Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos

Ferramenta para a ação política das mulheres

De 25 a 27 de junho de 2008, a Rede Feminista de Saúde realizou, em Porto Alegre (RS) o Seminário Nacional "*Implementando os Marcos de Saúde Integral e Direitos sexuais e Reprodutivos das Mulheres*", no processo do seu 10º Encontro Nacional. Objetivando mapear os conhecimentos sobre marcos teóricos, conceituais e políticos em direitos sexuais e reprodutivos, com vistas a subsidiar ações de formação e atualização de lideranças para o exercício do controle social, realizou-se uma pesquisa com as participantes do Seminário. A investigação contou com a parceria do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Denominado de Mapa do Conhecimento Conceitual e Político em Direitos Sexuais e Reprodutivos, o estudo subsidiará o Plano Pedagógico da RFS para os próximos anos. Todavia, desde já confirmou a necessidade de ampla difusão de documentos fundadores do direito à saúde sexual e reprodutiva e da saúde integral das mulheres, bem como de normativas instituídas na última década. Daí porque se oferece o presente material.

Parceria
NIEM/UFRGS

Iniciativa
REDE Feminista DE SAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

A trajetória da construção dos Marcos da Saúde das Mulheres

A história recente da saúde no Brasil tem como marco a Constituição Federal de 1988, que deu nascimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A CF estabelece em seu artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF, 1988).

Por sua vez, as políticas de atenção à saúde das mulheres estiveram também influenciadas por dinâmicas e contextos internacionais, caracterizando-se, até muito recentemente, pelo viés materno-infantil. Tal concepção de saúde se relaciona com o papel subalterno relegado às mulheres na sociedade brasileira até meados dos anos de 1980. Até este período, duas lógicas se alternaram: o país adotou uma postura pró-natalista ao longo do século passado, e para tanto dotou-se de legislação protetiva da maternidade e restritiva em relação ao exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos. O Código Penal de 1940 é exemplo singular dos variados graus de punição estabelecidos a toda e qualquer tentativa das mulheres de decidirem sobre a reprodução.

No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, com a crise do sistema econômico mundial, surgiram paralelamente as políticas de controle da natalidade, que propunham a redução do número de filhos das mulheres dos países sub-desenvolvidos. Essa política tinha como linha mestra a redução da pobreza através do controle do corpo das mulheres. O Brasil, por falta de uma política oficial de planejamento reprodutivo, passou a permitir a ampla difusão de métodos contraceptivos por entidades não governamentais, com ênfase nos métodos irreversíveis como a laqueadura tubária. Tais práticas de um lado substituíram o acesso ao planejamento familiar-reprodutivo calcado nos direitos, como uma livre opção, consciente e de qualidade, baseada na informação e acesso; e de outro, contribuíram para a manutenção de obstáculos à possibilidade de efetivamente decidir pelo direito de ter ou não filhos. Enquanto práticas coercitivas e impostas, focadas nas populações negras e pobres do norte e nordeste do país principalmente, levaram à esterilização milhares de mulheres, as restrições ao abortamento seguro mantiveram elevadas taxas de morbidade reprodutiva e de mortalidade materna. Duas faces da mesma moeda - a negação da autonomia das mulheres.

A recusa destas práticas autoritárias, advindas de visões demográficas sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, e a visão de direitos sexuais e direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos, orientou o movimento de mulheres brasileiro. Assim, no curso da reforma sanitária ocorrida no Brasil nos anos de 1980, as reivindicações do movimento feminista se integram às discussões mais amplas, originando em 1983 o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em boa parte impulsionado pelo movimento organizado de mulheres. Enquanto a reforma sanitária apontava para um modelo de sistema de saúde - público, universal e equitativo, o PAISM significou um rompimento com a abordagem demográfica e controlista, bem como com a concepção materno-infantil, ao enunciar uma política de "saúde integral da mulher". Esta passou a compreender um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais objetos reprodutivos das ações de saúde materno-infantil ou de sua exclusão, e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não dever ou desígnio.

No entanto, embora sua concepção suponha avanços significativos, a efetiva implementação do PAISM, hoje PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) permanece como um desafio para as políticas públicas e para o movimento de mulheres, especialmente quando se consideram as mulheres dos estratos mais vulneráveis econômica e socialmente e das regiões mais pobres do país, em sua grande maioria usuárias do Sistema Único de Saúde.

O final dos anos de 1980 trouxe importantes mudanças políticas no campo da saúde das mulheres com o surgimento de propostas inovadoras. A partir do conceito de integralidade e de direitos, as duas permissões previstas no Código Penal Brasileiro relativas à interrupção da gestação por violência sexual e risco de vida da gestante ganham lugar nas políticas públicas, organizadas em forma de serviços na cidade de São Paulo (1989). Esta experiência motivou debates em todo o país e foi fundamental para compor uma coleção de propostas oriundas da realidade vivida pelas mulheres, pela compreensão das relações de gênero como base das desigualdades no acesso à saúde como direito, bem como pela necessidade de considerar-se a diversidade como fundamento das políticas públicas.

A Década de 1990 trouxe novos desafios com a realização de Conferências Internacionais no âmbito das Nações Unidas. Da perspectiva internacional, o ciclo social da Organização das Nações Unidas (ONU)[1] foi responsável por colocar em pauta os direitos sexuais e os direitos reprodutivos e por consolidar uma terminologia relativa aos mesmos.

No rastro da II Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993) – que enfatizou que *os direitos das mulheres são direitos humanos* e que, portanto, devem estar incluídos na agenda das políticas de direitos

humanos das nações – a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) vem consagrar, como resultados de longas negociações e várias articulações prévias dos movimentos de mulheres, a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a idéia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente e sim deve ser abordada dentro de um contexto de políticas de desenvolvimento.

Segundo o Cairo (CIPD, 1994) "A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em conseqüência, a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que freqüência" (Cap. VII, 7.2).

O documento do Cairo é o primeiro texto de adoção universal a acolher e explicitar a expressão "direitos reprodutivos", contemplando o direito à liberdade de escolha do número de filhos e seu espaçamento.[2] Assim, o Programa do Cairo introduz um novo paradigma no debate sobre população ao deslocar a questão demográfica para o âmbito dos direitos humanos, quer dizer, identificando os direitos reprodutivos como direitos humanos. Contudo, tal reconhecimento só tornou-se possível devido à atenção e postulação incisiva do movimento de mulheres[3]. A experiência das mulheres em conferências anteriores das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (1974 e 1984) e Meio-ambiente e Desenvolvimento (Rio - 92), serviria para alertá-las sobre a polêmica questão do crescimento populacional e sobre o interesse em limitá-lo – nomeadamente em países periféricos – para combater a pobreza e a desigualdade social.

A reação das mulheres a esse discurso, tido como "controlista" e "autoritário", levou seus grupos e organizações a defender que "as causas explicativas da produção da pobreza estão nos modelos de desenvolvimento excludentes que não podem ser corrigidos pela simples redução da população pobre".[4] O movimento internacional de mulheres demonstrou, já em 1992, uma formidável capacidade de mobilização e articulação. Definindo uma agenda própria sobre a relação entre população e desenvolvimento, este movimento rejeitou os princípios controlistas e introduziu no debate das Nações Unidas as questões relativas aos direitos reprodutivos no marco de um processo de desenvolvimento e de respeito aos direitos humanos.[5]

No Brasil não foi diferente. Nesse sentido, "a atuação de grupos autônomos, organizações não-governamentais e governamentais de mulheres foi decisiva para definir uma posição de respeito à cidadania da mulher [...]". Tal postura, segundo elas, em realidade irá reafirmar princípios já explicitados na Constituição Federal de 1988, em específico, o conteúdo do "artigo 226, § 7º, que dispõe sobre o direito de mulheres e homens decidirem livremente sobre concepção e anticoncepção, e o dever do Estado de informar e assegurar a prestação dos serviços necessários para a garantia desses direitos".

Em suma, a relevância da Conferência do Cairo deve-se, especialmente, por introduzir uma nova abordagem de direitos reprodutivos, definidos como "o direito de decidir livre e responsavelmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de tê-los; a dispor de informação e dos meios necessários para isso" e pelo reconhecimento expresso em seu documento final, do aborto inseguro como um grave problema de saúde pública (parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo). Demarcava-se, assim, de um lado, o direito de livre escolha dos sujeitos e, de outro, o dever do Estado em prover os meios para que tal escolha se efetive.

Um ano mais tarde, a Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 1995), revela a distância das mulheres dos espaços de poder e a relação entre o empoderamento de gênero e a superação dos desequilíbrios mundiais. Aponta ainda para a eliminação de leis e medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo o acesso a serviços de qualidade para tratar complicações derivadas desses abortos. Em seu documento final, a Conferência afirma: "na maior parte dos países, a violação aos direitos reprodutivos das mulheres limita dramaticamente suas oportunidades na vida pública e privada, suas oportunidades de acesso à educação e o pleno exercício dos demais direitos".

Estabelece-se aí o nexo entre a saúde sexual e reprodutiva e a cidadania efetiva das mulheres e a sua relação com as políticas de desenvolvimento, o que estará expresso nas Metas do Milênio em 2000. Todavia limitadas, segundo a visão do movimento feminista latino-americano, as Metas oferecem uma chance a mais para avançar quanto às oportunidades de igualdade e equidade entre homens e mulheres. No entanto, passados oito anos da sua formulação, persistem imensos déficits de cidadania, oriundos do desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos – discriminações, estigmas, inexistência de políticas públicas – fazendo com que as três metas pactuadas pelos governos não sejam cumpridas, como é o caso da redução das taxas de mortalidade materna na maioria dos países, segundo avaliação da ONU.

Apesar dos avanços internacionais e dos esforços do movimento de mulheres e feminista no sentido de adequar a legislação e as políticas nacionais aos acordos do Cairo e de Beijing, e do reconhecido avanço ocorrido no Brasil nos últimos anos com a elaboração de documentos governamentais e a criação de novos mecanismos de defesa dos direitos das mulheres, as brasileiras continuam sofrendo discriminações, violações e são vítimas de processos de exclusão em todos os níveis e esferas.

A persistência de índices de desenvolvimento desiguais entre os sexos no Brasil se apresenta também frente aos direitos à saúde integral, assim como à segurança pessoal e à autonomia; o aborto segue sendo um crime, com duas exceções legais, e os serviços de saúde continuam maltratando e negando acesso ao atendimento às mulheres com complicações por aborto inseguro; a mortalidade materna mantém-se elevada no país, vitimando milhares de mulheres e enlutando famílias a cada ano.

No Brasil, como já referido anteriormente, persistiu por muitas décadas um padrão de alta natalidade. Na ausência de políticas de saúde voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, ganharam espaço políticas de caráter controlista da natalidade, amplamente denunciadas.

Este quadro passou a se inverter nos anos de 1980, quando o Brasil entra efetivamente num período de retomada da democracia, permitindo a participação de diversos atores políticos, entre eles o movimento de mulheres, com posições anti-controlistas e a favor dos direitos das mulheres. Nesse período se inicia também a transição demográfica[6], com a queda da natalidade, propiciada entre as muitas explicações pela urbanização da população, maior ingresso das mulheres no mercado de trabalho, acesso aos métodos contraceptivos e por mudanças em padrões culturais, que levaram à reversão do caráter das políticas de saúde neste campo. A taxa bruta de natalidade vem caindo progressivamente, e se em 1980, era igual a 3,2%, em 2000 foi de 2,0%, com previsão de queda para 1,4% no ano de 2040[7]. Segundo dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS-2006 (MS), a taxa de fecundidade manteve tendência de queda, de 1,8 filhos por mulher, contrastando com 2.5 registrados em 2006.

No entanto, a queda da fecundidade não significou a redução das enormes dificuldades para o acesso a atenção à saúde de qualidade, como demonstram diversos estudos, entre os quais "Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna", coordenado pelo professor Ruy Laurenti (2002). Este estudo indica que as mulheres brasileiras adoecem e morrem de quatro causas principais - neoplasias, doenças do aparelho circulatório, infecções (Aids) e doenças parasitárias e por fim de causas externas (acidentes e homicídios).

Hoje, a feminização da epidemia de HIV/Aids é um desafio complexo para o movimento de mulheres. A violência é um fenômeno de grande impacto na vida das brasileiras, que afeta sua saúde sexual e reprodutiva, exigindo políticas de prevenção, acesso à justiça e punição dos agressores e a existência de redes de atenção na área da saúde. As conexões entre a vulnerabilidade à violência e o HIV desencadeiam a necessidade de novos olhares sobre as políticas públicas, já que ambas situações são expressões das desigualdades de gênero.

No que tange à saúde sexual e reprodutiva, os indicadores revelam a omissão e desatenção dos responsáveis pelas políticas de saúde. Fatores que, aliados às desigualdades que marcam a vida das mulheres, à ingerência dos setores conservadores, religiosos ou não nas leis e nas políticas públicas impedindo a remoção de obstáculos ao exercício da autonomia das mulheres de decidir pelos seus corpos, configuram um quadro de violação dos seus direitos humanos.

Questões chaves para os direitos à saúde integral:

Quatro importantes questões destacam-se como grandes desafios à efetivação da saúde integral e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil:

· As persistentemente elevadas taxas de gestações não planejadas e interrompidas - 31% - segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2004, a Razão de **Mortalidade Materna** (RMM), calculada a partir de óbitos declarados pelo Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, foi de 54,37 óbitos por 100.000 nascidos vivos (MS, 2003). Tal indicador, que ainda se sabe sub-registrado e sub-notificado, alerta para uma situação inaceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM oscila entre 6 a 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, com discrepâncias regionais para cima e para baixo. O último balanço do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2008) demonstra obstáculos situados na qualidade da atenção.

· Por sua vez, o **aborto clandestino**, realizado em **condições inseguras**, varia de 1.054.243 (IPAS, UERJ, IMS, 2007) a 1.443.350 (Allan Gutmacher, 1994) ou 4 milhões (UNB/UERJ, 2007) ao ano, sendo, segundo o Ministério da Saúde, responsável por 15% dos casos de mortalidade materna, em razão da situação de ilegalidade em que é praticado. As curetagens por abortos induzidos constituem a segunda causa de internações obstétricas nos hospitais públicos brasileiros. O aborto ilegal tem exposto mulheres também à criminalização, com danos morais e psíquicos, considerados agravos à saúde.

· A dificuldade no acesso do direito à saúde é exemplificada com a **feminização da Aids**. Segundo dados do MS, em 1985, para cada 15 casos novos de Aids em homens, contava-se uma mulher. Em 2005, o número de mulheres infectadas é de 10 para cada 15 homens, evidenciando a alarmante feminização da epidemia e a grande vulnerabilidade das mulheres à contaminação pelo vírus. Em 2006, a proporção passou de 1,6 homens para uma mulher e na faixa etária de 13 a 19 anos, 13 meninas para 10 meninos portadores do HIV. Além disso, verifica-se o deslocamento da doença dos centros urbanos para o interior do país, das regiões sul e sudoeste para o centro-oeste, norte e nordeste do país e dos mais jovens para os mais velhos, bem como o seu crescimento mais acentuado entre os mais pobres.

· Quanto à **violência de gênero**, esta prevalece também como um grave problema de saúde pública, responsável pela vitimização de quase uma em cada três mulheres no Brasil, segundo pesquisas promovidas pela OMS[8], trazendo seqüelas à saúde física e psicológica destas mulheres, danos familiares especialmente pelo impacto sobre os filhos e prejuízos à sociedade, levando-as com maior freqüência às unidades de saúde para tratamento desses agravos.

Todas as evidências estão a demonstrar que tanto os abortos inseguros, mortes maternas, violência de gênero

e a epidemia do HIV, sem esquecer os cânceres de mama e de colo de útero, atingem mais severamente os grupos das mulheres negras e das indígenas em relação às brancas, bem como refletem as desigualdades regionais e econômicas prevalentes no país. A invisibilidade das mulheres lésbicas frente às políticas saúde as insere nos segmentos mais vulneráveis ao adoecimento. Isso tudo reforça a necessidade de um olhar atento às desigualdades, articuladas com os determinantes sociais da saúde.

O acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, com atendimento humanizado e uso adequado e ético das tecnologias, está disponível, ainda, apenas para uma pequena parcela das mulheres, sendo um exemplo claro das desigualdades sociais e iniqüidades de gênero.

A mortalidade materna se engrena, por sua vez, com o aborto, a violência de gênero e o HIV, constituindo um eixo em torno do qual inúmeras ações no campo da saúde podem ser articuladas.

[1] Referem-se às Conferências realizadas a partir da Década de 1970, tendo como marco o Ano Internacional da Mulher das Nações Unidas e a Década da Mulher (1975 - 1985), somadas as conferências de Direitos Humanos de Viena (1992), de População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher de Beijing (1995), entre outras.
[2] ALVES, J. A. Lindgren. A Agenda Social da ONU Contra a Desrazão "Pós-Moderna". In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais* – ANPOCS. Nº 30, ano 11, fevereiro de 1996. p.63-82.
[3] BARSTED, Leila Linhares, HERMAN, Jacqueline. As mulheres e os direitos civis. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.
[4] Idem, p.101.
[5] Idem.
[6] Rev. Brasileira de.Estudos Populacionais, Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.
[7] Informe da Previdência Social, setembro de 2002.
[8] Violência Contra a Mulher e Saúde no Brasil - Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica, 2004.
[9] Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. André Marinheiro, Elizabeth Vieira e Luiz de Souza. Rev. Saúde Pública vol.40 nº.4, São Paulo, Aug., 2006.

Marcos nacionais da saúde integral e dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres

SAÚDE INTEGRAL

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher instituída em 2004 é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras).

Incorpora a perspectiva de gênero, raça e etnia e diversidade na elaboração, execução e a avaliação das políticas de saúde, extrapolando os limites da saúde reprodutiva. Segundo o conceito adotado, "a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde". A garantia desta atenção deve ser assegurada pelo SUS e compreende: "atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas". A humanização nas práticas é um princípio a ser adotado por todos os profissionais de saúde.

A PNAISM se traduz em estratégias assim relacionadas:

· Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.

· Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.

· Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

· Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

· Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.

· Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.

· Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.

· Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, na terceira idade, da mulher negra, da mulher lésbica e ou bissexual, das trabalhadoras do campo e da cidade, da indígena, das mulheres em situação de prisão.

· Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Lei de Planejamento Familiar N. 9.263 de 12 de janeiro de 1996 (Regulamenta o § 7º, do art. 126, da Constituição Federal)

Prevista na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), atualmente é implementada através da Política Nacional de Planejamento Familiar (2006 e 2007). Estabelece um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Proíbe a utilização de quaisquer ações voltadas ao controle demográfico. As atividades básicas são a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis, o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Prevê ainda a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, observado o prazo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fertilidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo pode ser executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, sendo objeto de notificação compulsória no SUS.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes - Ministério da Saúde

Destinada a atender as vítimas de violência, prevê abordagem intersetorial e interdisciplinar, com interface com segurança e justiça. Prevê a realização da Notificação Compulsória (Lei 10.778 de 24/11/2003), mas dispensa o Boletim de Ocorrência Policial para que se assegure a atenção ao abortamento. Nos casos de menores de 18 anos é obrigatório o comunicado ao Conselho Tutelar ou Vara de Infância e da Juventude, mas não é condição para atendimento. O atendimento a vítimas de violência sexual deve cumprir os princípios de sigilo e segredo profissional e da inviolabilidade. Esta norma técnica estabelece normas gerais de atendimento:

· Levantamento da história da violência

· Atendimento de emergência

· Adoção de medidas de proteção (realização do boletim de ocorrência não obrigatório), exame pericial de corpo de delito e conjunção carnal (não obrigatório), comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara de Infância e da juventude (crianças e adolescentes), outras medidas legais cabíveis. Deve-se verificar a necessidade de ofertar apoio familiar e social, incluindo abrigos de proteção.

· Apoio psico-social humanizado e com garantia do sigilo e o encaminhamento para tomada de providências diversas. Esta atenção deve ser realizada em rede integrada de atendimento.

· Medidas: a) anticoncepção de emergência – método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, impedindo ou retardando a ovulação, e quando usada na segunda fase do ciclo menstrual, impedindo a fecundação do óvulo pelo espermatozóide.

· Profilaxia para DSTs não virais: sifilis, gonorréia, clamidiose, cancro mole e tricomoníase; e virais: hepatites, HIV. Acompanhamento laboratorial para auxiliar em diagnóstico e investigação das DSTs/HIV/Hepatites.

· Nos casos de gravidez decorrente de violência sexual: esclarecimentos sobre a possibilidade de interrupção ou de manutenção da gestação.

· No caso de opção pela interrupção, o consentimento por escrito é obrigatório pela mulher a partir dos 18 anos; entre 16 e 18 deve ser assistida pelos pais ou representante legal que se manifestem com ela (não por ela). Menores de 16 anos devem ser representadas pelos pais que se manifestam por ela.

· A realização deste abortamento não se condiciona a decisão judicial, não havendo exigência de alvará ou autorização, mas a presunção da veracidade da mulher e da adolescente.

· Não há, segundo esta norma, "impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a) preste a assistência que entender necessária". A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão.

ABORTO

Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento - Ministério da Saúde

Com base na Constituição Federal no que trata da igualdade e do direito ao planejamento familiar, e de acordo como Código Penal (Art 128,I), onde diz que *não se pune abortamento praticado por médico para salvar a vida da mulher e gravidez resultante de estupro*, esta Norma

Técnica prevê o acolhimento digno e respeitoso, baseado na promoção da autodeterminação e autonomia, sem julgamentos, como uma ação de saúde, humanizada.

· Acolhimento com informação, da adolescente ou da mulher.

· Atenção clínica ao abortamento com a escolha de método adequado a cada caso.

· Uso de medicação e técnicas de alívio da dor.

· Planejamento reprodutivo pós abortamento com a orientação e oferta de métodos anticoncepcionais.

· Esta norma se articula com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.

MORTALIDADE MATERNA

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal/2004

Estratégia de pactuação entre União, Estados e Municípios com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal, vinculada às Metas do Milênio. Lançado em 2004 numa ação que articulou entidades médicas e de enfermagem, (Febrasgo, Sociedade Brasileira de Pediatria, CFM e Abemfo), Redes (RFS e Rehuna), Organização Pan-americana da Saúde - OPAS e Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Tem como objetivo mobilizar atores sociais, governamentais e não governamentais em torno de um conjunto de ações, cuja meta é reduzir em 75% a mortalidade materna no país até o ano 2015. Uma Comissão de Monitoramento acompanha os resultados das ações e propõe os próximos passos.

O Pacto se ancora em comitês de mortalidade materna estaduais, municipais e/ou regionais; na capacitação de profissionais de saúde para a atenção às urgências e emergências; na garantia de acolhimento e leito para gestantes, evitando a peregrinação; no aumento da cobertura de consultas e melhoria da qualidade do pré-natal e na oferta de exames laboratoriais no pré-natal; atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e atendimento do aborto previsto em lei; garantia do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto; ampliação das ações de planejamento familiar; qualificação das informações sobre óbitos de mulheres e de recém-nascidos, visibilizando as causas das mortes; inclusão das urgências pediátricas e obstétricas no programa do SAMU; oferta de atenção humanizada e qualificada à saúde das mulheres negras e indígenas; promoção do controle social; humanização da atenção nos sistemas púbico e privado.

HIV/Aids

Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs /2007

O foco deste Plano é a feminização da epidemia do HIV/Aids e outras DSTs. Pretende-se enfrentar a epidemia por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral. Através de ações articuladas e intersetoriais, pretende-se promover o acesso universal à atenção integral em DST/Aids para as mulheres; reduzir a morbidade das mulheres relacionadas as DSTs; reduzir os índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres; reduzir a Transmissão Vertical do HIV e da sífilis; promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/Aids, no âmbito dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Este plano está em processo de atualização.

MULHERES NEGRAS

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra/2007

Tem como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando as desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e as discriminações. nas instituições e serviços do SUS. Reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. Incorpora o conceito de integralidade. Propõe a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra - assistência ginecológica e obstétrica e no climatério, bem como em situação de abortamento. Aponta para a maior vulnerabilidade das mulheres negras para a morbi-mortalidade materna, doença falciforme, câncer de colo uterino, bem como para as DSTs/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase e transtornos mentais. E, ainda, o incentivo técnico e financeiro para a organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar.

VIOLÊNCIA

Lei Maria da Penha (Violência Contra a Mulher) - Nº 11.340/2006

Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no SUS e na Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso. A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e o abortamento nos casos de gestação e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

Proposta de Projeto de Lei para a Revisão da Legislação Punitiva e Restritiva ao Aborto no Brasil (Proposta da Tripartite) - 2006

A proposta, elaborada por uma comissão designada pelo Presidente da República, descriminaliza e regulamenta a interrupção voluntária da gravidez realizada por médico e condicionada ao consentimento livre e esclarecido da gestante. Propõe a interrupção voluntária da gravidez em qualquer das seguintes condições: I - até doze semanas de gestação; II - até vinte semanas de gestação, no caso de gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual; III - no caso de diagnóstico de grave risco à saúde da gestante; IV - no caso de diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida ou de doença fetal grave e incurável. A proposta não foi analisada pelos parlamentares e não se encontra em tramitação.

Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 - Criam o Sistema Único de Saúde e Normatizam o Controle Social

O marco legal que cria o SUS - Lei 8.080/90 - define os seus princípios norteadores: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização. Ou seja, a democratização dos processos decisórios, através da participação de usuários nos *Conselhos Municipais de Saúde* passa a integrar a estrutura do sistema único de saúde.

A Lei 8.142/90 vem regulamentar a participação popular no sistema de saúde, definindo as Conferências de Saúde como os fóruns de proposição e de avaliação das diretrizes das políticas de saúde nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal - e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, de caráter permanente e deliberativo e de composição paritária - de um lado usuários, representados por instituições da sociedade civil, e, de outro, os gestores públicos e privados e os trabalhadores da saúde. Além de qualificar estas instâncias de controle social, a lei também condiciona o repasse de recursos a estados e municípios à existência dos conselhos.

Documentos Consultados Artigo 128 (I e II) do Código Penal Brasileiro/1940; Lei de Planejamento Familiar N° 9.263/1996; Lei Maria da Penha – N° 11.340/2006; Leis 8.080/90 e 8.142/90; Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, MS (2005); Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, MS (2005); Norma Técnica do Pré Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, MS (2005); Projeto de Lei para a Revisão da Legislação Punitiva e Restritiva ao Aborto no Brasil (Proposta da Tripartite), 2006; Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, MS (2005); Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs, MS (2007); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, MS (2005); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (MS) 2006; Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, MS (2005).

Projeto: ***Fortalecimento da sociedade civil e advocacy em saúde sexual e reprodutiva***
Apoio: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

Composição da Equipe de Pesquisa "Mapa do Conhecimento Conceitual e Político em Direitos Sexuais e Reprodutivos" Coordenadora: Profª. Drª. Jussara Reis Prá (UFRGS - Rio Grande do Sul) / Colaboradora: Telia Negrão (Rede Feminista de Saúde) / Pesquisadora: Léa Epping (Niem/UFRGS) / Revisora técnica de conteúdo: Dra. Maria José Araújo /Apoio técnico: Adriana Paz Lameirão

Publicação Texto: Telia Negrão / Design gráfico e ilustração: Vit Núñez / Revisão e comentários: Vera Daisy Barcellos e Regina Vargas

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC) e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos (RMMDR)
Av. Salgado Filho, 28, cj 601 - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil - CEP 90010-220 - Fone: 55 51 3212.4998
E-mail: redefeminista@uol.com.br - Site: www.redesaude.org.br
Secretária Executiva: Telia Negrão (Coletivo Feminino Plural - POA/RS) - teliarede@uol.com.br
Secretária Adjunta: Maria Luísa P. de Oliveira (Maria Mulher - Organização de Mulheres Negras) - marialuisa.tk@gmail.com

CONSELHO DIRETOR **Bahia** -IMAIS -Maria José Araújo (imais.ba@uol.com.br) **Distrito Federal** -Coturno de Vênus -Karen Lúcia Borges Queiroz (karen@coturnodevenus.org.br) **Minas Gerais** -Associação de Mulheres do Graal -Neusa Cardoso de Melo (neusinham@gmail.com) **Pará** -Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense -Marta Giane Machado Torres (martagiane@ig.com.br) **Paraná** -Espaço Mulher -Maria Goretti Lopes (lopes.mariagoretti@gmail.com) **Rio de Janeiro** -Coisa de Mulher -Neusa das Dores Pereira (neusapereira@coisademulher.org.br) **Rio Grande do Sul** -Maria Mulher - Organização de Mulheres Negras -Maria Noelci Teixeira Homero (nohomero@mariamulher.org.br) **Santa Catarina** - Casa da Mulher Catarina -Clair Castilhos (clair@matrix.com.br) **São Paulo** -Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos (rdelourdes @uol.com.br)

Porto Alegre, dezembro de 2008