

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
*-BIBLIOTECA CENTRAL DA UNICAMP

Se84 Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil / Elza Berquó (org.) – Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

1. Sexo. 2. Direito. 3. Reprodução humana. 4. Sexo. I. Berquó, Elza. II. Título.

CDD – 301.417
– 340
– 612.6
– 155.3

ISBN: 85-268-0645-9

Índices para catálogo sistemático

1. Sexo	301.417
2. Direito	340
3. Reprodução humana	612.6
4. Sexo	155.3

Copyright © by Editora da UNICAMP, 2003

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização prévia do editor.

44137/2003



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO (Elza Berquó)	7
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS – PAUTA GLOBAL E PERCURSOS BRASILEIROS (Sonia Corrêa, Maria Betânia Ávila)	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
O CAMPO POLÍTICO-LEGISLATIVO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL (Leila Linhares Barsted)	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
SEXUALIDADE, GÊNERO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS (Wilza Vieira Villela, Margareth Arilha)	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTRACEPÇÃO NO BRASIL (Elisabeth Meloni Vieira)	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190
GRAVIDEZ, PARTO, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO (Marina Ferreira Rea)	197
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	225
A MENSURAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL (Anna Volochko)	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	253
A QUESTÃO DO ABORTO – ASPECTOS CLÍNICOS, LEGISLATIVOS E POLÍTICOS (Maria Isabel Baltar da Rocha, Jorge Andalaft Neto)	257
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	296

fenômeno, a autora agrega a dimensão de gênero no que diz respeito à vulnerabilidade de determinados grupos, discutindo os direitos reprodutivos e a transmissão materno-infantil do HIV, bem como os limites e desafios das estratégias e possibilidades de prevenção, focalizando a realidade brasileira.

Ao final desta apresentação, queremos agradecer à Fundação Ford pela visão de futuro que demonstrou ao apoiar por todos esses anos o Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do NEPO.

Muitos foram os profissionais convidados a colaborar com o PESRS, por meio de conferências, aulas, seminários e mesas-redondas. A todos, nosso reconhecimento pela relevante contribuição que prestaram no campo de suas especialidades.

Queremos agradecer também a participação de Fátima Ferreira da Silva, Adriana Cristina Fernandes, Eliane A. Nobre de Campos, Raquel de Oliveira S. Eichman Jakob, Marcelo Luiz Lopes Faria, Lúcia Tiemi K. Haach, Patrícia Maria de Farias e Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos Nogueira, por terem garantido, de forma decisiva, apoio técnico e administrativo ao PESRS, essencial em empreendimentos de tal envergadura.

Mas queremos, acima de tudo, render justa homenagem a Maria Isabel Baltar da Rocha, Maria Coleta Albino de Oliveira, Margareth Arilha, Regina Maria Barbosa, Estela Maria G. P. da Cunha, Marina Ferreira Rea e Tânia Di Giacomo do Lago, que, desde a primeira hora, assumiram com entusiasmo, competência e responsabilidade este sonho coletivo.

Elza Berquó
Coordenadora geral
Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do
Núcleo de Estudos de População – UNICAMP

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PAUTA GLOBAL E PERCURSOS BRASILEIROS

*Sonia Corrêa**
*Maria Betânia Ávila***

Este artigo examina, inicialmente, o panorama conceitual e político relativo aos direitos reprodutivos e sexuais. Em seguida são focalizados temas específicos de maneira a situar o significado dos direitos reprodutivos no contexto brasileiro, quando se consideram as desigualdades de gênero, classe e raça. As duas últimas seções exploram alguns dos desafios conceituais e políticos que hoje se apresentam para esse campo de produção de conhecimento e debate político.

Mesmo circunscrita a esses limites, a elaboração deste texto não foi exatamente uma tarefa trivial. Tivemos de fazer escolhas difíceis quanto ao que incluir ou excluir da análise. Por exemplo, em razão do estágio de desenvolvimento teórico e prático dos conceitos de direitos reprodutivos, por um lado, e dos direitos sexuais, por outro, optamos por focalizar prioritariamente os primeiros. No que se refere aos direitos sexuais, limitamo-nos a explorar, de forma preliminar, alguns desafios teóricos pertinentes.

* Fundadora e presidente do Conselho Diretor do SOS Corpo, Gênero e Cidadania e atualmente coordenadora da Iniciativa Gênero, um projeto IBASE-DAWN (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas e Development Alternatives with Women for a New Era); membro do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução e da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.

** Socióloga, fundadora, pesquisadora e atual coordenadora do SOS Corpo, Gênero e Cidadania; membro do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução e do Centro Latino-Americano de Sexualidade e Direitos Humanos; fundadora e primeira secretária executiva da Rede Feminista de Saúde.

Tampouco trataremos de todas as questões relevantes no contexto brasileiro que podem e devem ser pensadas à luz do conceito de direitos reprodutivos. Examinamos apenas três temas: o aborto, a esterilização feminina e os exames de DNA para verificação de paternidade. Esses três tópicos possibilitam examinar de ângulos variados a concepção e implementação de prerrogativas na esfera da reprodução, considerando-se as condições brasileiras. E a abordagem tanto da esterilização quanto do aborto permite identificar as tensões entre liberdade, coerção e regulação, latentes na aplicação dos direitos reprodutivos. Também permite discernir os conteúdos de direito, por um lado, e saúde, por outro, bem como suas interfaces e disjunções. As normas vigentes relativas ao aborto constituem exemplo de ressignificação de uma lei antiga. E, ao mesmo tempo, continuam sendo uma trincheira crucial da disputa pela autodeterminação reprodutiva das mulheres. Em relação à esterilização, hoje se dispõe de uma nova lei que, inclusive, foi originalmente formulada na perspectiva dos direitos de cidadania no campo da reprodução. Os problemas de implementação dessa legislação iluminam, de forma contundente, difíceis questões que se apresentam quando se trata de traduzir os princípios conceituais dos direitos reprodutivos em normatividade formal. A demanda por acesso aos exames de verificação de paternidade, por sua vez, é uma questão emergente que permite deslocar o debate sobre prerrogativas reprodutivas do campo da saúde no seu sentido mais convencional e, em especial, trazer para a cena o discurso e a posição masculinos.

Direitos reprodutivos e sexuais: de que estamos falando?

As primeiras reivindicações explícitas por prerrogativas femininas no campo da reprodução e da sexualidade podem ser

rastreadas, no Ocidente, a partir do século XVII (Corrêa e Petchesky, 1996). Contudo, os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais são formulações marcadamente contemporâneas. No Brasil, assim como no resto do mundo, até meados da década de 1980, a noção de saúde integral da mulher era o conceito utilizado para articular a “questão da mulher”, aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania. “Saúde da mulher” surgiu como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas de políticas, o lema feminista da década de 1970: “Nosso corpo nos pertence” (The Boston Women’s Health Collective, 1984).

Essa palavra de ordem, radical para seu tempo, implicava o reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana a partir do qual ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história. No plano das reivindicações políticas, ela se desdobraria em demandas fundamentalmente voltadas ao Estado. Algumas delas eram de natureza jurídica, como a legalização do aborto e da contracepção (que continuava ilegal em vários países, inclusive europeus na década de 1970); outras estavam mais diretamente voltadas para sistemas de saúde e questões decorrentes da chamada ordem médica, como as reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos.

Da saúde aos direitos

No Brasil, a inflexão da terminologia saúde da mulher em direção ao uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos iniciou-se em 1984, quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, 1984 (Corrêa e Reichmann, 1994; García-Mo-

reno e Claro, 1994; Corrêa, 1999). No encontro, organizado pelas campanhas ICASC (International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception, Europa) e CARASA (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse, EUA), introduziu-se o termo “direitos reprodutivos”, criado pelas feministas norte-americanas, chegando-se a um primeiro consenso global de que este era um conceito mais completo e adequado (do que saúde da mulher) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres. Nos anos seguintes, o conceito seria debatido e refinado não apenas pelas próprias feministas (Corrêa, 1989; Petchesky, 1990; Corrêa e Petchesky, 1996; Dora, 1998), mas também por ativistas e acadêmicos(as) do campo dos direitos humanos (Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1994; Boland *et al.*, 1994). Esses esforços teóricos e políticos desaguariam na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, 1994, quando o conceito seria finalmente consagrado num documento das Nações Unidas – sendo reiterado um ano mais tarde na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995:

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

Já o conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e, sobretudo, mais breve. Sua formulação inicial se dá, já na década

de 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia difusa com os segmentos do movimento feminista que consideram a sexualidade como domínio crucial para compreender e transformar a desigualdade de gênero. Nas negociações da CIPD, em 1994, algumas delegações introduziram o termo direitos sexuais como estratégia de barganha, para que os direitos reprodutivos estivessem garantidos no texto final. E, de fato, a expressão direitos sexuais seria eliminada do documento final. Contudo, em Beijing, durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ela seria retomada e, a despeito de enormes tensões e controvérsias, acordou-se que

os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência. As relações sexuais e a reprodução, incluído o respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das conseqüências do comportamento sexual (CNDM, 1996, seção C, parágrafo 97).

Portanto, analogamente ao que se verifica no caso dos direitos reprodutivos, já se conta com uma definição internacionalmente legitimada dos direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade. Essa legitimação, contudo, ocorreu antes que o conceito estivesse plenamente desenvolvido.¹ Em grande medida, os esforços no sentido de clarificar e refinar os conteúdos dos direitos sexuais têm sido desenvolvidos *pos-facto* (Tambiah, 1995; Corrêa, 1999; Petchesky, 1999; Miller, 2000; Tambiah, Corrêa e Parker, 2001; Rojas, 2001) e chamam atenção para o fato de que – à diferença dos direitos reprodutivos, que surgiram e amadureceram exclusivamente no campo feminista – o refinamento dos direitos sexuais exige o envolvimento de outros atores e perspec-

tivas (lésbicas, *gays*, travestis, transgênero, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens e outros “dissidentes sexuais”), o que torna a tarefa incomparavelmente mais complexa.

A gradativa legitimação dos direitos reprodutivos e sexuais se deu em paralelo ao amadurecimento das noções de saúde reprodutiva e sexual, as quais não foram originalmente formuladas pelos movimentos sociais, mas resultam de esforços desenvolvidos no campo propriamente institucional. A noção de saúde reprodutiva foi elaborada, na segunda metade da década de 1980, no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua formulação visava ampliar a perspectiva convencional do controle demográfico e do planejamento familiar. Na década de 1990, sob o impacto da pandemia de HIV/aids, seria formulada a noção de saúde sexual. Ambas definições também foram debatidas e consagradas nos programas de ação adotados no Cairo e em Beijing.² E, em razão do peso relativo da questão do aborto no debate sobre direitos reprodutivos, é importante sublinhar que, no Cairo, também foi adotada uma definição quanto à interrupção da gravidez como grave problema de saúde pública, cujo conteúdo seria ampliado em Beijing, para incluir uma recomendação de revisão das legislações punitivas.³ No Brasil, assim como em outros países em que o aborto é ilegal, essa definição tem sido utilizada para mobilizar reformas legislativas e mudanças no atendimento ao aborto incompleto.

Avanços recentes no plano internacional

Traduzir as definições de direitos reprodutivos e de direitos sexuais das mulheres, adotadas na década passada, para os sistemas jurídicos normativos nacionais e para os instrumentos internacionais de direitos é um enorme desafio. Uma limitação

importante é que os documentos em que elas estão gravadas não são vinculantes como tratados ou convenções que, uma vez ratificados, obrigam os Estados membros a incorporar os princípios internacionais a sua legislação. Ou seja, embora os programas de ação das duas conferências signifiquem um compromisso moral dos Estados signatários, eles não implicam tradução automática das legislações nacionais, como acontece no caso das convenções e tratados.

Em razão disso, em anos mais recentes, investimentos têm sido feitos para identificar princípios e formulações consagradas em tratados e convenções que poderiam ser reinterpretadas à luz dos textos do Cairo e de Beijing, para assegurar maior consistência normativa dos direitos sexuais e reprodutivos. Pesquisadoras e ativistas também têm acompanhado de perto o trabalho dos chamados Comitês de Vigilância do sistema das Nações Unidas,⁴ chamando atenção para certos aspectos das definições do Cairo e Beijing.

Esse esforço, deve-se reconhecer, tem sido bastante frutífero. Entre 1999 e 2000, observações sobre os relatórios de países membros e recomendações gerais foram promulgadas por alguns comitês, as quais são muito relevantes para o desdobramento da agenda dos direitos reprodutivos e, em menor medida, dos direitos sexuais (CRLP e UTPSRL, 2001). Cabe mencionar, por exemplo, os comentários do Comitê de Vigilância da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CV-CEDAW) em relação ao relatório chileno apresentado em 1999, que expressam preocupação com a inexistência de um permissivo legal para realização do aborto em caso de risco de vida e com a exigência de autorização do cônjuge para realização da esterilização feminina. No primeiro caso, o comitê argumentou que a situação legal do aborto restringe o direito à vida das mulheres e, no segundo, considerou que a exigência da autorização conjugal contradiz a premissa universal de direito à privacidade das mulheres. O Comitê dos Direitos Humanos, ao

avaliar o informe apresentado pela Argentina em novembro de 2000, expressa preocupação de que a criminalização do aborto possa dissuadir médicos de realizar o procedimento nos dois casos autorizados por lei (risco de saúde e estupro de mulheres portadoras de deficiência). O comitê, inclusive, recomenda uma reforma legislativa para permitir o aborto no caso de estupro sem qualquer qualificação.

No que diz respeito mais especificamente aos direitos sexuais, em suas observações finais do relatório sobre o informe de Trinidad-Tobago, o mesmo comitê recomenda que a legislação nacional seja modificada para estender prerrogativas de direitos a pessoas que sofrem de discriminação por razões de idade, orientação sexual, ou por serem portadores de HIV/aids. Outra recomendação relevante quanto à sexualidade e saúde foi feita pelo Comitê dos Direitos da Criança, em março de 2000, ao governo de Serra Leoa, para que medidas legislativas fossem tomadas no sentido de proibir a mutilação genital feminina (CRLP e UTPSRL, 2001).

O Comitê da CEDAW (CV-CEDAW) e o Comitê de Vigilância do Pacto de Direitos Econômicos e Sociais (CV-PIDESC) também aprovaram, em anos recentes, recomendações gerais que são muito relevantes para o desdobramento internacional e nacional da agenda de direitos relativos à reprodução. O CV-PIDESC aprovou em 2000 a *Observação geral 24*, que trata especificamente da implementação do artigo 12 do pacto, sobre o “direito de desfrutar o mais alto nível de saúde possível”. Segundo essa *Observação*, os Estados membros devem eliminar a discriminação contra as mulheres e implementar políticas de saúde integral que sejam capazes de responder às necessidades delas ao longo de todo o ciclo de vida. Também enfatiza a urgência de medidas para reduzir fatores de risco para a saúde das mulheres, em particular no caso da mortalidade materna e da violência de gênero. Finalmente, insta os Estados membros a tomar medidas para proteger as mulheres das práticas tradicionais nocivas e reformar normas legais que negam os direitos reprodutivos (CRLP e UTPSRL, 2001).

No caso do CV-CEDAW, a *Recomendação geral 24 sobre mulher e saúde*, aprovada no vigésimo período de sessões em 1999, considera que deve ser eliminada toda e qualquer barreira legal ou norma que penalize o acesso das mulheres a procedimentos médicos a elas especificamente destinados, na medida em que tais normas implicam discriminação. A *Recomendação 24* também preconiza a eliminação de restrições em termos de acesso a serviços e procedimentos, como é o caso da autorização de terceiros (pais, cônjuges, tutores), e reitera o conteúdo do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Beijing, que insta os Estados membros a revisar a legislação punitiva em relação ao aborto (CRLP e UTPSRL, 2001).

A relevância dessas recomendações gerais deriva de que foram emitidas pelos Comitês de Vigilância: embora estes não sejam exatamente cortes internacionais, são considerados fonte de jurisprudência na aplicação dos direitos humanos, que pode e deve ser usada como instrumento de pressão para promover reformas legislativas e implementar políticas públicas. As juristas e advogadas feministas avaliam que essas duas recomendações permitem cobrar dos governos o não-cumprimento da premissa de não-discriminação contida na Convenção, no caso da existência de leis que restringem o aborto, ou quando são precárias ou inexistentes as medidas de redução da mortalidade materna – pois tanto o aborto quanto os procedimentos necessários para reduzir a morte materna são específicos para atender a necessidades de saúde das mulheres (Bevilacqua, 2002).

No Brasil: os muitos usos dos direitos reprodutivos

O feminismo brasileiro esteve entre os primeiros, no âmbito dos países em desenvolvimento, a adotar amplamente a linguagem dos direitos reprodutivos. Na maioria dos demais paí-

ses, os direitos reprodutivos só seriam, de fato, incorporados à linguagem feminista após terem sido consagrados nas conferências do Cairo e de Beijing.⁵ Além disso, desde a década de 1970, a sexualidade ocupa um lugar central na agenda feminista brasileira, o que tampouco aconteceu em muitos dos países do Sul, onde, mesmo após Cairo e Beijing, permanecem limitadas as possibilidades de avançar mais substantivamente o debate sobre direitos sexuais. Isso não é casual, pois o conceito de direitos reprodutivos foi incorporado pelas feministas quando o discurso sobre direitos e cidadania impregnava o debate político e as transformações socioculturais decorrentes da redemocratização. Como já analisamos em trabalho anterior (Ávila e Corrêa, 1999), o feminismo brasileiro sempre articulou fortes premissas de autonomia das mulheres e justiça social. Muito embora o debate sobre desigualdade e pobreza não tivesse, no início da década de 1980, a mesma visibilidade que tem hoje, é importante lembrar que, naquele período, o percentual de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza atingia mais de 50% da população (Barros, Henriques, Mendonça *apud* Henriques, 2001).

O cenário de incorporação do conceito de direitos reprodutivos pelas feministas brasileiras também coincide, no Brasil, com o amadurecimento das propostas de reforma do sistema de saúde, com base na perspectiva da saúde como direito (e responsabilidade do Estado) que seria consagrada na Constituição de 1988. A perspectiva feminista, por um lado, validava a proposta de autodeterminação sexual e reprodutiva e, por outro, afirmava que as necessidades de saúde da maioria das mulheres deveriam ser atendidas pelo Estado, pois os limites que elas experimentavam em termos de acesso a serviços e condições de saúde eram determinados tanto pela desigualdade de poder entre homens e mulheres quanto pela desigualdade econômica e pelos níveis de pobreza.

Desde então, assim como ocorreu no plano global, a linguagem dos direitos reprodutivos – e, em menor medida, dos direitos sexuais – ganhou legitimidade. Hoje não apenas as feministas e

movimentos sociais lançam mão deles, como também já aparecem citados em documentos institucionais (CNPQ, 1999; Brasil, 1999) e nos pronunciamentos de personalidades políticas e formadores de opinião. Vale dizer, porém, que o conceito de direitos reprodutivos tem sido muito mais amplamente utilizado que o de direitos sexuais.⁶ Além disso, mesmo o conceito de direitos reprodutivos (que é mais conhecido e utilizado) tem sido aplicado e interpretado com conotações bastante heterogêneas, como veremos a seguir.

O direito a ter direitos

O uso mais corrente de direitos reprodutivos e sexuais é, sem dúvida, aquele que lança mão do conceito como estratégia discursiva para incidir no debate público e na argumentação política, ou seja, como instrumento para renomear terrenos e questões. À luz do conceito de “direitos reprodutivos e sexuais”, o aborto e a homossexualidade deixam de ser crime, o parto e a contracepção deixam de ser questões estritamente médicas, a mortalidade materna deixa de ser um problema epidemiológico (ou tragédia pessoal). Num contexto como o brasileiro, em que se ampliam gradativamente o “sentimento” e as práticas da cidadania (do direito a ter direitos), essa nova maneira de nomear domínios, até então pensados como circunscritos à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos, é fundamental para alterar representações, práticas e relações de poder e normas.

É preciso reconhecer, contudo, que o uso e o entendimento do conceito de direitos reprodutivos ainda não é universal entre as mulheres e outros sujeitos potenciais desses direitos (menos ainda o de direitos sexuais), como aliás ocorre com outras prerrogativas mais sedimentadas no imaginário e nas normas legais. Por outro lado, no Brasil deste início de milênio, é praticamente universal a percepção de que os direitos entre homens e mulheres são

iguais, o que tem repercussões inevitáveis nos terrenos da sexualidade e da reprodução. As pesquisas disponíveis indicam, por exemplo, que hoje no país a decisão sobre o número de filhos é fundamentalmente uma prerrogativa das mulheres (Corrêa, Novaes e Mello, 2001). Pesquisa realizada pelo projeto IRRRAG,⁷ no Brasil, assim como em outros países, revela que, mesmo quando as mulheres não utilizam o termo direitos reprodutivos, elas dispõem de argumentos e noções para defender suas prerrogativas pessoais em relação à procriação, bem como para se proteger da violência e da coerção (Petchesky e Judd, 1999). No caso específico do Brasil, mesmo entre as mulheres mais pobres e excluídas, é possível identificar (Petchesky e Judd, 1999) forte associação entre o sentido de outros direitos já legitimados (como o da posse da terra) e os direitos reprodutivos (a posse do corpo).

O conceito tampouco foi devidamente incorporado ao vocabulário de outros atores relevantes, como é o caso dos operadores de justiça e profissionais de saúde, em que continuam prevalecendo concepções estritamente epidemiológicas ou jurídicas. Nesse plano desenrola-se, já há alguns anos, uma permanente disputa semântica e política. Seu desdobramento será mais ou menos positivo a depender da capacidade das feministas – e de outras vozes comprometidas com os direitos sexuais e reprodutivos – de disseminar seus argumentos e tensionar o debate institucional. Nesse sentido, toda e qualquer menção aos direitos reprodutivos por parte de personalidades públicas ou formadores de opinião é extremamente relevante. Isso aconteceu, por exemplo, em 1997, quando o Projeto de Lei n. 20/1991 – que legisla sobre implantação dos serviços de aborto nos casos permitidos por lei no Sistema Único de Saúde (SUS) – foi aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça do Congresso Nacional, suscitando intenso debate público. Naquela ocasião o presidente do STF, ministro Celso Mello, pronunciou-se favoravelmente ao projeto e usou como argumento as definições de direitos reprodutivos do Cairo e de Beijing e as recomendações que mais

especificamente se referem ao aborto (parágrafos 8.5 da CIPD e 106k da Plataforma de Ação de Beijing), que, como vimos, não constituem normas internacionais vinculantes.

Direito à saúde reprodutiva

Outro uso corrente do conceito é como tradução do direito à saúde reprodutiva ou à saúde integral das mulheres que, aliás, é o que também predomina no plano internacional. A fusão entre direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, embora muito habitual, é problemática, na medida em que essa interpretação pode diluir o significado do direito como prerrogativa de autonomia e liberdade dos sujeitos humanos nas esferas da sexualidade e da reprodução. Mas, por outro lado, o vínculo entre direitos e saúde tem méritos inequívocos, pois um sistema público universal e gratuito de saúde constitui um dos pilares inegociáveis do “ambiente favorável” para a promoção da igualdade e do exercício pleno dos direitos reprodutivos e sexuais. Esse pilar é tanto mais inegociável num país como o Brasil, onde, em 1999, o padrão de desigualdade era – e é ainda hoje – um dos maiores do mundo (os 10% mais ricos da população detinham 23 vezes a renda dos 40% mais pobres), sendo este o fator determinante dos níveis de pobreza observados (34% da população, ou 53 milhões de pessoas, vivendo abaixo da linha de pobreza e 14%, 22 milhões, vivendo abaixo da linha de indigência – Henriques, 2001). Essas são as pessoas que buscam o SUS para suas necessidades de saúde. Responder bem a suas necessidades e demandas tem impactos epidemiológicos evidentes, contribui para a melhoria dos indicadores de desenvolvimento humano e, sobretudo, significa uma estratégia de inclusão social. Os direitos reprodutivos, como direito à assistência efetiva e qualificada em saúde reprodutiva, correspondem a uma compensação justa pelos custos de saúde

que foram indevidamente pagos pela maioria das mulheres brasileiras no processo de declínio da fecundidade (Berquó, 1998).

Além disso, quando utilizamos o conceito de direitos reprodutivos como tradução do direito à saúde (reprodutiva ou da mulher), é necessário considerar não apenas diferenciais de renda, mas também as disparidades associadas à raça/etnia. Estudo recente desenvolvido pelo IPEA (Henriques, 2001) demonstra, de forma contundente, o quanto a condição étnico-racial está diretamente associada à pobreza e desigualdade no Brasil. Em 1999, os negros representavam apenas 15% do estrato mais alto da pirâmide de renda (10% mais ricos), mas eram 70% do grupo composto pelos 10 mais pobres. O Brasil branco é cerca de 2,5 mais rico do que o Brasil negro e, no interior dessa desigualdade, as mulheres negras são ainda mais “desiguais”. Segundo Berquó (2002), entre as famílias chefiadas por mulheres negras, 60% não têm rendimento ou recebem menos do que um salário mínimo.

Esse padrão tem repercussões diretas sobre os indicadores de saúde das mulheres afrodescendentes (Chacham, 1998; Berquó, 1999b; Oliveira, 2000; Martins, 2001). Segundo informações compiladas pela Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB, 2001), as mulheres negras têm hoje uma expectativa de vida cinco anos menor do que as mulheres brancas e três anos abaixo da dos homens brancos. Esse último dado, por exemplo, contradiz o padrão praticamente universal de sobremortalidade masculina. Segundo Perpétuo (2000), que analisou os dados da Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 (BEMFAM, 1997), entre as mulheres negras é sempre maior a proporção das que se encontram em situações que, quando combinadas, implicam maior risco de morte materna, incluindo-se menor acesso ao pré-natal, pois entre as entrevistadas que não realizaram acompanhamento pré-natal havia 12,8% de negras e apenas 6% de brancas. Registra-se ainda uma forte correlação entre raça, níveis de pobreza e incidência de câncer cervical. Outro grupo cujas condições de saúde são marcadas por desigualdades importantes são as populações

indígenas; só muito recentemente começaram a ser feitos investimentos sistemáticos em relação à saúde reprodutiva das índias.

Contudo, a atenção necessária em relação às muitas formas de desigualdade social e econômica não deve diluir o peso da desigualdade entre os gêneros como fator determinante dos constrangimentos à autodeterminação reprodutiva das mulheres. Sem dúvida, no caso brasileiro, a diferença de outros países em desenvolvimento, mudanças positivas vêm ocorrendo no que diz respeito à superação da desigualdade entre homens e mulheres. Um avanço marcante foi, por exemplo, a melhoria sistemática dos níveis educacionais das mulheres, especialmente as mais jovens. Outra mudança significativa tem sido a ampliação da participação no mercado de trabalho.⁸ No Brasil também é menos marcada do que em outros países do Sul a prevalência da pobreza entre mulheres. O acesso à educação e aos recursos econômicos é sem dúvida um pré-requisito da autodeterminação pessoal, mas não elimina, automaticamente, os constrangimentos a que estão submetidas as mulheres nas esferas da sexualidade e da reprodução.

Num país marcado por forte desigualdade social e econômica, como o Brasil, não é difícil verificar que a desigualdade de gênero atravessa os estratos econômicos e em todos eles pode ter efeitos perversos nesses dois campos, em especial em termos de restrições, mais ou menos sutis, à autonomia das mulheres. Estudos como o de Oliveira, Bilac e Muzkat (2000) indicam por exemplo que, mesmo nos níveis mais altos de renda, persiste uma clara divisão sexual em relação às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, em que continua cabendo às mulheres mais tarefas e ao homens mais autonomia. Quando examinado à luz do contexto social mais amplo, esse desequilíbrio é compensado pelo fato de que as mulheres brancas ou de renda mais alta não enfrentam graves problemas de acesso aos serviços de saúde, como ocorre com as mulheres negras e pobres. Maior informação e facilidade de acesso não implica, contudo, que a qualidade de atenção à saúde seja sempre assegurada, tampouco

garante autodeterminação sexual e reprodutiva. O exemplo mais contundente é, possivelmente, o recurso ao aborto. As mulheres de renda mais alta não estão sujeitas a maiores riscos de saúde quando optam pela interrupção ilegal da gravidez, mas isso não assegura a decisão compartilhada ou a solidariedade dos parceiros, e tampouco as isenta da culpabilização social. No caso das mulheres pobres, também falta a solidariedade dos parceiros e, sobretudo, há sérios riscos de saúde; mais importante, porém, é que a elas pode de fato ser imputado crime, o que raramente ocorre com as mulheres de renda mais alta. Dito de outro modo, um sistema universal e gratuito de saúde é crucial para redução da desigualdade social e racial em saúde, mas não resolve, automaticamente, uma parcela ponderável dos fatores que restringem os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, pois tais fatores se situam, de fato, no âmbito das relações pessoais, sociais e institucionais.

Além disso, o sistema de saúde pode ser ele mesmo um óbice à autodeterminação, pois a lógica biomédica (a ordem médica, na terminologia de Foucault) tem sido um suporte discursivo e prático de disciplinamento e restrição da autonomia sexual e reprodutiva. Por essa razão, a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos implica mais que simples acesso aos serviços e qualidade técnica da atenção em saúde; requer, adicionalmente, um estímulo permanente à auto-reflexão dos profissionais de saúde em relação aos aspectos coercitivos do modelo biomédico que utilizam. Também supõe o empoderamento das pessoas (especialmente mulheres e, mais ainda, adolescentes) usuárias dos serviços, para que possam “reagir” à tendência de controle inerente à medicalização da reprodução e da sexualidade. Esta não é exatamente uma tarefa trivial de política pública.

No Brasil, desde a década de 1980 as feministas têm afirmado que a assistência à saúde integral pode e deve apoiar as pessoas no sentido de ampliar suas prerrogativas sexuais e reprodutivas. Hoje, a ilustração mais relevante dessa perspectiva se vê traduzida nos esforços institucionais voltados à ampliação

da capacidade das mulheres para negociar sexo seguro com seus parceiros, num contexto em que se amplia a incidência do HIV/aids. Contudo, os 20 anos de trajetória do debate sobre direitos reprodutivos no Brasil sugerem que a ampliação da liberdade sexual e reprodutiva depende não apenas da auto-reflexão e da ação pedagógica dos sistemas de saúde, mas também da incorporação, pelas próprias pessoas, do significado e da prática dos direitos humanos em sexualidade e reprodução. Nesse sentido, está intimamente associada à ampliação e aprofundamento da democracia.

Direitos reprodutivos: a dimensão normativa

Normas e disciplinas relativas à sexualidade e reprodução estão inscritas em muitos discursos e dispositivos: na doutrina religiosa, na regra jurídica e de, uma forma mais sutil, no discurso biomédico e na produção cultural (literatura, cinema, teatro, televisão). Nesta seção, entretanto, trataremos especificamente da normatividade jurídica. No Brasil, a aplicação dos direitos sexuais e reprodutivos em sua dimensão jurídica, ou seja, o uso do conceito como “direito” não tem sido tão freqüente quanto a aplicação dos direitos reprodutivos como direito à saúde. Isso não significa que não tenham sido realizados esforços muito significativos e, em certos casos, bem-sucedidos para transformar, *de jure* e *de facto*, as premissas dos direitos reprodutivos em norma jurídica.

Um balanço completo desses esforços escapa ao escopo deste artigo, pois demandaria uma revisão sistemática da normatividade jurídica nas suas várias manifestações: texto constitucional, legislação ordinária federal, estadual e municipal, códigos Penal e Civil; lei previdenciária; demais regras infraconstitucionais, como resoluções e portarias ministeriais; e, especialmente, avanços observados em termos de jurisprudência. Aqui serão identificadas apenas as inflexões mais significativas em

termos da legislação federal e dos códigos relevantes, como uma aproximação parcial e preliminar em relação aos impactos da adoção do conceito de direitos reprodutivos na agenda de políticas e da incorporação gradativa de um discurso difuso sobre direitos sexuais no vocabulário brasileiro.

Um marco referencial dessa evolução foi, sem dúvida, o processo constituinte, quando se firmaram algumas premissas básicas que permitiriam os avanços subseqüentes. São elas: o direito à saúde; o artigo relativo ao planejamento familiar como direito do casal e responsabilidade do Estado; e, mais especialmente, a não-inclusão da premissa de direito à vida desde a concepção.⁹ Além das definições do texto constitucional, que se referem especificamente a conteúdos que podem e devem ser tratados no marco dos direitos reprodutivos, é importante chamar a atenção para definições que facilitam a exigibilidade de direitos. No caso dos direitos sexuais e reprodutivos, são particularmente relevantes o parágrafo 2º do artigo 5º que, segundo alguns autores, implica implementação automática de tratados, convenções e protocolos internacionais assinados pelo Brasil que contenham definições quanto a garantias de direitos fundamentais, bem como a possibilidade de ações coletivas e o recurso ao Ministério Público.¹⁰

Já na década de 1990, é fundamental sublinhar avanços no que se refere ao aborto e à regulamentação do artigo constitucional relativo ao planejamento familiar (que resultou na Lei n. 9.263/96) e que serão analisados com mais detalhe nas seções subseqüentes. No tocante especificamente aos direitos sexuais, as iniciativas mais relevantes são o projeto de lei da união civil entre pessoas de mesmo sexo e a proposta recente de que o preâmbulo constitucional explicita a orientação sexual como causa não justificável de discriminação.¹¹ Além disso, no contexto da reforma do Código Penal, foram feitas várias proposições para ampliar o acesso ao aborto, como também foi incluída a proposta de que o crime de estupro fosse mudado da seção dos crimes contra os costumes para a seção dos crimes contra a pessoa.¹²

Entretanto, é preciso dizer que os avanços da última década não se restringiram ao plano do Legislativo federal. É, por exemplo, fundamental contabilizar normas infraconstitucionais, como é caso da Norma Técnica de Atenção a Mulheres Vítimas de Violência, adotada pelo Ministério da Saúde em 1998, e outras portarias do Ministério da Saúde, como a que regulamenta a Lei n. 9.263/96 e as medidas voltadas à redução de cesáreas e atendimento obstétrico. Especialmente significativa, no caso das premissas de direitos sexuais, é a norma definida pelas forças armadas, em 1998, segundo a qual portadores do HIV/aids já não estão sujeitos a reforma compulsória. Deve-se mencionar também a adoção de jurisprudência específica em relação a não-discriminação por orientação sexual; tratamento do HIV/aids; direito de herança e pensão, no caso de união entre pessoas de mesmo sexo; e autorização do aborto no caso de anomalia fetal grave. Um exemplo relevante é a Instrução Normativa do Inss n. 25/2000, que estabelece, por efeito de decisão judicial, procedimentos a serem adotados para a concessão de benefícios previdenciários a companheiros ou companheiras homossexuais (Nascimento *et al.*, 2002).

Essas definições que vão sendo adotadas pelo Judiciário, de forma dispersa e paulatina, no médio prazo irão constituir novas bases sobre as quais será possível assentar reformas legais mais amplas e profundas. É também necessário mencionar a legislação em âmbito estadual e municipal, cujo sentido progressista é evidente. Um exemplo é a lei municipal do Rio de Janeiro que obriga as delegacias a informar às mulheres estupradas (caso tenham engravidado) o direito de optar pela interrupção da gestação e a divulgar a existência dos serviços de atendimento oferecidos pelo SUS.

Há ainda vários exemplos de normas infranacionais que visam impedir a discriminação por motivos de orientação sexual. Hoje seis estados contam com legislação nesse sentido,¹³ o mesmo ocorrendo em vários municípios. A legislação municipal de Juiz de Fora, por exemplo, tornou-se conhecida internacionalmente, mas

leis similares existem em outras cidades. Entre 2001 e 2002, verificaram-se avanços, nos níveis estadual e municipal, no que diz respeito às regras de acesso a pensões e benefícios no caso de parceiros de mesmo sexo em união estável (como a norma adotada pelo Instituto de Previdência Municipal do Recife e a Lei n. 3.786 do estado do Rio de Janeiro, que asseguram benefícios a companheiro ou companheira homossexual).

Esse balanço, embora breve e limitado, sugere que a evolução dos direitos reprodutivos (e sexuais) tem sido multifacetada e paradoxal no plano normativo. Por um lado, nos debates legislativos têm prevalecido disputas e impasses, de que são exemplos o aborto e a união civil. Por outro, desdobramentos positivos podem ser observados em outros planos. Não é excessivo afirmar que, a cada avanço, sucedem-se reações conservadoras. Muitas vezes a adoção de definições positivas no plano de normas e da jurisprudência coincidem com iniciativas de leis restritivas e conservadoras. Na primeira metade da década de 1990, quando ganhou visibilidade a questão da esterilização e do planejamento familiar, surgiram inúmeras proposições legislativas em âmbito municipal sobre esses temas que feriam o princípio da autodeterminação reprodutiva. No que diz respeito ao aborto, desde 1991 foram apresentados no Congresso Nacional 17 projetos de lei, dos quais 10 são favoráveis à legalização ou ampliação dos permissivos e 7 contrários.¹⁴ Também proliferaram propostas relativas à reprodução assistida e ao HIV/aids, as quais, na maioria dos casos, são conservadoras e, se aprovadas, podem significar retrocessos em outras áreas. Finalmente, registram-se problemas de interpretação e conflitos no que diz respeito aos direitos e à saúde de jovens e adolescentes.¹⁵

Um último aspecto a ser examinado diz respeito à articulação e consistência entre as definições normativas internacionais e o arcabouço legal nacional. Sem dúvida, no Brasil as definições do Cairo e de Beijing, assim como da Conferência de Direitos Humanos de Viena, têm sido utilizadas como argumentos e

instrumentos de pressão política nos debates públicos sobre a política de saúde e as legislações relativas à sexualidade e reprodução, mais especialmente em relação ao aborto. Contudo, ainda não se firmou plenamente uma cultura política de litigação e de exigibilidade de direitos que busque apoio nos instrumentos internacionais para assegurar direitos nas esferas da reprodução e da sexualidade. É importante referir que isso já ocorre – e vem se ampliando – em relação a outras áreas dos direitos humanos, como é caso dos direitos das crianças, dos direitos ambientais, da tortura e até mesmo dos direitos econômicos e sociais *lato sensu*.

De maneira geral, as possibilidades oferecidas pelos instrumentos internacionais de direitos humanos ainda são bastante desconhecidas das/dos ativistas em direitos sexuais e reprodutivos e, mais ainda, da população que poderia recorrer aos mesmos. Por outro lado, as organizações de direitos humanos que têm ampliado sua *expertise* em termos de articulação dos planos normativos para garantir exigibilidade de direitos não estão devidamente sensibilizadas para os abusos dos direitos reprodutivos e sexuais. Assim, a tarefa de dar continuidade às reformas legislativas iniciadas com a Constituição de 1988, de usar de forma mais sistemática as convenções, tratados, recomendações gerais ou observações finais dos Comitês de Vigilância de Direitos Humanos emerge como mais um desafio para implementação dos direitos reprodutivos e sexuais no contexto nacional, nos próximos anos.

O aborto como uma questão de direitos reprodutivos

Muito embora, desde a década de 1980, a pauta brasileira de luta pela autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres tenha se diversificado e tornado mais complexa, o sentido estratégico do aborto na agenda dos direitos reprodutivos não perdeu relevância. Do ponto de vista filosófico, a circunstância da gra-

videz indesejada que leva à opção pelo aborto é um terreno singular para examinar o significado da desigualdade entre os sexos como obstáculo ao exercício da liberdade humana. As normas jurídicas que criminalizam o aborto imputam à mulher plena responsabilidade individual pela decisão e ocultam a desigualdade de poder no domínio da sexualidade e a falta de autonomia (no sentido kantiano do termo) como determinantes da situação das mulheres que engravidam contra sua vontade. Um aspecto crucial da gravidez indesejada, freqüentemente obscurecido no debate ideológico sobre o aborto, é que, na maioria dos casos, ela ocorre em situação em que a mulher desconhece o funcionamento de seu corpo, não tem poder de negociação em relação à sexualidade e não pode arcar psicológica ou financeiramente com os custos da reprodução. Para as mulheres, recusar a gravidez indesejada é, na maioria dos casos, uma decisão extrema e arriscada que também implica dizer não à ordem injusta do mundo socialmente construído que as remete – juntamente com a reprodução biológica – para a esfera da natureza e sua inexorabilidade.¹⁶

Ainda que seja vital reconhecer e reduzir os impactos do aborto como problema de saúde pública, a vinculação entre aborto e liberdade faz com que seja filosoficamente relevante e politicamente estratégico enfatizar a dimensão de direito implícita na decisão sobre o aborto. Na maioria dos países em que o aborto continua ilegal, inclusive no Brasil, a punição não é implementada, ou nunca poderá ser implementada em razão do número de mulheres que deveriam ser julgadas e presas (Ardailon, 2000).¹⁷ Na prática, as leis relativas ao aborto têm menos função prescritiva que uma função disciplinar simbólica; embora não sejam efetivas, configuram um ambiente normativo que penaliza psicológica e socialmente a mulher que aborta.

À luz desse entendimento, a experiência brasileira tem sido exemplar, pois, muito antes da adoção do conceito de direitos reprodutivos pelo vocabulário político nacional, a questão do aborto já estava posta como uma questão de direitos na pauta feminista.

No final da década de 1970, essa perspectiva, inclusive, ocasionou uma série de fricções com os partidos de esquerda, setores religiosos e grupos populares de mulheres que, como as feministas, lutavam pela democratização (Barsted, 1993).¹⁸ O tratamento do aborto como questão legal e jurídica foi inaugurado em 1983 – ou seja, nos estertores da ditadura militar –, quando a deputada federal pernambucana Cristina Tavares apresentou um projeto de lei para ampliar os permissivos de interrupção da gravidez, proposta que foi rejeitada sem nem mesmo ter sido votada pela Comissão de Constituição e Justiça (Rocha, 1998). Logo em seguida, em 1985, por iniciativa da deputada estadual Lúcia Arruda, e após enormes controvérsias, a Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro aprovou uma lei que obrigava os serviços públicos de saúde a oferecer a interrupção da gravidez nos casos de estupro e risco de vida, tal como autorizados pelo Código Penal de 1940. Apesar de a lei ter sido vetada pelo governador Leonel Brizola, a iniciativa inaugurou a estratégia de ressignificação da norma legal existente, que seria utilizada de forma sistemática nos anos subsequentes.

Em 1987, um primeiro serviço de atendimento ao aborto nos dois casos previstos por lei foi implantado num hospital do Rio de Janeiro, com base numa interpretação jurídica da responsabilidade do Estado de oferecer meios para cumprimento do Código Penal. Resistências ideológicas e problemas institucionais impediriam, porém, a sustentabilidade do serviço. Em 1988, a nova Constituição adotou a premissa de direito universal à saúde e não incluiu o direito à vida desde a concepção. Em 1989, a Coordenação de Saúde da Mulher da Prefeitura de São Paulo daria seqüência à experiência iniciada no Rio de Janeiro. Segundo a consultoria jurídica a que a prefeitura recorreu, o Código Penal e a definição de direito universal à saúde caucionariam automaticamente a implementação do atendimento ao aborto nos casos de estupro e risco de vida das mulheres, não sendo necessária lei complementar ou autorização de juiz. O único instrumento normativo necessário para implantar o serviço seria uma portaria administra-

tiva da Secretaria Municipal de Saúde. Seguindo essa orientação, o primeiro serviço de aborto legal começou a funcionar no Hospital Jabaquara em 1989.¹⁹ Embora a implantação de serviços prescindisse de legislação específica, um projeto de lei foi apresentado ao Congresso Nacional em 1991 (PL n. 20/1991), pois uma lei federal tornaria os serviços universais, fazendo com que o acesso ao procedimento não ficasse condicionado à vontade ou ideologia de administradores locais.

Em 1994, estavam implantados no país outros três serviços de atendimento ao aborto nos casos previstos em lei, cujo funcionamento independia de legislação nacional. Em 1997, a Comissão Constituição e Justiça aprovou, finalmente, o PL n. 20/1991, que deveria então seguir para o Senado para etapa final de tramitação. No entanto, a visita do papa ao país insuflou reações conservadoras em várias frentes. O ministro da Saúde, por exemplo, declarou imediatamente que solicitaria ao presidente da República o veto ao projeto.²⁰ A bancada católica no Congresso Nacional exigiu, por sua vez, que o projeto voltasse à votação em plenário e desde então a tramitação do projeto está paralisada na Câmara Federal. O agudo debate político de 1997 suscitou a Campanha pela Vida das Mulheres em favor do PL n. 20/1991, que coletou 20 mil assinaturas enviadas ao Congresso Nacional.²¹ Em novembro do mesmo ano, por iniciativa da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU),²² foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o pedido de uma resolução normativa do Ministério da Saúde para regulamentar os serviços de atendimento ao aborto no SUS.

Desse esforço praticamente invisível resultou a Norma Técnica de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (Brasil, 1998), em vigor desde outubro de 1998.²³ Menos de dois anos depois, em maio de 2000, estavam em funcionamento no país 17 serviços de atendimento à violência, oferecendo interrupção da gravidez nos casos de estupro e risco de vida. Segundo informações do Grupo de Trabalho sobre Violência Contra a Mulher e Aborto Legal,²⁴ em 2001 já são 55 os serviços em funcionamento no país. Em para-

lelo, os setores médicos mais diretamente envolvidos com detecção de anomalia fetal grave – que se viam impedidos de encaminhar mulheres e casais para interrupção da gravidez nesses casos – iniciaram uma estratégia de sensibilização do Judiciário, por meio da solicitação de alvarás judiciais de autorização para o aborto. Essa evolução da jurisprudência, embora restrita do ponto de vista da perspectiva feminista de descriminalização do aborto, cria bases para a reforma legal e, sem dúvida, contribui de forma positiva para o debate público sobre aborto no país.

É portanto flagrante a vinculação entre direito e saúde no âmbito das duas estratégias adotadas para ampliar o acesso ao aborto na década de 1990. No caso dos serviços de aborto, a ressignificação do Código Penal e os esforços para ampliação do número de serviços dirigiram necessariamente os termos do debate aos argumentos de saúde pública. Também ocorreu um deslocamento do debate legislativo para a busca de avanços no âmbito das normas sanitárias (de saúde). Esse caminho, segundo alguns autores e autoras, seria o mais adequado para tratar de questões relativas à sexualidade e à reprodução, na medida em que as normas que daí resultam são mais flexíveis e não cristalizam a regulação de forma definitiva.²⁵ Da mesma forma, a estratégia adotada pelos médicos interessados em obter jurisprudência favorável à interrupção da gravidez, no caso de anomalias fetais incompatíveis com vida, tem clara vinculação com a saúde, pois foi o avanço na tecnologia médica que terminou por tensionar de forma favorável o sistema jurídico.

Esse breve resgate indica que, no Brasil, ao longo da década de 1990, o aborto tem sido predominantemente tratado como componente de uma agenda mais ampla de saúde reprodutiva e, sobretudo, que essa estratégia tem sido relativamente bem-sucedida, especialmente no que diz respeito à transformação do debate público e da prática médica. Esse “sucesso” é significativo do ponto de vista da garantia de direitos positivos no que se refere ao acesso à interrupção da gravidez, pois a norma técnica garante que to-

das as mulheres, independentemente de sua classe social, raça ou renda, possam recorrer ao SUS nos casos de estupro e risco de vida. Contudo, essa relevância não deveria diluir a perspectiva que trata o aborto como questão de direito – ou seja, como uma circunstância que ilumina os contornos da liberdade pessoal e privada –, entre outras razões porque os permissivos atuais ainda são muito restritivos. Mas sobretudo porque foi essa ótica que inspirou a inclusão do tema aborto na agenda pública nacional na década de 1970.²⁶ Dito de outro modo, o caminho gradualista escolhido para ampliar o acesso ao aborto no país dentro dos limites do Código de 1940 não deve significar o abandono da luta por sua descriminalização ou legalização.

Desde o início da década de 1990, foram apresentadas ao Congresso Nacional dez propostas de descriminalização ou de ampliação dos permissivos. Em setembro de 2001, a relatora dos vários projetos relacionados ao aborto apresentou, finalmente, seu parecer à Comissão de Seguridade Social e Família.²⁷ Essa iniciativa, embora possa suscitar fortes reações conservadoras, é um passo crucial no sentido de resgatar as premissas de liberdade e autodeterminação implícitas na perspectiva feminista histórica em relação ao aborto. O substitutivo apresentado pela deputada está em clara consonância com esse enfoque quando propõe que “é livre a interrupção da gravidez, garantida a informação e opção da gestante, em qualquer idade gestacional, se gravidez resulta de crime contra a liberdade sexual” (artigo 2º, parágrafo 1º, inciso II). Do mesmo modo, as formulações elaboradas pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (REDESAÚDE, 2001), no folheto distribuído por ocasião do 28 de setembro (Dia Latino-Americano pela Descriminalização do Aborto), constituem uma referência importante, ao ressituar, uma vez mais, o aborto no campo dos direitos:

A liberdade é um dos princípios básicos dos direitos humanos, presente na Declaração Universal dos Direi-

tos Humanos e em instrumentos jurídicos internacionais elaborados nas últimas décadas. O direito das mulheres de decidir sobre sua fecundidade é um princípio expresso nos documentos de diversas conferências internacionais promovidas pelas Nações Unidas [...]. O direito de decidir, de forma voluntária e livre, sobre a maternidade – o direito de ter ou não ter filhos, inclusive o direito de interromper a gravidez – baseia-se, portanto, em princípios humanitários já reconhecidos.

Esse enunciado inspira, especialmente, a adoção de estratégias mais consistentes de exigibilidade de direitos em relação ao aborto com base na jurisprudência internacional. Quando se tem como referência as propostas avançadas pelas feministas especialistas em instrumentos internacionais de direitos humanos, as premissas constitucionais de direito à saúde, igualdade entre homens e mulheres, não-discriminação e aplicação automática da norma internacional (artigo 5º) permitem, conceitualmente, questionar a criminalização do aborto, no caso brasileiro, como ação discriminatória do Estado que limita o direito das mulheres de atingir o “melhor nível de saúde possível”. Isso porque o aborto inseguro é causa de mortalidade e morbidade feminina e o aborto seguro, um procedimento médico que responde a uma necessidade específica das mulheres que, quando não adequadamente respondida, põe em risco seu direito à vida. O debate sobre aborto no país está suficientemente maduro para que tal estratégia seja adotada, visando tensionar e transformar o sistema normativo dominante num plano mais profundo e estrutural.

Esterilização feminina: direito ou regulação?

A esterilização feminina é o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres brasileiras. Em 1996, 52,3% das mulheres

unidas usuárias de contracepção estavam esterilizadas (BEMFAM, 1997). É também, possivelmente, o tema de direitos reprodutivos mais analisado e debatido no país desde a década de 1980. Adicionalmente, a regulação do acesso à contracepção e à esterilização, tal como definida pela Lei n. 9.263/96 e pela Portaria do Ministério da Saúde n. 144 (Brasil, 1996; 1997a, b), constitui a ilustração mais significativa de uma reforma legislativa feita no país que, em sua origem, esteve inspirada pelas premissas dos direitos reprodutivos.

Desde sua emergência no debate público na década de 1980, a questão da esterilização guarda estreita associação com a controvérsia quanto ao controle populacional. Assim como aborto condensa a dimensão da liberdade reprodutiva, esterilização cristaliza o debate sobre coerção procriativa. Entretanto, à diferença de outros contextos – como é o caso da Índia ou da China, onde, de fato, predominou (ou ainda predomina) a esterilização forçada –, entre nós a correlação entre esterilização, liberdade e coerção tem sido incomparavelmente mais complexa. Como se sabe, no Brasil, os altos percentuais de esterilização não resultaram de um política de população de corte neomalthusiano, mas sim de que a demanda das mulheres por métodos contraceptivos foi respondida por uma combinação perversa entre falhas de políticas públicas e distorções de mercado.

Na década de 1970, a taxa de crescimento populacional brasileiro foi de 2,5% e a taxa de fecundidade total atingia 5,8 filhos por mulher (em 1970), tornando o país um alvo das iniciativas globais de controle populacional. Até a década de 1980, a Igreja Católica, assim como setores do regime militar que concebiam uma nação poderosa como nação populosa, foram contrários a qualquer iniciativa estatal de planejamento familiar. Isso não coibiu, contudo, a comercialização de métodos anticoncepcionais nem tampouco restringiu a ação de programas não governamentais de planejamento familiar.²⁸ Entre 1970 e 1980, já se registrava, porém, um declínio nas taxas de fecundidade, de 25% para o país como um todo (Carvalho e Wong, 1995), refletindo a preferência por famílias meno-

res, além da medicalização das práticas reprodutivas (Faria, 1989).²⁹ Cresceria rapidamente, entre as mulheres, a demanda por métodos anticoncepcionais. Mas, na medida em que até 1985 a rede pública de saúde não oferecia tais métodos, essa demanda por contracepção seria respondida pela rede não governamental de planejamento familiar e, predominantemente, pelo mercado.³⁰

As organizações que ofereciam planejamento familiar o faziam numa perspectiva abertamente controlista, sem oferecer a informação necessária ou serviços de qualidade. O acesso a pílulas, condons e injetáveis pelo mercado tampouco cumpria pré-requisitos mínimos para uso correto dos métodos. Seriam inevitáveis as falhas contraceptivas, os efeitos colaterais e problemas de acesso, circunstâncias que terminariam por instalar entre as mulheres uma cultura de descrédito com relação aos métodos reversíveis. Num contexto em que o aborto é ilegal e arriscado, abriu-se espaço para a oferta da esterilização cirúrgica.³¹ Entre o final da década de 1970 e meados da década de 1980, algumas organizações de planejamento familiar ofereciam serviços de esterilização e, sobretudo, a laqueadura passou a ser oferecida por hospitais privados, pela rede de serviços contratada e por médicos individuais em hospitais públicos (Berquó, 1993; 1998). O estatuto legal da laqueadura deu margem a estratégias para facilitar o acesso, como associação à cesariana (Souza, 1999).³² Em algumas áreas, especialmente no Nordeste, desenvolveu-se nos períodos eleitorais um mecanismo perverso de troca de votos por acesso à esterilização (Caetano, 2001). Um dos objetivos mais importantes da formulação do PAISM, em 1983, foi exatamente corrigir a distorção que já podia ser observada em relação ao crescimento acelerado da “preferência pela laqueadura”.

Dois estudos nacionais de prevalência contraceptiva realizados em 1986 revelaram que 31% das mulheres unidas já estavam laqueadas (Arruda *et al.*, 1987; IBGE, 1986). Entre 1986 e 1996, a prevalência contraceptiva entre essas mulheres ampliou-se de 65,8% para 76,7%; o uso da pílula declinou de 28,7% para 20,7% e

o percentual de esterilização aumentou de 31,1% para 40,1%. A análise desenvolvida por Berquó (1993; 1999a) é ilustrativa dos muitos ângulos que caracterizam a chamada “cultura da esterilização” que se instalou no país na década de 1980. Embora a “preferência pela esterilização” se verificasse em todas as regiões do país, era mais freqüente nas áreas urbanas e entre as mulheres menos escolarizadas. Desde 1986, havia crescido o percentual de laqueaduras entre mulheres mais jovens no país como um todo. E, em 1996, os percentuais de esterilização eram ligeiramente mais altos entre as mulheres negras no caso de São Paulo, no Centro-Leste, no Norte e Centro-Oeste.

No que se refere ao acesso, em 1996, o setor privado fornecia 90% das pílulas, 51% dos DIUs, 94% dos injetáveis, 77% dos condons e 67% das vasectomias. Segundo as mulheres ouvidas pela PNDS, 70% das laqueaduras haviam sido realizadas em hospitais públicos. Em 1996, a laqueadura era, portanto, o método anticoncepcional mais amplamente oferecido pela rede pública de saúde. Desde então, esse quadro não foi substantivamente alterado, na medida em que apenas em 2000/2001 seriam tomadas medidas para regularizar a provisão sustentável de métodos reversíveis (que não o condom) pelo SUS.³³ Ou seja, num país caracterizado por enormes desigualdades econômicas e sociais – que se manifestam claramente em outros indicadores de saúde sexual e reprodutiva –, observa-se franca convergência entre classes e grupos sociais no que se refere à opção pela esterilização. Esse quadro paradoxal tem inspirado nas últimas décadas uma série de investigações sobre a motivação pessoal e os fatores estruturais subjacentes à esterilização e mobilizado controvérsias em relação a políticas de correção das distorções existentes.

Os resultados dos estudos que têm investigado as motivações das mulheres coincidem em vários aspectos. A grande maioria das mulheres se esteriliza por escolha, 80% delas estão satisfeitas e muitas se referem à maior liberdade sexual como um efeito positivo da decisão. Mas também existe arrependimento, no caso

das mulheres que se esterilizam quando muito jovens e quando há mudança de parceiro (Vieira, 1994; Osis, 1998). Os estudos também revelam que as razões financeiras e de saúde, a insatisfação com os outros métodos e a falta de colaboração dos parceiros na contracepção são fatores importantes para explicar a escolha (Ávila e Barbosa, 1984). As pesquisas mais recentes identificam, sobretudo, a formação e opinião do médico e a relação médico-paciente como fatores determinantes da opção pela laqueadura (Berquó, 1999a). A compreensão acurada do fenômeno exige, portanto, o exame da articulação entre essas muitas dimensões. Principalmente, essa combinação de fatores e motivações faz com que, do ponto de vista das próprias mulheres, a decisão pela esterilização seja, com freqüência, marcada por uma razoável ambigüidade.

A ambivalência da decisão acerca da laqueadura, já detectada em estudos da década de 1980, parece não haver desaparecido. Um estudo recente conduzido por Costa e Silva (2001), com mulheres recifenses que recorreram a um serviço público de saúde credenciado para oferecer contracepção, é muito ilustrativo. Segundo as autoras,

no tocante aos motivos, percebe-se uma dubiedade de posturas. Ora os motivos expressos são reflexo de relações desiguais de gênero, ora rompem com esse modelo. Exemplo dos primeiros é a falta de condições financeiras. Se é baixa a renda familiar, inclusive do homem que é membro da família, é a ela que cabe solucionar o problema. Já motivos como idade avançada e problemas no ciclo gravídico-puerperal mostram poder de deliberação da mulher, pois a razão para se submeter à ligadura de trompas, a exemplo das limitações financeiras, não é neutra, isto é, não afeta indistintamente todos os membros da família. Nesse movimento é ela quem determina, mesmo quando estão associados a outros. É a “faixa” do seu corpo que é sentida e levada em consideração na escolha do método cirúrgico (Costa e Silva, 2001, p. 51).

A persistente instabilidade do discurso feminino sobre a esterilização, especialmente entre as mulheres mais pobres, tende a obscurecer o sentido de maior liberdade pessoal e sexual que também está presente na decisão. A ambigüidade das próprias mulheres em relação à decisão também tem influenciado, marcadamente, os debates políticos sobre o fenômeno. Desde a década de 1980, algumas análises enfatizam as limitações estruturais que fazem da “preferência” pela esterilização menos uma opção do que uma contingência. A situação de exclusão das mulheres pobres, especialmente as negras, impossibilita a construção de um projeto de vida estável, transformando a esterilização, ela mesma, no projeto de vida. Outras vozes, por sua vez, consideram que, quando se toma a carência material como única referência para explicar por que as mulheres pobres se esterilizam, esvaziam-se as dimensões subjetivas ou, se quisermos, as vontades individuais; e sublinham, ainda, que no Brasil a esterilização não é um fenômeno exclusivo da pobreza.

A despeito de controvérsias acirradas, no início da década de 1990, chegou-se a um consenso para formulação de uma proposta robusta de ação política em relação à problemática da esterilização. A prevalência da esterilização feminina, sua associação com a cesárea e as distorções observadas em termos de acesso (pagamento por fora e troca por voto) configuravam um quadro de desordem (ou, se quisermos, de barbárie) que precisava ser regulado. Como lembram Luiz e Citeli (2000), as defensoras dos direitos reprodutivos reconheciam que a proibição pura e simples não evitaria o abuso de esterilizações precoces, mas, ao contrário, contribuiria para a ampliação do mercado paralelo de laqueaduras (como ocorre com o aborto). Nesse sentido a proposta de legislação então formulada buscava, fundamentalmente, uma solução que coibisse os abusos, por um lado, e garantisse direitos, por outro.

A Lei do Planejamento Familiar (Lei n. 9.263/96), cuja tramitação e sanção foram marcadas por uma série de percalços, foi sancionada em agosto de 1997.³⁴ Essa lei assegura direito à este-

rilização cirúrgica (feminina e masculina) aos maiores de 25 anos de idade e aos que tenham pelo menos 21 anos e dois filhos vivos; acesso a serviços de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Por outro lado, proíbe a esterilização cirúrgica em mulher no parto, pós-parto imediato e pós-aborto, exceção sendo feita aos casos de comprovada necessidade, por razões de saúde ou sucessivas cesarianas anteriores; proíbe ainda a indução ou instigação individual ou coletiva à prática da esterilização cirúrgica, bem como à exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins. Também exige capacidade civil plena, consentimento do parceiro/parceira; notificação compulsória à direção do SUS de todas as esterilizações cirúrgicas realizadas; cadastramento, fiscalização e controle, pelo Ministério da Saúde, das instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar, assegurando que só as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica; finalmente, determina penalização dos médicos no caso de descumprimento da lei.

Passados três anos persiste, contudo, uma brecha importante entre a norma e a realidade, pois não se registraram até aqui transformações efetivas das condições reais de acesso à contracepção reversível e de acesso informado (e refletido) à esterilização. Estudo feito em 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo (Luiz e Citeli, 2000), para documentar as principais mudanças ocorridas na organização dos serviços após a publicação da lei, conclui que o número de serviços credenciados para realizar o procedimento é ainda muito pequeno (6 em 37) e que há “uma boa distância entre a lei que autoriza a realização de cirurgia de esterilização, quando solicitada, e os serviços efetivamente oferecidos pelos hospitais públicos, [... pois] a maioria cumpre apenas em parte as normas legais” (Luiz e Citeli, 2000). O estudo também identifica desconhecimento da lei por parte dos profissio-

nais de saúde e, o que é mais preocupante, que os mesmos expressam resistência e discordância em relação a seu conteúdo. A maioria dos profissionais ouvidos discorda dos critérios estabelecidos no que se refere a idade e número de filhos, considerando os limites "muito permissivos". Além disso, a maioria dos serviços exigia autorização dos/das cônjuges, mesmo nos casos de união estável, o que não está definido pela lei. É também importante referir que, em várias ocasiões do debate ocorrido desde a aprovação da lei, médicos gineco-obstetras têm questionado a regra que impede a esterilização no pós-parto imediato.³⁵ Adicionalmente, começam a surgir evidências de que a lei tem sido utilizada de forma abusiva para autorizar a esterilização de mulheres portadoras de deficiência.³⁶

Também é importante dizer que, mesmo no âmbito do movimento de mulheres, têm sido levantados questionamentos, especialmente no que diz respeito à exigência de autorização do cônjuge. Essa regra, que não constava do texto original, tendo sido introduzida ao final da tramitação quando o projeto já estava no Senado, fere o princípio de respeito à privacidade tal como estabelecido pela CEDAW, ratificada pelo Brasil.

As discussões ocorridas no Seminário Nacional sobre Política de Anticoncepção no SUS,³⁷ realizado em Brasília em setembro de 2001, indicam que o foco na esterilização que marcou o debate das décadas da 1980 e 1990 continua, em grande medida, contaminando a discussão sobre a lei. Embora a norma legal diga respeito a um conjunto de medidas de assistência à contracepção, o debate continua se concentrando na questão da laqueadura, deixando de lado inclusive o tema da vasectomia. Naquele seminário concluiu-se que, apesar da controvérsia e das dificuldades de implementação, a lei é muito nova e sua aplicação precisa ser mais bem avaliada, antes de qualquer proposta de modificação.³⁸

No contexto deste artigo importa, sobretudo, tomar a Lei do Planejamento Familiar como ilustração da complexidade e dos riscos que estão sempre implícitos nos esforços de normatização legal das práticas reprodutivas. No plano formal, a intenção subja-

cente à lei visava corrigir distorções e garantir direitos. Na prática, a regulação hoje coexiste e compete com a desregulação absoluta que prevalecia antes de sua aprovação. Enquanto expressão de direito positivo, a implementação se vê prejudicada por limites das políticas públicas, entre os quais a dificuldade de assegurar provisão sustentada de métodos reversíveis. Já do ponto de vista de garantia de prerrogativas, na medida em que não se teve controle adequado do processo legislativo, o texto final viu-se contaminado por importante restrição ao direito de privacidade (autorização do cônjuge).

Os estudos disponíveis sugerem que a interpretação da lei, em especial por parte dos setores médicos, tem sido mais bem de restringir do que ampliar a liberdade de decisão das pessoas que buscam os serviços. Muito embora sejam necessárias bases mais consistentes de pesquisa para verificar os limites e problemas de interpretação, não parece excessivo afirmar que é preciso um novo esforço de busca de consenso com vistas a ajustar melhor a nova norma legal às premissas de autodeterminação reprodutiva para, de fato, corrigir as "falências de políticas e as distorções de mercado" que inspiraram a formulação da lei dez anos atrás.

Comprovação de paternidade como redefinição de relações

A relação entre feminismo e desenvolvimento tecnológico voltado para a reprodução biológica tem gerado debates políticos e teóricos acirrados, seja no interior do movimento feminista, seja no diálogo entre este e outros setores do campo político e científico. Nesse debate, identificam-se posições extremas. Há, por exemplo, uma visão condenatória da tecnologia, que associa o desenvolvimento tecnológico ao poder e controle masculino sobre o corpo das mulheres. Essa perspectiva de maneira geral não

contabiliza os contextos sociais e as relações de poder que definem a evolução e aplicação da tecnologia. A perspectiva que adotamos neste artigo não se alinha com essa posição, pois não consideramos que o desenvolvimento tecnológico seja um *deus ex-machina* que independe dos contextos sociopolíticos em que é utilizado. Ao contrário, estamos convencidas de que a tecnologia é também uma construção social, cujos efeitos envolvem interesses e relações de poder e, ainda, que contextos e situações são tão importantes quanto técnicas para ampliar ou reduzir direitos e liberdades.

Essa breve introdução faz-se necessária em função do objeto de reflexão desta seção: os testes de DNA para comprovação de paternidade. Os testes constituem não apenas uma nova tecnologia reprodutiva, como, sobretudo, um artefato que altera a posição relativa de mulheres e homens na cena da reprodução biológica. Ao possibilitar a comprovação científica da paternidade biológica, o teste de DNA transforma, radicalmente, os significados das noções de maternidade e paternidade. Como bem afirma Fonseca (2002), a paternidade deixa de ser percebida como resultado exclusivo de realidades e relações sociais. Até o surgimento dos testes de DNA, a afirmação da paternidade só podia ser feita pela confirmação das mulheres ou pelo casamento civil, que regula, no plano legal, a paternidade e maternidade. Hoje a tecnologia parece estar desconstruindo esse mundo em que a garantia da paternidade era “garantida” pelas relações de amor e confiança – a palavra da mulher e a aquiescência do homem – e pela formalidade legal.

No Brasil, até a Constituição de 1988, coexistiam duas formas sociais de paternidade, a legal e a ilegal, a primeira correspondendo aos filhos nascidos dentro do casamento e a ilegal fora desse âmbito. Os filhos e filhas nascidos fora do casamento eram considerados bastardos e a lei não obrigava o reconhecimento. Nos casos em que os homens não queriam reconhecer sua responsabilidade sobre o nascimento de uma criança, podiam simplesmente negar a paternidade. Essa esfera não ficaria imune às mudanças culturais, sociais e políticas ocorridas nesses últimos

20 anos. Para as mulheres, um efeito importante dessas transformações foi a ampliação das possibilidades de optar por ter ou não ter filhos(as) e em que circunstâncias. Hoje, para a grande maioria das mulheres, as decisões reprodutivas decorrem do sentimento de que têm direito de escolha e de que este foi um direito conquistado. Uma mulher que hoje decide ter um filho fora de uma relação conjugal heterossexual já não precisa esconder o fato, para evitar sanções ou qualquer tipo de discriminação legal. A condenação moral à “mãe solteira” não vigora mais como imposição social, embora possa persistir em contextos específicos ou em atitudes pessoais.

A introdução dos testes de DNA deve ser analisada em sua relação com esse contexto mais amplo. A sociedade brasileira foi apresentada à tecnologia de comprovação da paternidade na década de 1990, a partir de situações públicas envolvendo filhas e filhos adultos que reclamavam a confirmação de paternidade de homens famosos, como jogadores de futebol e cantores. Alguns desses casos tiveram grande repercussão, como, por exemplo, aquele envolvendo um personagem famoso, cuja filha teve a paternidade reconhecida apenas do ponto de vista legal – o que implicou o direito a usufruir bens paternos, mas sem contar com o afeto paterno. A mídia acompanhou todo o processo, levando a opinião pública a tomar posição diante do conflito privado entre pai e filha. A grande visibilidade desses episódios não só contribuiu para tornar conhecida a tecnologia como, inevitavelmente, mobilizou e transformou o imaginário social acerca da maternidade e paternidade.

Assim, não surpreende que, na cidade do Recife, tenha sido criado um grupo de mulheres do meio popular, a associação de Mães Solteiras, cuja razão de ser é a luta pelo reconhecimento de paternidade como um direito das mulheres. Sob pressão dessa associação, o Ministério Público instituiu uma cota anual de exames de DNA para as mulheres que não podem pagar por eles. Alguns casos já foram julgados e os pais reconhecidos. Além da ação jurídica de comprovação da paternidade, a associação tem

mobilizado debates no âmbito do Ministério Público – contando com a participação de representantes dos poderes Judiciário e Executivo, além de representantes da sociedade civil – com vistas a estabelecer um sistema eqüitativo de cotas de DNA para mulheres de baixa renda e desenhar outras medidas jurídicas e de políticas públicas relativas à questão da paternidade. Adicionalmente, a Defensoria Pública e a Universidade Federal de Pernambuco iniciaram um esforço conjunto no sentido de “preparar as bases para firmar o primeiro convênio que visa desencahar os processos de investigação de paternidade que estão nas prateleiras desde setembro do ano passado, aguardando o cumprimento da exigência judicial do teste de DNA” (*Jornal do Comércio*, 4 out. 2001). O mesmo artigo do *Jornal do Comércio* informa que um diretor do Rotary Club em Recife se comprometeu na busca de apoio financeiro, solicitando “uma exposição de motivos que justifique a importância social desse teste para o carente no que diz respeito à cidadania, a fim de cumprir uma exigência da Fundação Rotary nos Estados Unidos”. Segundo informou a subdefensora cível citada na matéria, o referido diretor prometeu “vestir a camisa da Defensoria Pública e fazer do teste do DNA uma campanha não apenas do Rotary Benfica [bairro de Recife], mas de todos os clubes rotários de Pernambuco”.

Estes não são desdobramentos triviais. A Associação de Mães Solteiras conta com o apoio do Fórum de Mulheres de Pernambuco, que congrega organizações feministas do estado. Mas a própria associação não se caracteriza como entidade feminista, sendo basicamente uma iniciativa de “mulheres em movimento” na busca por seus direitos. Também chama atenção o fato de que a causa das “mães solteiras” tenha sido rapidamente incorporada pela Defensoria Pública, o que nem sempre ocorre quando se trata dos direitos relativos à sexualidade e reprodução. Além disso, a associação tem mobilizado o apoio de um outro ator relevante, que é a universidade. A mobilização das mães solteiras do Recife tem como objetivo primeiro assegurar o reconhecimento dos filhos

e sua manutenção financeira. Entretanto, sua ação política implica, necessariamente, a ressignificação da paternidade e da responsabilidade masculina diante da reprodução, que deixam de ser percebidas apenas como questões de poder e honra (ou, se quisermos, de marcas da virilidade).

Nessa nova injunção, tanto paternidade quanto maternidade tendem a ser cada vez mais percebidas e vividas como circunstância de direitos e reciprocidade. Sobretudo, os testes de DNA inevitavelmente estendem o debate e o significado dos direitos reprodutivos aos homens. Ou seja, a tecnologia influencia, de modo não antecipado, o comportamento masculino diante da reprodução e da contracepção. Desde os anos 70, pesquisadoras feministas têm chamado a atenção para o acentuado desequilíbrio de responsabilidade entre homens e mulheres no terreno da reprodução biológica e da contracepção. Até estes novos tempos de aids, a decisão sobre usar ou não um método anticoncepcional ficava exclusivamente nas mãos das mulheres. Quando não proibiam seu uso, os homens simplesmente se desresponsabilizavam. E, no caso de falha da contracepção, cabia a elas decidirem o que fazer. No caso da gravidez indesejada, o aborto é sempre um doloroso dilema feminino e, em geral, não há apoio do parceiro na decisão, no acompanhamento e cuidados necessários. Se a relação sexual é casual, na maioria das vezes para o homem a relação termina ali, e a gravidez indesejada sequer é anunciada. Mas não faltavam casos em que mulheres decidiam manter a gestação – mesmo quando indesejada –, enquanto os homens decidiam “livremente” se iriam ou não compartilhar essa decisão.

Não sem razão, as feministas consideram que não é possível aplicar ao terreno da reprodução uma regra simples de igualdade entre homens e mulheres. Esse é um campo em que não há como compartilhar de forma eqüitativa a responsabilidade pela decisão, na medida em que os riscos e custos se dão no corpo das mulheres e a maior solidariedade entre os sexos está condicionada a uma radical mudança de mentalidade e sensibilidade masculina. Mas

essa breve análise da experiência brasileira com a tecnologia de comprovação de paternidade indica que os parâmetros simbólicos e práticos relativos aos riscos e resultados da gravidez não desejada (seja pela mulheres, seja pelo homens) e às regras de conduta feminina e masculina estão totalmente alterados.

Por um lado, já não será mais possível para os homens decidir “livremente” se querem ou não se responsabilizar pelo ato sexual que produziu a gravidez e por suas conseqüências. Por outro, tampouco se sustenta a tese de ausência total de agenciamento das mulheres na esfera da reprodução, pois mais cedo ou mais tarde elas poderão lançar mão de suas prerrogativas como sujeitos de direitos e reivindicar a comprovação de paternidade e as responsabilidades masculinas que dela decorrem. Não surpreende portanto que, nessas novas circunstâncias, os homens passem a levantar interrogações sobre a gravidez indesejada, não apenas do ponto de vista das mulheres, mas de seu próprio ponto de vista. A nova tecnologia tem portanto um significado, ainda pouco explorado, no que concerne à conceituação e ao exercício dos direitos reprodutivos.

No plano formal, as novas regras relativas à comprovação da paternidade garantem às pessoas de qualquer situação social acesso ao procedimento técnico. Entretanto, são necessários processos de mobilização política em torno da questão para garantir que esse direito possa ser usufruído por pessoas das classes sociais mais desfavorecidas. Ou seja, também nesse caso é preciso contabilizar o elevado padrão de desigualdade como um óbice ao pleno exercício dos direitos reprodutivos no país.

Por outro lado, o acesso à tecnologia do DNA adiciona água ao moinho da transformação das relações de gênero. A tecnologia incide numa antiga frente de tensão no campo das relações de gênero, que é a do apoio financeiro dos homens para a criação dos filhos, ou seja, de uma divisão mais equânime de responsabilidades diante da reprodução social. Mas também abre um campo inteiramente novo: a possibilidade de que, a partir de agora, os

homens podem buscar a confirmação ou negação de paternidade quando se encontrem em dúvida quanto à paternidade biológica.

Dito de outro modo, as novas possibilidades abertas pela tecnologia podem, por um lado, contribuir para dirimir alguns conflitos tradicionais das relações de gênero em relação à reprodução, mas, por outro, suscitam novos dilemas e contradições. Isso implica reconhecer que o recurso à comprovação de paternidade poderá ter um uso conservador ou libertário. Pode servir tanto para manter o poder masculino quanto para impulsionar as mulheres a redefinir suas motivações e responsabilidades diante da reprodução. É sempre no contexto dos sistemas sexo-gênero que essa nova possibilidade tecnológica ganha sentido e relevância. Não sendo ela neutra, são as relações sociais concretas que definirão o sentido de seu uso em cada sociedade. A grande novidade, porém, é que ela incide diretamente no terreno da construção da masculinidade como simbólica e subjetivamente referenciada à paternidade. Nesse sentido, os testes de DNA podem fazer com que, a médio e longo prazo, as decisões reprodutivas sejam precedidas por um diálogo mais profundo e sistemático entre homens e mulheres.

Nesse contexto de análise, é importante ressaltar ainda a emergência, na segunda metade da década de 1990, de organizações não governamentais fundadas por homens que trabalham com direitos reprodutivos e sexuais. Para esses grupos, o tema da paternidade tem sido um foco prioritário. Embora essas organizações não estejam diretamente associadas aos processos que decorrem das tecnologias de comprovação da paternidade, elas integram o mesmo cenário que anuncia uma redefinição das relações de gênero no que se refere à sexualidade e reprodução. Nesse sentido, é muito significativo que tais organizações, que trabalham com homens, estejam em diálogo e parceria com organizações feministas que trabalham com mulheres. Essa conversação, que se dá no plano do debate teórico e político, pode e deve contribuir para o processamento dos novos temas suscitados pela tecnologia, bem como para a transformação das percepções, ex-

pectativas e práticas de mulheres e de homens em relação aos direitos reprodutivos nessa nova etapa tecnológica e política.

Desafios conceituais que persistem

Secularmente, os discursos acerca da sexualidade e reprodução têm contribuído para cristalizar, nas mentes e nos corpos, a idéia de que esses dois domínios da vida humana pertencem à ordem da natureza e que seriam, portanto, impermeáveis à aplicação da racionalidade do direito. A “naturalização” é sem dúvida um traço marcante das concepções religiosas, mas também está presente nos discursos biomédicos e jurídicos modernos. Portanto, um desafio permanente da teorização dos direitos reprodutivos e sexuais tem sido questionar essa persistente naturalização ou essencialismo, com base em um novo paradigma que pensa a reprodução e sexualidade como fenômenos de construção social, como charneiras em que se articulam corpo, subjetividade, norma, cultura e economia.

Um primeiro passo nessa direção é demonstrar que os discursos que naturalizam a reprodução e a sexualidade constituem de fato um estratagema ideológico para encobrir as muitas regras de regulação e disciplina a que sexualidade e reprodução estiveram e continuam sujeitas. São exemplos os códigos matrimoniais, as restrições e criminalização do aborto e de práticas sexuais consideradas como desviantes. Não sem razão, o sociólogo Boaventura dos Santos Souza, em conferência realizada no Rio de Janeiro em 1998, lembrava que o aporte da crítica feminista aos sistemas jurídicos modernos permitiu revelar o quanto a “natureza” permanecia oculta no contrato social moderno.

Para além da árdua tarefa que significa desnaturalizar esses dois domínios, a produção do conhecimento e a ação política em direitos reprodutivos e sexuais enfrentam outros debates

e questões. Algumas vozes – inclusive no interior do campo feminista – consideram que os dois conceitos estão impregnados pela lógica individualista e contratual dos fundamentos dos direitos (tal como concebidos no Ocidente moderno), o que os tornaria inadequados ou mesmo incompatíveis com as experiências de indivíduos e coletividades em outros contextos culturais. Como sabemos, o argumento do relativismo cultural tem sido amplamente utilizado para justificar práticas abusivas: são exemplos tanto os discursos que justificam a mutilação genital feminina como prática cultural quanto a posição oficial chinesa de defesa do aborto e da esterilização forçadas.

Outra controvérsia gira ao redor da questão se os direitos reprodutivos devem ser concebidos como direitos negativos – ou seja, que apenas estabeleceriam limites em relação à intervenção do Estado – ou se deveriam ser pensados como direitos positivos, que implicam a ação do Estado para garantir proteção e outras prerrogativas. O debate acerca do aborto ilustra bem a questão. Nos países industrializados – onde as necessidades básicas de mulheres já estão, em grande medida, atendidas –, as restrições relativas ao aborto expressam fundamentalmente a desigualdade de gênero e os limites impostos pelo Estado no que se refere ao direito individual das mulheres de decidir sobre um aspecto crucial de sua privacidade. Contudo, no mundo em desenvolvimento – ou mesmo no caso das mulheres que pertencem aos grupos marginalizados das sociedades ricas –, as restrições aos direitos reprodutivos, incluindo-se as limitações de acesso ao aborto, abrangem adicionalmente os efeitos da desigualdade econômica e social. Por exemplo, em todos os países do Sul, mulheres pobres morrem em decorrência de abortos inseguros, enquanto as mulheres ricas podem pagar por procedimentos seguros.

Teóricas feministas têm construído argumentos para responder a essas críticas (Petchesky e Copelon, 1995; Ávila, 1999; Petchesky, 1999; Blatiwala e Sen, 2000). Afirmam, por exemplo, que a universalidade dos direitos reprodutivos e sexuais não é

abstrata, mas sim resultado de um processo. A linguagem dos direitos reprodutivos e sexuais deve ser permanentemente contextualizada com base nos princípios de respeito pela igualdade, condição de pessoa ou autonomia pessoal, integridade corporal e diversidade de percepção e experiência das próprias mulheres para, de fato, tornar-se universal (Corrêa e Petchesky, 1996).³⁹ A perspectiva feminista também afirma que o pleno exercício dos direitos reprodutivos e sexuais depende, em última instância, da existência de um ambiente favorável (ou habilitador) que inclua condições democráticas de modo a assegurar à cidadania um “clima moral não coercitivo” e o empoderamento das mulheres e de outros grupos marginalizados ou estigmatizados, para quem as prerrogativas sexuais e reprodutivas são vitais. A ênfase no ambiente habilitador para o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais não ignora, porém, que a desigualdade de gênero é um fator estrutural em termos de restrição da autonomia das mulheres nos âmbitos da sexualidade e da reprodução.

Os direitos sexuais e reprodutivos são, portanto, direitos positivos, no sentido de que exigem o direito de acesso aos serviços de saúde, à renda e ao emprego, assim como proteção contra a violência e o estupro. Mas também são direitos negativos, pois supõem tratamento igual perante a lei e garantia de que o Estado ou outro agente não pode intervir nas decisões e práticas dos indivíduos em termos de suas escolhas reprodutivas e sexuais, ou de seu estado matrimonial. Entretanto, a questão do equilíbrio adequado entre regulação e desregulação – ou, se quisermos, entre liberdade e proteção – é um tema inconcluso, em especial quando se examinam os conteúdos dos direitos sexuais. A redefinição das fronteiras entre público e privado – que são tanto legais quanto ideológicas – é vital para romper as barreiras da esfera privada, em que, com frequência, ocorrem os abusos em relação à sexualidade e reprodução, em especial no caso das mulheres. Por outro lado, as autoras e autores que têm investido no desenvolvimento dos direitos sexuais lembram que a “abertura” impensada do mun-

do privado e da intimidade para intervenção do Estado pode implicar restrição e coerção à liberdade sexual dos indivíduos. Esta é uma das tarefas mais árduas a serem enfrentadas nos esforços futuros de refinamento dos direitos reprodutivos e sexuais.

Hoje está também cada vez mais amadurecida a necessidade de diferenciar nos planos conceitual e político os direitos reprodutivos dos sexuais (Miller, 2000; Rojas, 2000; Corrêa e Parker, 2001). Há, finalmente, questões emergentes em relação aos direitos sexuais e reprodutivos que não estavam postas quando essa agenda se inaugurou há mais de 20 anos. Já não é possível abordar os direitos sexuais e reprodutivos sem considerar as novas situações decorrentes da pandemia do HIV/aids – que se estendem da discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids às medidas de proteção dos direitos econômicos e sociais de acesso a tratamento e medicamentos – ou, por outro lado, o desenvolvimento vertiginoso das tecnologias reprodutivas e da biotecnologia.

Desafios políticos que se amplificam

O recurso às premissas de direitos humanos para tratar das questões da reprodução e da sexualidade também enfrenta importantes obstáculos econômicos e políticos. Nunca é demais lembrar que as desigualdades entre sexos, grupos sociais, raciais ou étnicos, mas também as enormes desigualdades entre países, estão em contradição flagrante com as premissas de um ambiente favorável aos exercícios dos direitos reprodutivos (e sexuais). Além disso, em reação aos efeitos negativos da globalização, identidades políticas, nacionais, religiosas e étnicas foram fortalecidas, reativando regimes tradicionais de controle sobre as mulheres, a sexualidade e a reprodução. A última década assistiu à proliferação de grupos antiaborto e contra os dissidentes sexuais em todos os continentes. O racismo, o nacionalismo e o

ódio étnico, cuja ação também se ampliou nesse período, constituem outras ameaças diretas aos direitos e à integridade física das pessoas.

Por outro lado, os setores que promovem e apóiam a economia globalizada – mesmo quando são favoráveis à igualdade entre os sexos e à maior liberdade para as mulheres – não foram, até muito recentemente, capazes de reconhecer que a desigualdade econômica e a exclusão social estão, quase sempre, na raiz das tendências fundamentalistas e do renascimento patriarcal (Sen e Corrêa, 2000). Mais especialmente após setembro de 2001, o cenário global se vê marcado pelo renascimento do conservadorismo político e pela primazia de segurança dos Estados, tendências que tampouco favorecem a liberdade reprodutiva e sexual. Contudo, é preciso dizer que, mesmo em condições tão desfavoráveis, as articulações políticas que reivindicam justiça social e garantia de direitos humanos nos planos internacional e nacional não só continuam ativas, como vêm ganhando visibilidade. Em decorrência, o cenário em que se desenrola o debate sobre direitos reprodutivos (e sexuais) tanto no mundo quanto no Brasil é marcadamente paradoxal, o que pode ser ilustrado por alguns fatos recentes.

Em março de 2002, por exemplo, o governo indiano anunciou que iria exigir dos turistas testes negativos para o HIV/aids.⁴⁰ O argumento oficial era de que o crescimento da epidemia no país resultava diretamente da presença de estrangeiros contaminados, o que contradiz abertamente as evidências epidemiológicas disponíveis. Simultaneamente, grupos que lutam pelo direito de livre opção sexual foram atacados por forças policiais e o Congresso indiano votou medidas drásticas contra o terrorismo, as quais, segundo alguns analistas, ferem os princípios democráticos da Constituição. Já na Nigéria, ao contrário, assistiu-se a uma vitória importante da agenda global dos direitos humanos das mulheres. Também em março foi suspensa a execução de Safyia Hussein, que vive em um dos estados islâmicos do país e que havia sido estuprada em 1999. Safyia engravidou do estupro e, ao denunciar

o estupro, terminou acusada de ter relações sexuais fora do casamento. Foi julgada por um tribunal islâmico que se rege pela Sharia (código islâmico) e condenada à morte por dilapidação. A sentença só não foi cumprida imediatamente porque Safyia estava amamentando seu filho. Em março de 2002, a execução foi suspensa por efeito de ampla campanha internacional de repúdio à decisão judicial.⁴¹

No Brasil, em janeiro de 2002, um juiz federal do Rio Grande do Sul julgou liminar apresentada pelo Inss com vistas a suspender a Instrução Normativa n. 25/2000 e manteve decisão favorável ao direito de pensão e benefícios previdenciários de pessoas do mesmo sexo em união estável. Na mesma semana, no Rio de Janeiro, um julgado de primeira instância garantiu a tutela provisória do filho da cantora Cássia Eller – morta no final de 2001 – a sua companheira Eugênia. Estas foram, sem dúvida, decisões muito positivas para a agenda dos direitos sexuais no país. Entretanto, na mesma semana, o Tribunal Federal do Rio de Janeiro acatou uma ação de arguição de constitucionalidade da lei municipal de planejamento familiar e acesso à interrupção da gravidez nos casos de estupro e risco de vida, que já havia sido sancionada pelo Poder Executivo, decisão essa que, inclusive, contradiz a Lei Federal n. 9.263.⁴² Ou seja, a produção de conhecimento e a ação política no campo dos direitos reprodutivos [e sexuais] implicam navegar em condições contraditórias, instáveis e de baixa previsibilidade política.

No caso específico do Brasil – para além dos esforços sistemáticos de vigilância e pressão política que esse campo de atuação exige –, é preciso também revisitar premissas e buscar novos consensos quanto ao significado e uso do conceito. As trajetórias do aborto e da esterilização, examinadas neste artigo, indicam que é preciso discernir melhor saúde e direitos sem, entretanto, desfazer completamente os vínculos entre essas duas dimensões, pois sua articulação é crucial num contexto tão desigual quanto o brasileiro. Também se faz necessário – como sugere a análise acima sobre os exames de comprovação de paternidade

– revisar e rever premissas relativas à igualdade entre homens e mulheres no terreno das decisões reprodutivas (Arihla, 1999, Oliveira, Bilac e Muzkat, 2000; Portella e Nascimento, 2000), pois, sob o efeito das transformações sociopolíticas e dos avanços tecnológicos recentes, elas já estão sendo reconfiguradas. É, sobretudo, crucial retomar o debate sobre os parâmetros conceituais e políticos que, do ponto de vista feminista, possam garantir o equilíbrio necessário entre a regulação estatal e a liberdade dos indivíduos nas esferas da sexualidade e da reprodução.

NOTAS

- ¹ Para ilustrar esse desequilíbrio, é importante referir que no texto de Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky de 1993 e publicado em 1994, "Feminist perspectives on sexual and reproductive rights", as autoras não aprofundam as implicações do conceito em termos de sexualidade. Da mesma forma, o livro *Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South* (Corrêa e Reichmann, 1994) elaborado com base em debates em cinco regiões do Sul (América Latina, Caribe, Ásia, África, Pacífico), nos quais se incluía o tema da sexualidade, analisa situações às quais se poderia aplicar a noção de direitos sexuais (como, por exemplo, mutilação genital ou violação nos casamentos), sem no entanto avançar em termos da definição teórico-teórica do conceito.
- ² "A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória e tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários a lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis". (CIPD, Programa de Ação, parágrafo 7.2).
- ³ À luz do parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, segundo o qual "[...] todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais relevantes são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro na

saúde como um problema de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, ampliando e melhorando os serviços de planejamento familiar [...]. Mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter pronto acesso a informações confiáveis e ao aconselhamento compassivo [...]. Em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, educação e planejamento familiar devem ser de imediata disponibilidade, o que ajudará também a evitar os abortos repetidos”, deve-se também considerar a revisão de leis contendo medidas punitivas contra mulheres que tenham feito abortos ilegais (CNDM, 1996, Plataforma de Ação, parágrafo 106k).

- 4 Os Comitês de Vigilância são instâncias do sistema internacional de promoção e proteção dos direitos humanos que verificam o cumprimento de tratados e convenções nas mais diversas áreas (mulheres, crianças, tortura, direitos civis e políticos, direitos econômicos e sociais etc.), fazendo a revisão periódica de relatórios apresentados pelos países membros das Nações Unidas.
- 5 No Brasil a adoção do conceito de direitos reprodutivos não esteve isenta de controvérsias. Entretanto, em nossa avaliação elas não foram tão acirradas como em outros países, sendo a Índia e as Filipinas exemplos contundentes de críticas acirradas às concepções ocidentais dos direitos reprodutivos.
- 6 Por um lado, isso é relativamente surpreendente quando se tem como referência o peso das questões de sexualidade na agenda feminista brasileira da década de 1980. Por outro, reflete as dificuldades e dilemas no desenvolvimento conceitual dos direitos sexuais.
- 7 O International Reproductive Rights Research and Action Group foi criado em 1992. Sob coordenação da cientista política norte-americana Rosalind Petchesky, o grupo desenvolveu uma pesquisa sobre o significado dos direitos reprodutivos entre as mulheres do meio popular em sete países – Brasil, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Malásia, México –, cujos resultados foram publicados em 1999 (Petchesky e Judd, 1999). A partir de 2000, o IRRRAG está envolvido numa investigação sobre masculinidades em quatro desses países, inclusive o Brasil.
- 8 O crescimento da participação feminina na PEA combina-se com a persistência de um razoável hiato salarial entre homens e mulheres. Muito embora vários estudos recentes indiquem que esse hiato está diminuindo lentamente, ele é ainda da ordem de 30%. Mais relevante, porém, é observar que ele também se observa nos estratos salariais

mais altos, em que teoricamente os elevados níveis educacionais das mulheres seriam um fator importante da desigualdade.

- 9 Note-se que a formulação de direito à vida desde a concepção ganhou visibilidade política nos anos 70, após a liberalização do aborto em alguns países industrializados. Nem a Carta das Nações Unidas nem a Declaração Universal de 1948 incluem essa formulação, afirmando que o direito à vida é uma prerrogativa de seres humanos “que nascem livres e iguais”, e não de seres ainda não nascidos. A fórmula foi concebida pela Igreja Católica na década de 1970, como estratégia conceitual para restringir o acesso legal ao aborto. Desde a década de 1970, a hierarquia católica fez esforços sistemático de *lobby* para adoção dessa formulação, não apenas nas Nações Unidas, como também em todos os processos de reforma constitucional que ocorreriam em países católicos, em particular na década de 1980. É importante observar que, dentre esses países, o Brasil foi, nesse aspecto, uma exceção, pois a fórmula não foi incluída em nosso texto constitucional.
- 10 Segundo Flavia Piovesan, jurista feminista (1998), “A Carta de 1988 atribui aos direitos enunciados em tratados internacionais o *status* de norma constitucional, incluindo-os no elenco dos direitos constitucionalmente adquiridos que apresentam aplicabilidade imediata. Os demais tratados têm força hierárquica infraconstitucional”. A mesma posição é adotada por outros juristas, dentre os quais Cançado Trindade.
- 11 Essa iniciativa é um desdobramento da Conferência Mundial contra o Racismo, em que o tema da intolerância e discriminação em relação aos homossexuais ganhou relevância nacional e internacional – embora nenhuma medida correlata tenha sido adotada no texto final.
- 12 Esta foi uma iniciativa do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que utilizou como argumentação a definição de Viena relativa à violência sexual como abuso dos direitos humanos. No Brasil, assim como no resto do mundo, o estupro tem sido historicamente tratado como tema da violência de gênero. Entretanto, nesse estágio do debate, é importante ressignificá-lo como crime contra os direitos sexuais.
- 13 Alagoas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.
- 14 Segundo levantamento feito pelo CFÊMEA em outubro de 2001 e ainda não publicado.
- 15 Miriam Ventura da Silva (2001), que realizou um balanço sistemático das leis e normas relativas à saúde na adolescência, identificou uma série de problemas e conflitos na relação entre o sistema de saúde e

o sistema de proteção de direitos da infância e adolescência regido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, e pelos conselhos tutelares.

- ¹⁶ Desde a década de 70, as teóricas feministas têm afirmado que as restrições ao aborto só seriam inteiramente compreendidas pelos que fazem as leis se os homens também estivessem sujeitos à gravidez indesejada.
- ¹⁷ No caso brasileiro, por exemplo, estima-se que ocorram entre 700 mil e um milhão de abortos ilegais a cada ano. Esse número representa quatro vezes a atual população carcerária do país, que já é considerada excessiva.
- ¹⁸ Vale dizer que, a despeito dos muitos avanços ocorridos desde então, essa tensão não desapareceu completamente (Ávila e Corrêa, 1999).
- ¹⁹ Na gestão da prefeita Luiza Erundina (PT), sendo secretário de saúde o doutor Eduardo Jorge e coordenadora de Saúde da Mulher a doutora Maria José Araújo, feminista e fundadora do Coletivo Sexualidade e Saúde. Para implantação do serviço do Hospital Jabaquara foram montados mecanismos de vinculação com a Secretaria de Segurança Pública, para equacionar os procedimentos legais no caso de estupro. Promoveu-se a capacitação de uma equipe multidisciplinar e definiu-se um protocolo para orientar o atendimento. A capacitação e o protocolo foram fundamentais para vencer resistências e evitar que o serviço ficasse subordinado a normas policiais nos casos de estupro.
- ²⁰ O movimento de mulheres e seus aliados no Congresso tentaram evitar que o projeto entrasse na pauta da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), pois, em função da visita do papa, o clima político estaria acirrado. Entretanto, a bancada católica conseguiu acelerar a tramitação e pressionar os deputados. Na votação da CCJ, alguns parlamentares mudaram seu voto (anteriormente favorável) e a aprovação foi garantida pelo voto da relatora, deputada Zulaiê Cobra Ribeiro (PSDB-SP). Em agosto de 1997, o ministro da Saúde era o doutor Carlos Albuquerque.
- ²¹ A campanha envolveu a REDESAÚDE, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a Central Única dos Trabalhadores, a União Nacional do Estudantes, as Católicas pelo Direito de Decidir e a Comissão de Cidadania e Reprodução. No caso dos embates parlamentares, foi fundamental a ação do CFÊMEA em termos de mobilização das organizações de mulheres e acompanhamento da dinâmica do Congresso.
- ²² A CISMU é instância assessora do Conselho Nacional de Saúde. Em sua atual conformação, foi instalada em novembro de 1996 e conta com a participação de: Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde

da Mulher); Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos Pastoral da Criança (CNBB); Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Movimento de Mulheres Portadoras de Deficiência; e Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS), como observador.

- ²³ Disponível em www.redesaude.org.br/html/relhosp.html.
- ²⁴ Dados apresentados pelo doutor Jorge Andalaft, coordenador do grupo, no Seminário sobre Saúde Reprodutiva ocorrido em Natal (em 28-31 de outubro de 2001).
- ²⁵ Miriam Ventura da Silva em depoimento pessoal.
- ²⁶ Essa perspectiva inclusive é mais avançada que a definição do Cairo, que basicamente trata o aborto como grave problema de saúde pública. A posição brasileira mais se aproxima da recomendação adotada em Beijing, que adiciona à definição do Cairo a sugestão de que países revejam suas leis que punem mulheres que recorrem ao aborto.
- ²⁷ O parecer da deputada Jândira Feghali é um substitutivo do PL n. 1.135/91 apresentado por Eduardo Jorge e Sandra Starling e considera, em sua proposta, os conteúdos de outros seis projetos anteriormente listados: 1) PL n. 1.174/91 – Eduardo Jorge e Sandra Starling/PT (propõe ampliação nos casos de anomalia fetal grave e extensão do risco de vida para saúde mental da gestante); 2) PL n. 2.023/91 – Eduardo Jorge (ampliação no caso de mulher portadora do HIV); 3) PL n. 3.280/92 – Luiz Moreira, PTB (anomalia fetal); 4) PL n. 176/95 – José Genoíno (descriminalização do aborto); 5) PL n. 1.956/96 – Marta Suplicy; 6) PL n. 4.703/98 – Wigberto Tartuce (que mulheres estupradas por parentes tenham acesso à interrupção da gravidez).
- ²⁸ É possível levantar a hipótese de que os *policy makers* do regime militar apostavam no “desenvolvimento econômico” como fator crucial de redução da fecundidade. Isso explicaria, por exemplo, por que não fizeram restrições à comercialização de métodos ou à rede não governamental de planejamento familiar financiada por recurso externos. A BEMFAM, associada brasileira da International Planned Parenthood Federation (IPPF), iniciou suas operações no Brasil em 1965 e priorizaria a implementação de programas nas áreas pobres da periferia do Rio de Janeiro, em áreas de colonização agrícola do Norte do Paraná e na região Nordeste (locais onde se registravam as mais elevadas taxas de fecundidade).
- ²⁹ Faria interpretou o fenômeno como efeito não antecipado de algumas políticas estratégicas implementadas durante o regime militar: a ex-

pansão da rede hospitalar, a expansão do crédito ao consumidor, ampliação de cobertura do Sistema de Previdência e dos sistemas de comunicação, especialmente televisão.

- ³⁰ Segundo Potter (1998), o volume de pílulas comercializadas saltou de 1,7 milhão de cartelas em 1960 para 61,2 milhões em 1980. A provisão de métodos contraceptivos pelo Ministério da Saúde só seria iniciada após a formulação do PAISM; os métodos distribuídos eram fornecidos pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), com base num acordo de cooperação assinado entre este, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.
- ³¹ Em 1980 em São Paulo, 63,9% das mulheres casadas usavam algum tipo de contracepção e 15,6% estavam esterilizadas. No Piauí, embora apenas 30,9% das mulheres casadas usassem recursos de regulação da fecundidade, também uma parcela de 15% já havia recorrido à laqueadura tubária. É importante referir, porém, que a esterilização estava presente no repertório de opções das mulheres brasileiras desde muito antes. Em 1964, um estudo de prevalência realizado no Rio de Janeiro identificou 6% de mulheres esterilizadas, contra 3% de usuárias de pílulas (CELADE e *Population Reports*, Série M, maio/jun. 1981, *apud* Potter, 1998).
- ³² O artigo 129 do Código Penal faz referência à mutilação de função vital, ou seja, a esterilização poderia ser interpretada como crime de lesão corporal gravíssima, implicando penas de reclusão de dois a oito anos. O Código de Ética Médica de 1965 só admitia o procedimento nos casos de precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência (artigo 52). O Código de Ética Médica foi reformado no final dos anos 80 (Resolução CFM n. 1.246 de 8 jan. 1988, que revoga o código de 1965). No capítulo III, artigo 43 (responsabilidade profissional), afirma: “É vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”. No capítulo V (relação com pacientes e familiares), artigo 67: “É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método”. A associação esterilização cesárea teria implicações do ponto de vista da mortalidade neonatal e materna.
- ³³ Nos final da década de 1980, quando os anticoncepcionais orais e DIUs foram incluídos na lista de medicamentos da Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde, os métodos reversíveis passariam a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde. Contudo, até o ano 2000 persistiam problemas sérios de sustentabilidade na provisão e

entraves de logística. Até o fechamento da CEME em 1997, também se registravam problemas graves de qualidade nos métodos comprados pelo ministério, além de corrupção nos procedimentos de compra. Nos últimos dois anos, a oferta de métodos reversíveis foi considerada prioritária pela Área Técnica de Saúde da Mulher. Após uma série de dificuldades operacionais relativas a regras de licitação, em 2001 o Ministério restabeleceu a distribuição centralizada de pílulas, DIUs, diafragmas e injetáveis. Neste momento está em debate a provisão descentralizada dos insumos e será feito um forte investimento técnico para solucionar problemas de logística que ainda não foram resolvidos.

- ³⁴ Em dezembro de 1995, o Congresso Nacional aprovou e remeteu à sanção presidencial a Lei do Planejamento Familiar, que normatiza as definições constitucionais de 1988 (e que tramitava no Congresso desde 1992). Em janeiro de 1996, o presidente da República sancionou a lei, vetando, porém, os artigos referentes à esterilização cirúrgica. Foram enviados à Presidência da República a lei aprovada e anexos do projeto. Entre eles, havia dois pareceres do MS, um técnico e um jurídico. O primeiro recomendava a aprovação e a sanção da lei, o segundo argumentava contra os artigos relativos à esterilização com base no artigo 129 do Código Penal, que permite interpretá-la como mutilação de função vital. Por razões até hoje não esclarecidas, a assessoria da Presidência privilegiou as premissas do parecer jurídico recomendando o veto. Manifestaram-se contra o veto a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, a REDESAÚDE e outras organizações da sociedade civil. Alguns dias mais tarde, a Presidência solicitou ao Congresso a derubada dos vetos. Mas, em função da pauta de reforma, a Lei n. 9.600 de 1996 só seria aprovada quase dois anos mais tarde (agosto de 1997).
- ³⁵ A regra visava dissociar esterilização e cesárea. Entretanto, existem técnicas que permitem realizar a laqueadura pós-parto natural (*minilap* ou laparoscopia), que evitariam a necessidade de um segundo internamento da mulher.
- ³⁶ Há registro de alguns casos no Rio Grande do Sul que estão sendo investigados pela ONG Themis e por Miriam Ventura (informação dada por Ventura em conversa pessoal com Sonia Corrêa).
- ³⁷ O seminário foi convocado pelo Conselho Nacional de Saúde e contou com a participação de várias áreas do Ministério da Saúde, gestores, profissionais de saúde, movimento de mulheres e médicos gineco-obstetras.
- ³⁸ Para tanto, faltam estudos de base populacional e, mais especialmente, pesquisas que privilegiem a voz das próprias mulheres que,

após 1997, têm buscado acesso à esterilização no SUS. Berquó *et al.* estão realizando um estudo de seguimento dessas mulheres e alguns resultados preliminares foram apresentados no seminário anteriormente referido. Sua finalização deve trazer luzes importantes para o debate nessa nova etapa.

- ³⁹ *Igualdade*: todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos; esse princípio inclui a igualdade de direitos entre todas as mulheres nos campos da sexualidade e da reprodução, bem como a igualdade de direitos entre mulheres e homens em relação a esses dois campos; *integridade corporal*: o direito à segurança e ao controle do próprio corpo é um dos aspectos mais importantes do conceito de liberdade sexual e reprodutiva; *autonomia ou condição de pessoa*: o respeito à capacidade moral e legal das pessoas implica o direito à sua autodeterminação, o que inclui o respeito por sua autonomia na tomada de decisões sexuais e reprodutivas; *diversidade*: esse princípio refere-se ao respeito pelas diferenças entre as mulheres, em termos de valores, cultura, orientação sexual, condição familiar e de saúde e quaisquer outras condições.
- ⁴⁰ Notícia divulgada pelo *South China Morning Post*, em 3 mar., 2002.
- ⁴¹ A Anistia Internacional (Espanha) recolheu mais de 350 mil assinaturas que foram entregues ao embaixador da Nigéria em Madri, no dia 14 de março. O governo brasileiro também fez pressão sobre o governo nigeriano e ofereceu asilo a Safiya Hussein, em carta assinada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso ao presidente nigeriano, Olesegun Obasanjo.
- ⁴² A ação de constitucionalidade foi proposta pelo deputado estadual Carlos Dias, vinculado à Ação Carismática. A decisão do Tribunal Federal foi objeto de um recurso interposto pela REDESAÚDE e por três organizações feministas do Rio de Janeiro (CEPIA, REDEH e Advocacy). O desembargador responsável já emitiu um primeiro parecer, segundo o qual os serviços que estão em funcionamento devem ser mantidos. Entretanto, até setembro de 2002 ainda não havia decisão final do tribunal sobre a liminar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMB – ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Mulheres negras: um retrato da discriminação racial no Brasil*. Brasília, 2001.
- ARDAILLON, Danielle. Para uma cidadania de corpo inteiro: a insustentável ilicitude do aborto. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000.
- ARILHA, Margareth. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 455-67.
- ARRUDA, J.M. *et al.* *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Brasil, 1986*. Rio de Janeiro: BEMFAM, IDR, 1987.
- ÁVILA, M. Betânia. Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos. In: SCAVONE, Lucila (ed.) *Género y salud reproductiva en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional, 1999, p. 57-83.
- ÁVILA, M. Betânia e BARBOSA, Regina M. *Contracepção: mulheres e instituições*. Recife: SOS-Corpo, 1984, mimeo.
- ÁVILA, M. Betânia e CORRÊA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan (orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 70-103.
- BARSTED, Leila L. *Relatório do Encontro "Saúde e Direitos Reprodutivos: um debate entre mulheres"*. Rio de Janeiro: CEPIA, 1993.
- BEMFAM – SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde – PNDS 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM, Macro, 1997.
- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 366-81, 1993.
- _____. The reproductive health of Brazilian women during the "lost decade". In: MARTINE, George; GUPTA, Monica D. e CHEN, Lincoln (eds.). *Reproductive change: India and Brazil*. Oxford, Calcutá: Oxford University Press, 1998, p. 380-404.
- _____. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999a, p. 113-26.

- BERQUÓ, Elza. Sterilization and race in São Paulo. In: REICHMANN, Rebecca (ed.). *Race in contemporary Brazil: from indifference to inequality*. Pensilvânia: The Pennsylvania State University Press, 1999b, p. 207-15.
- _____. Perfil das chefias femininas no Brasil. In: BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Sandra G. (orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC, Ed. 34, 2002, p. 243-65.
- BEVILÁQUA, M. Beatriz G. A human rights approach to maternal mortality in Brazil. Tese (mestrado em lei), Faculty of Law, University of Toronto, Toronto, 2002.
- BLATIWALA, Sri L. e SEN, Gita. Empowering women for reproductive rights. In: PRESSER, Harriet e SEN, Gita (eds.). *Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo*. Oxford: Oxford University Press, 2000, p. 15-36.
- BOLAND, Reed; RAO, Sudhakar e ZEIDESTEIN, George. Honoring human rights in population policies: from declaration to action. In: SEN, Gita; GERMAIN, Adrienne e CHEN, Lincoln (eds.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994, p. 89-105.
- BRASIL. Lei n. 9.263, de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar. *Diário Oficial*, Brasília, n. 10, p. 561, 15 jan. 1996 com vetos.
- _____. Lei n. 9.263, de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar. *Diário Oficial*, Brasília, p. 1, 20 ago. 1997a sem vetos.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria n. 144, de 20 de novembro de 1997*. Brasília, 1997b.
- _____. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção a Mulheres Vítimas de Violência*. Brasília, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Diretrizes da Área Técnica de Saúde da Mulher para 1999-2002. Brasília, 1999, mimeo.
- CAETANO, André. *Fertility: transition and the diffusion of female sterilization in Northeastern Brazil; the role of medicine and politics*. Salvador, 2001 [comun. apres. à 24ª Conferência Geral da União Internacional para o Estudo Científico da População].
- CARVALHO, J. Alberto; WONG, Laura. *Window for opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid fertility decline in Brazil*. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1995 (Discussion Paper, 19).
- CHACHAM, Alessandra S. Cesárea e esterilização. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 1998.
- CNDM – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. *Pequim: IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Rio de Janeiro: CNDM, FIOCRUZ, 1996.
- CNPD – COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Cairo+5: o caso brasileiro*. Brasília, 1999.
- COOK, Rebecca. *Women's health and human rights: the promotion and protection of women's health through International human rights law*. Genebra: OMS, 1994.
- CORRÊA, Sonia. Direitos reprodutivos como direitos humanos. In: *Os direitos reprodutivos e a condição feminina*. Recife: SOS-Corpo, 1989, p. 4-8.
- _____. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen, COSTA e Sarah H. (orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 39-49.
- CORRÊA, Sonia e PARKER, Richard. Sexuality, human rights and demographic thinking: connections and disjunctions in a changing world. Salvador, 2001, mimeo [comun. apres. à sessão Ethics and Demography da Conferência Mundial de População da IUSSP].
- CORRÊA, Sonia e PETCHESKY, Rosalind P. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-77, 1996.
- CORRÊA, Sonia e REICHMANN, Rebeca. *Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South*. Londres: Zed Books, 1994.
- CORRÊA, Sonia; NOVAES, Regina e MELLO, Marcus. *Percepções sobre a qualidade de vida no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2001 [Relatório do Desenvolvimento Humano, cap. 10]. Disponível na seção Biblioteca em <www.no.com.br>.
- COSTA, Débora M. F.; SILVA, Gilvânia M. Por que ligação?: abordagem dos motivos que levam à laqueadura tubária no CISAM. Recife, 2001, mimeo [monografia apres. ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, FIOCRUZ].
- CRLP – CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND PRACTICE, UTPSRL – UNIVERSITY OF TORONTO PROGRAM IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH LAW. The application of human rights to reproductive and sexual health: an analysis of the work of international human rights treaty bodies. Toronto, 2001, mimeo.
- DORA, Denise D. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento. In: ARILHA, Margareth e CITELI, M. Teresa

- (orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: CCR, Ed. 34, 1998, p. 69-80.
- FARIA, Vilmar E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não-antecipadas e efeitos perversos. In: *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: ANPOCS, Vértice, 1989.
- FNUAP – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, CNPD – CONSELHO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo, setembro de 1994). Brasília, s.d.
- FONSECA, Claudia. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família contemporânea brasileira. In: BRUSCHINI, Cristina, UNBEHAUM e Sandra G. (orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC, Ed. 34, 2002, p. 267-93.
- FREEDMAN, Lynn P. e ISAACS, Stephen L. Human rights and reproductive choice. *Studies in Family Planning*, Nova Iorque, v. 24, n. 1, p. 18-30; jan.-fev. 1993.
- GARCÍA-MORENO, Carmen e CLARO, Amparo. Changes from the women's health movement: women's rights versus population control. In: SEN, Gita; GERMAIN, Adrienne e CHEN, Lincoln (eds.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994, p. 47-61.
- HENRIQUES, Ricardo. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001 (Texto para Discussão, 807). Disponível em <www.ipea.gov.br>.
- IBGE – FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *PNAD 1986*. Rio de Janeiro, 1996.
- LUIZ, Olinda C., CITELI, M. Teresa. Esterilização voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000.
- MARTINS, Alaerte L. Mortalidade materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil. *Jornal da REDESAÚDE*, São Paulo, n. 23, mar. 2001, www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alaerte.html.
- MILLER, Alice. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*, Cambridge, v. 4, n. 2, p. 69-109, 2000.
- NASCIMENTO, Claudio *et al.* *Pensando o direito à homossexualidade*. Rio de Janeiro: Grupo Arco-Íris, 2002.
- OLIVEIRA, Fátima. Recorte racial-étnico e a saúde das mulheres negras. *Jornal da REDESAÚDE*, São Paulo, n. 22 [encarte], nov. 2000, www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-fatima.html.
- OLIVEIRA, M. Coleta; BILAC, Elizabeth D. e MUZKAT, Malvina. *Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas de camadas médias paulistas*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000.
- OSIS, M. José. Estudo comparativo das consequências da laqueadura na vida das mulheres. Campinas, CEMICAMP, [1998], mimeo.
- PERPÉTUO, Igenes H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000.
- PETCHESKY, Rosalind P. *Abortion and women choice*. Ann Arbor: Northeastern University Press, 1990.
- _____. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, Regina M. e PARKER, Richard (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed. 34; Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1999, p. 15-38.
- PETCHESKY, Rosalind P. e COPELON, Rhonda. Towards an independent approach to reproductive and sexual rights and human rights: reflections on ICPD and beyond. In: SCHULLER, Maria A. (ed.). *From basic needs to basic rights: women's claims to human rights*. Washington: Women, Law & Development International, 1995, p. 342-67.
- PETCHESKY, Rosalind P. e JUDD, Karen. *Negotiating reproductive rights*. Londres: Zed Books, 1999.
- PIOVESAN, Flavia. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Max Limonad, 1998.
- PORTELLA, Ana Paula e NASCIMENTO, Pedro. Do sujeito da ação ao objeto de reflexão: homens, sexualidade e reprodução – O caso da Zona da Mata canavieira de Pernambuco. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000.
- POTTER, Joseph E. *The dark side of diffusion: increasing returns and the persistence of outmoded contraceptive regimes*. Austin: University of Texas at Austin, 1998, mimeo.
- REDESAÚDE – REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Direito ao aborto: uma questão de direitos humanos*. São Paulo, 2001 [folheto] www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html.

- ROCHA, M. Isabel Baltar da. Significados históricos e políticos da regulação da fecundidade. In: BATISTA, Carla e LARANJEIRA, Márcia (orgs.). *Aborto: desafios da legalidade*. Recife: SOS, Corpo, 1988, p. 41-76. (Cadernos do SOS-Corpo, 2).
- ROJAS, Olga L. *El debate sobre los derechos sexuales em México*. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 2001.
- SEN, Gita e CORRÊA, Sonia. *Justiça econômica e justiça de gênero: reflexões sobre os cinco anos das Conferências das Nações Unidas na década de 90*. Rio de Janeiro: IBASE, 2000. Disponível em www.ibase.br/paginas/genero_bibl.html.
- SILVA, Miriam V. Direitos reprodutivos no Brasil: relatório de pesquisa para a Fundação MacArthur. São Paulo, 2002, mimeo.
- SOUZA, Boaventura S. [Conferência proferida na Universidade Cândido Mendes em junho]. Rio de Janeiro, 1998 [anotações por S. Corrêa].
- SOUZA, Marta R. Uma contribuição ao debate sobre cesárea e esterilização: estudo prospectivo no município de São Paulo. São Paulo, 1999, mimeo.
- TAMBIAH, Yasmine. Sexuality and human rights. In: SCHULLER, Maria (ed.) *From basic needs to basic rights: women's claims to human rights*. Washington: Women, Law & Development International, 1995, p. 369-90.
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH COLLECTIVE. *The new Our Bodies Ourselves*. Nova Iorque: Simon & Schuster, 1984.
- VIEIRA, Elisabeth M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do Sudeste do Brasil e fatores ligados a sua prevalência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 440-48, 1994.

O CAMPO POLÍTICO-LEGISLATIVO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL

Leila Linhares Barsted*

Na década de 1960, o advento de novas atitudes diante do sexo e do casamento e a introdução da pílula anticoncepcional representaram potencialmente, para mulheres e homens em todo o mundo, a possibilidade de separar a sexualidade da reprodução. No entanto, até 1979, essa notável inovação científica foi considerada formalmente, pelas leis brasileiras, como uma contravenção penal, calcada em lei elaborada em 1941. Nesse sentido, a separação entre a sexualidade e a reprodução iniciou-se, no Brasil, sob o manto da ilegalidade. Tal situação é bastante coerente com o sistema punitivo em vigor que ainda criminaliza o aborto, salvo nas exceções extremas do artigo 128, inciso II, do Código Penal.

Apesar disso, para as mulheres das camadas médias e alta da sociedade, que tinham acesso à pílula, vendida como medicamento regulador de disfunções hormonais, ou das camadas populares – objeto de ações de instituições controlistas, em particular nos estados do Nordeste –, a pílula era uma realidade em suas vidas. Esse é mais um exemplo da distância entre leis e práticas sociais tão comum em nosso país.

As demandas por direitos relativos ao campo da sexualidade e da reprodução passaram a fazer parte do debate público no Brasil a partir de meados da década de 1970, por meio da atuação do recém-organizado movimento feminista brasileiro.

* Advogada, diretora da CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação; membro do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro, do Instituto dos Advogados Brasileiros e do Comitê de Seleção do Programa Graal, da Fundação Carlos Chagas e da Fundação MacArthur.