o presidente do Tribunal de Justiça de Pernambuco para tentar impedir o aborto e ameaçou de ex-comunhão a mãe, os profissionais de saúde e as lideranças feministas como recurso apelativo e midiático. O Caso teve repercussão nacional e internacional, tendo sido definitiva a ação do movimento feminista local, a firmeza dos médicos do programa de referência e a ação do organismo de políticas para mulheres do estado para garantir o desfecho satisfatório.

## Discursos conflitantes: valores religiosos e concepções de gênero versus os direitos das mulheres.

São visíveis os preconceitos, julgamentos, punições e omissões no atendimento a mulheres e adolescentes que engravidam por causa do estupro e querem abortar. A experiência demonstra que a atitude preconceituosa desencoraja as mulheres, restringindo o acesso ao aborto legal. Muitos profissionais alegam a objeção de consciência para não realizar a interrupção da gravidez ou prescrever a anticoncepção de emergência. Segundo Galli *et al.* (2006), a objeção de consciência é um direito do médico, facultado pelo Código de Ética Médica, de “*recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência*”, salvo exceções, como os casos de urgência, na ausência de outro profissional e quando a negativa traga danos ao paciente. A atitude do profissional não lhe isenta de indicar outro médico para realizar o procedimento, nem isenta o gestor público de criar as condições para garantir a execução da política pública. O Ministério da Saúde regulamenta as situações em que a objeção de consciência não pode ser aplicada em casos de abortamento.

Para estes autores (GALLI *et al.*, 2006), a prática da objeção de consciência pode-se dar através da recusa de realizar o atendimento ao aborto legal ou de forma implícita através da demora ou negligência na atenção ao abortamento inseguro. Há ainda casos de profissionais de saúde que atuam nos serviços, restringindo o direito da mulher de abortar, ao dificultar o acesso ou tentar persuadir a mulher a desistir da interrupção.

Segundo estudos (NESP, 1998; SOARES, 2003), profissionais da área médica temem ser rotulados de “aborteiros”, assim como de serem legalmente incriminados pela prática de aborto. Sendo por isso que a normatização do Ministério da Saúde teve um importante papel, fazendo com que os profissionais se sentissem protegidos pelos mecanismos legais e por estarem atendendo uma determinação superior do Ministério da Saúde.

Estudo realizado com profissionais de dois serviços de referência no estado da Paraíba e no Distrito Federal (SOARES, 2003) apontou outros motivos que levam à adesão dos profissionais de saúde mediante as pressões, conflitos internos e dificuldades. As dimensões técnicas, legais e éticas despontam nos discursos. A questão técnica se refere ao cumprimento de uma função para a qual foram capacitados e que faz parte do rol de atribuições da área médica e de enfermagem: “... *o estupro e a violência sexual atingem os órgãos que fazem parte da minha especialidade...*” (médico), (2003, p.11). Esta postura é reveladora da forma tecnicista que se relacionam com as usuárias: “*a gente não se envolve com a história, com o sentimento da mulher, mantém distância*” (enfermeira) (2003, p. 11), protegendo o profissional das mulheres que abortam e de suas histórias.

Existe ainda a compreensão dos direitos das mulheres pelos profissionais de saúde que

participaram de processos de sensibilização ou tiveram contato com grupos feministas: “*Eu sempre fui uma pessoa que pensei muito pelo lado da mulher, se ela não quer, porque continuar com aquele filho?*” (enfermeira) (2003, p. 12). Também apareceu a motivação altruísta de ser solidária e ajudar alguém que está precisando: “*é questão de você poder ajudar o ser humano naquilo que ele necessita*” (assistente social) (2003, p. 12).

Segundo Soares (2003), o lócus de resistência médica está na interrupção de gravidez decorrente de estupro, uma vez que o poder médico interdita ou referenda, facilitando ou impedindo a realização do aborto. Nos casos de risco de morte da mulher é o médico quem decide, deslocando a decisão da mulher para a indicação médica, amenizando o sentimento do médico em relação à interrupção da gravidez. Nos casos de abortamento de feto anencéfalo, Porto (2006) observa menor resistência no discurso médico em relação aos casos de estupro por não identificarem com uma vida. Dessa forma, o poder médico se sobrepõe à política pública e ao marco legal.

Esse fato é indicativo da desconfiança quanto à responsabilidade da mulher no estupro e o descrédito a sua palavra. Galli et al. (2006) aponta a afirmação de profissionais que se o serviço for divulgado “*toda mulher vai vir dizendo eu foi estuprada*”. Estas representações se relacionam às atribuições culturais relativas à sexualidade e a questões de gênero que produzem a idéia de uma suposta conduta provocativa das mulheres diante da incontrolável sexualidade masculina, transformando vítima em ré (MENICCUCI et al., 2009).

Apesar da recorrência da recusa à realização do aborto, existe o sentimento de indignação com o estupro e com o agressor e o reconhecimento do direito da mulher de abortar entre os profissionais de saúde, sem que isso implique na concordância em realizar o procedimento (GALLI et al. 2006). Há profissionais que esperam que a mulher seja capaz de superar a agressão, tenha o filho e o encaminhe para a adoção (SOARES, 2003).

A convivência com as histórias das mulheres é capaz de provocar repercussões nos valores dos profissionais de saúde e ressignificações de suas práticas. A participação nos programas representa a possibilidade de crescimento pessoal e profissional, acesso a informações, intercâmbios, visibilidade pública e reconhecimento social (SOARES, 2003). Em síntese, discursos moralmente conflitantes convivem; ao mesmo tempo em que os profissionais acreditam na pertinência técnica e ética de sua prática e nos direitos das mulheres, muitos não se desvencilharam da matriz cultural que coloca o abortamento como um pecado, predominando a influência de valores morais religiosos.

Nos últimos anos, tem sido significativo o avanço ocorrido na implementação dos serviços de aborto legal, porém não é suficiente para garanti-lo de forma universal, equitativa e humanizada. As dificuldades persistem para conseguir realizar um aborto legal nos hospitais públicos brasileiros, seja porque não existe cobertura nacional, devido aos obstáculos relacionados à influência de valores religiosos na prática de gestores e profissionais de saúde ou pelo desconhecimento da população

deste direito. Algumas recomendações para vencer os obstáculos são apontadas em vários estudos (MENICCUCI *et al.*, 2009; SIMONETTI *et al.*, 2008; VIANA *et al.*, 2008; RABAY e SOARES, 2008; FAUNDES *et al.*, 2006; CITELI e TALIB, 2005) e serão apresentadas ao final do texto.

## Atenção ao aborto inseguro: resolutividade e desumanização

A atenção de qualidade é um direito da usuária, sobretudo, quando se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional, independente de que seja um parto, um aborto espontâneo ou provocado. As internações para tratamento de abortamento são parte significativa da demanda das mulheres que procuram as maternidades, sendo admitidas, geralmente, com o diagnóstico de abortamento incompleto. O estigma sobre a prática do aborto é maior quando se trata dos casos não previstos na lei. De acordo com pesquisas realizadas pela Cunhã Coletivo Feminista (RABAY e SOARES, 2008) existe tratamento diferenciado, por parte dos profissionais de saúde, entre as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, com evidente marginalização das mulheres que chegam abortando, levando as mesmas a enfrentar uma seqüência de violências institucionais: “*Esta que vai parir, vai antes! E você pode esperar porque é aborto. Você não decidiu abortar? Então agora agüente!*” (PS/Salvador)<sup>7</sup>, “*Não gostou de fazer? Agora agüenta!*” (PS/João Pessoa).

Percebe-se o distanciamento na relação profissional-usuária, com ausência de diálogo, desrespeitando o direito ao atendimento humanizado. “*Elas nem falam com você, nem param pra conversar, você fica se sentindo como se fosse nada*” (usuária JP). ‘*A coletagem ainda não foi feita*’ relatou a usuária, referindo-se ao discurso do médico. A relação tecnicista transforma as mulheres no procedimento: “*aqui ficam as curetas*” (tec. enfermagem/Salvador). Profissionais se referem à mulher como paciente, tomando-a pelo útero e pelo procedimento a ser realizado.

O atendimento é permeado por um tom investigativo sobre o motivo do abortamento. Imbuídos do lugar de autoridade de saúde, desfilam atitudes coercitivas e punitivas: “*... não é que eu trate mal a paciente. Mas, eu explico que não deveria ter acontecido isso porque é uma agressão a um ser indefeso, que ela tinha como evitar. É tipo assim, quase um puxão de orelha, né?*” (médica/JP). Em visitas a maternidades de Salvador, profissionais se referiram as mulheres em processo de abortamento como “freguesas” e há o relato da atitude violentadora de um médico anestesista, demarcada pela relação de poder entre profissional e usuária:

“*Num gesto de falta de respeito... mostrou-a para nós ao mesmo tempo em que lhe perguntava, num tom agressivo: ‘Foi espontâneo ou provocado? Diga minha filha, quantos comprimidos você botou*

<sup>7</sup> Os depoimentos foram extraídos dos dossiês realizados nos estados de PE (VIANNA *et al.*, 2008), BA (SIMONETTI *et al.*, 2008) e PB (BORGES, *et al.*, 2009) citados anteriormente, de pesquisa realizada na PB (RABAY e SOARES, 2008) e estudo multicêntrico em SP, ES, PB e AL (MENECCUCI, 2009).

na vagina? Quantos você tomou? Você é dessas que mata a cobra e mostra o pau?’ Em seguida ordenou à enfermeira que a levasse para o centro cirúrgico e acrescentou: ‘Deixa ela lá sentindo um pouco de frio’ ” (SIMONETTI *et al.*, 2008, p. 38).

As mulheres que abortam são consideradas irresponsáveis, ruins, fracas, cruéis: “Elas têm esse tipo de vida descomprometida com tudo, essas pessoas que fazem aborto... e depois se arrependem” (PS/ Salvador). Os valores pessoais, cultivados na tradição judaica cristã, permeiam a prática profissional com noções de culpa e pecado, baseada na noção da mulher como reprodutora e em relações de poder desiguais entre os gêneros. Os discursos são atualizados por uma tendência psicologizante que vê a culpa como autopunição pela decisão de abortar e o trauma psicológico como um estigma inevitável e insuperável. “Se eu tiver a chance de orientar a mulher que ela não faça mais isso, porque Deus jamais quer que eu tire a vida, eu oriento ela nesse lado religioso, acho que é um crime e é imperdoável para Deus” (tec. enfermagem/Bayeux/PB).

A influência religiosa está presente nas maternidades com insígnias católicas espalhadas pelo ambiente: crucifixos, imagens de Virgem Maria nas salas, quadros de avisos com salmos nos corredores, telas de descanso dos computadores com mensagens religiosas, televisão transmitindo programas religiosos nas enfermarias, capelas católicas em maternidades com problemas de insuficiência de leitos e a realização de missas e cultos evangélicos. Este quadro corrobora com a postura discriminatória de profissionais de saúde e é um desrespeito gritante à laicidade do Estado brasileiro.

Porém, há profissionais que, mesmo com convicções religiosas e éticas contrárias ao direito das mulheres de decidir pelo aborto, tentam manter a postura laica de respeito à autonomia, sem julgá-las, e incorporar a noção de direitos reprodutivos em sua prática. “Eu procuro estar no lugar dela e refletir como seria. Se bem que a minha concepção religiosa não permite esse tipo de aborto. Mas, eu nunca vou julgá-la...” (A. social/JP). “Eu vejo uma mulher com decisão e determinação e ela decide do jeito que ela quiser, ela tem esse direito de querer ou não (enfermeira/JP). Encontram-se profissionais comprometidos com os direitos das mulheres e com a humanização do atendimento que se deparam com a resistência dos colegas de trabalho.

Questões relativas à organização dos serviços, à infra-estrutura e ao atendimento aumentam os problemas da atenção ao abortamento. O desconhecimento da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento pela maioria dos profissionais e de gestores contribui para a manutenção dos obstáculos e da desumanização.

A espera é outro aspecto encontrado nas pesquisas realizadas em João Pessoa e Salvador (RABAY e SOARES, 2008; SIMONETTI *et al.*, 2008). Está presente em todas as etapas do atendimento; sejam as legítimas, como a espera por resultados de exames antes da alta ou o aguardo pela dilatação necessária para a curetagem; sejam aquelas desnecessárias, para ser atendida ou examinada ou para fazer a curetagem. Estas são acompanhadas de jejum. A fome incomoda muito as mulheres, pois,

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

oriundas das classes baixas, muitas têm experiência de fome em seu cotidiano. Em João Pessoa, foi encontrado um tempo médio de espera de 17 horas, mas em uma maternidade de referência o tempo médio foi de 29 horas. “*Demorou muito pra fazer essa ‘coletagem’. Minha mãe foi falar. Ai disseram: ‘tenha calma!’.* Ela disse: ‘*Calma nada, que a menina já tá de quatro dias de jejum. Que jejum é esse? É de Semana Santa? Por acaso a menina vai morrer?*’” (usuária/João Pessoa).

Dados dos dossiês realizados em Pernambuco (2008), Bahia (2008) e Paraíba (2009) confirmam que as mulheres não são informadas sobre os procedimentos a que serão submetidas, infringindo o direito à informação, importante para a tomada de decisão. Diferentemente de outros estados, na Bahia (SIMONETTI *et al.*, 2008) ainda foi encontrado relato de curetagens sem anestesia. Esta prática foi comum nos serviços de saúde em anos passados como forma de punição.

A privacidade das usuárias nas maternidades públicas é desrespeitada e os relatos trazem à tona o desconforto das mulheres com a violação. São motivos de constrangimento: a exposição das mulheres nos corredores após a curetagem, ainda sob efeito da anestesia; a indiscrição dos profissionais; as curetagens realizadas de portas abertas; o acesso às enfermarias por outras pessoas; as batas pequenas; e o excesso de estagiários. “*Fico constrangida quando o porteiro entra nas enfermarias de repente porque não dá tempo da gente se cobrir e ficamos expostas*” (usuária, Bayeux/PB)<sup>8</sup>.

Na maioria dos serviços (PB, BA, PE, ES, SP), não há enfermarias para usuárias em processo de abortamento e estas compartilham a sala de pré-parto e as enfermarias com as parturientes. Estar ao lado das parturientes e seus bebês pode favorecer sentimentos de constrangimento, frustração e culpa.

Há inúmeros problemas em relação à infra-estrutura, como ambientes sem ventilação natural ou artificial, precariedade de roupas hospitalares, os quais não são comuns a todos os serviços e variam de acordo com o estado e região do país. Alguns serviços não oferecem o exame de ultrassom, ou o fazem durante um único turno, sem garantir nos fins de semana e a noite. Para adiantar o atendimento, algumas mulheres buscam clínicas privadas populares e chegam ao serviço com o exame, medida que lhes onera, privatiza parte do atendimento e nega o direito ao exame gratuito. Muitas vezes, sem o encaminhamento oficial do serviço de origem, deslocam-se para maternidades para realizar o exame de ultrassom, retornando para realizar a curetagem. Em Pernambuco, foi identificado o problema de diagnóstico de abortamento errado associado à falta de acesso ao exame de ultrassom (VIANA, *et al.*, 2008).

A ultrasonografia tem se configurado como uma exigência prévia à realização da curetagem. Em muitos serviços há uma dependência deste exame e pouco uso do exame clínico para fins de diagnóstico. A Norma Técnica de Atenção ao Abortamento preconiza o ultrassom para confirmação da hipótese diagnóstica, sem considerá-la imprescindível (Ministério da Saúde, 2005).

<sup>8</sup> Fazia muito calor e a enfermaria não dispunha de sistema de refrigeração, fazendo com que as mulheres ficassem descobertas.

A superlotação das maternidades de referência é uma realidade, devido à desestruturação da rede de saúde no interior dos estados e de problemas relativos à pactuação nas Comissões Intergestora Bipartite (CIB), que não atende à realidade. No Nordeste, é comum que as maternidades de referência, atendam mulheres de municípios do próprio estado e de estados vizinhos, ocasionando em problemas de superlotação de leitos, sobrecarga de profissionais e comprometendo a qualidade da atenção. O município de Petrolina (PE) atende uma média de 57 municípios do próprio estado, além de usuárias da Bahia, Ceará e Piauí em casos de abortamento. Segundo o dossiê, a negação de profissionais de saúde de realizar a curetagem ou a falta de anestesistas nos hospitais é um motivo de encaminhamento para aquele serviço (VIANA *et al.*, 2008).

A criminalização, a estigmatização das usuárias e a crescente onda de prisão de mulheres que abortam, denunciadas também por profissionais de saúde, assim como a divulgação destes episódios pela grande mídia, podem explicar o fato de que grande parte de usuárias entrevistadas, em todas as pesquisas, não relatam que provocaram o aborto. Além do medo da denúncia e da violência institucional; as mulheres receiam o julgamento alheio, sobretudo porque a maioria delas é católica ou evangélica.

Quanto ao método para realizar o procedimento, há uma predominância da curetagem pós-aborto (CPA) em relação à técnica de Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU) a despeito das diferenças que podem resultar na melhor qualidade da atenção e de ser referida pelo Ministério da Saúde. O procedimento de AMIU é relativamente simples, com menor risco de infecção, menor ocupação de tempo de leitos obstétricos (média 06 horas) e menor custo para o SUS (valor médio de internação = R\$ 143,00). A Curetagem Pós-Aborto (CPA) é um procedimento de média complexidade, que exige anestesia, envolve maior risco de infecção, maior tempo de internação (média 36 horas), contribuindo para maior tempo de ocupação de leitos obstétricos e tem maior custo para o SUS (valor médio de internação = R\$ 468,00) (VIANA *et al.*, 2008).

A expectativa durante os períodos de espera, o jejum prolongado, a falta de informação, a frieza da relação profissional-usuária, os julgamentos, a falta de privacidade tornam penosa a estada na maternidade e concorrem para que experiência do abortamento seja traumática. Diante da magnitude da realidade do aborto no país e dos impactos causados por sua ilegalidade e considerando que a despeito de alguns avanços em termos formais nas políticas de humanização do atendimento ao abortamento, como a edição da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) e a Comissão Tripartite (2005), instituída com vistas à revisão da lei punitiva sobre o aborto no Brasil, não se percebem mudanças significativas na assistência ao abortamento nas pesquisas realizadas.

Recomendações para a efetivação da atenção humanizada ao aborto previsto em lei e para a humanização da atenção ao aborto inseguro:

1. Difundir as Normas Técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento e de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e o Manual sobre a Contracepção de Emergência entre profissionais de saúde e gestores, assim como profissionais outras áreas, que estejam envolvidos com a atenção a mulheres em situação de violência;
2. Monitorar e avaliar a implantação das Normas Técnicas nos serviços;
3. Monitorar os serviços que prestam atendimento ao aborto legal, sobretudo, em cidades com forte ofensiva conservadora de grupos religiosos;
4. Criar instrumentos de monitoramento com vistas a corrigir os problemas identificados na atenção ao abortamento e realizar avaliação periódica dos serviços de aborto legal, por meio de estudos quantitativos e qualitativos, com a escuta das usuárias;
5. Desenvolver campanhas de divulgação dos serviços que atendem mulheres em situação de violência e aborto legal para a população em geral e, sobretudo, dentro das próprias unidades e secretarias de saúde, angariando o apoio da comunidade e dos grupos de mulheres aos serviços de aborto legal;
6. Discutir os limites da objeção de consciência com profissionais da área médica a luz dos direitos humanos;
7. Realizar concurso público específico para contratar profissionais para os serviços de referência, constando no edital que a realização do aborto previsto em lei é um dever dos profissionais, não cabendo a alegação de objeção de consciência dos candidatos;
8. Incluir o enfoque dos direitos reprodutivos e relações de gênero, com detalhamento do direito ao aborto e abordagem dos marcos legais, nos cursos de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social;
9. Incluir o estudo sobre violência nos curriculares dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, direito e ciências sociais, enfocando a violência de gênero;
10. Construir e fortalecer redes intersetoriais de apoio às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, englobando saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça, educação e esportes, fortalecendo os mecanismos de referência e contra referência;
11. Equipar os serviços com tecnologias e equipamentos de ultrassonografia, a fim de evitar erros de diagnóstico e diminuir o tempo de espera das mulheres;
12. Informatizar a rede e os serviços de saúde;
13. Qualificar a assistência obstétrica nos municípios de acordo com a complexidade de gestão do SUS e aumentar a cobertura;
14. Implantação e implementação de serviços aborto legal cidades metropolitanas, cujas populações não tenham acesso à assistência;

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

15. Implementar revisão da política pública de uso do misoprostol no Brasil para ampliar o acesso à informação e flexibilizar as normas da ANVISA em relação ao misoprostol;
16. Facilitar a compra dos medicamentos - Prostokos e Contracepção de Emergência - para garantir os mesmos nos serviços de pequeno porte e do interior, e nas maternidades de referência para o aborto legal;
17. Realizar treinamentos para melhoria e humanização da assistência ao abortamento, principalmente nas maternidades do interior e nos serviços de referência, ampliando a utilização da AMIU e implantando o procedimento como rotina em todas as maternidades, considerando a disponibilização dos insumos necessários, sobretudo nas referências para o aborto legal;
18. Criar mecanismos e rotinas que visem agilizar o pronto atendimento e qualificar a atenção, sobretudo, agilizando a realização da curetagem;
19. Garantir enfermagem específica para atendimento às mulheres em processo de abortamento, respeitando sua privacidade;
20. Garantir o atendimento psicossocial às mulheres em situação de abortamento nas maternidades públicas;
21. Garantir o atendimento ao planejamento reprodutivo pós-aborto nas maternidades, referenciando as usuárias para a atenção básica e implantando serviços que garantam planejamento reprodutivo pós-aborto;
22. Desenvolver processos de educação permanente com profissionais de saúde e equipes de assistência ao aborto legal, na perspectiva de gênero, dos direitos sexuais e reprodutivos, da humanização da assistência, da bioética com foco no abortamento inseguro e no aborto previsto em lei e na relação profissional de saúde-usuária, através de metodologias variadas como estudos de caso, intercâmbio entre equipes, etc.;
23. Promover eventos sobre o Estado Laico e a necessidade de evitar a influência de valores morais religiosos sobre as políticas públicas e as práticas dos profissionais;
24. Estimular ações voltadas para humanização do atendimento ao aborto e revisão do fluxo de atendimento de acordo com a situação de risco;
25. Possibilitar a participação do movimento feminista nos processos de educação permanente com profissionais de saúde a respeito do abortamento;
26. Fortalecer e apoiar ações da sociedade civil que discutam a criminalização do aborto e seu impacto sobre a vida das mulheres e o SUS; e
27. Garantir a aplicabilidade dos recursos previstos no Plano Plurianual (PPA) para a assistência obstétrica e sensibilização de profissionais de saúde.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

## Bibliografia

ALEXANDER, S. Maternal health outcomes in Europe. IN: **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. [S.l.: s.n.], 2003, 111: S78-87

BORGES, M.S.; LIMA, A.C./ SOARES, G.S. Dossiê. **O impacto da realidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande**. Relatório de pesquisa. João Pessoa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Sistema de Informação em Saúde/SUS. 2009. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). [25 NOV 2009].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Relatório de Gestão 2003 – 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2. ed. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1999.

FAÚNDES, A.; HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M.Y.; DUARTE, G.A.; NETO, J.A. **Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil**. Relatório final. Campinas: Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva/ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2006.

GALLI, B.; GOMES, E. C.; ADESSE, L. Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. IN: **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva de Ipas Brasil** [informativo on line]. N. 25. Set 2006. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/edicoes.html>. [26 nov 2009].

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. [S.l.]. Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E.M.L. **Mortalidade materna na Bahia**, 1998. Relatório de pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Sec. Saúde do Estado da Bahia, 2001.

MENICCUCI, E. O.; FRANCISCHINELLI, J.D.; GONÇALVES, L.H. Violência contra a mulher e aborto legal. IN: BALTAR, M. I.; BARBOSA, R. M. (Org). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos**. P.156-165. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009.

MENICCUCI, E. O. **Atendimento ao abortamento em hospitais públicos: Estudo multicêntrico**. Relatório Parcial de pesquisa. São Paulo, 2009.

MONTEIRO M. & ADESSE L.. *Relatório de pesquisa Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais*. Ipas Brasil, 2007.

NESP (Núcleo de Estudos de Saúde Pública). **Aborto Legal: As Barreiras Enfrentadas pelas Mulheres Vítimas de Estupro no Distrito Federal**. Relatório Final. Brasília: NESP, UNB, 1998.

OMS. Abortamento Seguro: **Orientação Técnica e de Políticas para os Sistemas de Saúde**. Genebra/ Nova York: OMS/ International Women's Health Coalition, 2003.

PORTO, Roseli. **O aborto em destaque: Representações dos profissionais da saúde sobre o aborto seletivo em um hospital público no sul do Brasil**. Comunicação apresentada na 27a. Reunião Brasileira de Antropologia. Goiânia, 2006.

RABAY, G. & SOARES, G. **Abortamento inseguro: assistência e discriminação**. João Pessoa, Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.

RFS - REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Aborto inseguro**. Belo Horizonte, 2003.

\_\_\_\_\_. Dossiê Mortes preveníveis e evitáveis. Belo Horizonte, 2005.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE/CLADEM BRASIL. **Diagnóstico nacional e balanço regional. Direitos reprodutivos e direitos sexuais**. Campanha por uma Convenção Interamericana pelos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. São Paulo, 2002.

SIMONETTI, C.; SOUZA, M.H; ARAÚJO, M.J.O. **Dossiê A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da pratica e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana**. Salvador: Secretaria Municipal de Reparação, 2009.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

TALIB, R. A., CITELI, M. T. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). **IN: Cadernos CDD**. N. 13. S. Paulo: Católicas Direito de Decidir, 2005.

VIANA, A. P.; GALLI, B.; MELO, N. M. **Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina**. Relatório de Pesquisa. Recife, 2008.

VILLELA, W.V. e LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **IN: Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 23, n. 2. Rio de Janeiro, fev., 2007.

TRUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

Debate

### **Terceira mesa: Acesso ao aborto Legal**

**Gestora Debatedora: Aparecida Gonçalves** – Subsecretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres/SPM

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Terceira  
Mesa  
Acesso ao  
aborto legal

A baixa institucionalização dos serviços os torna dependentes do engajamento individual de pessoas, o que compromete a gestão pública. Devemos considerar o conservadorismo das instituições, serviços e profissionais, visto que os direitos sexuais e reprodutivos não devem ser temas restritos à área da mulher ou da saúde da mulher, mas assumidos por todos os órgãos do governo.

Um ponto a se questionar é entender por que a popularidade da Lei Maria da Penha não se estendeu para temas como o aborto legal e a violência sexual. Outro ponto a ser também levado em conta é que a avaliação da qualidade dos serviços de aborto legal é um afazer tripartite, ou seja, deve envolver gestores, profissionais e também as mulheres, por meio das suas representantes nos movimentos sociais. Seis estados ainda não possuem serviços de aborto legal e ali os conselhos de saúde têm um papel importante a desempenhar.

Falou-se a respeito da liberação ao acesso ao misoprostol, que reduziu enormemente a morte materna por aborto, que não pode ser comprado em farmácias, nem utilizado em ambientes hospitalares.

Quanto a este fato, o medicamento teria sido cadastrado para integrar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a ser publicada na edição 2009.

Sobre as resistências de instituições religiosas às políticas, serviços e ações de saúde que abordem o tema do aborto, citou-se o exemplo do município de São Bento do Sapucaí, no interior de SP, que deseja aprovar uma Lei Orgânica denominada Pró-Vida. Comentou-se também sobre a necessidade de se discutir uma política de formação profissional desde o ensino de graduação que contemple o tema dos direitos sexuais e reprodutivos.

# Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais

Cristiane S. Cabral<sup>1</sup>  
Maria Luiza Heilborn<sup>2</sup>

## Introdução

Este texto enfoca as ações programáticas sobre educação sexual e juventude no âmbito das formulações de políticas brasileiras. Propõe-se a delinear os avanços, limites e desafios dessas políticas públicas, que visam à promoção e garantia de direitos sexuais e reprodutivos, no quesito *educação sexual*, para adolescência e juventude. A partir de uma reflexão sobre os principais programas desenvolvidos pelo governo brasileiro, em seguimento às diretrizes estabelecidas pelo programa de ações do Cairo, esta análise busca subsidiar discussões que culminarão com a construção do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres.<sup>3</sup>

Cabe ressaltar que *educação sexual* é o termo utilizado em diversos documentos consultados, portanto, mantém-se essa denominação ao longo do presente artigo. Contudo, é necessária a adoção de um novo paradigma para a formulação de políticas e ações de, com e para a juventude, a saber, o de educação em sexualidade.

Em linhas gerais, e antecipando algumas conclusões, a perspectiva de *educação em sexualidade* contempla, além de discussões sobre saúde sexual, o debate e a reflexão acerca de direitos sexuais e das responsabilidades neles implicadas, bem como dos processos sociais mais abrangentes de estigmatização e discriminação, baseados em orientação sexual e identidade de gênero. Essa abordagem permite questionar valores que sustentam e reproduzem hierarquias, desigualdades e relações de poder na sociedade, de forma a ampliar o escopo de ação para além daquele definido pela *educação sexual*, que, tradicionalmente, tem um espectro preventivista e higienista (Carrara, 2007). Os desafios postos pela abordagem da educação em sexualidade decorrem tanto de sua inerente complexidade, dada pela exigência de mudanças em percepções, padrões culturais e visões de mundo não concretizadas em curto prazo, quanto do fato de ela integrar uma constelação relativamente nova de direitos humanos em processo de legitimação.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

1           Doutoranda do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), Pesquisadora do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ).

2           Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), Coordenadora do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ).

3           Agradecemos à Alessandra Maria Pinto o inestimável apoio para a produção deste artigo.

No Brasil, ainda hoje o modelo higienista de *educação sexual* encontra obstáculos para ser efetivado, sobretudo, em função da resistência de grupos sociais mais conservadores. Certamente, o rol de desafios será ampliado, tendo em vista a adoção da perspectiva ainda mais abrangente e não redutora do conjunto de relações implicadas no exercício da sexualidade.

Assim, este documento está estruturado em quatro seções que abordam: 1) as propostas elencadas na Carta do Cairo, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos; 2) formulações de políticas brasileiras que privilegiam a temática da educação sexual; 3) iniciativas governamentais federais de articulação intersetorial para promoção da educação sexual e juventude; e 4) limites, avanços e novos caminhos a serem percorridos. A menção a documentos e propostas anteriores ao Cairo, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990,<sup>4</sup> e o Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente (PROSAD), de 1989, justifica-se por eles serem iniciativas cujo foco é os jovens.

## 1. Direitos sexuais e reprodutivos na juventude: proposições da Carta do Cairo

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994, na cidade do Cairo, marca uma mudança de paradigma em relação à sexualidade, à medida que inclui questões da esfera dos direitos sexuais e reprodutivos. O Programa de Ações da CIPD manifesta o reconhecimento, por parte dos países signatários – dentre eles, o Brasil –, dessa nova perspectiva na abordagem do tema, que tem desdobramentos na formulação das políticas públicas nacionais (UNITED NATIONS, 1994).

A temática da juventude é contemplada nos capítulos VI e VII, os quais versam, respectivamente, sobre crescimento e estrutura populacional e direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. O capítulo VI destaca a necessidade de fomentar políticas públicas que visam à diminuição de vulnerabilidades de crianças e jovens, à eliminação de abuso sexual contra crianças e jovens, ações para eliminar a discriminação contra gestantes jovens. Além disso, recomenda fortalecer o protagonismo juvenil (envolvimento ativo dos jovens no planejamento, implementação e avaliação do desenvolvimento de atividades que têm impacto direto em sua vida cotidiana). Sugere ainda a ativa participação dos jovens no desenvolvimento de ações que garantam informação, educação e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, as quais incluem prevenção da gravidez na adolescência, fomento à educação sexual e prevenção contra DST e HIV/AIDS.

---

4 O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, é o primeiro marco legal a contemplar a juventude, inaugurando uma fase em que crianças e adolescentes passaram a ser percebidos como sujeitos de direito. Apesar de incorporar somente a primeira fase da juventude, pois toma como referência a adolescência compreendida entre 12 e 18 anos, o ECA significa um enorme avanço, ao reconhecer todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. O ECA dá cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas e regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2005b).

O capítulo VII reserva um item específico aos adolescentes (item E), no qual estão, de certo modo, contemplados todos os itens que compõem a discussão do capítulo (item A – Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva; item B – Planejamento familiar; item C – Prevenção de DST e HIV/AIDS; item D – Sexualidade humana e relações de gênero). No entanto, destaca como objetivos no item que se refere aos adolescentes: 1) reduzir a gravidez na adolescência; 2) abordar a saúde sexual e reprodutiva, incluindo questões relativas ao aborto inseguro, prevenção de DST/AIDS, por meio de estímulo ao comportamento sexual e reprodutivo responsável, que inclui abstinência sexual e oferta de serviços de aconselhamento para jovens.

Assim, os jovens aparecem sob o enfoque do risco, em que ações devem ser implementadas, com vistas a reduzir a fecundidade na adolescência e a prevenir infecção por DST/AIDS. O texto da conferência não aborda explicitamente ações em relação à educação sexual. Há estímulo à preparação, sobretudo de pais e parentes, para que eles possam “prover” boas bases para o desenvolvimento de comportamento sexual e reprodutivo responsável de seus filhos, também são citados a escola, a mídia, a igreja e o grupo de pares. Por um lado, o texto destaca como avanço o estímulo à participação dos jovens na proposição, formulação e no acompanhamento de ações que lhes sejam direcionadas, por outro lado, há de se sublinhar sua perspectiva conservadora em relação à sexualidade juvenil.

Desse modo, cabe abordar algumas políticas e programas implementados pelo governo brasileiro que tratam da questão da juventude e analisar em que medida a temática da educação sexual dos jovens é neles contemplada.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

## 2. Educação sexual no âmbito das políticas públicas brasileiras para a juventude

### 2.1. O Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente (PROSAD) e a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde.

O Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente (PROSAD) nasceu na Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, em 1989. Desde 1986, ocorriam discussões técnicas no âmbito do Ministério da Saúde (MS), entre diversos setores (tal como o de DST/AIDS), para constituição de uma área específica de atenção à saúde do adolescente. Após reformulações durante a década de 1990, o PROSAD foi transformado na atual Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (em 1998/1999), que é responsável por ações de promoção da saúde integral de jovens. Assim, adquiriu autonomia em relação às ações destinadas à área materno-infantil.

Embora o programa anteceda a Conferência do Cairo, sua análise justifica-se, frente à oportunidade de situar historicamente a constituição, na esfera federal, de um espaço de formulação de

políticas públicas voltadas para o público jovem (ainda que a terminologia utilizada seja adolescente). O PROSAD surgiu em uma conjuntura de legitimação das conquistas relativas à Constituição de 1988 (que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado), de crescimento proporcional dos jovens na população, pelo aumento da fecundidade entre adolescentes e da epidemia de HIV/AIDS no país no final da década de 1980. O documento da conferência traz um diagnóstico da população adolescente, elenca alguns desafios a ser enfrentados, relativos a: educação, trabalho, renda familiar, abandono, mortalidade, morbidade, drogadicção, atividade sexual e nupcialidade, gravidez na adolescência, lazer e cultura. Em seu balanço de áreas críticas para atuação, estão sexualidade, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS, dentre outros.

Embora não seja utilizado o termo direito sexual, a sexualidade aparece como dimensão legítima de ser vivida pelo jovem, devendo ser-lhe asseguradas as condições de seu exercício. O texto explicita a sexualidade como “uma vivência de todas as fases do desenvolvimento humano [...]”. Há, portanto, premência em uma discussão ampla de todos os seus aspectos, para uma ajuda efetiva aos jovens na sua prática” (Brasil, 1989, p. 49-50). No que concerne à saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS, o documento recomenda que a:

“[...] discussão sobre atividade sexual na adolescência deve necessariamente abranger suas principais situações complicadoras, que são: gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis. Estas questões são multifatoriais e têm como conseqüência repercussões biológicas, psicológicas e principalmente sociais. Programas preventivos e de atenção à adolescente gestante devem, portanto, ser implementados” (Idem, p. 50).

Chama atenção o fato de constar, dentre os objetivos específicos, ações de promoção da saúde reprodutiva que englobam concepção, anticoncepção, prevenção de DST/AIDS e garantia de condições que assegurem gravidez de baixo risco para a adolescente gestante. Não há menção ao termo aborto em todo o documento. A operacionalização dos objetivos específicos em metas e ações reduz-se à elaboração de manuais sobre os temas (em reuniões com técnicos especializados), que revelam caráter eminentemente voltado para capacitação pontual do tópico, em detrimento de uma proposta de educação continuada.

O documento considera avanços associados ao reconhecimento da necessidade de formulações de políticas específicas para adolescentes e jovens, recomendação materializada na meta de criação de um Conselho Nacional de Juventude – posteriormente efetivada. Pode-se dizer que a idéia seminal de um conselho nacional de juventude é constituída pelo PROSAD.

O PROSAD pode ser considerado um marco inicial no processo recente de definição de políticas voltadas para adolescentes e jovens; faz parte de um movimento mais amplo de reconhecimento desse grupo como sujeitos de direitos. O documento não tem tom conservador acerca da sexualidade juvenil, pois não menciona, por exemplo, abstinência sexual; contudo, o

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

texto de 1989 também não menciona explicitamente formas de operacionalização de ações a ser promovidas no âmbito da educação sexual. Há revisões posteriores, o que demonstra dinamicidade e continuidade dessa política (Castro, 2009a), entretanto, elas não serão abordadas, uma vez que a intenção aqui é mostrar a iniciativa tal qual na época de sua constituição.

## 2.2. Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação

A educação sexual – referida no documento em questão como orientação sexual – é contemplada nos Parâmetros Curriculares Nacionais propostos pelo Ministério da Educação (PCN/ MEC) como tema transversal às demais disciplinas (Brasil, 1998). A transversalidade é uma proposta metodológica inovadora, para inclusão de questões sociais relevantes para o processo educativo. O elenco de assuntos (ética, saúde, orientação sexual, meio ambiente, trabalho e consumo, pluralidade cultural) é definido como central para a concretização da cidadania plena.

Em consonância com o posicionamento adotado no programa de ações proposto pela Conferência do Cairo (1994), o texto dos PCNs/MEC explicita a inclusão de conteúdos relativos à orientação sexual como estratégia de valorização de direitos sexuais e reprodutivos, visando à ampliação de direitos sociais.

Os PCNs/MEC propõem o desenvolvimento do conteúdo a partir de três eixos básicos e obrigatórios: corpo como matriz da sexualidade; relações de gênero; e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. A partir desses quesitos, sugerem a inclusão de questões como contracepção, gravidez indesejada, aborto, prostituição, abuso sexual, masturbação, pornografia, iniciação sexual, homossexualidade etc. Os PCNs também preconizam acompanhamento contínuo das atividades desenvolvidas pelos educadores, de forma a garantir a abordagem de tais temas, contudo, não definem os responsáveis por essa função supervisora.

Ainda, os PCNs estabelecem a abordagem sistemática e continuada para a orientação sexual nos quatro ciclos de formação do ensino fundamental (1ª a 8ª séries). Nos ciclos iniciais, a discussão dos eixos básicos acontece paralelamente a outras áreas de conhecimento. Para as séries mais avançadas, o documento recomenda a criação de espaço específico para as discussões, em decorrência do crescente interesse dos adolescentes e jovens por essa temática.

A perspectiva da vivência da sexualidade como direito e sua abordagem no espaço educativo pressupõem caráter (in)formativo e o mais imparcial possível na discussão do tema. Dessa concepção, emerge o grande desafio para o desenvolvimento das estratégias de ação: capacitar educadores para lidar com o assunto de forma direta, esclarecedora e desvinculada de quaisquer preconceitos e posicionamentos pessoais. O documento afirma que os educadores deverão estar preparados para tratar de questões e dificuldades pessoais relativas ao assunto, processo esse que não é simples, tampouco rápido. É necessário

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

reconhecer valores e visões de mundo que orientam seus próprios comportamentos, de modo a promover uma atitude reflexiva e a separar concepções pessoais do conteúdo formativo e informativo exigido para a abordagem dos assuntos elencados sob a rubrica “orientação sexual”. Além disso, o texto dos PCNs/MEC sugere que a concretização da abordagem transversal seja acompanhada de assessoria técnica especializada, para dar suporte ao processo de ensino-aprendizagem.

No entanto, estudos realizados sobre a maneira como tais conteúdos são tratados em sala de aula (Altman, 1999; Auad, 2006) mostram grande distância entre o que é proposto pelos PCNs/MEC e a prática pedagógica. O diagnóstico tem reiterado a focalização da abordagem temática em disciplinas como ciências e biologia, o que atesta a permanência da convicção, no espaço escolar, de que sexualidade diz respeito antes à anatomia e fisiologia do sistema reprodutivo do que à compreensão da dimensão sociocultural das relações afetivo-sexuais. Portanto, não há a devida incorporação da perspectiva das relações de gênero na modelação da sexualidade. Além disso, são recentes, como será visto, iniciativas voltadas para a formação de profissionais no âmbito das discussões sobre gênero e sexualidade que extrapolem uma visão biologizante e incorporem uma perspectiva ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos.

Desse modo, constata-se uma prática didática fortemente marcada por valores, costumes e visões de mundo parciais, que reforçam paradigmas hegemônicos sobre gênero e sexualidade. Faz-se necessário, assim, desenvolver e implementar estratégias institucionais que propiciem formação e capacitação continuada de educadores e que vão além da confecção de material informativo e realização de capacitações pontuais.

### 2.3. O Plano Nacional da Juventude

O Plano Nacional de Juventude (PNJ) – transformado no Projeto de Lei 4.530/2004, que está em tramitação – é resultado de um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da Frente Parlamentar em Defesa da Juventude da Câmara dos Deputados e conta com a participação de diversos setores da sociedade, visando ao desenvolvimento de marcos legais para a juventude (Brasil, 2004b). Os trabalhos se desenvolveram ao longo de 2003 e 2004, junto a especialistas, gestores públicos e representantes da sociedade civil, inclusive com participação ativa de jovens.

Subjacente à concepção do PNJ está o reconhecimento do jovem como sujeito de direitos. Grosso modo, essa perspectiva perpassa a formulação de objetivos associados à universalização das políticas públicas, ampliação da participação juvenil na formulação das ações governamentais direcionadas a esse público e desenvolvimento integral do jovem.

O plano está estruturado em cinco grandes temas (emancipação juvenil; bem-estar juvenil; desenvolvimento da cidadania e organização juvenil; apoio à criatividade; e equidade de

oportunidades para jovens em condições de exclusão) e respectivos subtemas. Serão destacados aqueles que contemplam, de algum modo, discussões referentes a gênero e sexualidade.

O reconhecimento das diferenças de gênero emerge sob o subtema da formação para o trabalho, por meio da proposição de ações de articulação entre políticas de formação profissional que estimulem, por exemplo, o estabelecimento de cotas voltadas ao primeiro emprego e renda para mulheres jovens. A violência sexual ganha espaço na explicitação da necessidade de se promover o turismo sustentável e a repressão ao turismo sexual, notadamente contra crianças e adolescentes. Ambas as medidas corroboram o programa de ações do Cairo, no que concerne à necessidade de empoderamento da mulher jovem, e sinalizam o reconhecimento de situações de vulnerabilidade social.

A promoção da saúde integral do jovem abarca, além de medidas historicamente previstas em programas setoriais, como a prevenção de gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, medidas que enfatizam a necessidade de ampliar a participação de outros atores sociais nas ações propostas. Dentre os objetivos e metas traçados, o texto preconiza a constituição de parcerias entre escola e família, para a prevenção de agravos à saúde do jovem. Trata conjuntamente, em diversos momentos, das temáticas da sexualidade e do uso de drogas, tal como pode ser observado no objetivo 11, relativo à saúde integral do jovem: “Valorizar as parcerias com as igrejas, associações, organizações não governamentais na abordagem das questões de sexualidade e uso de substâncias entorpecentes e drogas entre os jovens” (p. 18); ou no objetivo 25 desse mesmo subtema: “Implementar um serviço público de informação por telefone que possibilite aos jovens se informarem sobre saúde, sexualidade e dependência química” (p. 19). Consta ainda no objetivo 29: “Conscientizar o jovem sobre sua sexualidade” (p. 19). Subjacente a tais elementos, parece estar a concepção de controle juvenil por parte de “pessoas adultas” e instituições, além de constar uma visão implícita da vivência da sexualidade como um problema, tal como o é o uso de drogas ilícitas.

No eixo temático da equidade de oportunidades para jovens em condições de exclusão, são consideradas no PNJ pautas importantes da Carta do Cairo, mediante a definição de ações especificamente direcionadas a jovens homossexuais e mulheres jovens. Em relação à mulher jovem, são enfatizadas ações de conscientização – delas e da própria sociedade – sobre questões de gênero e o papel social da mulher. Propõe o texto o fortalecimento de sua participação em instâncias governamentais e não governamentais, bem como a promoção da igualdade de gênero no mercado de trabalho, incluindo-se remuneração. Aborda a relevância da questão da gravidez indesejada a partir da garantia de apoio médico, psicológico, social e econômico às jovens, face a tal situação.

Subjacente aos objetivos e metas associados ao jovem homossexual está o reconhecimento da orientação sexual como direito humano. Esse fato implica o desenvolvimento de ações mais amplas do que as tradicionalmente circunscritas à prevenção de agravos à saúde. No tocante à educação sexual, o documento enfatiza o respeito a diferentes formas de orientação sexual, o combate a

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

comportamentos discriminatórios e a conscientização dos jovens sobre a diversidade sexual. A proposta de ação para a conscientização sobre diversidade sexual associa-se ao desenvolvimento do tema em livros didáticos. Nessa perspectiva e em consonância com os PCNs/MEC, a escola tem atribuição essencial no enfrentamento da questão. Todavia, a assunção desse papel implica a criação de infraestrutura que dê suporte ao desenvolvimento desse tipo de abordagem, com a complexidade e clareza que o tema exige.

O Plano Nacional da Juventude contempla importantes questões a serem desenvolvidas no âmbito dos direitos dos jovens. Há riqueza de elementos trazidos pelas discussões travadas em múltiplos espaços, mas sua capacidade propositiva é limitada, à medida que as ações elencadas carecem de regulamentações posteriores. O PNJ mais parece uma carta de intenções e recomendações, que devem ser realizadas para a materialização de conquistas para os jovens. No entanto, em seu texto há ambivalências, pois, ao mesmo tempo em que aborda propostas interessantes, tais como aquelas relativas ao jovem homossexual, em outras, traz a concepção da juventude como uma etapa da vida caracterizada por riscos, vulnerabilidade e desajustes. Nesse grande e precioso diagnóstico dos hiatos existentes entre as iniciativas governamentais e as necessidades dos jovens, não se abarca a discussão da autonomia juvenil.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

#### 2.4. A Secretaria Nacional de Juventude e o Conselho Nacional da Juventude

Em 2005, no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria-geral da Presidência da República, foram criados, mediante a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, o Conselho Nacional da Juventude (Conjuve) e a Secretaria Nacional de Juventude. Cabe à secretaria articular todos os programas e projetos desenvolvidos na esfera federal, cujo foco é o atendimento de clientela na faixa etária de 15 a 29 anos. Ao Conjuve atribui-se “a finalidade de formular e propor diretrizes da ação governamental voltadas à promoção de políticas públicas de juventude, fomentar estudos e pesquisas acerca da realidade socioeconômica juvenil e o intercâmbio entre as organizações juvenis nacionais e internacionais” (CNJ, 2006).

O Conjuve iniciou suas atividades em agosto de 2005. Seu caráter consultivo redonda na ausência de governabilidade sobre o planejamento e a execução de políticas públicas nas diferentes esferas de governo. Entretanto, a criação do Conjuve materializou importantes avanços nas iniciativas governamentais destinadas aos jovens. Merece destaque a composição do órgão que contempla a vasta participação da sociedade civil, na proporção de 2/3, frente ao poder público, cuja participação é 1/3. Considerando-se a distância existente entre as demandas da sociedade e as formulações de políticas públicas, é razoável supor que a ampliação do espaço de participação da sociedade na estrutura fixa de um órgão formulador promova a diminuição dessa lacuna.

Nesse sentido, destaca-se o esforço de articulação das diversas iniciativas governamentais voltadas para jovens. Assiste-se à tendência de fortalecimento das iniciativas voltadas para a área social nas duas últimas gestões do executivo federal, movimento que corrobora o cenário contemporâneo de consagração dos direitos difusos.

Avançar em relação ao que já vem sendo acumulado pela sociedade brasileira em termos de juventude é um desafio para o Conjuve. Nessa perspectiva, emerge a formulação da Política Nacional de Juventude, que é discutida a seguir.

## 2.5. A Política Nacional da Juventude (2006)

A exemplo do Plano Nacional de Juventude, de 2004, a Política Nacional de Juventude (PNJuv) também se fundamenta na percepção do jovem como sujeito de direitos. No documento, datado de 2006, cidadãos e cidadãs cuja faixa etária estende-se dos 15 aos 29 anos são os beneficiários dessa política (CNJ, 2006).

A PNJuv estrutura-se em pareceres de três Câmaras Técnicas (CTs), que tratam de questões relevantes para a juventude: *desenvolvimento integral* (CT1), que contempla as áreas de educação, trabalho, cultura e tecnologia de informação; *qualidade de vida* (CT2), que aborda meio ambiente, saúde, esporte e lazer; e *vida segura* (CT3), que trata de temas como valorização da diversidade e respeito aos direitos humanos. Os pareceres das Câmaras Técnicas visam a subsidiar a formulação de ações governamentais futuras, condizentes com a necessidade de desenvolvimento integral da juventude, de modo a garantir vida social plena e promoção de autonomia.

Representantes do governo e de diversos setores da sociedade civil contribuíram nas discussões e na elaboração de pareceres das três CTs. A presença de entidades representativas de jovens nesses espaços vai ao encontro do programa de ações definido no Cairo, à medida que amplia espaços de participação dos jovens na definição de prioridades para as políticas públicas que lhes serão ofertadas.

O documento destaca a limitação das Câmaras Técnicas de incorporar em seus pareceres recortes específicos, como diversidade de gênero e de orientação sexual, não obstante a perspectiva de o desenvolvimento integral nortear toda a elaboração da PNJuv. A impossibilidade de reunir informações que subsidiassem a abordagem das grandes áreas de atuação e dessem conta das diversidades, bem como a ênfase em direitos básicos, não favoreceu a realização desses recortes de forma contínua. Os espaços reservados à proposição de diretrizes nem sempre contemplaram as temáticas da educação sexual, diversidade sexual e de gênero. De modo geral, os pareceres das três CTs estruturam-se em duas partes dedicadas, respectivamente, à análise crítica das políticas públicas para a juventude e à proposição de diretrizes para a ação pública nas áreas contempladas.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

Considerando-se o fato de as formulações da CT1 sobre desenvolvimento integral privilegiarem a vivência da sexualidade como dimensão do desenvolvimento integral, chamam atenção as poucas referências feitas à temática da educação sexual no parecer. O diagnóstico apresentado explicita, dentre outros temas, a educação formal e a ênfase na formação para o trabalho. Adicionalmente, sugere que o caráter estrutural e as pretensões universalizantes das políticas educacionais – reconhecidas como estratégias para concretização de direitos fundamentais – dificultam a realização de recortes que contemplem aspectos particulares das necessidades dos jovens. O recorte de gênero é incorporado apenas com a explicitação das diferenças salariais entre homens e mulheres com mesmo nível de escolaridade. Todavia, a discussão não se aprofunda nas desigualdades de acesso à escola entre homens e mulheres jovens. Dentre as diretrizes propostas pela CT1, a temática da sexualidade surge com a explicitação da necessidade de criar um sistema nacional de pesquisa sobre a juventude, que englobe variados recortes – inclusive diversidade sexual – para subsidiar a formulação de políticas.

Embora a preocupação com a integralidade na formulação das políticas governamentais seja explicitada na PNJuv, a dicotomia entre propostas de formação integral – que valorizem, por exemplo, a educação sexual – e a inserção no mercado de trabalho permanece. A educação sexual, que deveria constar em uma proposta de formação integral, surge nas discussões da CT2, que trata da temática da saúde, dentre outras, e isso evidencia novamente a desarticulação entre os diversos aspectos do processo educativo.

Nessa perspectiva, o fato de o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003, não ser contemplado no diagnóstico da CT1 parece revelar essa dicotomia. A ênfase da proposta em ações de promoção de direitos sexuais e reprodutivos no espaço escolar por si justificaria sua análise, numa proposta fundada na perspectiva de desenvolvimento integral do jovem.

No parecer elaborado pela Câmara Técnica sobre qualidade de vida (CT2), a livre orientação sexual é considerada essencial ao bem-estar do jovem e a temática da sexualidade é abordada predominantemente na perspectiva da saúde. No esporte, as diretrizes enfatizam a necessidade de fomentar a participação da mulher jovem e ampliar a oferta de práticas esportivas, sem discriminação de gênero e orientação sexual.

Várias recomendações para a área da saúde contemplam o programa de ação do Cairo, notadamente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, à exceção do aborto e do planejamento familiar, que não são explicitados no parecer. Provavelmente a polêmica em torno da legalização do aborto no país esteja relacionada à ausência do assunto no texto dessa câmara técnica, não obstante sua relevância como problema de saúde pública.

A necessidade de articulação entre políticas setoriais é enfatizada de modo recorrente. Nessa perspectiva, o fortalecimento do projeto SPE é apontado como estratégia potencial de articulação

entre saúde e educação, além do investimento em ações de educação sexual, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

O parecer da CT3 sobre vida segura reafirma o programa de ação do Cairo de maneira ampliada, preponderantemente, no que tange à concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. É enfatizada a necessidade de as políticas públicas para a juventude promoverem estratégias de enfrentamento de desigualdades e violência, vivenciadas por diversas parcelas dessa população, como os grupos LGBTs<sup>5</sup> e as mulheres jovens, sem, contudo, estigmatizá-las ainda mais.

O parecer revela ainda que a atual conjuntura, caracterizada pela persistência em silenciar e escamotear discussões sobre diversidade sexual na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, justifica a necessidade do envolvimento de todas as instituições responsáveis pelo processo educativo da população em geral na abordagem dessa questão. Nessa perspectiva, a educação sexual assume papel estratégico na redução e eliminação do tabu que cerca as manifestações de diversidade sexual.

Dentre as recomendações dessa CT, destaca-se o consenso de que o aborto deve ser encarado como decisão possível para as jovens e que elas não devem ser discriminadas ao fazê-lo, mesmo clandestinamente. A CT enfatiza também a necessidade de se desenvolver estratégias, direta ou indiretamente, relacionadas à educação sexual. A necessidade de preparação dos profissionais para lidar com diversas manifestações de diversidade sexual é apontada sob diferentes perspectivas: formação de professores e outros atores para a abordagem da questão no espaço escolar, bem como a capacitação de profissionais que atuam na área da saúde e da segurança pública, para relacionar-se com homossexuais e grupos LGBTs de forma respeitosa, humanitária e cidadã.

Ainda no contexto da educação sexual, o parecer sugere que a articulação entre a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) e o Ministério da Educação (MEC) é um caminho possível para transformação da prática escolar, mediante o desenvolvimento de estratégias de atuação conjuntas sobre o currículo e sobre a prática dos profissionais da educação. Nesse sentido, o curso Gênero e Diversidade na Escola (GDE) – analisado adiante – emerge como estratégia promissora de parceria entre a SPM e o MEC, para enfrentar o sexismo e as desigualdades de gênero.

## 2.6. A 1ª. Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude

A 1ª. Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude aconteceu de 27 a 30 de abril de 2008, na cidade de Brasília, e foi precedida por etapas municipais e estaduais. O evento reuniu diversos convidados e delegados. Dentre os delegados, houve participação do Conjuve, delegados eleitos nas etapas municipais e estaduais, representantes do poder público indicados pelo

---

5 O texto da PNJuv destaca a falta de consenso sobre o uso de uma sigla que mais bem denomine o movimento. No texto em questão, é utilizada a sigla LGBT, designando lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros.

governo federal, além de outros eleitos na Consulta Nacional das Populações e Povos Tradicionais e indicados pelo Conselho Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiência. Na condição de convidados, participaram representantes da sociedade civil, que compuseram comissões organizadoras das conferências estaduais, indicados de governos estaduais, entidades e organizações representadas com assento no Conjuve e convidados do governo federal.

Foram aprovadas 22 prioridades e 69 resoluções para as políticas públicas de juventude. Dentre as prioridades que guardam relação com a temática da educação sexual, destaca-se a discussão sobre jovens mulheres e cidadania LGBT,<sup>6</sup> além de sexualidade e saúde. Esses eixos de discussão dão relevo a questões elencadas no programa de ação do Cairo, associadas à garantia de direitos sexuais e reprodutivos.

Os variados aspectos da educação para promoção do respeito à diversidade sexual merecem destaque, frente à relevância que assumem no âmbito das proposições. A recorrente demanda por formação e capacitação de profissionais de diversas áreas sugere o hiato existente entre as demandas dos jovens e as ações governamentais em vigência.

Na temática da cidadania LGBT, as recomendações versam exclusivamente sobre medidas educativas. No tocante à capacitação, é destacada a necessidade de sensibilizar professores, comunidade escolar, profissionais de saúde e segurança pública, no atendimento e abordagem humanizados, em que se respeita a livre orientação afetivo-sexual.

A proposta de revisão das grades curriculares para contemplar especificidades de jovens LGBTs, dez anos após a criação dos PCNs/MEC, emerge como indicador da parcialidade de operacionalização das propostas governamentais. A demanda por campanhas sobre DST/AIDS e material sobre sexo seguro direcionados a esse grupo revela lacunas na concretização das políticas públicas.

No que tange às jovens mulheres, o texto da conferência recomenda ações de planejamento familiar, com defesa explícita da legalização do aborto, garantia de acesso a uma educação laica que propicie convivência pacífica com as diversidades sexuais, além de enfrentamento da questão da violência contra a mulher jovem, mediante monitoramento e implementação da Lei Maria da Pena.

As proposições sobre sexualidade e saúde pedem a ampliação e implementação de ações como o projeto SPE, com desenvolvimento de metodologias participativas que considerem discussões sobre sexualidade, gênero, gravidez na adolescência, diversidade sexual, prevenção de DST/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos etc. Adicionalmente, a explicitação da necessidade de disponibilização gratuita de preservativos, ampliação do acesso de jovens a programas e ações governamentais e descriminalização do aborto, dentre outros, corroboram o argumento da distância entre necessidades percebidas e ações realizadas.

Ainda no âmbito da sexualidade e saúde, a riqueza reflexiva das proposições sobre

---

6 No texto da CNJ é utilizada a sigla GLBT.

planejamento familiar e contracepção – que serão destacadas na íntegra – demonstra o potencial da participação dos jovens no desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas e condizentes com as realidades postas:

Instituir ações de planejamento familiar e reprodutivo que contemplem os diferentes modelos de família e garantam autonomia de jovens de ambos os sexos e diferentes orientações sexuais, a preservação da vida das mulheres e de seus filhos e suas filhas, intensificando as ações preventivas, realizando disponibilização de preservativos e garantindo o acesso facilitado, sem burocracia, aos métodos contraceptivos, incluindo a anticoncepção de emergência, e acesso a materiais educativos, abrangendo a criação e circulação de programas televisivos e campanhas direcionadas aos jovens, atendendo a todas as suas especificidades para orientação e acesso à informação sobre DST'S, HIV/AIDS de forma continuada e não pontual, construídas com e para jovens (1ª CNJ, 2009).

Diversas resoluções da 1ª. Conferência Nacional de Políticas Públicas para a Juventude dizem respeito às questões sobre saúde e sexualidade e, conclui-se, a partir das demandas realizadas pelos jovens, que várias políticas e programas governamentais ainda não foram efetivados, completa ou parcialmente. Por exemplo, há forte demanda pela melhoria da qualidade da educação, e inclui-se aí a dimensão relativa à sexualidade. Tal como afirma Castro (2009b, p. 296): “existe de fato no Brasil um vazio no plano de políticas públicas por uma educação que colabore em questionar a sexualidade tradicional, que invista na autoestima das mulheres jovens, na formação de uma massa crítica juvenil”. Convém destacar que o texto final da conferência traz marcas da forte participação juvenil na formulação das resoluções que abarca. O texto revela perspectivas inovadoras, destemidas e ampliadas, no que diz respeito a temas ligados à sexualidade, pois preconiza campanhas direcionadas às especificidades de subgrupos juvenis, legalização do aborto, campanhas informativas para jovens e protagonizadas por jovens etc.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

## 2.7. Iniciativas governamentais voltadas ao público LGBT: Programa Brasil sem Homofobia, 1ª. Conferência Nacional GLBT<sup>7</sup> e Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT

A análise das iniciativas governamentais voltadas ao público LGBT, no âmbito desta apresentação, é justificada tanto pelo caráter eminentemente formativo das ações, visando ao respeito e à valorização da diversidade sexual – o que vai ao encontro da proposta de educação em sexualidade – quanto pelo fato de congregarem proposições para a juventude LGBT.

<sup>7</sup> A Conferência deliberou a utilização do termo LGBT a partir daquele momento, fruto de debates que apontavam a necessidade de dar maior visibilidade ao segmento de lésbicas, historicamente mais invisibilizado dentro da comunidade de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.

Cronologicamente, o *Brasil sem homofobia* – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual –, datado de 2004, constitui importante e pioneiro marco institucional nas formulações de políticas para o público LGBT (Brasil, 2004c). Essa iniciativa materializa prioridades definidas no Plano Plurianual (PPA 2004-2007), no âmbito do programa Direitos Humanos, Direitos de Todos, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH). O *Brasil sem homofobia* tem como princípios: o combate à homofobia como estratégia de promoção e garantia de direitos humanos; a produção de conhecimento científico para subsidiar políticas públicas de combate à violência e à discriminação por orientação sexual; e a promoção dos direitos humanos de LGBTs em todas as estratégias a ser implantadas pelo governo federal.

O programa de ações está estruturado em nove eixos temáticos. A educação sexual e a juventude estão contempladas nos eixos Direito à educação e Política para a juventude. Constam nas ações propostas no eixo temático da educação: produção e difusão de informações científicas e materiais educativos sobre sexualidade, orientação sexual e combate à homofobia; formação inicial e continuada de professores sobre sexualidade; avaliação sistemática de livros didáticos, visando a eliminação de aspectos discriminatórios por orientação sexual e homofobia; e elaboração de diretrizes para implementação de ações de promoção de direitos humanos e combate à discriminação por orientação sexual nos sistemas de ensino. Destaca-se ainda a proposta de criação de subcomitê sobre educação em direitos humanos no âmbito do MEC.

As ações voltadas para a juventude recomendam a necessidade de pesquisas que forneçam um panorama da situação socioeconômica e dos direitos de adolescentes LGBTs, da implementação de projetos de prevenção à homofobia e discriminação nas escolas, da capacitação de profissionais de casas de apoio e abrigos para jovens, no que tange à temática de orientação sexual e combate à discriminação e violência contra homossexuais.

Em 2008, foi realizada em Brasília a 1ª Conferência Nacional GLBT, a qual foi um importante espaço de discussão e formulação de políticas públicas voltadas à população LGBT, e contou com ampla participação de representantes da sociedade civil e do governo. As propostas aprovadas na conferência foram incorporadas ao Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH de LGBT), lançado em maio de 2009 pela SEDH (Brasil, 2009). A concepção que perpassa a elaboração desse documento – fundado sob princípios de igualdade, respeito à diversidade, equidade, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social – é a população LGBT como sujeito político e de direitos. O plano encontra-se estruturado em dois eixos estratégicos, que reúnem ações a ser implementadas a curto e médio prazo, bem como os respectivos setores e órgãos aos quais compete cada ação. No primeiro eixo constam: promoção e

socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização. O segundo abarca: formulação e promoção da cooperação federativa; articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT. Mais ainda, o plano prevê a constituição do Grupo de Trabalho Interministerial (de caráter permanente), responsável pelo monitoramento e avaliação das ações.

Reiterando o objetivo de fortalecer iniciativas já propostas no âmbito do *Brasil sem homofobia*, diversas ações do PNPCDH de LGBT, que tangenciam as temáticas da educação em sexualidade e juventude, estão fortemente associadas à garantia de processos educativos e formadores, que propiciem a construção de valores de superação da homofobia e não-discriminação e não-violência, em virtude de orientação sexual e identidade de gênero, bem como respeito à diversidade sexual. Nessa perspectiva, destacam-se, dentre outras, a proposta de avaliação cuidadosa do conteúdo das publicações selecionadas no âmbito dos Programas Nacionais do Livro Didático para o Ensino Médio e para a Alfabetização de Jovens e Adultos, além da inclusão da temática orientação sexual em currículos de cursos universitários de Direito e programas de pós-graduação voltados a gestores públicos. Adicionalmente, são recomendadas ações de classificação de obras audiovisuais em que haja conteúdos homofóbicos, racistas ou degradantes à população LGBT como inadequadas para crianças e adolescentes.

Na área da saúde, é proposta a realização de ações educativas e preventivas de conscientização de sexo seguro, DST/AIDS, hepatites, gravidez na adolescência e planejamento reprodutivo para adolescentes LGBTs (usando personagens adolescentes), bem como capacitação de equipes técnicas e gestoras que atuam no cotidiano das instituições de assistência para o combate ao estigma e à discriminação de gênero, orientação sexual e racial.

Cabe ressaltar a proposta de criação – no âmbito do MEC, de secretarias estaduais e municipais de educação – de coordenadoria específica de políticas para LGBT, frente ao potencial que essa iniciativa tem de favorecer o desenvolvimento de ações continuadas de educação em sexualidade voltadas a evitar / coibir violações de direitos humanos em função da orientação sexual e identidade de gênero.

### **3. Experiências de articulação intersetorial voltadas à educação sexual para jovens: caminhos trilhados e horizontes possíveis**

Diversas formulações de políticas públicas para jovens enfatizam a necessidade de haver processo educativo sistemático e continuado na promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como na concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. O foco de enfrentamento são valores,

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

comportamentos e visões de mundo estereotipados – e, por vezes, intolerantes – em relação à orientação sexual, diferenças de gênero, aborto e práticas contraceptivas, dentre outros.

A escola surge como espaço estratégico para viabilização e concretização de ações que visam simultaneamente à garantia da saúde sexual e reprodutiva – ainda desenvolvidas principalmente pelo setor da saúde – e dos direitos sexuais e reprodutivos (bandeira de luta de diversas organizações da sociedade civil). O grande desafio é articular, no âmbito da prática educativa, as várias dimensões da sexualidade, contempladas em propostas setoriais distintas. Esse tópico propõe contextualizar duas iniciativas governamentais na esfera federal, dentre algumas existentes, caracterizadas pela articulação entre setores da ação pública na área de educação sexual: o Programa Saúde na Escola e o curso Gênero e Diversidade na Escola.

### 3.1. O Programa Saúde na Escola – Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC)

O programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto Presidencial 6.286, de 05 de dezembro de 2007, é uma proposta de ação intersetorial dos ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. A iniciativa é resultado do esforço conjunto das áreas da saúde e da educação, para que temáticas como saúde sexual e reprodutiva sejam trabalhadas nas escolas.

O PSE nasceu do conhecimento adquirido em experiências precursoras, como o projeto Escolas, criado em 1995 e expandido posteriormente no programa Salto para o Alto, de 1999, e o projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), lançado em 2003. O SPE, cujos objetivos eram a redução da infecção por HIV/AIDS e dos índices de evasão escolar causados pela gravidez na adolescência, teve suas ações incorporadas ao PSE em 2007.

O programa tem como diretrizes: a concepção de promoção da saúde e educação integrais como fundamentos para cidadania e usufruto pleno dos direitos humanos; a atuação integrada e articulada das redes públicas de ensino e saúde; o cuidado contínuo e de longo prazo; além do fortalecimento do protagonismo juvenil nas decisões cotidianas da escola. Nessa perspectiva, a escola e a equipe de saúde da família são eleitas como espaços privilegiados de atuação.<sup>8</sup> Cabe destacar a consonância dessas diretrizes com as formulações das iniciativas governamentais para a juventude.

A proposta do PSE prevê a elaboração – pelos municípios – de um plano de ação que aprecie diretrizes e áreas temáticas de atuação previamente definidas. No contexto desta apresentação, serão mencionadas exclusivamente áreas cujos temas estejam relacionados à educação sexual, a saber, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, educação permanente e capacitação de profissionais de educação e de saúde, bem como de jovens, para atuação no programa.

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde foi previamente motivado pela necessidade de reduzir as vulnerabilidades dos jovens – sobretudo, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Todavia, ao contextualizar as ações para saúde sexual e reprodutiva, o texto recomenda a realização de outras atividades educativas e de saúde que possibilitem reflexão e enfrentamento de problemas associados à sexualidade, como gravidez na adolescência e diversidade sexual, sob a perspectiva de promover os direitos sexuais e reprodutivos.

Na área de educação permanente, a previsão de incorporação dos jovens nas capacitações é um avanço promovido pelo programa, no que se refere ao fortalecimento do protagonismo juvenil. Adicionalmente, essas ações adquirem relevância, considerando-se a importância que a capacitação e o acompanhamento sistemáticos adquirem no processo educativo sobre sexualidade.

A metodologia proposta para capacitação dos atores merece alguns comentários e reflexões. O PSE sugere que dois representantes de cada município participem de um curso de formação inicial composto por três etapas – presencial, não presencial e acompanhamento *on-line*. Na sequência, os participantes atuam como multiplicadores da proposta em seus locais de origem. Considerando-se a complexidade inerente à temática da sexualidade – dada por vieses biológico, psíquico e sociocultural envolvidos na construção de valores, regras e visões de mundo – questiona-se o real alcance de propostas de capacitação pontuais, à distância e sem a previsão de acompanhamento especializado.

A parceria entre educação e saúde é de longa data. No entanto, muito ainda está por se fazer. Veja-se, por exemplo, os dados do censo escolar de 2005. Essa foi a primeira vez que o censo escolar, realizado anualmente nas escolas públicas e privadas do ciclo básico de ensino, introduziu questões específicas sobre ações de prevenção de DST/AIDS, ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção do uso de drogas e de gravidez na adolescência. Nesse primeiro levantamento (Brasil, 2006b), constatou-se que 60.4% das escolas da educação básica abordam o tema DST/AIDS; 45.3% trabalham saúde sexual e saúde reprodutiva; e 51.8% discutem gravidez na adolescência. A primeira temática é majoritariamente abordada dentro de disciplinas específicas (81.4%) ou via palestras (70.8%), contudo, somente 9.1% das escolas que trabalham com a temática DST/AIDS disponibilizam preservativos a seus/suas alunos/as, sendo 8.7% dentre alunos/as do ensino fundamental e 16.9% dentre discentes do ensino médio. A oferta de preservativos é maior em escolas públicas do que em privadas, bem como naquelas situadas na área urbana, comparativamente as da área rural.

Esse resultado chama a atenção, pois a oferta de preservativos nas escolas foi um dos elementos inovadores do projeto SPE, e esperar-se-ia encontrar proporções maiores do que essas. Apesar de não haver dados recentes disponíveis do censo escolar, esses valores podem estar sinalizando para dificuldades que ainda são enfrentadas no âmbito escolar, quando se objetiva tratar de temas relativos à sexualidade juvenil.

Vale destacar a ação recente, no âmbito do PSE, a respeito da implantação de dispensadores

de preservativos no âmbito das escolas. O Ministério da Saúde e Ministério da Educação, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS, tornaram público, em 2006, o Edital de seleção pública de propostas de desenvolvimento de dispensadores de preservativos associado a projeto pedagógico, voltados para a ampliação do acesso do/a aluno/a ao preservativo nas escolas. Os selecionados estarão produzindo 400 equipamentos em 2010 para serem validados e habilitados nos sítios de teste que serão escolas do ensino médio que já possuem a estratégia de disponibilizar o preservativo. O objetivo principal é o de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV/AIDS ou a outras doenças.

Dados de outras pesquisas mostram que os professores ainda enfrentam dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade. Tudo parece indicar que são mais aceitos, tanto pela comunidade de professores quanto por pais de alunos, trabalhos cujos conteúdos dizem respeito à transmissão de informações sobre DST/AIDS, o que revela permanência de uma perspectiva de educação para a saúde, com forte viés preventivista. A pesquisa Gravad (Heilborn et al., 2006), realizada com 4634 jovens, em três capitais brasileiras, apontou que as primeiras informações sobre DST/AIDS foram obtidas pelos informantes no âmbito da escola. Já as informações relativas à contracepção, gravidez e relação sexual foram adquiridas com outros atores, dentre os quais se destaca a figura da mãe, tanto para moças quanto para rapazes.

A escola frequentemente aparece em terceiro ou quarto lugar como fonte principal para obtenção de tais informações (Bozon & Heilborn, 2006). Os dados atestam o sucesso da política nacional de DST/AIDS, no que concerne à democratização da informação, mas isso não acontece em relação à contracepção, gravidez e sexualidade. Deriva desse cenário a constatação de que os jovens utilizam o preservativo prioritariamente com fins de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. A associação do preservativo à prevenção de DST/AIDS e gravidez ainda não é a tônica nas escolas.

### 3.2. O Projeto Gênero e Diversidade na Escola (articulação entre SPM, SEPPIR e MEC)

O projeto Gênero e Diversidade na Escola visa à formação *on-line* de profissionais de educação nas temáticas de gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. A proposta principal é fornecer elementos para transformar as práticas de ensino, desconstruir preconceitos e romper o ciclo de sua reprodução pela escola. Espera-se que os profissionais adquiram instrumentos para refletir e lidar com atitudes e comportamentos que envolvam relações de gênero e étnico-raciais e sexualidade.

O projeto teve início em 2006, a partir da articulação entre diversos ministérios do governo federal brasileiro (Secretaria de Políticas para Mulheres, Secretaria de Políticas de Promoção da

Igualdade Racial e o Ministério da Educação), o British Council (órgão do Reino Unido atuante na área de direitos humanos, educação e cultura) e o Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ). Foi realizado um curso piloto sobre o projeto, em seis cidades brasileiras (Porto Velho, Salvador, Maringá, Dourados, Niterói e Nova Iguaçu), de forma a englobar as cinco regiões do Brasil.

O curso é semipresencial. Parte da carga horária é trabalhada em aulas presenciais, por meio de seminários participativos, e outra é realizada via Internet. O material didático fica disponível na Internet, sendo disponibilizado também em CD-ROM e impresso, entregue aos cursistas, na aula inaugural. A abertura do curso é realizada por meio de atividades presenciais, em cada localidade onde o curso é oferecido. São três aulas presenciais, uma no início e as outras no decorrer do curso. Durante o curso, os/as professores/as cursistas são distribuídos em turmas que são atendidas por tutores/as *on-line*.

A metodologia, os conteúdos e o projeto político-pedagógico do curso resultaram de uma construção coletiva de vários parceiros e parceiras, e sua implementação foi realizada pelo Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM).

Tendo sido avaliado de forma extremamente positiva, o projeto piloto passou a ser um curso de extensão em 2008. O curso Gênero e Diversidade na Escola (GDE) foi apresentado à comunidade por meio de edital da SECAD/MEC para todas as instituições públicas de ensino superior do país que quisessem oferecê-lo pelo Sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB). Assim, o GDE passou a integrar a Rede de Educação para a Diversidade, no âmbito do Sistema da Universidade Aberta do Brasil, para implementação de um programa que visa à oferta de cursos de formação para professores/as e profissionais da educação, nas áreas da diversidade.

A institucionalização do GDE e a ampliação das parcerias com universidades, secretarias de educação, secretarias de mulheres e secretarias de promoção da igualdade racial são fundamentais para se alcançar a meta estabelecida no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: a formação, até o ano de 2011, de 120 mil profissionais da educação básica nas temáticas de gênero, relações étnico-raciais e orientação sexual.

No que concerne ao Rio de Janeiro, por exemplo, foi estabelecida uma parceria com a Secretaria Estadual de Educação; e outros dois módulos foram desenvolvidos e acrescidos à estrutura existente do GDE. São eles: gravidez na adolescência e protagonismo/participação juvenil. Foram disponibilizadas, em 2009, três mil vagas para educadores das redes estadual e municipal.

O curso GDE constitui esforço de construção de uma política de educação em gênero, sexualidade e diversidade. Nele, discutem-se os conceitos de cultura, diversidade cultural, etnocentrismo, estereótipos, preconceito social e discriminação social. Em relação à sexualidade, sustenta-se a idéia de que se trata de uma experiência complexa, que envolve aspectos culturais,

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

sociais, históricos e políticos, além da dimensão biológica e psicológica, e que, portanto, a sexualidade não deve ser entendida como mera questão de instintos, impulsos, genes e hormônios.

O curso enfoca também a temática da orientação sexual (apresenta três variações básicas: homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade), numa perspectiva que se opõe à noção de opção sexual. Defende que os modos de pensar, sentir e agir são reflexos de experiências sociais, e não de atos individualmente voluntários. No que se refere ao tema da sexualidade nos contextos educacionais, o curso aborda a importância de se levar em conta experiências juvenis e percepções sobre temas como diversidade sexual, direitos sexuais e reprodutivos, gravidez, desejo, prazer, afeição, AIDS e drogas. Por exemplo, para lidar com gravidez na adolescência, foi chamada a atenção para o valor simbólico da gravidez e da maternidade para jovens moças, de acordo com suas classes sociais.

A perspectiva dos conteúdos produzidos leva os/as professores/as a ponderar sobre o quanto a escola reflete o racismo, a homofobia e o sexismo presentes na sociedade brasileira em geral. Mais ainda, salienta a importância de professores/as desenvolverem um processo de reflexão sob os auspícios de um Estado laico, ou seja, de que suas convicções sobre o que é certo ou errado devem estar circunscritas ao espaço privado, tendo em vista que as verdades de alguns não valem para o conjunto da sociedade.

#### 4. Limites, avanços e desafios

É recente a constituição da juventude como categoria social, plural e diversa, e também como grupo sujeito de direitos e demandante de políticas públicas específicas (Novaes & Cara, 2008; Camarano et al., 2009; Brasil, 2006a). O século XX marca a constituição da noção de direito como estratégia de consagração, efetivação e ampliação da cultura política moderna. A primeira geração de direitos consagrou os direitos civis e políticos, a seguir, a emergência dos direitos sociais e, por último:

“[...] como produto da ação de diversos movimentos sociais [...] é reconhecida a terceira geração de direitos, caracterizada pela consagração dos direitos difusos. [...] Seus titulares são grupos sociais como negros, mulheres, homossexuais, crianças, adolescentes, jovens e idosos. A função desses direitos é garantir condições para que esses grupos sociais possam existir e se desenvolver integralmente, sem serem subjugados ou discriminados” (Brasil, 2006a, p. 6).

A instituição, em 1985, pela ONU, do Ano Internacional da Juventude é exemplo do crescente interesse por esse grupo. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, foi o primeiro marco legal a considerar a juventude. Assiste-se à crescente participação da temática juventude nas formulações de políticas públicas brasileiras, notadamente, desde 2004. Essa tendência reflete a decisão política da atual gestão do executivo federal de priorizar iniciativas na área social.

Em avaliação realizada sobre as políticas voltadas para a juventude, Camarano et al. (2009) consideram que as ações propostas na Carta do Cairo foram amplamente contempladas pelas iniciativas governamentais brasileiras. As autoras destacam que:

“[...] de modo geral, os atuais programas para juventude indicam uma focalização crescente nos jovens e uma maior articulação das ações entre os ministérios, muito embora ainda se observe alguma sobreposição de ações e finalidades no seu desenho. Também é possível afirmar que os objetivos contidos nos programas elencados atendem às ações propostas pelo Plano do Cairo e vão muito além do proposto neste plano” (Camarano et al., 2009, p. 258).

Todavia, no que concerne à educação sexual, as ações ainda têm caráter conservador e pouco questionam os estereótipos relativos a gênero, classe, étnico-raciais e a diversidade sexual existentes na sociedade brasileira. Existe um hiato entre as formulações propostas e sua operacionalização propriamente dita. Não obstante o fato de as primeiras incorporarem, vez por outra, a sexualidade sob a perspectiva ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos, as ações governamentais aparecem predominantemente voltadas para a educação em saúde associada à prevenção de DST e HIV/AIDS. Temas complexos e igualmente relevantes, como aborto, planejamento reprodutivo e contracepção, que impactam indicadores de saúde pública, não têm merecido a devida atenção.

Literatura recente sobre juventude aponta que os jovens têm acesso a uma informação tardia e pouco qualificada sobre questões relativas à sexualidade (Heilborn et al., 2006; São Paulo, 2008). Estudo realizado com alunos do município de São Paulo verificou que uma significativa parcela de jovens nunca havia tido aula ou participado de alguma atividade, no âmbito da escola, sobre sexualidade (São Paulo, 2008). Esse dado não é desprezível, quando avaliações feitas sobre assistência no campo da saúde revelam que os jovens não possuem porta de entrada / acesso em tais serviços públicos de saúde (Heilborn et al., 2006; São Paulo, 2008).

Ao considerar que o PSE elege a escola e a equipe de saúde da família como espaços privilegiados para desenvolvimento de ações em educação sexual, cabe uma reflexão: Em que medida esses profissionais estão preparados para lidar com os jovens, numa perspectiva que respeita seus direitos sexuais e reprodutivos? As recomendações resultantes da 1ª Conferência Nacional de Juventude sinalizam a grande lacuna existente entre as demandas dos jovens e o atendimento que lhes é efetivamente prestado, seja por profissionais de saúde, da educação, da segurança pública etc.

Há de se mencionar ainda a superficialidade do debate sobre o tema do aborto em grande parte dos documentos consultados, frente a sua relevância como problema de saúde pública, em particular, para a juventude. É razoável supor que o custo político de aprofundar o debate em assunto tão polêmico é a principal razão para um tratamento vazio. Certamente, o jogo político tem impedido que se corra o risco de enfrentar o desagrado de certos grupos, como a igreja católica. Nesse tópico, tanto a materialização de direitos sexuais e reprodutivos quanto o enfrentamento de

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

outros temas, como planejamento reprodutivo e práticas contraceptivas voltadas para a juventude, permanecem como aspirações de alguns setores da sociedade civil.

Destaca-se que houve avanços no enfrentamento de questões relativas à educação sexual juvenil, sobretudo no que diz respeito aos esforços de articulação de ações desenvolvidas por diversos ministérios, com a incorporação de uma perspectiva mais integral na abordagem da sexualidade. No entanto, ainda resta o desafio de superar a fragmentação, a desarticulação e as debilidades na implementação das propostas governamentais desenhadas para a juventude. Mais ainda, é igualmente importante garantir continuidade de determinadas ações exitosas. “Para evitar interrupções, é necessário transformar as ações e programas de governos, voltados à juventude, em direitos de cidadania que assegurem qualidade de vida” (Brasil, 2006a, p. 69).

As iniciativas do PSE e do projeto GDE constituem exemplos de parcerias promissoras e sugerem caminhos potenciais de atuação. Cabe destacar o fato de o PSE ser resultado de iniciativas conjuntas das áreas de saúde e educação, principiadas no ano de 1995.

A criação e ampliação de espaços de participação da juventude no desenho das políticas públicas que a ela serão direcionadas, além de privilegiar o programa de ações do Cairo, sinaliza o reconhecimento, por parte do Estado, dos jovens como sujeitos de direito. Essa iniciativa possibilita formalizar os anseios desse público nas formulações das políticas públicas, a exemplo da 1ª Conferência Nacional da Juventude que, adicionalmente, oferece elementos para a definição de ações condizentes com as necessidades da população e, possivelmente, mais factíveis.

No espaço escolar, a promoção da participação juvenil pode contribuir para o estabelecimento de um diálogo horizontal com os jovens, em torno de suas demandas, tensões e expectativas. Mais do que “dar” espaço para participação, é necessário viabilizar a “construção coletiva” de campos que estimulem o envolvimento e engajamento dos jovens, a fim de tornar a escola um espaço mais atraente e de (in)formação, convivência, atuação, autonomização, que possibilite, desde a divisão de responsabilidades e a definição das funções de cada um, até as decisões sobre encaminhamentos e ações concretas.

Valorizar atividades que abordam temas de interesse para os jovens constitui caminho vital para sua participação. Assim, temas como gravidez na adolescência e orientação sexual, desde que tratados sem preconceito, hipocrisia ou a partir de antigos paradigmas que cercam a abordagem da sexualidade na sociedade brasileira (Heilborn et al., 2006), podem ter na escola um lugar privilegiado para ser pensados e discutidos com os jovens, de forma dialógica, responsável e construtiva. Também, é necessário desconstruir certas concepções hegemônicas, muitas vezes míticas e carregadas de preconceitos, problematizar outras e complexificar o debate em torno de determinados assuntos, para que se possam criar espaços menos intolerantes e mais plurais, compreensivos e democráticos.

A análise dos documentos revela ainda mudanças nas estratégias propostas pelas políticas

governamentais, não obstante a juventude permanecer como alvo delas. Inicialmente, elas focam apenas o jovem como objeto da intervenção. Posteriormente, vislumbram cada vez mais a necessidade de capacitação de profissionais da educação e da saúde, como estratégia primordial para promover a educação em sexualidade dos jovens.

Pesquisas sobre juventude devem ser estimuladas, com vistas a subsidiar estudiosos e gestores públicos com informações qualificadas, que permitam elaborar análises consistentes sobre esse grupo, no conjunto das transformações da sociedade brasileira. Tal como apontado no texto da Política Nacional de Juventude: “o desafio atual é o de fazer avançar o alcance e a dimensão dos diagnósticos, e de incorporar as questões que requerem a ampliação da compreensão sobre as diferentes situações vividas pelos jovens e as novas necessidades delas derivadas, especialmente depois das mudanças ocorridas na sociedade brasileira e mundial nas últimas décadas” (Brasil, 2006a, p. 39-40).

A escola constitui uma agência de fundamental impacto no comportamento dos jovens. Muitas das iniciativas aqui abordadas têm a escola como elemento preponderante. Escola, família e meios de comunicação constituem esferas fundamentais para promover um processo reflexivo acerca das convenções de gênero e sexualidade, em geral, e da sexualidade juvenil, em particular, de modo a contrapor-se ao clima impregnado de suspeita, risco e pânico com que o tema da sexualidade juvenil é usualmente tratado. Além disso, tendo em vista o fato de que a escola é a instituição capaz de possibilitar uma abertura significativa de novos horizontes, ressalta-se a necessidade e a pertinência de políticas que invistam na permanência dos jovens na escola.

Por fim, enfatiza-se que a juventude constitui uma fase de aquisição crescente de habilidades em diferentes esferas sociais, dentre as quais está a sexualidade. É necessário reconhecer que a sexualidade faz parte da vida dos jovens de ambos os sexos. Tal como apontam estudos realizados (Heilborn et al., 2006), é necessário abarcar também a população juvenil solteira ou que ainda não se iniciou sexualmente nas políticas de assistência à saúde sexual e reprodutiva, bem como criar mecanismos de facilitação do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde e às formas de contracepção, incluindo-se a anticoncepção de emergência. O exercício da atividade sexual segura e a prevenção da gravidez imprevista não são alcançados mediante uma abordagem moralista e normativa da sexualidade.

Iniciativas que promovam discussão aberta sobre gênero e sexualidade, de modo a apoiar os jovens a entrar na vida sexual protegidos da reprodução não prevista e das doenças sexualmente transmissíveis, devem ser amplamente estimuladas e marcadas pela continuidade. Faz parte desse processo a atualização e capacitação de profissionais das áreas da educação e da saúde, sobretudo, para melhor manejo das especificidades juvenis.

Nesse sentido, a adoção da perspectiva de educação em sexualidade nas políticas de, com e

para a juventude representa, a um só tempo, avanço e desafio, no que concerne ao modo como se pode apoiar os jovens, tanto em sua vida presente quanto futura. Ao questionar-se determinados valores que sustentam e reproduzem desigualdades sociais, é possível vislumbrar uma sociedade menos intolerante e mais justa, plural e democrática.

## Referências bibliográficas

ALTMANN, H. Marias (e) homens nas quadras: sobre a ocupação do espaço físico escolar. In: **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.24, n. 2, p. 157-174, 1999.

AUAD, D. **Educar meninas e meninos**. Relações de gênero na escola. São Paulo: Contexto, 2006.

BERQUO, E. (Org). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Ipea, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Fiocruz/Garamond: Rio de Janeiro, 2006. p. 156-206.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS – SEDH. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília: SEDH, 2009. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/homofobia/planolgbt.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. 2007. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes\\_pse.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 56 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resultados sobre saúde e educação preventiva no Censo Escolar/2005**. 2006b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBF2BAB30-CBCA-4A38-8F0D-249DAB505218%7D/folder-CENSO-ARTEbaixa.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

BRASIL. **Lei 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude, altera as leis 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002 e dá outras providências. 2005a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 60 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil sem homofobia:** Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://www.mj.gov.br/sedh/documentos/004\\_1\\_3.pdf](http://www.mj.gov.br/sedh/documentos/004_1_3.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 4.530 de 25 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Plano Nacional de Juventude e dá outras providências. 2004b. Disponível em: <[http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/sileg/prop\\_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=2004&Numero=4530&sigla=PL](http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/sileg/prop_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=2004&Numero=4530&sigla=PL)>. Acesso em: 30 out. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** terceiro e quarto ciclos – apresentação dos temas transversais. Brasília: 1998. 436 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS EM SAÚDE. **Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente.** Brasília: 1989. 93 p.

CAMARANO, A. A.; LEITÃO, E.; MELLO, J.; KANSO, S. Juventude e envelhecimento na Conferência do Cairo: 15 anos depois no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Brasil 15 anos após a Conferência do Cairo.** Belo Horizonte: 11 e 12 de agosto de 2009. p. 233-290.

CARRARA, S. **Educação e sexualidade no Brasil:** novas experiências no âmbito das políticas públicas. Comunicação apresentada no painel “Sexuality education: the way, what and how – strategies from around the world”, organizado pelo TARSHI. Nova Déli, 15 nov. 2007. mimeo.

CASTRO, D. M. F. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas:** o programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental. 2009a. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

CASTRO, M. G. Reflexões sobre a juventude no Brasil, considerando a plataforma de ação sobre população e desenvolvimento do Cairo 1994, a partir do texto Juventude e envelhecimento na conferência do Cairo: 15 anos depois no Brasil, de Ana Amélia Camarano, Juliana Leitão e Mello e Solange Kanso. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Brasil 15 anos após a Conferência do Cairo**. Belo Horizonte: 11 e 12 de agosto de 2009b. p. 291-302.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA JUVENTUDE – 1ª CNJ. **Resoluções e prioridades por tema**. Disponível em: <[http://www.juventude.gov.br/conferencia/CNJ\\_resolucoeseprioridades.doc](http://www.juventude.gov.br/conferencia/CNJ_resolucoeseprioridades.doc)>. Acesso em: 30 out. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE (CNJ); FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT. n: diretrizes e perspectivas. NOVAES, R. C.; CARA, D. J.; SILVA, D. M. (Orgs.). São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, 2006. 139 p. Disponível em:<<http://www.juventude.gov.br/biblioteca/documentos-nacionais/Livro%20Conjuve%202006.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2009.

**Gênero e diversidade na escola:** formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009. v.I. 266p.

**Gênero e diversidade na escola:** formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009. v.II. 98p.

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

NOVAES, R. C. R.; CARA, D. Jovens como sujeitos de direitos: novas interrogações. In: RIFIOTIS, T.; RODRIGUES, T. H. (Org.). **Educação em direitos humanos**. Discursos críticos e temas contemporâneos. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008. p. 115-120.

PEREIRA, ME et al. (Orgs.). **Gênero e diversidade na escola:** formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais. Brasília/Rio de Janeiro: SPM/CEPESC, 2007. 108p.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. INSTITUTO DE SAÚDE. **Comportamento sexual, uso de preservativo e contracepção de emergência por adolescentes no município de São Paulo** – estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio. FIGUEIREDO, R. et al. (Orgs.). São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 36p.

UNITED NATIONS. **Programme of actions of the international conference on population and development**. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch1>>. Acesso em: 30 out. 2009.

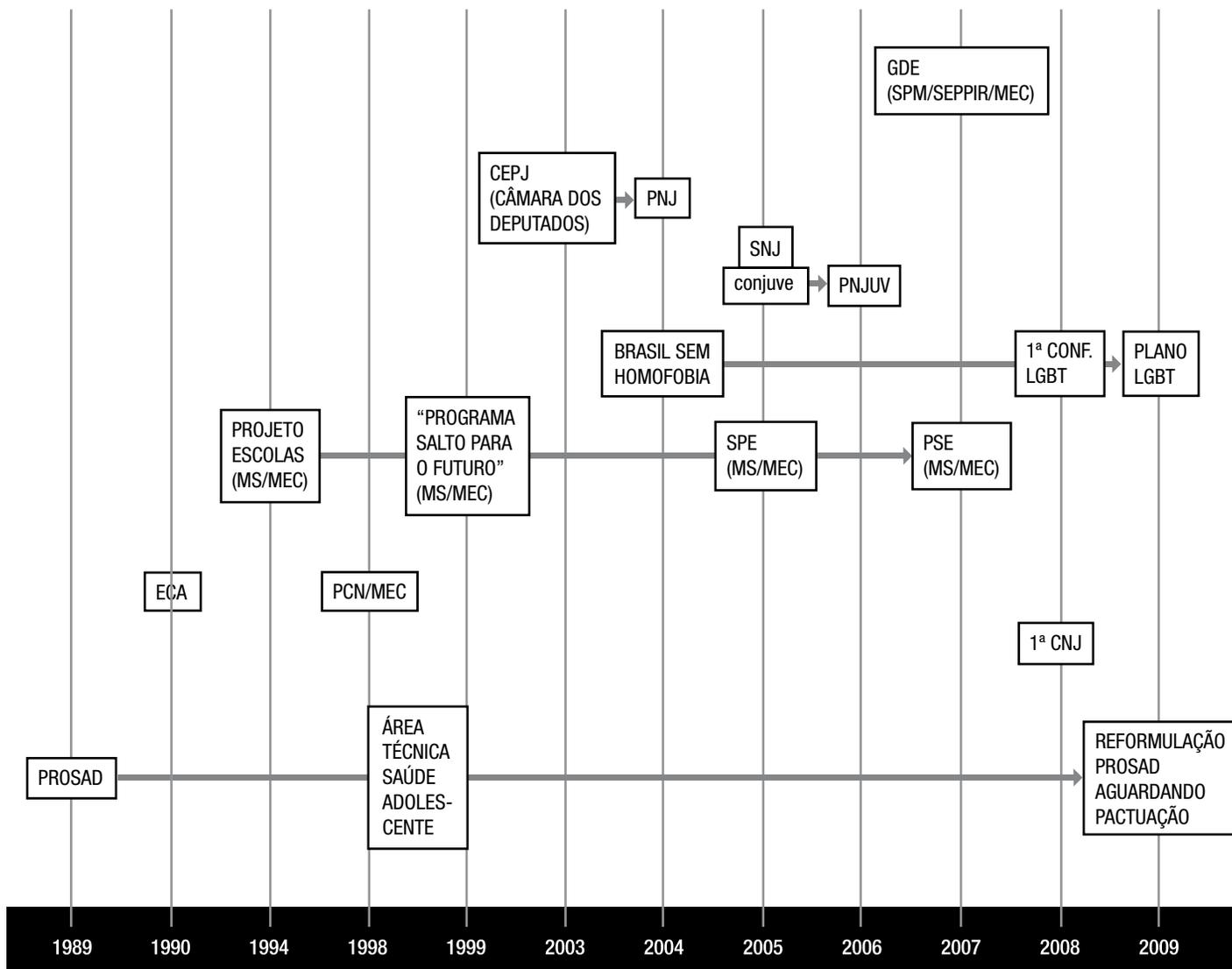
RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

**Anexo: Cronologia das iniciativas governamentais brasileiras (políticas e ações) relacionadas à juventude nos últimos 20 anos.**

<b>Ano</b>	<b>Políticas/Programas/Iniciativas</b>	<b>Desdobramentos</b>
<b>1989</b>	PROSAD	Área Técnica de Saúde do Adolescente; idéia seminal de um Conselho Nacional de Juventude.
<b>1990</b>	ECA	
<b>1994 a 1999</b>	Articulação interministerial do MS e do MEC	Projeto Escolas, projeto piloto para trabalhar temas de saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas.
<b>1999</b>	Articulação interministerial do MS e do MEC	Programa Salto para o Futuro (ampliação do projeto Escolas – para trabalhar temas de saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas.
<b>1998</b>	PCNs/MEC	Inclusão dos temas transversais na grade curricular.
<b>1998/ 1999</b>	“Reformulação” do PROSAD (constituição área da saúde do adolescente no MS)	Autonomização em relação à área materno-infantil do MS.
<b>2003</b>	Articulação interministerial do MS e do MEC	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.
<b>2003</b>	Comissão Especial sobre Políticas de Juventude, da Câmara dos Deputados	Plano Nacional da Juventude, de 2004. Secretaria Nacional de Juventude, 2005. Conselho Nacional de Juventude, 2005.
<b>2004</b>	Plano Nacional da Juventude	
<b>2004</b>	Brasil sem Homofobia	1ª Conferência Nacional LGBT.
<b>2005</b>	Secretaria Nacional de Juventude	
<b>2005</b>	Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE)	Política Nacional de Juventude, de 2006.
<b>2006</b>	Política Nacional de Juventude	
<b>2007</b>	Articulação interministerial do MS e do MEC	Incorporação das ações do SPE no Programa Saúde nas Escolas (SPE ampliado).
<b>2007 a 2009</b>	Articulação interministerial entre SPM, SEPPIR e MEC	Gênero e Diversidade na Escola.
<b>2008</b>	1ª Conferência Nacional de Juventude	
<b>2008</b>	1ª Conferência Nacional LGBT	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT.
<b>2009</b>	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT	
<b>2009</b>	Reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens	Aprovada em 2009, mas ainda aguardando pactuação.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

## Cronologia das iniciativas governamentais brasileiras relacionadas à juventude (1989 – 2009)



Debate

## **Quarta mesa: Avaliação das políticas públicas para educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais**

**Gestora Debatedora: Rosiléa M. Roldi Wille – SECAD/MEC.**

RUMOS

PARA  
CAIRO  
+20

Quarta  
Mesa

Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

Houve um comentário de que a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos não integra vários documentos e órgãos que regulam os direitos de crianças e adolescentes no país (ECA, CONANDA). O MEC, por sua vez, também não menciona tais categorias.<sup>9</sup>

Ponderou-se também que aquilo que o MEC desenvolve não necessariamente chega à escola, em função da complexa estrutura do sistema de ensino (fundamentada na descentralização), cabendo ao Ministério emitir diretrizes e orientações, além de fomentar o desenvolvimento de ações nos níveis estaduais e municipais.

A efetividade do sistema de ensino passa pelo sistema federativo e pelos paradigmas da educação (currículos, qualidade da formação, etc.). Há um esforço de inclusão dos conteúdos relativos aos temas de gênero e sexualidade nos currículos que serão examinados pela Câmara de Educação Superior e Câmara de Educação Básica.

Há uma preocupação, quanto aos livros didáticos, em relação à avaliação de conteúdos e revisão.

Qualquer ação só se efetiva de fato quando passa a contar com dotação orçamentária no Plano Plurianual. A educação em direitos humanos já tem essa condição.

Dentre os desafios, foi citado o Projeto Escola sem Homofobia, que aborda tema como diversidade sexual e identidade de gênero; a educação integral; e a Conferência Nacional de Educação, a ocorrer em 2010, que consolidará o Sistema Nacional Articulado de Educação, na perspectiva de se trabalhar mais integrado e de garantir ao governo federal algum nível maior de governabilidade na ponta.

Algumas questões foram apontadas como devendo ser melhor problematizadas. Em termos do processo de enfrentamento da AIDS, as ações de saúde com adolescentes e jovens, muitas vezes, despertam o pânico, o medo e não enfatizam a perspectiva dos direitos.

Outro desafio são as licenciaturas, pois não há ementas que relacionem a educação e

---

<sup>9</sup> Na exposição desta mesa, ao tratar dos PCN/MEC, ressaltou-se que o termo educação sexual é referido como “orientação sexual”.

a sexualidade. Não há diálogo para essas pessoas que serão os futuros profissionais nas escolas. Quando isso ocorre são iniciativas isoladas e voluntárias. E para os jovens fora da escola? Como pode-se atingi-los?

Esta preocupação foi compartilhada – que veio a ser depois um ponto de intenso debate – quanto ao Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre MS e MEC, desde 2007, tratado por ambas expositoras. Como levar a perspectiva da educação e da sexualidade para o Programa Saúde da Família (PSF), que integra a estratégia do PSE? Os agentes comunitários de saúde vão ser capazes de atuar na perspectiva da “*educação em sexualidade*”? Criticamos a medicalização da sexualidade, mas privilegia-se a estratégia da saúde entrar na escola.

Os avanços nesse campo estão nos investimentos na educação. Observa-se que os profissionais não estão preparados para lidar com a sexualidade a partir da perspectiva relacional de gênero, por isso a tratam pela lógica da biologia.

Há um entendimento corrente de que se a educação não dá conta nem da sua atividade precípua, o que dirá de tratar a questão da sexualidade na perspectiva dos direitos. Salientou-se a necessidade de cuidado, pois o PSF tem sido visto como a solução para tudo, porém os agentes de saúde não estão preparados.

Quanto às expectativas de se discutir educação em sexualidade por meio do PSF, foram apresentados os resultados de uma pesquisa sobre o PSF de Recife/PE – uma das melhores experiências do país, os quais demonstram uma atuação antiética da equipe. Havia cartazes contra o aborto nas unidades de saúde e as enfermeiras e agentes de saúde contavam para as mães das adolescentes as demandas por elas apresentadas em relação à sexualidade.

Houveram outras manifestações nesta direção. Apostar no PSF é temeroso, pois nesses espaços são reproduzidos muitos estereótipos, prevalecendo o senso comum que é reprovador da diversidade sexual. Esses jovens ainda não conheceram uma educação laica, sem preconceitos e discriminações pelo sistema de ensino.

Por fim, indagou-se sobre como o MEC tem percebido a implantação obrigatória do ensino religioso nas escolas, derivada da Concordata Brasil-Vaticano, sendo que ainda não se conseguiu incluir o tema da educação sexual. Acredita-se que a educação religiosa é um grande entrave para todas as discussões de direitos humanos e sexualidade.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quarta  
Mesa  
Educação  
integral em  
sexualidade  
dos jovens

# Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco

Regina Maria Barbosa<sup>1</sup>  
Ignez Helena Oliva Perpétuo<sup>2</sup>

## Apresentação

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente com relação ao uso do preservativo feminino. Foi elaborado para ser apresentado na Oficina intitulada II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) à Luz das Propostas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo +15), organizada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, nos dias 10 e 11 de dezembro de 2009, em Brasília.

Este texto está estruturado em quatro partes. A primeira consiste de um breve histórico da introdução do preservativo feminino no Brasil; a segunda trata da implantação da Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino; a terceira fornece um panorama da utilização das tecnologias de prevenção da disseminação do HIV; a quarta, e última, levanta alguns pontos para a discussão.

Para sua elaboração foram consultadas as seguintes fontes de informação: documentos referenciais do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (antigo Programa Nacional de DST/Aids – PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde (MS), a respeito do preservativo feminino (normas existentes e planilhas de distribuição do insumo);<sup>3</sup> documentação fornecida pelos representantes comerciais do insumo no Brasil no que se refere a sua venda e distribuição; literatura científica nacional sobre o tema. Além disso, foi realizada análise do uso do preservativo feminino a partir de dados gerados por dois inquéritos populacionais.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

## I. Introdução

No Brasil, a mudança no perfil da epidemia do HIV/Aids – traduzida por uma rápida queda da razão homem/mulher e por um crescimento da participação da transmissão sexual na epidemia

1 Médica, doutora em saúde coletiva e pesquisadora do NEPO/UNICAMP.

2 Médica, doutora em demografia e pesquisadora do CEDEPLAR, UFMG

3 O Programa Nacional de DST/Aids passou a denominar-se Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais em 2009. Neste texto será mantida a nomenclatura original referente ao momento do lançamento dos dados de pesquisa apresentados.

– fez com que, a partir da década de 1990, as estratégias de prevenção voltadas à diminuição da transmissão heterossexual se tornassem uma questão central para o controle da epidemia.

Nesse contexto, além do incentivo ao uso do preservativo masculino, estratégias para ampliar as opções de proteção feminina foram implementadas, como é o caso do preservativo feminino. A ênfase no seu uso se deve ao fato de ser um dispositivo de prevenção sob controle da mulher (Stein, 1990), ou, como se denomina atualmente, um método iniciado pela mulher.

A princípio o preservativo feminino foi comercializado em vários países da Europa e, em 1993, o *Food and Drug Administration (FDA)* aprovou a sua liberação para o comércio nos Estados Unidos, sob o nome de Reality. No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido no comércio em dezembro de 1997, quando seu registro foi obtido junto à Vigilância Sanitária.

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente introduziu o preservativo feminino em sua rede de saúde e, desde 2000, o Ministério da Saúde passou a fornecer esse insumo para as Secretarias Estaduais de Saúde para ser distribuído a mulheres de populações consideradas prioritárias para a prevenção das DST/Aids.

A introdução ampliada do preservativo na rede pública foi antecedida por um estudo preparatório em seis cidades do país, com uma amostra de 2.382 mulheres, cujo resultado – boa aceitação e alta adesão (Barbosa et al., 2007) – forneceu à equipe do PN-DST/Aids subsídios que apoiaram a decisão de investir no insumo, mesmo considerando as questões relativas a sua disponibilidade, tendo em vista a limitada capacidade de produção, e ao seu alto custo<sup>4</sup>, que limitaria a oferta do método para os grupos definidos. Além disso, esse estudo forneceu elementos indicativos dos benefícios do uso do preservativo feminino no aumento de relações sexuais protegidas quando utilizado em associação com o masculino: a proporção de relações sexuais protegidas passou de 33% para 70% ao final do estudo.

## II. Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino

A Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF), tal como proposta pelo PN-DST/Aids e implantada a partir de 2000, envolveu fundamentalmente cinco aspectos: 1) visão do condom feminino como tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres; 2) oferta acompanhada de ação educativa; 3) sistema de logística adequado às necessidades locais; 4) mecanismos de acompanhamento que permitissem seu monitoramento; 5) acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade.

---

<sup>4</sup> O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) comparou, em 2005, os preços do preservativo feminino em quatro redes de drogarias da Grande São Paulo: os valores variaram de R\$ 7,50 a R\$ 15,10, o que faz com que o preservativo feminino custe até 42 vezes mais do que o preservativo masculino, cujos preços estão entre R\$ 0,36 e R\$ 1,11.

A primeira e única avaliação do processo de implantação da SDPF foi realizada em 2004 pelo Programa Nacional, por meio do Estudo da Política de Distribuição e Acesso ao Preservativo Feminino (PERPÉTUO; ABREU; PERPÉTUO, 2005). Do ponto de vista de seu desenho, consistiu em uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. Para tanto, foi realizada uma pesquisa com base em metodologia de estudo de casos em locais onde havia sido implantada a SDPF. O estudo foi desenvolvido em oito estados, abrangendo as cinco regiões brasileiras: Pará (Norte), Pernambuco e Bahia (Nordeste), Rio Grande do Sul (Sul), São Paulo e Rio de Janeiro (Sudeste), Goiás e Tocantins (Centro-Oeste). A escolha desses estados se deu de forma a garantir a diversidade em termos de resultados obtidos e de características da efetivação e desenvolvimento da política.

Os resultados desse estudo fornecem um panorama abrangente do processo de implantação do preservativo feminino no Brasil e consistem na principal fonte de informação da análise que se segue. Nesse sentido, cada um dos aspectos que compõem a SDPF será analisado de forma sucinta, em função das informações existentes no referido estudo.

## **1. Visão do preservativo feminino como tecnologia complementar de prevenção voltada para as mulheres**

Essa estratégia objetivava o fortalecimento da autonomia feminina e da sua capacidade de negociação, visando à prática do sexo mais seguro. Ao mesmo tempo, o preservativo feminino deveria ser distribuído com o masculino, fortalecendo a idéia de corresponsabilidade no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres, aspecto que aparentemente foi respeitado pela maioria dos serviços analisados pelo estudo, ou seja, em geral foram distribuídos em conjunto com os preservativos masculinos. Não se dispõe, no entanto, de informação relativa à ampliação da autonomia feminina ou à efetiva ampliação da cobertura das relações sexuais desprotegidas.

## **2. Oferta acompanhada da ação educativa**

A SDPF definia que ações educativas deveriam sempre estar presentes na sistemática de distribuição como condição fundamental do sucesso da iniciativa, tendo sido elaborado um roteiro mínimo de temas a serem contemplados nas oficinas de sensibilização. Para que isso fosse viável, estava prevista a preparação dos serviços e profissionais de saúde para fornecer suporte à mulher.

Nesse sentido, foram realizadas oficinas em todas as Unidades da Federação, com a participação de profissionais das coordenações estaduais de DST/Aids e de programas afins – saúde da mulher, planejamento familiar –, assim como representantes de ONGs e de municípios

selecionados com base em sua experiência de trabalho com HIV/Aids, situação epidemiológica e densidade demográfica. Após o momento inicial de implantação, o Ministério da Saúde continuou, em 2001, 2002 e 2003, dando reforço técnico e político à distribuição do preservativo feminino em vários estados, quando solicitado. No entanto, o treinamento, que deveria acontecer em cascata até o nível local, não ocorreu necessariamente dessa forma, tendo inclusive se limitado ao nível estadual em várias localidades analisadas pelo estudo.

### 3. Sistema de logística adequado às necessidades locais

O sistema proposto em 2000 previa uma logística que garantisse a disponibilidade do preservativo feminino onde ele se fizesse necessário. Essa garantia se daria por meio do repasse do insumo pelo PN-DST/Aids ao nível central do estado (CE), que o enviaria diretamente aos diversos sítios responsáveis por sua distribuição às mulheres, numa estrutura em que estariam excluídas as instâncias de Regionais das Secretarias Estaduais de Saúde (DIRE) e as Secretarias Municipais de Saúde. A rede de distribuição a ser utilizada seriam ONGs e serviços de saúde bem estruturados, que realizassem ações educativas para prevenção e que pudessem integrar atenção à saúde da mulher e DST/Aids. As informações disponíveis apontam para uma realidade na qual nem sempre esse fluxo foi efetivamente seguido, sendo o preservativo feminino enviado diretamente para Secretarias Municipais de Saúde ou ONGs; também não se conseguiu garantir a existência do insumo nas unidades executoras na quantidade suficiente ou de forma constante. Essa mudança do fluxo se desdobrou ainda na pulverização da distribuição e na colocação do preservativo feminino em serviços com baixa capacidade técnica e operacional, isto é, com pessoal pouco motivado e capacitado para trabalhar com o insumo.

### 4. Mecanismos de acompanhamento que permitissem o monitoramento nos diversos níveis – local, municipal, estadual e federal

O instrumento básico de documentação e acompanhamento da SDPF foi constituído por duas planilhas: a Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – Serviços de Saúde e Projetos de Redução de Danos e a Ficha de Acompanhamento do Preservativo Feminino – ONG Profissionais do Sexo, nas quais deveriam ser registradas informações sobre a mulher que decidiu utilizar essa tecnologia e, nas datas em que buscou o insumo, informações sobre as características de uso e sobre o número de preservativos feminino e masculino que lhe foram entregues. Esse instrumento, inicialmente obrigatório por determinação do PN-DST/Aids, tornou-se opcional em determinado momento, o qual não foi possível precisar pelos pesquisadores.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

O instrumento foi considerado muito complicado e detalhado, o que dificultou ou mesmo inviabilizou sua utilização. Esse fato resultou em várias adaptações das fichas, limitando, assim, a possibilidade de um acompanhamento sistemático ao longo do tempo. Dessa forma, o monitoramento do programa foi considerado falho na maioria dos lugares analisados. A informação existente era muito precária, havia dificuldades na consolidação dos dados e os números sobre o movimento de estoque de preservativo feminino, que poderiam servir como indicador de implementação, dificilmente eram utilizados para esse propósito. Os dados consolidados eram, em muitos casos, entendidos apenas como um mecanismo de prestação de contas do repasse de preservativos.

### 5. Acesso ao insumo baseado em critérios de vulnerabilidade

Em face do limitado número de preservativos femininos, foram definidos critérios de vulnerabilidade que deveriam orientar sua distribuição. Em 2002, por meio da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002 (Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002), foram estabelecidos os seguintes grupos que teriam prioridade no acesso ao insumo:

1. **profissionais do sexo:** que estão em relações desiguais de poder, onde o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual e sofrem uma maior exposição ao risco pelo exercício do seu trabalho;
2. **mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual** – onde a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras, em que pese que não sejam acontecimentos sobrepostos, pode se inferir uma interface, pelo menos de uma mútua nutrição entre um fenômeno e outro;
3. **mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos** - pela clara necessidade de essas mulheres precisam se proteger de uma reinfecção tanto quanto proteger seus parceiros e se protegerem quando casais discordantes ou concordantes;
4. **mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis** – sabemos que as drogas tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de risco, inclusive ao cuidado com a própria saúde e de seus parceiros;
5. **mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher** – que perceberam-se em risco a partir de adquirirem uma DST e têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002.

A escolha dos critérios, tal como proposta na portaria e transcrita acima, abriu espaço para diversos entendimentos, visto que, por exemplo, o último critério é suficientemente inespecífico para permitir diferentes interpretações e abarca grande parte da população feminina. Esse aspecto, mais do que qualquer outro, reflete a ausência de clareza com relação aos objetivos e ao alcance da SDPF. Tal fato consiste no ponto nevrálgico da proposta que necessita ser melhor equacionado, uma vez que fundamenta as decisões relativas aos modelos de intervenção nos diferentes níveis de atuação como veremos adiante.

Alguns estados ampliaram seu trabalho para outras populações femininas que apresentam também critérios de vulnerabilidade e risco acrescido, como presidiárias, trabalhadoras rurais e indígenas, levando-se em conta a realidade local.

Com base nos critérios elencados anteriormente, o Ministério da Saúde vem adquirindo, desde 2000, 4 milhões de preservativos femininos a cada dois anos para distribuição aos estados, municípios e ONGs.

No total foram adquiridos 16 milhões de preservativos femininos. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde também fizeram aquisições complementares a partir de 2007. No entanto, como é possível verificar na Tabela 1, que detalha a distribuição do insumo de 2000 a 2009, a principal fonte de suprimento do preservativo feminino é o Ministério da Saúde. Apenas Pernambuco, São Paulo e o Distrito Federal realizaram compras significativas do insumo, totalizando 95% das compras diretas realizadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

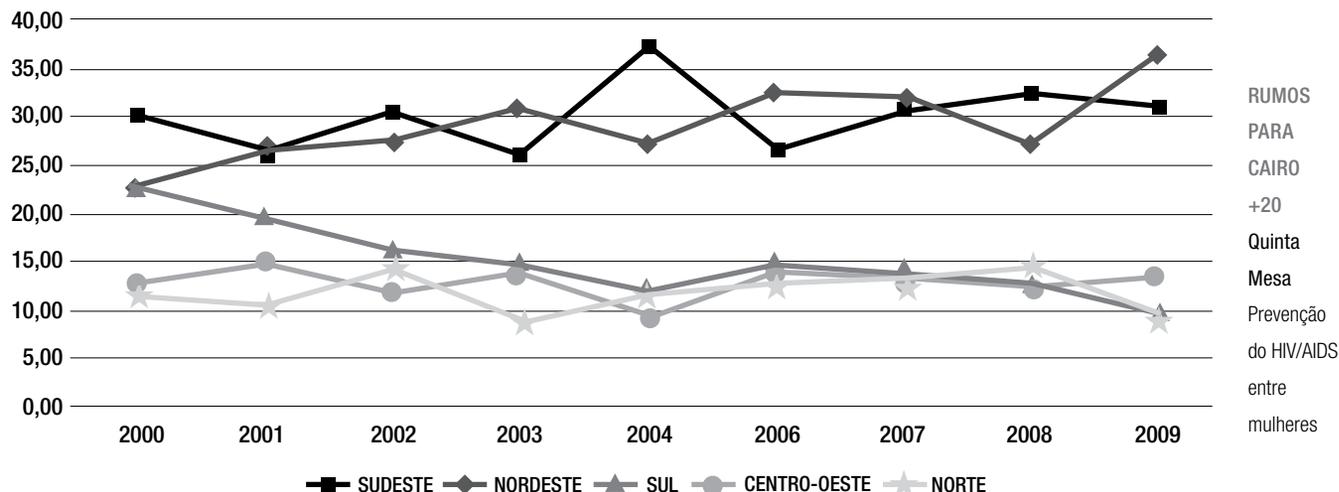
**Tabela 1 – Distribuição de preservativo feminino (adquirido pelo MS) às UF e aquisição complementar por estados e municípios. Brasil, 2000-2009.**

	2000-2006	2007		2008		2009		Total MS	Total direta	Total
	Sub-total	MS	Direta	MS	Direta	MS	Direta			
AC	120.500	21.000		47.500		30.000		219.000	-	219.000
AL	254.700	48.000		110.000		127.500		540.200	-	540.200
AP	98.000	15.000		34.000		34.000		181.000	-	181.000
AM	80.800	12.000		30.000		99.000		221.800	-	221.800
BA	516.800	81.000		185.500		140.000		923.300	-	923.300
CE	266.800	39.000		95.000		109.000		509.800	-	509.800
DF	196.000	18.000		41.500		30.000	75.000	285.500	75.000	360.500
ES	254.000	39.000	2.200	89.000		36.000		418.000	2.200	420.200
GO	349.800	68.000		183.000		38.000		638.800	-	638.800
MA	412.700	69.000		158.500		93.500		733.700	-	733.700
MT	288.200	51.000		142.000		62.000		543.200	-	543.200
MS	250.200	45.000		103.500		32.000		430.700	-	430.700
MG	432.400	69.000		158.500		32.000		691.900	-	691.900
PA	577.800	81.000		182.000		77.000		917.800	-	917.800
PB	292.732	39.000		92.500		78.000		502.232	-	502.232
PR	473.000	60.000	333	138.000	500	60.000	1.000	731.000	1.833	732.833
PE	462.000	45.000		103.500		44.500	150.000	655.000	150.000	805.000
PI	94.700	12.000		33.000		69.500		209.200	-	209.200
RJ	756.600	78.000		179.000	5.600	212.500	1.000	1.226.100	6.600	1.232.700
RN	146.200	62.000		32.000		32.000		272.200	-	272.200
RS	604.700	63.000		143.900		45.000	24.000	856.600	24.000	880.600
RO	114.000	18.000		41.500		34.000		207.500	-	207.500
RR	100.000	15.000		34.000		20.000		169.000	-	169.000
SC	432.800	60.000		138.000	1.000	103.500	300	734.300	1.300	735.600
SP	1.379.900	147.000	66.495	395.000	221.232	317.000	166.350	2.238.900	454.077	2.692.977
SE	239.500	33.000		75.500		58.000		406.000	-	406.000
TO	100.000	15.000		34.000		42.000		191.000	-	191.000
<b>TOTAL</b>	<b>9.502.832</b>	<b>1.268.000</b>	<b>69.028</b>	<b>3.029.900</b>	<b>228.332</b>	<b>2.056.000</b>	<b>417.650</b>	<b>15.653.732</b>	<b>715.010</b>	<b>16.368.742</b>

Fonte: PN-DST/Aids (dados preliminares)

A distribuição realizada pelo PN-DST/Aids é proporcional à população de cada região, cabendo às regiões Nordeste e Sudeste maiores cotas do preservativo: cerca de 30% para cada uma (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição de condom feminino por grandes regiões – Brasil, 200–2009



Fonte: PN-DST/Aids.

Por último, vale ressaltar que a aquisição para venda nas grandes redes de farmácias e drogarias é insignificante. Dados preliminares, fornecidos pela Semina,<sup>5</sup> apontam que entre 2007 e 2009 foram adquiridos pela rede privada apenas 10.000 preservativos femininos.<sup>6</sup> Dessa forma, é possível dizer que o acesso da população brasileira ao condom feminino acontece, desde a sua implantação, majoritariamente por meio da rede pública de saúde e ONGs.

5 Empresa que comercializa no Brasil, desde 2006, o preservativo feminino Reality, de poliuretano, fabricado pela Female Health Company (Chicago, Illinois). Recentemente foi lançado pela DKT do Brasil um segundo modelo de preservativo feminino, de látex, o Lamour, fabricado pela Medtech Products Ltd. (Chennai, Índia). Em 2009, a Female Health Company anunciou que deixaria de produzir o preservativo feminino de poliuretano, substituindo-o pelo FC2, fabricado de borracha nitrílica.

6 Entre 2000 e 2007 consta a venda de 2 milhões de preservativos para clientes (estados, municípios e rede privada) não identificados pelo distribuidor, razão pela qual não foram incluídos na Tabela 1.

### III. Tecnologias de prevenção da disseminação do HIV no Brasil: panorama de uso

A partir de dados produzidos por sucessivos inquéritos populacionais, com amostras probabilísticas e de abrangência nacional,<sup>7</sup> é possível afirmar que o uso de tecnologias de prevenção da disseminação do HIV no Brasil vem se ampliando de maneira significativa na última década. Aumentou de 19,1%, em 1998, para 33,1%, em 2005, entre homens e mulheres com parcerias estáveis, e de 63,5% para 78,6%, entre aqueles com parcerias eventuais (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

Em 2006 é possível observar que 27,3% das mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas referiram uso de preservativo na última relação sexual, associado ou não a outro método contraceptivo, 55,4% usaram métodos que evitam apenas a gravidez e 17,4% não usou nenhuma proteção. O uso de preservativos decresceu com a idade e aumentou com a escolaridade, sendo maior entre as mulheres solteiras e residentes no Sudeste (Tabela 2).

Tabela 2: Uso de preservativo (feminino ou masculino) na última relação sexual por mulheres de 15-49 anos, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006.

	Preservativo	
	%	N
<b>Idade</b>		
15-24	40,7	1.298
25-34	27,4	1.080
35-49	18,2	867
<b>Anos de estudo</b>		
Nenhum	9,5	47
1 a 3	12,0	173
4	13,2	229
5 a 8	26,1	945
9 a 11	34,6	1.378
12 ou mais	35,2	443
<b>Coabitação</b>		
Sim	18,3	1.650

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

7 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1986, 1996 e 2006, e Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 1998 e 2005.

<b>Não</b>	58,2	1.595
<b>Raça/cor</b>		
<b>Branca</b>	27,2	1.234
<b>Preta</b>	25,9	324
<b>Parda</b>	26,8	1.485
<b>Amarela</b>	37,4	103
<b>Indígena</b>	31,0	77
<b>Região</b>		
<b>Norte</b>	27,9	605
<b>Nordeste</b>	24,6	632
<b>Sudeste</b>	30,3	664
<b>Sul</b>	23,8	693
<b>Centro-Oeste</b>	24,9	651
<b>Total</b>	<b>27,3</b>	<b>3.245</b>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Fonte: Banco de dados da PNDS, 2006.

Não obstante o aumento do uso de tecnologias de prevenção, vale ressaltar que a proteção contra as DST é conferida basicamente pelo uso do preservativo masculino, já que o uso cotidiano do feminino é muito pequeno (próxima de zero).

### Uso e conhecimento do preservativo feminino

Em 2005, aproximadamente 5% dos homens e 3,5% das mulheres referiram uso do preservativo feminino alguma vez na vida (Tabela 3). Seu uso diminui com a idade, aumenta com nível de escolaridade e entre homens e mulheres solteiros.

Tabela 3: Uso de preservativo feminino pelo menos uma vez na vida por homens e mulheres sexualmente ativos de 16 a 65 anos, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2005.

	Uso do preservativo feminino			
	Homens		Mulheres	
	%	N	%	N
<b>Idade</b>				
16-24	5,8	25	4,2	15
25-34	4,7	28	4,6	31
35-65	3,9	46	2,4	28
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental	3,3	29	2,8	25
Ensino médio	5,5	42	3,4	30
Superior / Pós-grad	6,8	26	5,2	16
<b>Raça/cor</b>				
Brancos	4,4	49	2,9	35
Negros	4,6	46	4,1	36
<b>Coabitação</b>				
Sim	4,0	43	3,2	40
Não	7,8	45	5,4	29
<b>Total</b>	<b>4,7</b>	<b>99</b>	<b>3,5</b>	<b>74</b>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, 2005.

Em 2006, proporções similares foram evidenciadas pela análise dos dados produzidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS): 3.4% das mulheres referiram uso do preservativo alguma vez na vida (Tabela 4). O uso foi maior entre mulheres com menos de 35 anos, maior escolaridade e residentes nas regiões do Norte, Centro-Oeste e Sudeste, que se autodeclararam amarelas ou indígenas (em termos de raça/cor) e entre as usuárias de preservativo masculino (dado não apresentado). Morar ou não com o parceiro não se mostrou associado ao uso de preservativo feminino nesse estudo.

O pequeno número observado de usuárias atuais do preservativo feminino (0.1%) permite dizer que essa tecnologia não faz parte do cotidiano das mulheres em geral. Ao mesmo tempo, impede aprofundar as análises no sentido de tentar identificar um determinado perfil eventualmente associado ao seu uso regular.

Por outro lado, a comparação desses dados com resultados obtidos em outras pesquisas parece indicar uma tendência de crescimento em seu uso. As proporções de uso obtidas em 2005 e 2006 são maiores do que as encontradas por Paiva e colaboradores em 2003 (4.8% entre os homens e 1.9% entre as mulheres) e menores comparativamente aos dados obtidos em 2008 pela Pesquisa Comportamento, Atitudes e Práticas (PCAP). Análise inicial desses dados mostrou proporções um pouco mais elevadas: 6.7% entre as mulheres e 7.6% entre os homens, o que fortalece a hipótese de crescimento de seu uso.<sup>8</sup>

**Tabela 4: Uso de preservativo feminino por mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos pelo menos uma vez na vida, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006.**

	Uso do preservativo feminino			
	sim		não	
	%	N	%	N
<b>Idade</b>				
15-24	4,5	139	95,5	3.311
25-34	4,2	192	95,8	4.338
35-49	2,1	143	97,9	5.574
<b>Anos de escola</b>				
Nenhum	1,7	5	98,3	517
1 a 3	2,1	33	97,9	1.465
4	1,5	34	98,5	1.547
5 a 8	3,0	133	97,0	3.941
9-11	4,0	187	96,0	4.298
12 ou mais	5,4	79	94,6	1.346
<b>Coabitação</b>				
Sim	3,2	310	96,8	9.604
Não	3,9	164	96,1	3.618
<b>Raça/cor</b>				
Branca	2,8	162	97,2	5.139
Preta	3,7	53	96,3	1.322
Parda	3,6	225	96,4	5.988
Amarela	5,6	19	94,4	363
Indígena	5,1	11	94,9	284

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Região				
Norte	4,1	95	95,9	2.246
Nordeste	2,7	83	97,3	2.552
Sudeste	3,8	94	96,2	2.846
Sul	2,5	78	97,5	2.900
Centro-Oeste	4,4	124	95,6	2.679
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>474</b>	<b>96,6</b>	<b>13.223</b>

Fonte: Banco de dados da PNDS, 2006.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

De qualquer forma, é fato que o preservativo feminino não conseguiu ocupar o lugar de destaque inicialmente imaginado, como alternativa de proteção para as mulheres. Além da pequena cobertura populacional, é possível sugerir também que, entre as usuárias do condom feminino, apenas um pequeno número de relações sexuais é protegido por seu uso.

Na ausência de dados relativos à consistência e adesão de uso, realizamos a seguinte simulação: primeiro, assumimos a distribuição por faixa etária de uso da camisinha feminina, conforme a tabela 4; a seguir, a partir de estimativas da população para 2005, fornecidas pelo IBGE, calculamos o tamanho da população sexualmente ativa nos últimos 12 meses para cada faixa etária (BARBOSA; KOYAMA, 2008) e aplicamos as proporções de uso do preservativo feminino. Assim, temos que aproximadamente 2.377.000 homens e 1.670.000 mulheres sexualmente ativos experimentaram a camisinha feminina pelo menos uma vez na vida. A seguir, assumimos que os 16.368.742 preservativos femininos (Gráfico 1), disponibilizados pelo Ministério da Saúde e adquiridos pelos estados e municípios, foram integralmente distribuídos e usados, assim como que tais homens e mulheres utilizaram igualmente o insumo. Ao final do exercício, é possível observar que cada pessoa poderia ter usado no máximo quatro preservativos nos últimos 10 anos.

Por outro lado, se considerarmos apenas as pessoas que referiram ter gostado muito do preservativo feminino na Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 2005 – 6.7% dos homens (N = 185.195) e 24.8% das mulheres (N = 515.011) que o utilizaram –, o total de insumo adquirido teria sido suficiente para proteger apenas 16 relações sexuais de cada uma dessas pessoas, caso tivessem decidido continuar seu uso.

Com relação às populações consideradas prioritárias pelo SPDP para distribuição do preservativo feminino – profissionais do sexo; mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual; mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos (MVHA); mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis; mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção à saúde da mulher – é possível afirmar, a partir de resultados de pesquisas com populações

específicas, que existem evidências um pouco mais consistentes apenas com relação às MVHA. Nesse sentido, as pesquisas indicam que as MVHA tendem a incorporar e assim se beneficiar mais do uso do preservativo feminino no seu cotidiano (FIGUEIREDO; BONFIM, no prelo; MAGALHÃES; ROSSI; AMARAL, 2003; TELLES DIAS; SOUTO; PAGE-SHAFFER, 2006; BARBOSA et al., 2007).

Com relação ao uso por mulheres de baixa renda, Kalckmann; Farias e Carvalheiro (2009) observaram, em estudo realizado em São Paulo entre 2000 e 2002, que 14,4% de um universo constituído por 2.469 mulheres cadastradas na SDPF mantinham o uso do preservativo feminino ao final de 12 meses de observação. Adicionalmente, foi observada maior adesão entre as mulheres cuja unidade de dispensação do insumo consistia em um projeto comunitário, e menor quando esta se referia à unidade pública de saúde, básica ou especializada. Com relação aos outros grupos, as evidências se restringem a uma única pesquisa, realizada com amostras muito pequenas e de conveniência (TELLES DIAS; SOUTO; PAGE-SHAFFER, 2006).

Se, por um lado, é possível dizer que a implantação da SDPF aparentemente não conseguiu introduzir de maneira significativa o preservativo feminino no leque de alternativas, o mesmo não se verifica com relação ao conhecimento do método, que é amplamente disseminado: 80% dos homens e 85% das mulheres referem conhecer o método (Tabela 5) – proporções igualmente mais elevadas do que as encontradas em 2003 por Paiva et al (2003): 73.2% e 79%, respectivamente, e um pouco mais baixa que as encontradas entre as mulheres pela PNDS em 2006 (Tabela 6).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

**Tabela 5: Conhecimento do preservativo feminino por homens e mulheres de 16 a 65 anos. Brasil, 2005.**

Conhecimento do preservativo feminino	Sexo	
	Homens	Mulheres
Sim	80,4%	84,9%
	1797	2318
Não	19,6%	15,1%
	501	424

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, 2005.

Como é possível observar na tabela 6, apesar de amplamente conhecido, o preservativo feminino é um pouco mais conhecido pelas mulheres mais jovens, mais escolarizadas, solteiras e residentes das regiões Norte e Sudeste.

Tabela 6: Conhecimento do preservativo feminino por mulheres de 15 a 49 anos, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2006.

	Conhecimento do preservativo feminino			
	sim		não	
	%	N	%	N
<b>Idade</b>				
15-24	93,6	3.232	6,4	234
25-34	92,5	4.141	7,5	420
35-49	87,2	4.942	12,8	808
<b>Anos de escola</b>				
Nenhum	71,0	381	29,0	146
1 a 3	77,2	1.157	22,8	345
4	82,7	1.296	17,3	292
5 a 8	91,1	3.677	8,9	425
9-11	94,9	4.303	5,1	205
12 ou mais	97,3	1.404	2,2	34
<b>Coabitação</b>				
Sim	89,1	8.764	10,9	1205
Não	94,1	3.550	5,6	257
<b>Raça/cor</b>				
Branca	92,0	4.803	8,0	536
Preta	91,2	1.232	8,8	148
Parda	89,1	5.562	10,9	680
Amarela	91,3	360	8,7	26
Indígena	90,9	251	9,1	47
<b>Região</b>				
Norte	91,1	2.144	8,9	202
Nordeste	88,0	2.352	12,0	289
Sudeste	92,2	2.622	7,8	326
Sul	90,4	2.700	9,6	331
Centro-Oeste	89,4	2.497	10,6	314
<b>Total</b>	<b>90,5</b>	<b>12.315</b>	<b>9,5</b>	<b>1462</b>

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Fonte: Banco de dados da PNDS, 2006.

#### IV. Alguns pontos para a discussão

A discussão e o enfrentamento do panorama exposto anteriormente, caracterizado por baixa cobertura e adesão ao uso do preservativo feminino, envolvem a consideração de questões conceituais e operacionais a respeito do que a SDPF representa, de como está estruturada, de quais são as suas potencialidades e dificuldades enquanto política de saúde voltada para a prevenção das DST/Aids.

As características peculiares do preservativo feminino – um insumo que remete a questões delicadas relacionadas à vivência da sexualidade e das relações de gênero e cuja possibilidade de disponibilização é restrita, dada sua produção limitada e seu elevado custo – fazem com que essa estratégia de enfrentamento da epidemia se depare com desafios não apenas operacionais, mas também de definição estratégica sobre quais são os objetivos e qual deve ser o alcance da SDPF. Ponto que necessita ser rediscutido, uma vez que fundamenta as decisões relativas aos modelos de intervenção nos diferentes níveis de atuação.

Caso se considere que o *condom* feminino deva ser disponibilizado somente para segmentos populacionais específicos, não faria sentido pulverizar a distribuição para toda a rede de serviços de saúde, mas sim direcioná-la, adotando estratégias de operacionalização para melhor atender a esse público. O outro extremo – a opção pelo atendimento à população feminina em geral – demandaria nova configuração, cujas conseqüências precisariam ser analisadas.

Em exercício realizado por Perpétuo (Abreu e Perpétuo, 2005), são ilustradas as possibilidades de cobertura do preservativo feminino em dois cenários extremos. No primeiro – o cenário de focalização, em que fossem disponibilizados anualmente o equivalente a 10 milhões de unidades do insumo e distribuídos 8 preservativos femininos por mulher –, seria possível atender a 44,7% das mulheres de 15 - 49 anos vivendo com HIV/Aids. Esse mesmo montante, e considerando o total de mulheres nessa faixa etária no Brasil em 2004, seria suficiente para fornecer uma cobertura de 0,21%. No segundo cenário – orientado pela ideia de democratização do acesso, criando condições para que o maior número possível de mulheres conhecesse e experimentasse o insumo –, a distribuição de duas unidades para efeito de experimentação, mantendo a mesma quantidade de preservativos, possibilitaria atender a 5 milhões de mulheres, o que equivaleria a 10,1% das mulheres brasileiras em idade fértil em 2004.

Do que foi possível perceber até o momento, em que pese o caráter inicial e preliminar desse trabalho, a política relativa à distribuição do preservativo feminino desenvolvida nos últimos 10 anos parece ter ficado no meio do caminho, não assumindo nenhuma das posturas de forma clara. Nas simulações feitas anteriormente, o total de preservativos femininos efetivamente colocados à disposição para uso da população brasileira (16 milhões em 10 anos) não teria sido suficiente para contemplar nenhum dos cenários, ou ainda para criar um hábito de uso, mesmo entre aqueles

homens e mulheres que referiram ter gostado muito do preservativo e para quem talvez o insumo fizesse sentido.

Com relação às questões de caráter operacional, o estudo de Perpétuo (2005) aponta outros aspectos que necessitam igualmente de discussão: rede de disponibilização; capacitação das equipes gestores e executores; logística do preservativo feminino; sistema de informações e instrumentos para monitoramento; percepção dos gestores e executores sobre aprimoramento da SDPF.

Resumindo, é possível supor que o principal determinante para o panorama apresentado está muito mais relacionado a dificuldades no acesso do que à aceitabilidade do insumo, já que na verdade o preservativo feminino não chegou a ser de fato implantado. Os poucos estudos sobre aceitabilidade disponíveis para o Brasil evidenciam que o preservativo, apesar de não ser um método de pronta e fácil aceitação, ocupa um espaço importante no restrito leque de opções tecnológicas de prevenção das DST/Aids.

Existem evidências de que profissionais do sexo e mulheres vivendo com HIV/Aids são grupos que têm se beneficiado do uso desse insumo. Além disso, a distribuição do preservativo, quando feita por ONGs e serviços de saúde comprometidos com a ação educativa, tem demonstrado uma aceitação e adesão do método pela população feminina em geral. Não se dispõe, no entanto, de informações que permitam estimativas confiáveis da real aceitabilidade do insumo por esses grupos e menos ainda de sua efetividade. Antes disso, fica difícil responsabilizar a baixa aceitabilidade do preservativo feminino pelas mulheres, pelo panorama descrito aqui.

Ao mesmo tempo, é interessante lembrar que, em 1986, o condom masculino era considerado o método atual por apenas 4% das mulheres em idade reprodutiva (BENFAM, 1996), tendo passado para 13% em 2006 (Brasil, 2008). Tal mudança não aconteceu por acaso ou no vácuo, mas foi fruto de decisão política e de pesados investimentos na prevenção. Por último, e para além da SDPF, uma questão central e de fundo que precisa ser enfrentada refere-se à necessária articulação entre as políticas, programas e serviços de prevenção das DST/Aids e de planejamento reprodutivo. No mínimo porque as evidências demonstram que a prevenção das DST/Aids tende a ser muito menos praticada pelas mulheres que utilizam contracepção irreversível, ou porque as dimensões de vulnerabilidade que predispoem as mulheres às DST/Aids são as mesmas relacionadas a vários desfechos reprodutivos.

Agradecimentos: Este trabalho contou com a colaboração de Regina Figueiredo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS da Universidade de São Paulo, no levantamento da documentação; de Elvira V. Filipe, gerente da unidade de prevenção do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, na revisão dos estudos e pesquisas sobre o preservativo feminino realizadas no Brasil; e de

Adriana Cristina Fernandes, bibliotecária do NEPO/UNICAMP, no apoio à revisão bibliográfica e normalização das referências. Esse documento foi produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA - CONTRATO DE CONSULTORIA # 042 / 2009.

## Referências bibliográficas

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 21-33, jun. 2008.

\_\_\_\_\_ et al. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *International Journal of STD & AIDS*. London. v. 18, p. 261-266, 2007.

BENFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 - DHS. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.

BERQUÓ, E. S.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 34-44, jun. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. PNDS 2006 - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2008**. Relatório final.

FIGUEIREDO, R; BONFIM, J. R. A. **Experiência de promoção da prevenção de DST/Aids Associada à contracepção**. C&SC. (Prelo).

KALCKMANN, S.; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 132-143, jun. 2009.

MAGALHÃES, J.; ROSSI, A. S.; AMARAL, E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 389-395, jul. 2003.

PAIVA, V. et al. **Uso de preservativos**: Pesquisa Nacional MS/IBOPE. Conhecimento do preservativo feminino. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2003.

PERPÉTUO, I.; ABREU, D.; PERPÉTUO, G. **Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino**. 2005. (Relatório Final, 2 v.).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

STEIN, Z. A. HIV prevention: the need for methods women can use. **American Journal of Public Health**. Washington, v. 80, n. 4, p. 460-462, apr. 1990.

TELLES DIAS, P. R.; SOUTO, K.; PAGE-SHAFFER, K. Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. **AIDS and Behavior**. US, v. 10, supl. 4, p. S67-75, 2006.

VIEIRA, E. M. et al. The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 15, n. 6, p. 373-379, jun. 2004.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Debate

## **Quinta mesa: Prevenção do HIV/Aids entre mulheres**

**Gestora Debatedora: Juny Kraiczuk (SVS/D-DST/AIDS)**

A debatedora apresentou dados sobre AIDS entre mulheres e sobre o uso de preservativo baseado em algumas pesquisas do MS – PCAP (2008), Censo Escolar (2007) do SPE, ambas disponíveis no site do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites virais.

Como não há produção nacional de preservativo feminino, estuda-se a redução de impostos para compra do mesmo e avalia-se a necessidade de traçar estratégias para alcançar diferentes segmentos populacionais. Algumas questões foram trazidas à reflexão:

- Há conhecimento sobre o método (85% das mulheres conhecem) e boa aceitação, segundo diversas pesquisas realizadas no país. No entanto, nos “Planos de Necessidade”, os coordenadores locais de programas de DST/Aids continuam não demandando uma quantidade expressiva de preservativo feminino;
- As ações educativas conseguem dialogar com as mulheres de diferentes realidades socioculturais e situação de vulnerabilidade? As mulheres estão sendo ouvidas? É necessário maior envolvimento dos homens?
- A população tem bom conhecimento sobre prevenção, mas meninas continuam usando menos preservativo que os meninos. Como promover a adesão consistente ao preservativo por esta parcela da população?
- No debate com a platéia, foi apontado que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (PIEFA), vem perdendo sua dimensão política, adquirindo uma feição muito técnica, sendo necessário ser retomado na sua vertente política de uma ação integrada e intersetorial.
- Na discussão que se seguiu foi referido o compromisso das mulheres do movimento Cidadãs Positivas em lutar pela implementação do PIEFA e promover o preservativo feminino em seus espaços de atuação.
- Foi esclarecido que o preservativo LAmour (fabricação indiana) não havia preenchido todos os critérios exigidos para a licitação do MS, tendo sido, no entanto, adquirido por alguns estados do país.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Quinta  
Mesa  
Prevenção  
do HIV/AIDS  
entre  
mulheres

Observou-se que o preservativo feminino tem potencial enorme de uso, mas há necessidade de que esteja disponível nos serviços para populações específicas. Outra questão compartilhada foi em relação à assistência à reprodução assistida (para mulheres com HIV, em casais sorodiscordantes) que querem ter filhos: que resposta técnica se pode dar?

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
**Sexta**  
**Mesa**  
Atenção às  
DST

## Atenção às DST em mulheres

Wilza Vieira Villela<sup>1</sup>  
Valdir Monteiro Pinto<sup>2</sup>

*A cada ano ocorrem, entre adultos de 15 a 49 anos, cerca de 340 milhões de novas infecções curáveis (sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase) transmitidas por relações sexuais (OMS).*

### Introdução

As chamadas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) compreendem um conjunto de infecções distintas que têm em comum o fato de serem transmitidas pelo contato sexual. Cada uma das diferentes entidades clínicas que compõe o grupo das DST apresenta sintomatologia, prognóstico e curso próprio, requerendo estratégias específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Mesmo com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e de tratamento, as DST continuam atingindo um grande número de pessoas, especialmente as mulheres, pelo fato de que muitas das DST não apresentam sintomas na população feminina. Além disso, as mulheres experimentam diferentes constrangimentos para o exercício da sua sexualidade, o que lhes dificulta incorporar práticas de proteção, e os serviços de atenção à saúde nem sempre estão aptos para lidar com a questão (WHO, 2004).

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) reiteradamente busque estimar a magnitude das DST globalmente, de modo a fornecer aos governos parâmetros realistas para o planejamento de suas ações, é difícil conhecer, de fato, a prevalência das DST no mundo e em cada país, dada a fragilidade e inadequação dos sistemas de vigilância. No entanto, são relativamente conhecidos alguns dos impactos das DST para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens e alguns dos impactos sócio-econômicos. Menos estudadas têm sido as repercussões das DST a nível psicológico, da subjetividade e da sexualidade.

Segundo a OMS, as DST e suas complicações representam uma das dez principais causas de procura a serviços de saúde em países em desenvolvimento, respondendo por aproximadamente 17% das perdas econômicas relacionadas ao binômio saúde / doença (MAYAUD, 2004).

O não tratamento ou tratamento inadequado da sífilis em gestantes responde por 25% da

---

1 Médica, docente do Programa de pós-graduação em Promoção de Saúde - UNIFRAN e Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP.

2 Médico, responsável pela Unidade de atenção às DST do Departamento de DST/Aids e Hepatites virais/MS.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

natimortalidade e ainda por 14% dos óbitos neonatais. Estima-se que entre as mulheres que tiveram gonorréia ou infecção por clamídia não tratadas, de 10% a 40% padecerão de doença inflamatória pélvica (DIP). Mulheres que tiveram DIP têm uma probabilidade de 06 a 10 vezes maior de ter uma gravidez ectópica, agravo que, em países não desenvolvidos, contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2007).

Existe também uma importante sinergia entre as DST e a infecção pelo HIV. Portadores do HIV que também são portadores de alguma DST, por exemplo, apresentam um aumento da carga viral nas secreções (Ghys et al., 1997). Além disso, segundo a UNAIDS, órgão das Nações Unidas responsável pelo enfrentamento da epidemia do HIV em âmbito global, o Herpes Genital (HSV) pode ser considerado o principal co-fator pela maior proporção de novas infecções pelo HIV. (Unaid/WHO, 200).

Em que pesem a magnitude e a transcendência das DST e sua importância para a saúde das mulheres e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, o tema das DST não tem sido incorporado na agenda política do movimento feminista e dos movimentos que lutam pela saúde das mulheres com o mesmo vigor que outros, como o aborto, a morte materna e a infecção pelo HIV, embora, como apontado anteriormente, haja uma profunda conexão entre estes agravos. Aspectos do manejo político e programático das DST, das suas dimensões simbólicas, da organização dos serviços e das práticas em saúde podem ser relacionados ao relativo silêncio que circunda as DST.

Este artigo busca refletir sobre a abordagem das DST em mulheres no Brasil, considerando aspectos programáticos e de gestão e tomando a infecção pelo HPV e a sífilis como exemplos paradigmáticos dos impasses que ainda cercam o enfrentamento das DST no país.

## 1. DST no Brasil: aspectos programáticos e de gestão

No Brasil, como na maioria dos países, as políticas e programas de controle das DST estão inseridos nas políticas e programas de controle da epidemia do HIV/AIDS.<sup>3</sup> Vale lembrar, entretanto, que a existência de um setor do Ministério da Saúde especificamente voltado para o enfrentamento das DST e da epidemia do HIV representa uma importante evolução histórica, já que anteriormente as DST estavam sob responsabilidade da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, ao lado do programa de hanseníase.

A junção programática das ações de controle das DST com as voltadas para o manejo da epidemia do HIV/AIDS, embora estratégica e mais adequada que o arranjo programático anterior,

---

<sup>3</sup> No sistema das Nações Unidas, o enfrentamento da epidemia do HIV está sob responsabilidade da UNAIDS, enquanto as DST estão sob a responsabilidade direta da OMS.

não é simples. As diferenças clínicas e histórico-sociais entre as várias DST, e entre estas e a infecção pelo HIV, fazem com que muitas das ações e estratégias eficazes para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV não sejam efetivas para várias DST. Os exemplos destas diferenças são vários. Só para citar um deles, tomemos a historicidade da sífilis, uma das DST mais antigas que se conhece e que ao longo dos séculos de existência, tem passado por períodos de maiores e menores prevalência, infectividade, morbimortalidade associada e interpretações sócio-culturais (Carrara, 1996).

Ao mesmo tempo, o engajamento e a comoção social que a epidemia do HIV tem mobilizado, e ainda os ensinamentos sobre o enfrentamento de uma epidemia a partir de uma intensa parceria entre diferentes setores da sociedade, sociedade civil organizada, gestores, acadêmicos e outros, não encontram paralelo com nenhuma outra DST. Em consequência, o volume de recursos materiais e simbólicos disponíveis para o enfrentamento da epidemia do HIV é significativamente maior do que para as DST, trazendo impacto, inclusive, nos processos de produção de conhecimento. Se, para a maior parte das DST, o conhecimento produzido tende a ser predominantemente clínico, circulando quase que exclusivamente entre profissionais de saúde especializados no campo, a produção de conhecimento em torno da epidemia do HIV envolve a participação de profissionais e ativistas, de diferentes áreas do conhecimento e de diferentes esferas de ação social.

Além das dessemelhanças sócio-históricas e simbólicas, a falta de informações sistemáticas e de estudos populacionais que possibilitem estimar as tendências das diversas DST no país, dificulta o real dimensionamento do problema. Isto impede a implementação de intervenções específicas e a avaliação de sua efetividade (BRASIL, 2008), contribuindo também para a priorização relativamente menor que o controle das DST tem tido nas agendas públicas de saúde sexual e reprodutiva.

Devem também ser mencionadas as diferenças em termos de organização e gestão dos serviços que cuidam da prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV e das demais DST. Por exemplo, o tratamento e acompanhamento da infecção pelo HIV são oferecidos em serviços específicos, que respondem a coordenações ou programas locais de DST/HIV/AIDS, enquanto a prevenção, diagnóstico e tratamento da maioria das DST deve se dar em unidades de atenção básica à saúde e responder às coordenações/gerências de vigilância e atenção à saúde. No caso da infecção pelo HPV, deve haver também o cumprimento das orientações formuladas pelo Instituto Nacional do Câncer.

Esta fragmentação da abordagem das DST repercute sobre a qualidade da atenção oferecida às mulheres e traz desafios para gestores, formuladores de políticas públicas e outros atores sociais envolvidos com a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das doenças. A dificuldade de enfrentamento destes desafios pode contribuir para manter elevadas as taxas de prevalência e de incidência das diferentes DST no país.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

## 2. DST no Brasil: Aspectos clínicos e epidemiológicos

Diferentes agentes podem ser transmitidos de um parceiro ao outro durante a relação sexual e causar uma infecção. As infecções daí decorrentes diferem em magnitude, sintomatologia, gravidade e prognóstico. Algumas podem causar sintomas agudos, infecções crônicas e consequências posteriores, como a infertilidade, a gravidez ectópica, o câncer de colo de útero, de pênis e do ânus e óbito fetal ou neonatal. Dentre as DST bacterianas mais frequentes estão a sífilis, a gonorréia e a clamídia, passíveis de tratamento e cura mediante o uso de antibióticos; e as DST virais, como as infecções causadas pelo HPV, hepatite B e herpes genital que requerem uma abordagem terapêutica mais complexa, além da tricomoníase, muito frequente e pouco valorizada, que apresenta alta magnitude e facilidade de tratamento e cura.

O quadro abaixo apresenta algumas características das DST mais frequentes no Brasil e no mundo:

DST	Características	Prevenção, Diagnóstico, Seguimento
<b>Sífilis</b>	Mais prevalente em adultos. Em mulheres grávidas está relacionada à ocorrência de aborto espontâneo, morte fetal, neonatal e lesões neurológicas no feto; Em adultos, a longo prazo, provoca doença degenerativa do sistema nervoso, dentre outras.	Prevenção: condom (parcial). Rastreamento dos casos e tratamento. Diagnóstico: Laboratorial (disponível no SUS). Tratamento: simples e barato com evolução para cura. Tratamento inclui parceiros.
<b>Infecção pelo Gonococo</b>	Mais prevalente em jovens. Assintomática em mulheres (70%). Pode provocar Doença Inflamatória Pênica (DIP), gravidez ectópica, aborto e infertilidade em homens e mulheres.	Prevenção: condom. Diagnóstico em mulheres: exame ginecológico + cultura (mais fácil quando apresenta sintomas). Tratamento inclui parceiros. Evolução para cura se tratada adequadamente.
<b>Infecção por Clamídia</b>	Mais frequente em mulheres jovens. Assintomática em mulheres (70%) e em homens. Pode provocar dor pélvica crônica, dispareunia, Doença Inflamatória Pênica (DIP), gravidez ectópica, aborto e infertilidade em homens e mulheres.	Prevenção: condom; Diagnóstico em mulheres: exame ginecológico + captura híbrida (disponível no SUS). Tratamento inclui parceiros. Evolução para cura se tratada adequadamente.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20

Sexta  
Mesa

Atenção às  
DST

<b>Infecção pelo HPV</b>	Mais prevalente em jovens. Muitas vezes assintomática e possibilidade de remissão espontânea. Possíveis impactos sobre o feto e exacerbação de lesões condilomatosas em grávidas. Precursor do Câncer do colo do útero, pênis e ânus.	Prevenção: condom (no máximo 70%); possível vacina. Diagnóstico: clínico e laboratorial. Tratamento: clínico ou cirúrgico. Nem sempre ocorre a cura; pode levar a aumento da morbimortalidade quando evolui para câncer.	
<b>Herpes genital (HSV)</b>	Muito frequente. Em mulheres grávidas está relacionada à ocorrência de aborto espontâneo.	Prevenção: condom não está provada; tratamento supressivo quando necessário. Diagnóstico: clínico e laboratorial. Tratamento clínico, sujeito a recidivas.	<b>RUMOS PARA CAIRO +20 Sexta Mesa Atenção às DST</b>
<b>Hepatite B (HBV)</b>	Prevalência variável no Brasil e no mundo. Pode ser assintomática. Pode evoluir para cirrose ou câncer de fígado.	Prevenção: vacinação, condom, não compartilhamento de agulhas, seringas e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Diagnóstico laboratorial. Tratamento: simples na fase aguda, complexo em estágios crônico.	
<b>Tricomoníase</b>	Muitas vezes assintomática em homens; raramente assintomática em mulheres.	Prevenção: condom. Diagnóstico: clínico e laboratorial. Tratamento clínico. Tratamento inclui parceiros.	

Cabe ressaltar que uma importante forma de prevenção, não biomédica, para todas as DST é o conhecimento sobre os sinais e sintomas delas.

Pode-se perceber que o uso de preservativo representa uma estratégia importante, mas não é a única estratégia para a prevenção das diversas DST, dado que para algumas a proteção fornecida pelo *condom* é apenas parcial, sendo necessárias ações mais específicas de diagnóstico e tratamento para quebrar a cadeia de transmissão.

Em especial a sífilis e a infecção pelo HPV, importantes em termos de magnitude e potencialidade de provocar problemas graves a longo prazo, têm no *condom* uma estratégia de prevenção relativamente limitada. Portanto, além do incentivo ao uso deste método, seriam necessárias ações para disseminar informações sobre seus sinais, sintomas e possíveis consequências para a saúde, bem como desmistificar falsas crenças em relação às mesmas, de modo a garantir a pronta procura ao serviço de saúde em caso de dúvida ou suspeita de infecção.

Mas, para que uma disseminação mais ampla de informações sobre as DST possa de fato ser efetiva, seria essencial que todos os serviços de saúde estivessem aptos a realizar, com qualidade e eficiência, o aconselhamento, o diagnóstico precoce e o tratamento, de modo a quebrar a cadeia de

transmissão sem causar constrangimentos dentre os acometidos por tais agravos e seus parceiros. Isto implica uma organização de serviços que garanta o atendimento imediato, quanto uma dinâmica de diálogo e confiança entre usuários e provedores de saúde que possibilite a identificação dos acometidos por uma DST e seus parceiros sem embaraços, receios ou julgamentos. Esta é uma realidade ainda distante, especialmente no contexto de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) cuja proximidade entre provedores e usuários, por vezes, tem servido para caucionar posições autoritárias e insensíveis às questões de gênero que a fomentar um diálogo de caráter emancipatório (SCHRAIBER, 2005).

A incorporação do aconselhamento, diagnóstico e tratamento como estratégia importante na abordagem das DST também exige o amplo acesso de jovens de ambos os sexos e de mulheres e homens de quaisquer idades aos serviços de saúde para um atendimento integral e de qualidade, que reconheça os sujeitos como sexuados e tenha uma abordagem compreensiva das preferências e práticas sexuais.

O aumento da efetividade dos serviços no manejo das DST, embora represente um desafio para gestores e técnicos, traz a vantagem adicional de não estabelecer as bases da prevenção apenas em propostas de mudança de comportamento e em mensagens voltadas para a responsabilização individual, mas de atribuir ao Estado e aos serviços de saúde uma maior responsabilidade sobre situações que de fato lhe competem, como o diagnóstico e tratamento adequado dos problemas de saúde.

Visando minimizar as deficiências dos serviços de saúde, em especial no que se refere à habilidade do profissional para diagnosticar corretamente DST, instituir o tratamento adequado e garantir o retorno aprazado do usuário. Desde o início dos anos 90 a OMS tem recomendado a adoção da abordagem sindrômica, uma estratégia baseada em sinais e sintomas descritos pelo usuário, que prevê diagnóstico e tratamento com utilização de medicamentos, padronizados, visando atingir o(s) agente(s) etiológico(s), quaisquer sejam este(s) (WHO, 2001).

Desde 1993 o Brasil adotou esta estratégia, realizando um enorme esforço para capacitação de serviços e profissionais na incorporação desta tecnologia. Entretanto, a utilização da abordagem sindrômica tem algumas limitações. A primeira, e talvez a mais importante, é a de que depende de sintomatologia, o que exclui a maior parte das mulheres, em quem a maioria das DST pode ser assintomática; a segunda, essa estratégia pressupõe a disponibilidade dos medicamentos padronizados para instituição imediata do tratamento, fato que não é constante nos serviços de saúde; e a terceira, alguns profissionais relutam em realizar a abordagem sindrômica, argumentando que esta é uma tecnologia a ser adotada em países com uma maior escassez de recursos em saúde que o Brasil.

É possível supor que muitos gestores não consideraram necessário desenvolver uma estratégia específica para a abordagem das DST, partindo da premissa de que os discursos amplamente disseminados de estímulo ao uso do *condom* e o aumento real que este tem tido nos últimos anos são suficientes para a prevenção das DST.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20

Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

É possível supor também que muitos gestores consideram que os esforços gerais para melhoria dos serviços de atenção básica à saúde no âmbito do SUS trazem como consequência a melhoria da saúde sexual. Esta parece ser uma visão equivocada, pois a promoção da saúde sexual exige mais do que a prevenção das DST e do HIV, e, como já visto, a prevenção das DST exige mais que o uso do *condom*.

Ademais, o uso do *condom* ainda não atinge patamares tão altos quanto o desejável e necessário para ter um impacto significativo na disseminação das DST; a expansão da atenção básica também não necessariamente assegura melhora na qualidade de atenção à saúde sexual, que exige manejo específico, em especial na abordagem à sexualidade, e cujos problemas afetam especialmente os jovens de ambos os sexos, que usam os serviços básicos de atenção à saúde em proporção menor do que as mulheres em idade reprodutiva e, indiretamente, a população masculina, com pouco acesso a serviços de atenção básica e pouca familiaridade com a perspectiva de ir a um serviço de saúde durante o dia para falar e ouvir sobre questões relacionadas ao exercício da sua sexualidade.

Ou seja, a proteção dada pelo preservativo às mulheres cujos parceiros o usam e o aumento quantitativo e qualitativo das ações voltadas para as mulheres nas unidades de atenção básica não asseguram que as mulheres estejam adequadamente protegidas das diferentes DST, nem constituem uma política efetiva de enfrentamento do problema.

Em que pese o aumento percentual do uso do preservativo no país, a expansão dos serviços de atenção básica à saúde e as antigas recomendações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - posteriormente reforçados pela Política Nacional de Atenção à Saúde Integral das Mulheres no sentido da importância de uma abordagem específica das DST, os números das DST no Brasil são bem elevados.

Estudo de prevalência de DST em populações específicas realizado pelo Ministério da Saúde entre 2004/2005 mostra uma prevalência de 2.6% de sífilis em gestantes e de 33.5% de HPV de alto risco. A mesma pesquisa também confirma os dados da literatura mundial em relação à maior prevalência entre adolescentes da infecção pelo gonococo, pela clamídia e pelo HPV; as mulheres têm um risco maior de infecção por clamídia e pelo HPV de alto risco do que os homens (BRASIL, 2008).

Outra pesquisa, também realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) aponta que, dentre os cerca de 78 milhões de indivíduos sexualmente ativos no país, 13.2% já relataram algum sinal ou sintoma de DST na vida, sendo 16.9% homens e 9.5% de mulheres. Os principais sintomas referidos pelos homens foram o corrimento uretral (12%), as feridas e as bolhas no pênis (5.2%).

Dentre as mulheres, os principais sintomas referidos foram: feridas na vagina (7%), bolhas (2.2%) e verrugas (1.8%). Quase 9% dos homens sexualmente ativos entre 15 e 24 anos referiram algum antecedente de DST na vida. Entre as mulheres, esse percentual foi de 5.5%.

Somente um total de 62% dos homens e 54% das mulheres foi orientado sobre uso de

preservativo quando tiveram algum problema relacionado à DST; a orientação para comunicar aos parceiros foi recebida por 57.9% dos homens e 70.5% das mulheres, o que aponta uma fragilidade dos serviços na abordagem de pessoas com DST.

Ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos aumentou a chance de ter tido alguma DST em 46.1%, indicando a grande lacuna existente na atenção à saúde sexual dos jovens.

Estes dados já são suficientes para caracterizar as DST como um problema grave e urgente de saúde pública no país. No entanto, a alta prevalência das diferentes DST e a falta de uma orientação adequada para o enfrentamento do problema também indicam a pequena prioridade que os serviços e sistemas de saúde dão à saúde sexual, em especial dos jovens, que ainda não contam com uma rede de serviços amigáveis que funcionem em horários adequados e possam atender de maneira compreensiva as questões relativas ao exercício pleno da sua sexualidade (ECOS, 2008).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20

Sexta

Mesa

Atenção às  
DST

### 3. As DST e os direitos sexuais

O item que trata das DST na Plataforma do Cairo inclui a prevenção da infecção pelo HIV e faz uma referência explícita à necessidade da abordagem das DST como meio de reduzir complicações reprodutivas como a infertilidade.

No contexto da Conferência esta abordagem das DST constituiu um grande avanço. Os significados que relacionam as DST - especialmente a sífilis e a gonorréia, ao desregramento sexual e à prática de sexo com prostitutas, sempre as deixaram apartadas das discussões sobre saúde reprodutiva, que se desenvolviam no deslizamento semântico da mulher-mãe assexuada em contraposição à mulher sexuada, não mãe, transmissora de doenças e de todo os males do mundo.

Outras doenças que também se transmitem pelo ato sexual, como as infecções pelo HPV, pelo HBV e pelo HSV, não recebem esta carga simbólica. Isto talvez seja relacionado ao fato de serem mais recentes e de a transmissão não se dar exclusivamente por via sexual. Embora pequena, a possibilidade de transmissão não sexual do HPV, do HBV e do HSV parece gerar um potente efeito simbólico de dessexualização: a transmissão sexual, que é responsável pelo maior número de infecções por quaisquer dos agentes citados, é totalmente negada, e se fala destas infecções sem a mesma conotação negativa com que se fala das demais DST e sem a devida ênfase ao caráter sexual da transmissão.

A Plataforma do Cairo reforça a importância da saúde sexual, apontando que o seu objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, e não meramente a atenção às doenças de transmissão sexual.

A idéia de saúde sexual incorpora o exercício autônomo e seguro da sexualidade, sem culpas, coerções ou riscos à saúde. A atenção às DST inclui o manejo das doenças - prevenção, diagnóstico e tratamento, mas também a orientação e o aconselhamento quanto ao direito que os sujeitos têm

de exercer a sua sexualidade como queiram, desde que não causem danos a outros, e as formas de exercê-la dos modos mais seguros possíveis.

Inclui também a garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Isto compreende ações que ocorrem no âmbito dos serviços e se relacionam aos processos de trabalho, fluxos e rotinas, competências e habilidades profissionais, e ações que ocorrem fora dos serviços, no âmbito das mentalidades, visando reduzir a desinformação, os tabus e os silêncios a respeito da sexualidade e de algumas das suas consequências indesejadas, como as DST.

A saúde sexual está diretamente relacionada ao direito a usufruir da vida com o maior padrão de saúde possível e com segurança. Assim, o direito à saúde sexual transcende a importância das DST como problema de saúde pública. A saúde sexual é componente intrínseco dos direitos sexuais, na medida em que estes buscam assegurar a liberdade de escolha a respeito de como, quando e com quem ter sexo, e que esta escolha possa ser feita e vivenciada sem coerções ou riscos desnecessários. Entretanto, a saúde sexual também é um componente intrínseco dos direitos reprodutivos, dados os potenciais agravos reprodutivos decorrentes dos agravos à saúde sexual, especialmente as DST.

O item C do capítulo 7 da Plataforma do Cairo é dedicado às DST. As premissas que respaldam as recomendações consideram a alta prevalência das DST no mundo e suas consequências para a saúde e para o bem estar físico e mental e ainda da carga excepcionalmente injusta das DST sobre as mulheres. Segundo o documento *“as desvantagens sociais e econômicas das mulheres as fazem especialmente vulneráveis às doenças de transmissão sexual”* (ONU, 1995).

As recomendações têm como objetivos prevenir, reduzir a incidência e prover tratamento às DST. Para tanto são propostas as seguintes medidas:

- Os serviços de saúde reprodutiva devem estar prontos para oferecer prevenção, diagnóstico e tratamento para as DST e para as demais infecções do trato genital, se possível em nível da atenção primária à saúde;
- Informação, educação e aconselhamento para um comportamento sexual responsável e prevenção das DST devem fazer parte de todo serviço de saúde sexual e reprodutiva; e
- Meios eficazes de prevenção (condons) devem ser amplamente promovidos e distribuídos.

Na revisão a Plataforma do Cairo feita em 1999 (Cairo +5), mais uma vez é recomendado que *“os serviços e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis sejam componente integrante dos serviços de saúde reprodutiva e sexual no nível primário de atenção à saúde”* (CNPD, 1999).

O atendimento a esta recomendação, no entanto, deve considerar que a adoção de uma

perspectiva crítica das relações de gênero é crucial para a prevenção, diagnóstico e tratamento das DST, já que são as desigualdades de gênero que colocam as adolescentes e mulheres jovens em maior risco de contrair DST e não obter tratamento oportuno e adequado. Ou seja, exige-se que o profissional de saúde seja capaz de realizar um competente e minucioso exame para diagnosticar eventuais DST e identificar as situações de risco da vida sexual da usuária que contribuíram para aquele agravo, deve ser suficientemente sensível e consciente das desigualdades de gênero para fazer recomendações plausíveis para a autoproteção da usuária. Uma perspectiva utópica deve ser buscada, mesmo que esta esbarre em modelos de atenção cada vez mais impessoais e voltados para a garantia de produtividade (VILELA et al., 2009).

As mulheres tendem a ter uma menor possibilidade de escolher quando, como e com quem ter relações sexuais. Isto aumenta a sua exposição ao sexo desprotegido. No caso das adolescentes e mulheres jovens, desproporcionalmente afetadas pelas DST, a falta de autonomia sexual e capacidade de autoproteção tende a ser ainda maior.

O fato de muitas DST serem assintomáticas em mulheres e de não ser rotina dos serviços a realização de um minucioso exame ginecológico, precedido por uma boa anamnese, contribui para que muitas infecções agudas se tornem crônicas, provocando as já citadas complicações. Do mesmo modo, há escassez de atividades educativas dentro e fora dos serviços de saúde que propiciem as orientações necessárias para que as mulheres compreendam seus riscos individuais e as alternativas para a sua redução.

O pressuposto do tratamento do parceiro para que se interrompa a cadeia de transmissão também é um obstáculo para as mulheres. Muitas têm mais de um parceiro, muitos parceiros têm mais de uma parceira, muitas mulheres não conhecem seus parceiros, muitas não se sentem à vontade para tocar no assunto com seus parceiros e a maioria não tem qualquer capacidade de controlar a vida sexual dos seus parceiros de modo a evitar que eles se reinfectem e a reinfectem também. Dado que este pressuposto é, até o momento, intransponível, do ponto de vista clínico, a alternativa para torná-la mais factível seria uma maior aproximação dos serviços de saúde da população masculina e uma maior habilidade no manejo das desigualdades de gênero.

Mesmo quando as mulheres conseguem conversar com o parceiro sobre a necessidade do tratamento, nem sempre é fácil o acesso deles ao serviço de saúde para aconselhamento, exame e eventual tratamento. Nem sempre os fluxos e rotinas do serviço permitem que o atendimento destes homens seja feito com o caráter de urgência que a situação exige; nem sempre os homens se sentem à vontade para ir ao posto de saúde, espaço marcadamente “de mulheres”; nem sempre eles podem ou querem faltar ou chegar atrasados aos seus trabalhos, quando estão trabalhando. De fato, as restrições nos horários de funcionamento da maior parte dos serviços públicos de atenção básica em saúde tornam-se um obstáculo adicional para que muitos homens, e também muitas mulheres, possam acessar estes serviços com a frequência e regularidade necessárias.

Obstáculo também é a exigência de um período de abstinência sexual para o tratamento de várias DST. Isto traz problemas para mulheres que comercializam o seu sexo e para as que não podem falar com o parceiro a respeito do tema, e ainda para aquelas que o parceiro não aceita esta restrição. Em quaisquer destes casos, se não forem adequadamente aconselhadas, as mulheres não conseguirão encontrar soluções para superar as dificuldades financeiras ou emocionais que a abstinência sexual pode lhes causar.

Além destes requisitos organizacionais e tecnológicos dos serviços de saúde, o cumprimento das diretrizes da Plataforma do Cairo relativas às DST implica numa perspectiva ética e não moralista da sexualidade humana. Uma perspectiva isenta da atribuição de valores de “certo” ou “errado” a alguma prática ou comportamento sexual, permeada pelo respeito às escolhas do outro, e que reconhece a injusta desigualdade entre homens e mulheres na esfera sexual.

Trata-se, portanto, de dotar os serviços de atenção básica de capacidade logística, gerencial e técnica para intervir num tema que tradicionalmente não faz parte do seu rol de atividades. No Brasil, historicamente, a atenção básica em saúde esteve voltada fundamentalmente para a atenção à saúde materno-infantil. Com o atual envelhecimento da população, passou-se a ofertar atividades de controle da pressão arterial e da glicemia para a população de sessenta anos e mais, que passa a ser vista como assexuada. Nenhuma abordagem de saúde sexual a inclui, em que pesem as possibilidades de exercício da sexualidade por pessoas mais velhas trazidas pelos medicamentos para distúrbios de ereção e pela infinidade de cremes e géis lubrificantes e protetores da mucosa vaginal, disponíveis hoje no mercado.

As DST tradicionalmente foram atendidas nos ambulatórios especializados em “doenças venéreas”. Pela escassez destes serviços, sua má fama - lugar de gente que “não presta” - e o constrangimento de algumas pessoas em frequentá-los, as farmácias passaram a ser o lócus principal de atendimento de DST em homens. Na farmácia o tratamento é feito de acordo com a sugestão do balconista, de alguma droga “boa”, para o sintoma descrito. A farmácia fornece atendimento a qualquer horário, sem filas, com total sigilo, discrição e anonimato, tornando-o, portanto, mais acessível e amigável para uma parte importante da população que necessita de atendimento.

As mulheres utilizam menos as farmácias. Em geral são tratadas por ginecologista no caso da ocorrência de sintomas ou de achados sugestivos no ato de consultas de rotina, nem sempre havendo a explicitação, por parte do médico, de que o sintoma decorre de uma infecção transmitida por via sexual e que tanto a mulher quanto seu(s) parceiro(s) devem tomar medidas necessárias para interromper a cadeia de transmissão. Os sinais e sintomas de DST acabam sendo tratados como “uma inflamaçãozinha”, coisa “de mulher”, reforçando alguns estereótipos negativos em relação à sexualidade das mulheres e excluindo os homens de uma ação de cuidado em relação à saúde sexual. Abordar uma pessoa com uma DST, sem julgamentos ou culpabilização, priorizando uma atitude educativa frente

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

ao exercício da sexualidade, para que esta possa ser vivida de acordo com o gosto de cada um, mas com segurança, e investindo na adesão ao serviço e ao tratamento proposto ainda é um desafio para os serviços de atenção à saúde, responsáveis pelo manejo das DST no âmbito do SUS.

As diretrizes de PAISM e da PNAISM referem-se à necessidade da adoção de uma perspectiva de integralidade na atenção à saúde das mulheres, entendida esta como garantia de acesso a todos os níveis de atenção e também como uma abordagem do sujeito mulher como um ser social, inserido numa história e numa teia de relações desiguais. Isto implica a abordagem da sua sexualidade – dimensão subjetiva e relacional, para o qual o vocabulário biomédico é, sem dúvida, limitado, e no reconhecimento de que o exercício da sexualidade é relacional. No entanto, os serviços de atenção básica em saúde continuam trabalhando de modo fragmentado e priorizando a saúde reprodutiva – realização do pré-natal e assistência à contracepção, sem incorporar a sexualidade como uma dimensão importante da vida que determina, inclusive, as escolhas reprodutivas.

Finalmente, é necessário lembrar que adotar as diretrizes do Cairo em relação às DST exige também rotinas e fluxos de serviços que permitam o desenvolvimento de ações educativas como um componente formal do processo de trabalho. Esta diretriz colide com a perspectiva de expansão de cobertura e com as orientações de caráter prescritivo-sanitário que vêm sendo realizadas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. A expansão da cobertura realizada pela ESF nem sempre tem significado qualidade de atenção, em especial no que se refere a repercussões das relações desiguais de gênero sobre a saúde. Uma abordagem dialógica e não crítica que facilitasse uma aproximação com a usuária em torno de temas sensíveis exige uma equipe capacitada para tal e supervisão contínua, o que não é frequente entre as equipes da ESF.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

## 4. Duas situações exemplares: O controle do câncer do colo uterino e da sífilis no Brasil

### 4.1. O controle do câncer do colo uterino no Brasil

O câncer do colo do útero é uma doença decorrente da infecção por alguns tipos de HPV. Diagnosticado a tempo, é tratável e curável.

Sendo uma doença de evolução longa, existe um longo período em que o diagnóstico pode ser realizado e instituído tratamento. O diagnóstico é feito por meio do exame de Papanicolaou. Dado o longo tempo de evolução da lesão precursora pelo HPV até se transformar em câncer, é enfatizado que as mulheres de mais de 35 anos tenham um acompanhamento mais rigoroso. Em países desenvolvidos, as taxas de mortalidade pelo câncer de colo uterino são consideravelmente mais baixas que nos países em desenvolvimento.

De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre 2000 e 2008, o número

de casos novos de câncer de colo uterino passou de 17.251 para 18.680, respectivamente. Em 2000, foram registrados 3.995 óbitos por esta causa; em 2004, 4.393 óbitos e em 2007, 4.671 óbitos, sugerindo a ocorrência de um aumento contínuo e sistemático do número de óbitos pelo câncer de colo uterino, doença que hoje é considerada perfeitamente evitável ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso em 2009).

As ações de controle do câncer do colo uterino pela rede pública de atenção à saúde já estavam contempladas no texto do PAISM, em 1984, que também já chamava a atenção para a necessidade da abordagem das DST integrada às demais ações de atenção à saúde das mulheres. A proposta do PAISM pressupunha a coleta de material para o exame Papanicolaou como procedimento de rotina da consulta ginecológica (LAGO, 2004).

Apesar desta recomendação, o número anual de citologias registradas no SUS crescia timidamente, as taxas anuais de óbito por esta causa se mantinham elevadas. Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE), em parceria com o INCA, em 1994, identificou que aproximadamente 36% das mulheres brasileiras na faixa etária de 35 a 49 anos nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou.

Frente a isto, em 1996, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto piloto de busca ativa de mulheres entre 35-49 anos que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou, ou que haviam realizado o último há mais de cinco anos. Em 2002, a mesma estratégia foi mais uma vez posta em prática. As duas iniciativas, mais o esforço de incorporar a coleta de Papanicolaou na rotina da consulta, contribuíram para que a cobertura de realização de Papanicolaou aumentasse de 53.1 a 68,9%, nos anos 80; de 73.4 a 92.9% em 2002 e 2003, respectivamente. Esta iniciativa também contribui para melhorar a qualidade das lâminas, outro problema que havia sido identificado em 1998, quando do primeiro esforço para ampliar a realização de exames de Papanicolaou no Brasil.

Esta tendência de aumento de coletas e manutenção da qualidade das lâminas tem se mantido, como se pode observar no quadro abaixo:

#### Número de coletas e de lâminas satisfatórias no país no mês de julho no período de 2006 a 2008.

Coletas/ ano	2006	2007	2008
<b>Total</b>	858.145	966.543	943.684
<b>Adequadas</b>	846.455 (98.6%)	954.299 (98.7%)	933.346 (98.9%)

**Fonte:** Cassuci, 2009.

A inclusão do número de coletas para o exame Papanicolaou como um dos indicadores da Atenção Básica sem dúvida dever ter contribuído para estes resultados. No entanto, e mesmo

considerando a lentidão da evolução do câncer do colo uterino, é um paradoxo que continue ocorrendo um aumento no número de casos novos e de óbitos por esta causa.

Algumas razões podem ser elencadas na tentativa de entendimento deste problema: uma primeira é a realização oportunística do exame, que não capta as mulheres sob maior risco. A coleta de exames é feita quando a mulher vai à unidade de saúde por qualquer razão, não havendo busca ativa das mulheres sob maior risco, ou a observância à periodicidade recomendada, nacional e internacionalmente, de um intervalo de três anos após dois exames negativos consecutivos. A coleta oportunística capta mulheres mais jovens, que têm um risco menor e que parte do número de coletas se refere a exames realizados em intervalos menores que o preconizado. A realização desnecessária de exames por uma mesma mulher em curtos intervalos de tempo produz uma discrepância entre o número de exames realizados e de mulheres efetivamente atingidas pelas ações preventivas, criando a ilusão de uma cobertura que, na realidade, tende a ser menor que a estimada apenas a partir da contagem de exames realizados. Além disso, o sistema de registro, no qual se baseiam as estimativas de cobertura e as pactuações entre os municípios e destes com os gestores estadual e federal contabiliza o número de exames e não de mulheres examinadas, contribuindo para a ocultação das distorções da assistência e para a uma sistemática superestimação da cobertura.

Existem também falhas na oferta de informação específica às mulheres de que o câncer de colo é decorrente de uma DST, da relação do exame de Papanicolaou com o câncer de colo e com a vida sexual da mulher ou do seu parceiro. Estudos realizados em Belo Horizonte, Recife (SOS CORPO, 2002) e Manaus<sup>8</sup>, por exemplo, mostram que as mulheres dizem que realizaram o “preventivo”, sem saber exatamente do que se tratava. O termo “preventivo” acaba por se referir a qualquer procedimento realizado pelo médico durante a consulta, sem a vinculação entre uma eventual alteração no resultado e uma DST, que exigiria uma abordagem semelhante à das demais DST: discussão sobre os padrões de exercício da sexualidade, abordagem do parceiro, uso de preservativos.

Vale também assinalar a crença, compartilhada pelas mulheres, mas também por alguns profissionais de saúde, de que o exame de Papanicolaou serve para diagnosticar DST em geral e que um exame de Papanicolaou negativo é sinônimo de saúde sexual.

Este é um exame bem específico para detectar alterações celulares compatíveis com lesões precursoras do câncer de colo. Ter realizado o exame de Papanicolaou e ter tido um resultado negativo para câncer, não significa que a mulher não necessite de um exame ginecológico cuidadoso, precedido por uma boa anamnese que, inclusive aprofunde as questões relativas à sexualidade e práticas sexuais, visando conhecer os riscos para outras DST e demais problemas de saúde sexual. Especial atenção deve ser dada à infecção pela clamídia, muito frequente e assintomática, que pode ter repercussões importantes na esfera sexual.

## 4.2. O controle da Sífilis

A sífilis é uma das DST mais antigas de que se tem notícia. Os meios de diagnóstico são simples e acessíveis, desde o final da segunda guerra já se dispõe de meios para tratamento e cura. A sífilis não é um agravo de notificação compulsória no Brasil, o que dificulta a estimativa de novos casos ao ano. Segundo estimativas da OMS, ocorrem 937.000 casos novos de sífilis por ano no Brasil.

A ocorrência da sífilis durante a gestação pode acarretar abortamento, prematuridade, óbito fetal ou sequelas na criança como surdez, problemas neurológicos ou má formação óssea. Assim, é recomendada a triagem para sífilis em todas as gestantes e desde 2005 a sífilis em gestantes passou a ser notificada.

Em 2008, foram registrados 6.651 casos de sífilis em gestantes, número bem abaixo do que se estima ser o número real. O estudo sentinela parturiente, realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde com uma amostra representativa de aproximadamente 20.000 parturientes de 15 a 49 anos de idade, encontrou um coeficiente de prevalência de 1.6% para sífilis, que significa a ocorrência estimada de cerca de 50 mil parturientes com sífilis e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita por ano. No entanto, no mesmo ano, 2004, foram notificados apenas 5.201 casos de sífilis congênita, números próximos dos 5.321 notificados no ano anterior e um pouco menor que os 5.506 notificados em 2008.

A falta de controle da sífilis nas gestantes representa um paradoxo, dada a longa tradição que existe no país de concentrar as ações de atenção básica à saúde nas atividades de saúde reprodutiva e a alta cobertura da atenção pré-natal.

O diagnóstico de sífilis na gestação é fácil e barato, e o tratamento também. Assim, pode-se assumir que a triagem sorológica da sífilis na gestação e seu tratamento adequado são indicadores sensíveis da qualidade da atenção pré-natal. A persistência de casos de sífilis congênita no país, portanto, faz supor que o grande e exitoso investimento que tem sido feito nos últimos anos para ampliar a cobertura da assistência pré-natal não parece ter revertido na qualidade desta atenção.

Estudo realizado em todas as maternidades do SUS em Salvador, em 2006, por exemplo, mostra que 87% das mulheres foram assistidas em unidade de atendimento gratuito durante o período pré-natal; 36% não tiveram suas mamas examinadas; e 34.6% não foram submetidas a exame dos genitais. Pouco mais da metade iniciou o acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre e 1/3 realizou mais de seis consultas de pré-natal. No entanto, a maioria não conseguiu realizar os testes de rastreamento da infecção pelo HIV e sífilis até 14 semanas e somente 11.2% fizeram mais de um VDRL (exame para diagnóstico da sífilis) (LIMA, COSTA e DOURADO, 2008).

Outros estudos também parecem apontar na direção de um aumento no volume de atendimento pré-natal à custa da qualidade da atenção. Segundo o Boletim Epidemiológico – Aids e DST, do Ministério da Saúde, dentre os casos notificados em 2004, 78.2% das mães realizaram pré-

natal e, destas, 56.4% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez. No entanto, apenas 13.7% dos seus parceiros foram tratados (GRUMACH et al., 2007).

Em 2006, a reaplicação do mesmo estudo sentinela mostrou que 11.7% das gestantes não haviam realizado nenhum teste de sífilis durante o pré-natal e apenas 16.9% haviam realizado os dois testes preconizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo Matida (2009), cada criança infectada por transmissão vertical pode representar uma falha na identificação da gestante infectada ou na aplicação das medidas profiláticas para diminuir a transmissão. As razões para estas falhas devem ser buscadas na falta de percepção dos formuladores de políticas, gerentes de programas, prestadores de serviços, técnicos e usuários sobre o problema da sífilis materna e congênita e suas possíveis consequências, na formação dos profissionais e nas suas dificuldades técnicas para o adequado manejo dos casos, incluindo aí a abordagem e tratamento dos parceiros. Contribuem ainda para a persistência da sífilis congênita o estigma e discriminação relacionados às doenças de transmissão sexual e também à dificuldade do desenvolvimento de ações intersetoriais, já que uma adequada abordagem da sífilis implica um esforço conjunto das áreas técnicas de doenças sexualmente transmissíveis, da atenção básica, da saúde da mulher, saúde da criança e da sociedade civil.

Entretanto, é um equívoco pensar no desafio que a sífilis representa para a saúde sexual apenas sob o prisma da sífilis congênita. Embora este seja um agravo de suma importância, a sífilis congênita só ocorre porque existem mulheres e homens portadores de sífilis que não têm encontrado meios suficientemente adequados e eficientes para a prevenção e controle deste agravo.

## Considerações finais

A partir da análise sobre o controle da infecção pelo HPV e da sífilis é possível perceber que não apenas o HIV, mas as demais DST constituem um desafio para a garantia da saúde sexual das mulheres. Ao mesmo tempo também é possível perceber que as tecnologias desenvolvidas para o controle da epidemia do HIV são importantes, mas não suficientes para o controle das demais DST.

A reiteração para o uso do preservativo em todas as relações sexuais é um discurso frágil, do ponto de vista da proteção das mulheres. O preservativo masculino é de uso e controle do homem e o preservativo feminino também depende da anuência masculina. No contexto de desigualdade em que a maioria das mulheres estabelece seus encontros sexuais, o uso do preservativo sempre será uma estratégia de eficácia limitada para a prevenção das DST em mulheres. Mesmo o uso consistente do preservativo não é suficiente para prevenir a transmissão de alguns agentes, como o HPV, o herpes genital e outros. Assim, o papel dos serviços de saúde para a quebra da cadeia de transmissão das DST torna-se crucial.

Para que esta tarefa possa ser plenamente cumprida, entretanto, é essencial a superação de alguns desafios. O primeiro, talvez seja o rompimento com os tabus e preconceitos relativos à sexualidade, admitindo-se que o sexo é uma prática universal e multifacetada, que a atividade sexual pode trazer agravos à saúde e que cabe ao setor saúde incorporar a sua responsabilidade na garantia de que os sujeitos possam desfrutar de uma vida sexual de forma saudável sem riscos desnecessários.

Não menos importante é avançar na perspectiva do desenvolvimento de ações inter e intrassetoriais. As práticas que ocorrem nos serviços de saúde devem incorporar uma dimensão educativa com respeito à sexualidade, a partir do reconhecimento das pautas desiguais que orientam as relações entre homens e mulheres e do direito que cada um tem de exercer a sexualidade como lhe for desejável. Isto exige a compatibilização dos discursos dos diferentes agentes sociais com os profissionais de saúde, mas também exige que os serviços desenvolvam fluxos e rotinas adequados para uma melhor escuta do sujeito sexuado e se utilizem de todas as tecnologias hoje disponíveis no SUS para as ações de aconselhamento, diagnóstico e tratamento das DST, visando à quebra da cadeia de transmissão.

A maneira relativamente desordenada e insuficiente pela qual tem se dado a expansão da atenção primária no país também é uma questão a ser enfrentada. Existe de fato uma limitação da ESF em incorporar as dimensões de gênero no seu processo de trabalho. Até porque os agentes de saúde são membros da comunidade, inseridos nas mesmas tramas e ideologias de gênero que configuram o microcosmo onde atuam. Ao mesmo tempo, a ESF não tem conseguido romper com um modelo de atenção à saúde calcado na medicalização – conceito que considera a saúde como o oposto da doença e centraliza o trabalho em saúde na consulta médica e em atitudes prescritivas por parte de todos os membros da equipe; este modelo dá pouco espaço para que as mulheres falem das suas vivências em relação à sexualidade e permite que doenças assintomáticas, como várias das DST, não sejam priorizadas como objeto das suas práticas.

Os tabus e preconceitos que envolvem a sexualidade dificultam um manejo mais objetivo das DST pelos serviços de atenção primária. A objetividade, neste caso, é entendida como o reconhecimento da dimensão complexa, relacional e singular da sexualidade humana e da obrigação do profissional de saúde em lidar com esta complexidade de modo sensível, explicitando o caráter sexual da transmissão dos agentes e realizando os procedimentos necessários para a quebra da cadeia de transmissão.

Há que se considerar também as diversas dimensões do trabalho em saúde, que extrapolam a dimensão estritamente técnica e biologicista para incorporar as dimensões sociais, humanas e relacionais, interferindo sinérgica e simultaneamente em cada etapa do processo de trabalho. Nos dois exemplos apresentados, ficou evidente que as dificuldades dos serviços de atenção primária em abordar as DST têm origem nos tabus e preconceitos relativos ao sexo e às DST, e se perpetuam em

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

função de processos de trabalho que cada vez menos possibilitam uma ação dialógica e interativa com a usuária. Estes processos de baixa intensidade relacional acabam por possibilitar a ocorrência de falhas ou omissões que comprometem a eficácia técnica do trabalho. E, não é possível garantir a saúde sexual das mulheres se as ações a elas direcionadas nos serviços básicos de saúde não obedecerem a critérios técnicos de qualidade.

Por último deve-se chamar a atenção para a agenda dos movimentos sociais, em especial do movimento feminista, que, embora propondo uma luta pela saúde que incorpore o direito à felicidade e ao bem-estar, acaba continuamente se voltando para temas mais imediatamente relacionados com a preservação da vida, como é o caso do óbito materno e da mortalidade pelo HIV/AIDS. Sem desconsiderar a importância destas lutas, e mesmo sem minimizar os potenciais agravos à saúde decorrentes das variadas DST, persiste a idéia de que uma agenda que lutasse pelo direito à saúde sexual e que pudesse incorporar a atenção às DST como um elemento importante desta agenda poderia, talvez, contribuir para tirar as DST deste lugar de “prima pobre” que tem ocupado, inicialmente ao lado da hanseníase, atualmente ao lado da infecção pelo HIV. Este é o nosso convite.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

### Referências bibliográficas

ARANTES, R.C – **A Realização do Exame Papanicolau em Paracatu-MG. Análise do período 2004 a 2006.** Dissertação. Mestrado em Promoção de Saúde. Universidade de Franca. Franca, 2009 (mimeo).

BRASIL, MS. **Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Brasil.** MS, Secretaria de Vigilância à Saúde, PN DST/Aids, 2008.

BRASIL, MS. **Estudo de Prevalência e Frequências Relativas das DST 2004/2005-** MS. Secretaria de Vigilância à Saúde, PN DST/Aids, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de DST/AIDS/HIV. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.** Brasília, DF, 2009 (mimeo).

CARRARA S. **Tributo a Vênus:** a Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40. Editora fiocruz, RJ, 1996.

CORREA, D. A. C. **Perfil das usuárias do sistema Único de saúde que realizam o Papanicolau em Manaus, Amazonas.** Dissertação. Mestrado em Promoção de Saúde, Universidade de Franca. Franca, 2009 (mimeo).

CNPD. **Revisão Geral e Avaliação da Implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento**. Brasília, 1999, p. 28.

ECOS. **Projeto Programas amigáveis para Adolescentes**. Relatório de pesquisa. Ecos. São Paulo, 2008. (mimeo)

Ghys PD, Fansen K, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Coutibaly IM, Yeboue KM, Kalish ML, Maurice C Whitaker JP, Greenberg AE, Laga, M. The association between cervicovaginal HIV shedding , sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers. In: Abidjan, Cote d'Ivoire. **AIDS**. Out, 1997; 11(12) p. 85-93.

GRUMACH AS, MATILDA L, HEUKELBACH J, COELHO H, RAMOS Junior NA. A (Des) Informação Relativa à Aplicação da Penicilina na Rede do Sistema de Saúde do Brasil: O Caso da Sífilis. In: DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente **Transmissíveis**. 19(3-4): 120-127, 2007.

LAGO, T D.G **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil. Análise do período de 1998 a 2002**. Tese. Doutorado em Demografia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004 (mimeo).

LIMA, Bruno Gil de Carvalho; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; e DOURADO, Maria Inês Costa. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, 17(2):123-153, abr-jun, 2008.

MARTINS, Thuler e Valente. Cobertura do Exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática de literatura. In: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 27, n. 8, p 485-492, 2005.

MATILDA. L. **Apresentação durante a Comunicação pessoal durante a apresentação do plano estadual de eliminação da sífilis congênita**. São Paulo, PE DST/AIDS, maio de 2009.

MAYAUD P, MABEY D. Approaches to the control of sexually transmitted diseases. In: **Sexually Transmitted Infections**. 80 (3):174-182, Jun, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de DST/AIDS/HV. **Estudo sentinela –Parturiente 2006**. Brasília, DF, 2007 (mimeo).

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

MUSA/ CEDEPLAR. **Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma análise do município de Belo Horizonte.** CCR, IV Seminário de avaliação de Políticas Públicas e suas repercussões no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo, 2006 (mimeo).

ONU. **Report of the International Conference on Population and Development.** New York, 1995, p. 42.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Wilza Villela; Simone Monteiro. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da família em questão.** Rio de Janeiro - RJ: ABRASCO e UNFPA, 2005, v. 1, p. 39-61.

SOS Corpo- Instituto Feminista para a Democracia. **Câncer do colo uterino: ainda um problema de saúde pública.** SOS Corpo, Recife, 2002.

VILELA, W. V.; CARDOSO, Eliane; CUGINOTTI, Aloísio; RAMOS, Luís Roberto; RIBEIRO, S. A.; HAYANA E. T.; BRITO, F. C. Desafios da Atenção Básica em Saúde: A Experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso) V. 25, p. 1316-1324, 2009. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso em 27/11/2009

UNAIDS/WHO. Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence? In: **UNAIDS/WHO.** ISBN 92-9173-137-4. Geneve, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Intervention and Control of Sexually Transmitted Infections. 2006-2015.** Geneve, 61 p. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Diseases.** Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets.** WHO/Departament of Reproductive Health and Research, 04.B, Geneve, 2004.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Sexta  
Mesa  
Atenção às  
DST

Debate

## **Sexta mesa: Atenção às DST: conquistas e desafios**

**Gestor Debatedor: Valdir Pinto – Depto DST/AIDS, MS**

RUMOS

PARA

CAIRO

+20

Sexta

Mesa

Atenção às

DST

A apresentação contemplou uma série de iniciativas do MS voltadas à atenção às DST: Estudo Sentinela Parturiente; Plano para redução da transmissão vertical da Sífilis/HIV; Projeto SenGono; Pesquisa de Sífilis entre Conscritos das Forças Armadas; Pesquisa sobre comportamentos, atitudes e práticas; campanhas e publicações recentes.

O debatedor comentou algumas dificuldades que circundam o tema das DST: em geral as mulheres não morrem de DST, mas podem morrer de algum desdobramento ocorrido em consequência de uma DST mal tratada. Como a população não se reconhece em risco, não sabe identificar os sintomas das DST, muitos, principalmente homens, se automedicam, tratando as infecções de forma inadequada, tudo isso pode tornar mais lento o processo de diagnóstico e tratamento. Além disso, as pessoas têm dificuldade ou não sabem que precisam relatar as infecções a suas parcerias sexuais para que o tratamento tenha sucesso completo. Por outro lado, os profissionais de saúde também enfrentam certos constrangimentos para tratar o tema, pois muitos também têm tabus e preconceitos em relação à própria sexualidade.

No debate com a platéia, foi apontada a importância de se retomar o debate sobre as DST, que de fato ficou escondido atrás das urgências postas pela epidemia do HIV. Questionou-se a pertinência da vacina contra o HPV, sendo esclarecido pela mesa que os estudos feitos para avaliar a relação custo x efetividade da vacina para a rede pública de serviços de saúde não recomendaram sua introdução até o momento. Há um grupo de trabalho no MS que continua avaliando essa possibilidade.

Foi também relevada a necessidade de se nomear especificamente todas as DST, evitando-se o uso do termo genérico *DST*, para não se correr o risco de se tratar como se fossem uma única coisa problemas que são distintos e específicos, o que dificulta a percepção das diversas doenças transmitidas por via sexual e as ações para a sua prevenção e cuidado.

# **Síntese das recomendações e encaminhamentos da Oficina**

A Plataforma do Cairo representou uma mudança de paradigma em relação ao controle da procriação: de política de Estado a direito de cidadania, consolidando a idéia de Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais.

No Brasil, a década anterior à da realização da Conferência do Cairo já se caracterizara pela criação de condições políticas e institucionais propícias ao exercício de direitos dos cidadãos, relacionadas ao processo de democratização do país. No âmbito político-institucional, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que trouxe impressa a perspectiva dos direitos. Também o movimento feminista, articulado a outros movimentos sociais, já vinha intervindo nas políticas públicas, sendo um parceiro importante na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, (PAISM) e na implantação das Delegacias da Mulher.

Após 15 anos, o governo e sociedade civil aqui representados reconhecem grandes avanços e desafios na implementação das políticas voltadas para a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres e homens brasileiros: na visibilidade das ações e construção do conhecimento; na formulação de instrumentos de gestão; e na participação dos movimentos sociais organizados na definição de prioridades e implementação das ações.

Houve avanços no legislativo, com a criação de vários conselhos de defesa de direitos; com a sanção do novo código civil, em 2002; a Lei do Planejamento Familiar; e a Lei Maria da Penha, além dos instrumentos infra-legais (normas técnicas e outros).

Quanto aos avanços nas políticas públicas, destacam-se:

1. A incorporação da perspectiva dos direitos nas políticas, com a SPM tensionando no interior do governo políticas desenhadas na ótica do direito e sob a perspectiva de gênero;
2. A renovação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com ampliação e participação majoritária da sociedade civil, assumindo um caráter deliberativo e a eleição democrática de entidades representantes;
3. O aumento da escolarização das mulheres;

4. O enfrentamento da violência de gênero;
5. A ampliação do acesso à contracepção, com desconcentração no mix contraceptivo, redução da esterilização, aumento do preservativo e diminuição do número de mulheres que não usam métodos;
6. Pequenos avanços em relação ao aborto: implantação de serviços de aborto legal e normas técnicas de atenção humanizada ao aborto inseguro;
7. Alguns avanços em relação à educação sexual de jovens, que precisam ser consolidados com maiores investimento na capacitação dos professores;
8. A elaboração de uma proposta efetiva para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS entre as mulheres, mesmo que com dificuldades para o desenvolvimento de ações inter e intrasetoriais e de controle das demais DST.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
Recomendações

A partir dos avanços reconhecidos e das lacunas identificadas, os participantes da oficina de trabalho fazem as seguintes recomendações:

1. Problematização do binômio população e desenvolvimento, atualizando o debate nas conjunturas nacional e internacional na perspectiva do Cairo +20; para tanto é necessária a reativação imediata da CNPD;
2. Acompanhamento pela CNPD da revisão do programa de ação das Nações Unidas para o Brasil;
3. Elaboração de novas estratégias para ampliar a representação política das mulheres, como a punição aos partidos que não cumpram a lei das cotas, mudança do sistema eleitoral, ações de *advocacy* no parlamento e capacitação política de potenciais candidatas;
4. Construção de estratégias específicas para que o aumento da escolarização feminina possa se refletir em conquistas no mundo do trabalho e nas responsabilidades na esfera da reprodução, com instrumentos como o Anteprojeto de Lei Igualdade no Trabalho e Comissão Permanente de Gênero e Uso do Tempo (SPM, IBGE e IPEA);

5. Necessidade de revisão da Lei do Planejamento Familiar, retirando a autorização do cônjuge para a realização de laqueadura, o limite de 42 dias para a realização do procedimento, com possibilidade de realização de ligadura tubária no pós-parto vaginal. No texto revisto da lei deve haver uma menção explícita à contracepção de emergência como um dos métodos incluídos no rol de ofertas dos serviços de saúde. Em relação ao Planejamento familiar considerou-se também:

a. A necessidade de discutir a relação das várias instâncias – federal, estadual e municipal - na oferta e distribuição dos insumos. Deve-se evitar a diversidade de critérios na oferta de métodos, inclusive para Ligadura Tubária e contracepção de emergência, cuja disponibilização ainda se encontra na dependência da aplicação de normas locais, muitas vezes permeadas por questões religiosas e ideológicas;

b. urgência no avanço da agenda no que se refere ao aborto: a legislação restritiva não reduz sua ocorrência, mas reitera as desigualdades sociais; a discriminação e os maus tratos nos serviços de saúde com as mulheres que abortam ferem direitos fundamentais; as dificuldades de acesso e restrição do uso do misoprostol aumentam a chance de problemas de saúde decorrentes do abortamento induzido. Assim, é essencial o reconhecimento do aborto como grave problema de saúde pública e a ampliação do debate sobre o aborto medicamentoso;

c. A importância de repolitizar a assistência à gestação e ao parto, no sentido de superar ênfase no conceito e incluir a dimensão da saúde, bem-estar e direitos das mulheres – integridade corporal, direito à acompanhante no parto e consulta de pós-parto.

6. É preciso aprofundar a compreensão sobre o papel dos diferentes segmentos, Estado e sociedade, na avaliação das políticas. É urgente e necessário estimular pesquisas que embasem a formulação de políticas, mas que também permitam o monitoramento e avaliação de impacto (ainda muito incipientes no país). Apesar da importância das bases de dados nacionais, é fundamental o estímulo a pesquisas independentes, metodologicamente sólidas e com financiamento público, cujos resultados sejam divulgados amplamente no meio acadêmico, entre gestores e profissionais e para a sociedade civil;

7. Necessidade de retomar a discussão sobre os impasses da descentralização das políticas e o papel das diferentes instâncias federal, estadual e municipal na implementação das políticas para as mulheres;

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
Recomendações

**8.** É preciso investir em instrumentos de gestão que consigam romper as barreiras setoriais para perpassarem transversalmente as políticas e criar mecanismos de proteção social e de canalização de demandas da sociedade civil, tais como ouvidorias, no sentido de contribuir para o aprimoramento dos serviços na perspectiva de garantia de direitos.

**a.** Divulgação maciça das normas técnicas Atenção Humanizada ao Abortamento (2005)<sup>1</sup> e Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005)<sup>2</sup> e da localização dos hospitais que contam com o atendimento ao aborto legal, para os profissionais de saúde e a população. Foi também sugerida a inclusão da violência sexual na Lei Maria da Penha, de modo a mais uma vez reiterar que isto é um crime e que as mulheres que sofrem este tipo de violência devem ter garantida a sua saúde física e mental.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
Recomendações

**9.** É fundamental que haja uma integração maior entre MEC, MS, SPM e Secretaria Geral para revisão dos currículos escolares e para formação dos profissionais para que contemplem abordagem de gênero em seus conteúdos de forma não restrita, dado que a educação sexual é um dos temas da plataforma do Cairo no qual menos se avançou;

**10.** Que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST seja objeto de reunião específica, incluindo a discussão e análise da experiência brasileira com o preservativo feminino, visando o redirecionamento da posição política do MS em relação a este insumo;

**11.** Do mesmo modo é preciso aumentar articulação entre as áreas técnicas de DST/AIDS e de saúde da mulher e da criança, do adolescente, do homem e da pessoa portadora de deficiência, visando a construção de ações integradas de saúde sexual e saúde reprodutiva para os diversos segmentos populacionais; e

**12.** Que a perspectiva de gênero seja um eixo transversal na gestão pública, a partir da garantia de um eixo voltado para a equidade de gênero nos programas de saúde e desenvolvimento.

---

1 [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao\\_humanizada.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf)

2 [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/norma\\_prevencao\\_atualizada.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/norma_prevencao_atualizada.pdf)

## ANEXO 1

### **Oficina de Trabalho: Compromissos do Governo Brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo +20**

**Promoção, organização e coordenação:** Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR)

**Apoio:** Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA

**Data:** 10 e 11 de dezembro 2009

**Local:** Hotel Lake Side - Brasília

**Participação:** Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO - GT Gênero e Saúde

**Consultoria:** Wilza Villela – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

#### **Comissão de Relatoria**

Elaine Reis Brandão – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/ UFRJ, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – CLAM, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - IMS/UERJ, ABRASCO - GT Gênero e Saúde

Wilza Villela – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Luana Pinheiro – Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR

#### **Ementa**

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) marca, pela primeira vez na história, um posicionamento da Organização das Nações Unidas em favor de direitos sexuais e reprodutivos. A declaração de compromisso que surge desta conferência - a Plataforma do Cairo - estabelece diretrizes que os governos deveriam assumir visando promover a equidade de gênero, condição essencial para o desenvolvimento sustentável dos povos e nações. Para tanto, a Plataforma do Cairo define metas a serem atingidas até 2014 por meio de políticas públicas e atividades programáticas.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
Recomendações

Enquanto signatário da Plataforma do Cairo, o governo brasileiro se tornou responsável por desenvolver ações voltadas para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres e dos homens.

A proximidade do término da vigência da Plataforma do Cairo torna necessária a análise do que foi realizado e das lacunas ainda existentes, visando propor ações que permitam o cumprimento exitoso dos compromissos assumidos.

Com objetivo de contribuir com este processo, a Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República - SPM/PR realizará nos dias 10 e 11 de dezembro próximo uma oficina de trabalho com pesquisadores, gestores e lideranças da sociedade civil, na qual serão examinadas as realizações do governo brasileiro, relativas aos compromissos com os direitos sexuais e direitos reprodutivos contidos na Plataforma do Cairo.

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Síntese das  
Recomendações

### **Dinâmica do trabalho**

Foram definidos cinco temas-chave para análise: acesso à contracepção segura; acesso ao aborto legal e à atenção humanizada ao aborto inseguro; prevenção do HIV/Aids entre mulheres; atenção às DST em mulheres; educação sexual para jovens.

Cada um destes temas será abordado por um especialista, que fará um balanço das ações governamentais de 1994 até os dias atuais, e um gestor responsável pela área correlata ao tema, que fará o mesmo balanço na perspectiva da gestão. As apresentações terão a duração de trinta minutos, seguidas por um debate com os demais participantes. Este debate deverá ter um caráter eminentemente propositivo, visando a elaboração de estratégias para a superação das dificuldades identificadas.

A discussão dos temas será precedida por uma análise dos processos tramitados e em tramitação no Senado Federal e das atividades da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD, órgão criado no contexto da Conferência do Cairo para identificar questões de segmentos populacionais específicos. Estas análises visam delinear o cenário das ações governamentais voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, facilitando a elaboração de recomendações específicas para a CNPD e para atividades de incidência política junto ao legislativo.

As sugestões e propostas decorrentes dos debates serão sistematizadas num documento final de compromisso dos participantes com o desenvolvimento de ações essenciais para o cumprimento das metas da Plataforma do Cairo até 2010.

## PROGRAMAÇÃO

Dia 10/12

*9h00 – Abertura e boas vindas*

**Nilcéa Freire** – Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR

**Márcia Bassit** – Ministra da Saúde (interina)

**Télia Negrão** – Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

**Alice Portugal** – Deputada Federal

*9h30 – Conferência de abertura*

**A Plataforma de Cairo e as iniciativas na América Latina e Caribe para a sua realização no contexto de Cairo +15** – Tais de Freitas Santos, Representante Auxiliar e Coordenadora de Programas do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA Brasil.

*10h30 - Primeira Mesa: Balanço das Ações e Perspectivas para o Futuro*

**Coordenação: Ministra Nilcéa Freire**

**Avanços legislativos em relação à Cairo** – Alcinda Godoy, Assessora de Saúde do Senado

**Balanço das iniciativas da CNPD e propostas para o futuro** – Eduardo Rios Neto, CNPD

*11h30 - Debate*

*12h30 – Almoço*

*14h00 – Segunda mesa: Acesso à contracepção segura*

**Coordenação: Elizabeth Saar** – Subsecretaria de Articulação Institucional (SPM/PR)

**Apresentação: André Junqueira Caetano**, pesquisador do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais/UFMG

**Gestora Debatedora: Elisabeth Wartchow**, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

*15h00 - Debate*

*15h30 – Terceira mesa: Acesso ao Aborto Legal*

**Coordenação: Lena Peres**, Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

**Apresentação: Gilberta Soares, Cunha** – Coletivo Feminista, pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/UFBA

**Gestora Debatedora: Aparecida Gonçalves**, Subsecretária de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – SPM/PR

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Anexo 1

*16h30 - Debate*

*17h00 Síntese do dia*

**Estela Aquino** – Coordenadora do Núcleo de Estudos Mulher e Saúde, Programa de Estudos em Gênero e Saúde da Universidade Federal da Bahia – MUSA/UFBA, representante da ABRASCO no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)

**Dia 11/12**

*9h00 – Quarta Mesa: Educação Integral em Sexualidade dos Jovens*

**Coordenação:** Ângela Donini, UNFPA

**Apresentação:** Cristiane Cabral, pesquisadora e coordenadora do Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos, CLAM/ UERJ

**Gestora Debatedora** – Rosiléa Maria Roldi Wille, Coordenadora Geral de Direitos Humanos da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – SECAD/MEC

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Anexo 1

*10h00 - Debate*

*10h30 – Quinta mesa: Prevenção do HIV/Aids entre mulheres*

**Coordenação:** Kátia Guimarães, Diretora da Subsecretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres/SPM/PR

**Apresentação:** Regina Maria Barbosa, Coordenadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas – NEPO/UNICAMP, Pesquisadora do Centro de Referência e Treinamento – CRT/ Aids de São Paulo e participante do GT Gênero e Saúde da ABRASCO

**Gestora Debatedora:** Juny Kraiczky, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

*11h30 - Debate*

*12h00 - Almoço*

*13h30 – Sexta mesa: Atenção às DST*

**Coordenação:** Dr. Pedro Chequer, Coordenador da UNAIDS Brasil

**Apresentação:** Wilza Villela, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, UNIFESP

**Gestor Debatedor** - Valdir Pinto, Dept. DST/Aids/HV, Ministério da Saúde

*14h30 - Debate*

*15h00 – Recomendações e Encaminhamentos*

**Coordenação:** Sonia Malheiros Miguel, Subsecretária de Articulação Institucional/SPM

*16h00 – Encerramento*

## ANEXO 2

### Glossário

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CIPD – Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento  
CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento  
DAB/MS – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PCAP – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira  
PEC – Proposta de Emenda à Constituição  
PF – Planejamento Familiar  
PFL – Partido da Frente Liberal  
PIB – Produto Interno Bruto  
PIEFA – Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST  
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios  
PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde  
PNSMIPF – Pesquisa Nacional de Saúde, Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SECAD – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade.  
SPE – Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
Unaid – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

RUMOS  
PARA  
CAIRO  
+20  
Anexo 2

Realização

Secretaria de Políticas  
para as Mulheres



Apoio

