

[ capítulo 1 ]

*Direitos e saúde sexual  
e reprodutiva:  
marco teórico-conceitual  
e sistema de indicadores*

*Sonia Corrêa<sup>1</sup>*

*José Eustáquio Diniz Alves<sup>2</sup>*

*Paulo de Martino Jannuzzi<sup>3</sup>*

---

1 Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Grupo Internacional para Sexualidade e Política Social.

2 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).



## Introdução

Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD),<sup>4</sup> realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing) em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral têm-se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos. Para tanto, é preciso criar instrumentos de acompanhamento e avaliação das metas e objetivos colocados nas plataformas de ação das duas conferências, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). O objetivo deste capítulo é apresentar, de maneira resumida, um quadro histórico do debate sobre população e desenvolvimento e os principais conceitos sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva. Além disso, apresentam-se aqui o processo de escolha e a metodologia de um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que permitirá seu acompanhamento, no Brasil.

## Antecedentes históricos

A Conferência do Cairo aconteceu após 200 anos de debates sobre questões de demografia e economia, tornando-se um ponto de inflexão nas orientações sobre este tema. A Programa de Ação da CIPD, resultado de um consenso assinado por 179 países, propiciou uma mudança fundamental de paradigmas: das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos e reportam às questões da cida-

4 UNITED NATIONS. *Report of the International Conference on Population and Development. Cairo: 5-13 set. 1994.* Disponível em [http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport\\_icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_eng.pdf). Acesso em 30 de janeiro de 2006.

dania moderna, pensadas a partir dos princípios iluministas do século XVIII. Contudo, o caminho até o Cairo foi árduo e marcado por obstáculos, avanços e retrocessos. Ao longo da caminhada, a população foi vista ora como objeto de políticas coercitivas, ora como sujeito de direitos e de políticas cooperativas.

No início do debate, ainda no calor da Revolução Francesa, o marquês de Condorcet (1743-1794) apresentou, em 1794, uma posição otimista da relação entre população e desenvolvimento, em que previa uma queda progressiva tanto das taxas de mortalidade como de natalidade e uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o progresso socioeconômico. Quatro anos depois, o economista e pastor da Igreja anglicana, Thomas Malthus (1766-1834), apresentou uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre, a crescer mais rapidamente do que os meios de subsistência. Em consequência, o desenvolvimento e o progresso seriam objetivos utópicos, longe do alcance da maioria da população. Malthus não separava a atividade sexual da reprodução e era contra a utilização de métodos contraceptivos e o aborto, concordando apenas com que o aumento da idade para o casamento e com a abstinência sexual fora dele seriam os únicos meios aceitáveis de limitação da natalidade (Alves, 2002).<sup>5</sup>

Segundo Amartya Sen, Condorcet foi um advogado das políticas cooperativas e Malthus, um precursor das políticas populacionais coercitivas.<sup>6</sup> Todavia, a despeito de polêmicas apaixonadas, travadas entre uns e outros durante o século XIX, a queda das taxas de mortalidade e natalidade, nos países desenvolvidos, tornou-se uma realidade na primeira metade do século XX. Os demógrafos deram a este fenômeno o nome de "transição demográfica". As primeiras abordagens da transição demográfica não viam contradição entre população e desenvolvimento, mas uma relação de influência mútua, já que o desenvolvimento induziria à redução das taxas de mortalidade e natalidade, e as mudanças na estrutura etária e o baixo crescimento populacional, decorrentes deste processo, ajudariam na decolagem do progresso econômico.

5 J. E. D. Alves, *A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica*. Rio de Janeiro, texto para discussão, nº 4. ENCE/IBGE, 2002.

6 Amartya Sen, *Population policy: authoritarianism versus cooperation*. Nova Delhi: International Lecture Series on Population Issues, 1995.

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

Os dados estatísticos mostram que, de fato, as décadas de 50 e 60 do século XX foram aquelas em que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Os demógrafos mais pessimistas tomaram estes dados como comprovação da “explosão populacional” e como justificativa para a necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Este tipo de preocupação é que fundamenta as análises do pensamento neomalthusiano. Uma diferença fundamental entre Malthus e o neomalthusianismo é que este último aceita e receita os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade.

Portanto, foi neste ambiente de alto crescimento demográfico e sob a influência do pensamento neomalthusiano que ocorreram as primeiras conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foi no desenrolar destas conferências, sob conjunturas internacionais distintas e sob a influência de múltiplos atores sociais, que se chegou às definições dos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva.

## As conferências internacionais de População

Na segunda metade do século XX, aconteceram cinco conferências mundiais de População: Roma, em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994. Segundo o FNUAP,<sup>7</sup> a preocupação com o binômio população e desenvolvimento tem estado presente desde a Conferência Mundial de População, realizada em Roma em 1954. Esta conferência foi promovida pelas Nações Unidas, em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP). Inicialmente, ela tinha um caráter eminentemente científico; houve, entretanto, um acalorado debate sobre o papel da população no desenvolvimento. De um lado, os países capitalistas avançados (Primeiro Mundo) defendiam posições neomalthusianas, argumentando que o alto crescimento populacional poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico. Na Conferência de Belgrado, foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU), e à esterilização masculina e ao aborto legalizado quando aceitos pela sociedade. Os países não-alinhados do Terceiro Mundo dividiram-se entre as três visões existentes: controlismo, natalismo, ou a população concebida como elemento neutro para o desenvolvimento.

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

Contudo, as preocupações com o “descontrole populacional” voltaram à tona dez anos depois. Segundo Berquó,<sup>8</sup> a posição oficial da Conferência Internacional de População do México (1984) foi pela defesa da estabilização da população

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

8 Elza Berquó, “O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo”, in E. D. Bilac e M. I. B. Rocha, *A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas (SP): Editora 34, PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, 1998.

mundial, no prazo mais curto possível, de maneira a permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento. O Brasil foi um dos que alterou sua posição neste período, apesar de não ter adotado qualquer política explícita de controle da natalidade.

Porém o debate entre população e desenvolvimento passou a ficar mais complexo com o surgimento de outros atores e temas, que passaram a ter uma presença internacional, em especial no âmbito das Nações Unidas. Mais especialmente, ao longo dos anos 1990, de maneira a otimizar as novas condições políticas resultantes do fim da Guerra Fria, a ONU promoveu uma série de conferências articuladas (o chamado Ciclo Social da ONU). Iniciado com a Cúpula da Infância (1990), este ciclo desdobrou-se em oito conferências intergovernamentais, cujos resultados são relevantes para o debate que articula população, desenvolvimento e direitos: Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio, 1992; Direitos Humanos – Viena, 1993; População e Desenvolvimento – Cairo 1994; Cúpula do Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995; Mulheres e Desenvolvimento – Pequim, 1995; Habitat – Istambul, 1996; Alimentação – Roma, 1997; Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminação Correlata – Durban, 2001.<sup>9</sup>

Um traço fundamental do chamado Ciclo Social da ONU foi sua natureza cumulativa, ou seja, os acordos de cada conferência seriam reiterados ou mesmo ampliados e aprimorados nas negociações seguintes. Neste sentido, os acordos alcançados na Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo 1994 apoiar-se-iam em definições adotadas na Cúpula da Infância, na Conferência de Viena e na do Rio+10, ao mesmo tempo em que significariam um marco para as políticas relacionadas à população, especificamente. As definições da Cúpula seriam importantes para balizar recomendações relativas à adolescência no que diz respeito aos direitos de acesso a informação e serviços. Entre os legados da Conferência de Viena cabe sublinhar a indivisibilidade dos direitos humanos (superação da dicotomia entre direitos civis, políticos e direitos econômicos e sociais), da própria legitimação da idéia de direitos humanos das mulheres, bem como o reconhecimento de que existiam abusos

9 Este resgate também deve contabilizar os processo de revisão de cinco e dez anos que se sucederam a estas várias conferências, muito embora tenham sido muito diversos os graus de visibilidade e efeito político destes eventos.

de direitos humanos na esfera privada, como é o caso da violência doméstica e sexual e o estupro sistemático em situação de conflito. Segundo Barsted:

Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos (2002, p. 87).<sup>10</sup>

A Conferência Rio 1992 daria, uma vez mais, visibilidade à questão populacional. De um lado, setores favoráveis ao controle populacional usaram amplamente o argumento de que o crescimento demográfico era uma das causas da degradação ambiental. Outras vozes, especialmente aquelas de países em desenvolvimento, defenderam a posição de que a maior causa de degradação era a pobreza. Repetia-se de algum modo, em outros termos, a polêmica de Bucareste. Mas, neste momento, o movimento de mulheres e outros atores já defenderam com bastante vigor o direitos das mulheres, a igualdade de gênero, o papel das mulheres na gestão ambiental e o acesso a serviços de saúde reprodutiva e à anticoncepção.

A ECO 92, por um lado, favoreceu uma articulação renovada entre meio ambiente, pobreza, desenvolvimento, direitos humanos, gênero e saúde reprodutiva. Mas, por outro lado, o Vaticano alinhou-se aos países do Sul no que diz respeito à agenda de erradicação da pobreza, ao mesmo tempo em que atacava sistematicamente as propostas de saúde reprodutiva e planejamento familiar. Esta tensão faria com que todas as referências mais duras ao crescimento demográfico fossem eliminadas do documento final,<sup>11</sup> mas também inaugurou um padrão de negociação que se repetiria e se agravaria em todas as conferências subseqüentes, inclusive na recente Cúpula de Desenvolvimento do Milênio, segundo o qual as forças conservadoras lançam mão dos temas de pobreza e desenvolvimento para esvaziar as pautas de igualdade de gênero e autonomia sexual e reprodutiva.

10 Leila Linhares Barsted, *Gênero e legislação rural no Brasil: a situação legal das mulheres face a reforma agrária, relatório final*. Brasília, INCRA; Roma, FAO, 2002.

11 Na verdade, os termos “demografia/demográfico” foram objeto de grandes controvérsias.



Os debates de Viena e do Rio são marcos especialmente importantes, porque transportaram para a arena global de políticas públicas as formulações desenvolvidas pelas feministas desde a década de 70 do século XX: a população tem dois sexos, e os direitos das mulheres deveriam ser respeitados na vida privada, mas também pelas políticas públicas destinadas a alterar padrões demográficos. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo, realizada em 1994, não só se beneficiaria de acordos anteriores como também adotaria definições mais precisas quanto ao significado da desigualdade de gênero e dos direitos humanos no campo específico da reprodução.

Os resultados do Cairo também devem ser analisados na sua relação com a conjuntura global favorável, bem como da perspectiva do novo contexto demográfico. O fim da Guerra Fria atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças temporárias entre os diversos países presentes. Também teve destaque a forte presença de organizações não governamentais (ONGs), representando a sociedade civil. A interação entre as agendas cumulativas das diversas conferências internacionais da ONU e a presença crescente dos movimentos de mulheres, de ambientalistas e de defensores dos direitos humanos possibilitaram que o debate entre população e desenvolvimento fosse colocado em um patamar mais elevado. Por outro lado, a queda da fecundidade, que já então se constatava na maior parte do mundo em desenvolvimento, também facilitou a mudança de paradigma das políticas de controle da natalidade – que até então haviam prevalecido – para a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

A maior vitória da CIPD do Cairo foi deslocar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos. A plataforma do Cairo abandona ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade. Mas esta reorientação não implicou o abandono de dimensões propriamente demográficas como a migração e o envelhecimento populacional. Também se faz menção (ainda que breve) à desigualdade racial, um tema que seria mais amplamente debatido na Conferência de Durban de 2001.

## Os significados dos acordos do Cairo, Pequim e Duban

Segundo Corrêa e Sen (1999),<sup>12</sup> a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo provocou uma transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, à saúde e aos direitos reprodutivos. As autoras destacam os seguintes pontos do Programa de Ação da Conferência.<sup>13</sup>

- No capítulo III do Programa de Ação, retomam-se as preocupações expressas na Conferência de Bucareste, em 1974, reconhecendo-se que o direito ao desenvolvimento é universal, inalienável e um componente integral dos direitos humanos fundamentais. Adiciona-se que o desenvolvimento deve levar em conta as preocupações sociais e ambientais, além de tratar do problema da desigualdade intra e interpaises, enfatizando a necessidade da erradicação da pobreza entre as mulheres. Ainda define, como objetivos da sustentabilidade, da redução da produção e do consumo não sustentáveis, o investimento em seres humanos e a segurança alimentar.
- No capítulo IV, adota-se, por primeira vez e de maneira sistemática num documento de consenso intergovernamental, os termos igualdade e desigualdade de gênero. Também seria abandonada a linguagem neutra do *status* da mulher, que vinha sendo utilizada desde Bucareste, em favor de um reconhecimento explícito das relações desiguais de poder e recursos entre os gêneros como base no conceito de “empoderamento” das mulheres. O texto também adota a terminologia responsabilidade masculina e recomenda programas de educação dos homens, rapazes e meninos.
- No capítulo VII, reafirmam-se as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca de saúde sexual e reprodutiva e definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência. Recomenda-se que os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e

12 Sonia Corrêa e Gita Sen, *Cairo + 5: no olho da tempestade. Observatório da Cidadania*, 1999.

13 UNFPA. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Disponível em [http://www.unfpa.org/icpd/icpd\\_poa.htm](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm). Acesso em 30 de janeiro de 2006.

planejamento familiar) sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomenda, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável.

- No capítulo VIII, o aborto inseguro é reconhecido como um grave problema de saúde pública. Afirma-se que as mulheres devem ter acesso a serviços para tratar as complicações decorrentes do aborto inseguro.
- O Programa de Ação da CIPD também definiu metas em termos de recursos financeiros voltados para o planejamento familiar, os serviços de saúde reprodutiva, para HIV-aids e a pesquisa e a coleta de dados.
- No capítulo XV, fizeram-se recomendações sobre parcerias e mecanismos de monitoramento e responsabilidade. Entre elas, duas são parâmetros fundamentais para avaliar o progresso observado deste 1994:
  - Parágrafo 15.8 – Governos e organizações intergovernamentais, em consulta com organizações não governamentais e grupos comunitários locais e em pleno respeito à sua autonomia, devem integrá-los a suas tomadas de decisão e facilitar a contribuição que organizações não governamentais possam dar, em todos os níveis, para encontrar soluções para as questões de população e desenvolvimento, em particular no sentido de assegurar a implementação do presente Programa de Ação. Organizações não governamentais devem desempenhar um papel-chave nos processos nacionais e internacionais de desenvolvimento.
  - Parágrafo 15.9 – Os governos devem garantir o papel e a participação das organizações e mulheres no planejamento e implementação dos programas relativos à população e ao desenvolvimento. O envolvimento das mulheres em todos os níveis, especialmente no nível gerencial, é decisivo para se alcançarem os objetivos e implementar o presente Programa de Ação.

Neste breve balanço, é preciso ainda mencionar os resultados mais significativos da IV Conferência Mundial sobre a Mulher que aconteceu em Pequim, em 1995. Embora os marcos institucionais para implementação das agendas

do Cairo e de Pequim sejam diferentes no âmbito das Nações Unidas (UNFPA e UNIFEM), assim como nos planos nacionais, há grande convergência e complementaridade em termos das recomendações adotadas nas duas negociações. O Programa de Ação de Pequim é mais extenso e detalhado no que diz respeito à promoção da igualdade entre os gêneros nas mais diferentes esferas: educação, economia, mercado de trabalho, meio ambiente, direitos humanos, violência, situações de conflito, comunicação e mídia e as condições específicas das meninas. Do ponto de vista da agenda do Cairo, o mais relevante é que o capítulo sobre saúde reafirma e amplia as recomendações da CIPD. Em especial, foi introduzido um novo parágrafo, que define os direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade, direitos sexuais (parágrafo 96), e, no parágrafo 8.25 do Cairo, que trata do aborto como problema de saúde pública, foi adicionada a recomendação de que os países revisem as legislações que penalizam as mulheres por tal prática.

A Conferência de Durban iria expandir significativamente a pauta de combate à desigualdade étnica racial anunciada no Programa de Ação do Cairo, adotando recomendações relativas a políticas públicas nas mais diversas áreas: educação, economia trabalho, saúde e especialmente direitos humanos. À diferença do Cairo e de Pequim, Durban teve lugar num momento político global muito desfavorável (imediatamente antes do 11 de Setembro) e foi uma negociação extremamente conflitante. Por essa razão, seu impacto no plano das instituições globais foi de muito baixo perfil. Entretanto, na América Latina e mais especialmente no Brasil, observou-se maior mobilização para a legitimidade social da conferência. Em especial, no caso brasileiro, as definições e recomendações de Durban constituem hoje parâmetros para elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para eliminação da desigualdade e discriminação racial.

### **Marco teórico-conceitual dos direitos e saúde sexual e reprodutiva**

Nos primórdios da demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do “problema populacional”. Os números agregados da população sobrepunham-se e impunham-se aos indivíduos e casais. Ademais, as questões sexuais e reprodutivas estavam confinadas ao mundo

doméstico e ao privado, não sendo objetos de políticas públicas. Além disto, autores como Malthus, por exemplo, não separavam sexo de reprodução e consideravam que o matrimônio seria o resultado de uma atração inexorável entre homens e mulheres, sendo que o casamento envolvia um casal heterossexual cujo relacionamento tinha finalidade generativa.

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

Por outro lado, desde o início do século XX, pioneiras feministas como Margareth Sanger e Emma Goldman chamavam a atenção para o fato de que a autonomia nos campos da sexualidade e da reprodução não poderia ser negligenciada nas lutas pelos direitos das mulheres. A partir dos anos 70, o direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos tornar-se-iam aspectos inegociáveis da pauta feminista no Brasil e no mundo. Assim, vão ganhando relevância as questões relativas à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro. Historicamente, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos. Numa perspectiva histórica mais ampla, este talvez seja o significado mais importante do Cairo e de Pequim: a tradução destas aspirações que remontam ao século XIX para os marcos globais de direitos humanos e políticas públicas do século XXI.

### **Saúde reprodutiva: distinções necessárias**

A tendência de subsumir as definições discutidas acima, nas conferências do Cairo e de Pequim, sob o manto mais bem-comportado da saúde reprodutiva, era bastante frequente antes de 1994-1995, como sugere Corrêa:

Os documentos internacionais da CIPD e de Pequim legitimaram mais do que apenas o termo “saúde reprodutiva”. Estão hoje consagradas as noções de direitos reprodutivos, saúde sexual e conteúdos relativos aos direitos sexuais. Entretanto nos discursos, até então, essas definições – complexas e, porque não dizer, “radicais” – estavam como protegidas sob o grande guarda-chuva de saúde reprodutiva. Atualmente é possível explicitar o significado de cada um destes termos. Porém, por efeito da vulgarização e simplificação que costuma ocorrer nessa nova etapa do campo, pode ocorrer que sejam aplicados como termos intercambiáveis. É, portanto, fundamental distinguir suas diferenças e significados (1999, p. 40).<sup>14</sup>

A adoção das demais definições, em ambas as conferências, abriu espaço para que estes termos fossem mais intensamente utilizados, especialmente pelas organizações da sociedade civil, mas também por alguns atores institucionais de peso.<sup>15</sup> Entretanto, no plano institucional, este tratamento semântico não desapareceu. Isto se deve, em parte, a que a terminologia “saúde reprodutiva” continuou sendo adotada como guarda-chuva pelas instituições globais que trabalham neste campo (OMS e FNUAP, em particular). Contudo, outro fator iria acentuar esta tendência histórica: o ataque sistemático das forças conservadoras aos consensos do Cairo e de Pequim que, como se sabe, ganhou densidade e intensidade em anos mais recentes.<sup>16</sup>

Em razão deste ataque, desde os processos de revisão +5 (1998-1999), tornou-se cada vez mais difícil aprovar em documentos intergovernamentais linguagem relativa à saúde sexual, direitos reprodutivos e, mais especialmente, a direitos sexuais. As negociações de Pequim +10, em 2005, ilustram de maneira contundente esta dificuldade, pois, nesta ocasião, a delegação americana bloqueou a expressão “direitos humanos das mulheres” na declaração política da 59ª Sessão da Comissão para o Status da Mulher, argumentando temer que esta implicasse a criação de novos direitos e constituísse um eufemismo para direito ao aborto e direitos sexuais.

14 Sonia Corrêa, “Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações”, in *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

15 Por exemplo o secretário-geral da ONU usa com bastante frequência as expressões “saúde sexual” e “direitos reprodutivos”. No Brasil, alguns atores políticos de peso também lançam mão da terminologia, como foi o caso do ministro do STF Celso Mello, num comentário de 1997 sobre a votação do PL 20-1991, projeto de lei que trata dos serviços de aborto nos casos legais.

16 Em particular após 2001, quando os Estados Unidos passariam a se alinhar aos setores refratários ao Cairo e a determinados aspectos da plataforma de Pequim.

Da mesma forma, no árduo processo de negociação do documento acordado pela Cúpula do Milênio, que transcorreu entre abril e agosto de 2006 e baliza, do ponto de vista da ONU, a implementação dos MDGs, só foi possível incluir uma menção à meta do Cairo que diz respeito à saúde reprodutiva para todos e todas até 2015. Muito embora a linguagem relativa aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de direitos reprodutivos tenha sido proposta no curso dos trabalhos, as condições políticas não permitiram que ela fosse mantida no texto final. Esta dinâmica política que visa silenciar os vários conteúdos do Cairo e Pequim em relação ao bem-estar e à autonomia sexual e reprodutiva (de mulheres, homens e pessoas jovens) torna necessário explicitar sistematicamente cada um destes conceitos, na medida em que eles continuam sendo parâmetros inegociáveis para implementação das recomendações das duas conferências.

### **Saúde reprodutiva**

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

Contudo, este conceito ainda sofre a influência do viés biomédico e não incorpora as questões do meio ambiente. Segundo Galvão (1999),<sup>17</sup> mais recentemente, a OMS desenvolveu uma nova definição de saúde que reconhece os laços entre o indivíduo e seu meio ambiente: “A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as

17 Loren Galvão, “Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil”, in L. Galvão e J. Diaz, *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.

capacidades físicas” (p. 167). Neste sentido, a saúde não é somente uma responsabilidade do tradicional setor saúde, mas de todos os setores e instituições que possam influenciar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

A partir do conceito mais amplo da OMS, foram definindo-se os conceitos de saúde da criança, saúde da mulher, saúde materno-infantil etc. Na primeira metade dos anos 80, no Brasil e no mundo, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Segundo Corrêa e Ávila,<sup>18</sup> a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’” (p.19). As autoras mostram que a questão da “saúde da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e se desdobrava em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. Segundo Formiga Filho,<sup>19</sup> somente entre 1985 e 1986 o PAISM iniciou de fato suas atividades, abrangendo: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção contra câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DSTs, assim como contra doenças ocupacionais e

18 S. Corrêa e M. B. Ávila, “Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros”, in E. Berquó (org.), *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

19 J. F. N. Formiga Filho, “Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM”, in Galvão e Díaz, op. cit., 1999.



mentais. Contudo, uma questão polêmica é até que ponto, em termos práticos e teóricos, o PAISM conseguiu incorporar os homens na prática da reprodução.

Entretanto, em 1988, a OMS, adotaria a concepção de “saúde reprodutiva”. Esta inflexão foi mobilizada pela crítica aos enfoques exclusivamente biomédicos e tecnológicos que caracterizavam os programas da instituição voltados para reprodução humana. Visava ampliar a grade de análise, no sentido de incorporar as dimensões sociais da reprodução e desenhar políticas que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical. Esta inflexão foi um passo precursor importante no caminho que levaria em direção ao Cairo. Não sem razão, a definição tornar-se-ia uma chave de leitura central dos resultados da CIPD. Embora, no caso brasileiro, a expressão utilizada pela política pública continue sendo “saúde integral das mulheres”, é importante lembrar que a concepção de “saúde reprodutiva” dá um passo à frente, em relação aos conceitos anteriores, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e, na definição do Cairo, ao incluir também uma definição de saúde sexual, como pode ser visto a seguir.<sup>20</sup>

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (par. 7.3).

---

20 Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

## Saúde sexual

O uso da expressão “saúde sexual” pelos organismos internacionais precedeu em mais de uma década a adoção de “saúde reprodutiva” pela OMS. Ainda em 1975, uma primeira definição começou a ser utilizada pela organização, a qual, como se pode verificar no Quadro 1.1, era fortemente influenciada pela sexologia clássica.<sup>21</sup>

### Quadro 1.1 – Definição de saúde sexual na OMS em 1975

Saúde sexual é a integração somática, emocional, intelectual e aspectos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor. Fundamental para este conceito são os direitos à informação sexual e os direitos sobre o prazer. De acordo com Mace, Bannerman e Burton, o conceito de saúde sexual inclui três elementos básicos:

- 1) a capacidade de desfrutar e controlar o comportamento sexual e reprodutivo de acordo com a ética social e pessoal;
- 2) independência do medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores psicológicos que inibem a resposta sexual e enfraquecem as relações sexuais;
- 3) independência de desordens orgânicas, doenças e deficiências que interferem nas funções sexuais e reprodutivas.

Portanto, a noção de saúde sexual implica em uma abordagem positiva da sexualidade humana, e o propósito dos cuidados com a saúde sexual deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais, não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Traduzido de [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html).

No entanto, a utilização institucional do termo “saúde sexual” seria ampliada e intensificada a partir da primeira metade dos anos 80 do século XX, por efeito da eclosão e rápida expansão da epidemia do HIV/Aids. Nas negociações do Cairo, o termo foi proposto pelos países nórdicos, mas não chegou a ser objeto de uma definição específica. Os conteúdos da saúde sexual foram incorporados na própria definição de saúde reprodutiva: a saúde reprodutiva

21 Esta influência é tão evidente que, hoje, quando se busca a definição de saúde sexual de 1975, na página da OMS, o *link* em questão remete ao Magnus Hirschfeld Archive of Sexology, da Universidade Humboldt de Berlim.

implica que a pessoa (mulher e/ou homem) tenha uma vida sexual segura e satisfatória. Na última parte da definição, entretanto, a saúde sexual é apresentada como uma forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, independentemente das questões relativas à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

No texto do Cairo, manteve-se, portanto, uma razoável ambivalência no que diz respeito à definição de saúde sexual, que pode ser vista como uma questão subordinada à reprodução ou como uma questão autônoma e importante por si só, ou seja, sem ligação com as questões de concepção e contracepção. Assim, o conceito de saúde sexual pode servir a usos diversos. Apresentam-se, a seguir, duas definições formuladas imediatamente após o Cairo, as quais nos dizem da multiplicidade de interpretações do que seja saúde sexual:

A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade.<sup>22</sup>

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.<sup>23</sup>

Entretanto, a persistência e aprofundamento da epidemia do HIV/Aids, levaram a que, nos anos subsequentes ao Cairo e a Pequim, o termo saúde sexual passasse a ser cada vez mais utilizado em documentos oficiais, inclusive das Nações Unidas, na maioria dos casos em associação como “saúde reprodutiva”. Um marco importante, por exemplo, é a Declaração de Compromisso para o HIV/Aids adotada na Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU sobre

22 Galvão, op. cit., 1999.

23 HERA, *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação*, 1999. Disponível em HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. [www.iwhc.org/hera](http://www.iwhc.org/hera)

HIV/Aids em 2001 (Nações Unidas 2001),<sup>24</sup> cujas recomendações seriam revistas em maio de 2006 e são destacadas a seguir:

Parágrafo 60 – Até 2005, pôr em prática medidas para aumentar a capacidade de as mulheres e adolescentes se protegerem dos riscos de infecção pelo VIH, em especial, mediante a prestação de serviços de cuidados de saúde e de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, e mediante ensino da prevenção que promova a igualdade entre os sexos num quadro que tenha em conta as culturas e os gêneros;

Parágrafo 63 – Proporcionar ambientes seguros e protegidos, em especial para as jovens; expandindo os serviços, de alta qualidade e dirigidos para os jovens, de informação e educação sobre saúde sexual e aconselhamento; reforçando os programas de saúde reprodutiva e sexual; e, na medida do possível, envolvendo as famílias e os jovens no planejamento, execução e avaliação de programas de cuidados e de prevenção do VIH/SIDA.

Além disto, exatamente por que persistiam ambivalências e problemas de interpretação em relação às definições e conceitos relacionadas à sexualidade adotadas nas conferências dos anos 90, em 2002 –, a partir do trabalho de um grupo técnico e consulta com especialistas –, a OMS adotaria uma série de definições operacionais quanto a sexo, sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais, as quais serão apresentadas ao final desta seção.

## **A questão dos direitos sexuais e reprodutivos**

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos, que, desde a Declaração Universal da ONU, de 1948, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Os Direitos Humanos são compostos por direitos fundamentais e essenciais da pessoa humana e garantidos por um conjunto de regras de conduta e de legislação institucional, dotado de força legal. Na evolução das gerações, passou-se, cumulativamente, dos direitos civis aos direitos políticos e aos sociais, estes últimos divididos em direitos econômicos, sociais e culturais (DESC). Os direitos reprodutivos e sexuais estão vinculados tanto aos direitos civis e políticos (liberdade individual, liberdade de expressão, direito de ir e vir) como aos direitos econômicos, sociais e culturais (que dizem respeito a um ambien-

24 United Nations General Assembly 26<sup>th</sup> Special Session on HIV/Aids. Nova York, 25-27 jun. 2001. Disponível em <http://www.un.org/esa/devagenda/hiv.html>.

te favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva). Representam uma conquista do final do século XX, no sentido de se garantir, em todos os aspectos, o valor da dignidade inerente ao indivíduo, sendo proibida qualquer discriminação que tenha por base a raça, a etnia, a nacionalidade, a religião, o gênero, a geração, a orientação sexual e demais critérios.

No Brasil, a proteção legal dos direitos humanos é garantida pela Constituição de 1988, pela legislação complementar e ordinária que se seguiu e pela adesão às convenções e tratados internacionais assinados pelo país. Contudo, a existência legal dos direitos humanos e, em especial, dos direitos sexuais e reprodutivos, não quer dizer que estes sejam respeitados na prática e que todos os cidadãos e cidadãs brasileiras possam desfrutar destas conquistas institucionais. Os direitos estão associados às noções de justiça e solidariedade, que, por sua vez, articulam-se aos interesses individuais e coletivos na implantação da cidadania e da democracia.

Assim como ocorre com a distinção entre saúde reprodutiva e saúde sexual, é fundamental não subsumir o conceito de direitos sexuais à definição de direitos reprodutivos. Há várias razões para se evitar esta fusão. Em primeiro lugar, a trajetória política de criação dos dois conceitos, embora tangencial, foi bastante distinta. Segundo Corrêa:<sup>25</sup>

A genealogia do conceito de direitos reprodutivos se localiza, predominantemente, num marco “não institucional”. Sua formulação se inicia na luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção nos países industrializados. Sua primeira instância de legitimação não foi uma definição institucional – como ocorreu com saúde reprodutiva – porém um consenso discursivo produzido num encontro internacional feminista, relativamente marginal (International Women’s Health Meeting, Amsterdam-1984). Nessa ocasião se produziu um pacto, ainda que provisório, entre feministas do norte e do sul, de que essa era uma terminologia adequada aos fins políticos do movimento. Entre 1984 e sua consagração no Cairo (1994), o conceito foi refinado em colaboração com ativistas e pesquisadoras/es do campo dos direitos humanos [...]. Já a evolução política e discursiva de “direitos sexuais” transcorreu, ainda mais do que o caso de direitos reprodutivos, sob a consigna de mudanças políticas e culturais de corte radical. Por um lado, seria inevitável que as reflexões feministas no âmbito da articulação entre sexualidade, reprodução e desigualdade entre os gêneros – particularmente vigorosa nos Estados Unidos, Europa e América Latina – conduzisse à propostas de autonomia sexual. Não obstante, é fundamental observar que até Cairo e

25 Op. cit., 1999.

Pequim, a “sexualidade” e o “corpo” permaneceram como que submergidos nas idéias de saúde e direitos reprodutivos. Neste sentido, a vitalidade da recente visibilização dos “direitos sexuais”, deve ser melhor atribuída aos esforços conceituais e políticos do movimento gay e lésbico do que ao feminismo “*stricto senso*” (p. 41).

Mais importante, todavia, é reconhecer que, no mundo das práticas humanas, a atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução e, nos dias atuais embora a reprodução, geralmente, envolva a atividade sexual, as novas técnicas de fertilização *in vitro* possibilitam crescentemente reprodução sem intercurso sexual. Em certa medida, a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à tendência a fusionar gênero e sexualidade e, de outro, às pressões do conservadorismo moral no sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação. Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual. O claro discernimento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais é parte deste mesmo esforço de esclarecimento.

### **Direitos reprodutivos**

O fundamento dos direitos reprodutivos é a autonomia de decidir sobre a procriação. No que diz respeito à esfera pública, implica a restrição tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. No mundo privado, respeitar os direitos reprodutivos implica que maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar, ou a realizar um aborto forçado. Os direitos reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”), além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas. No Programa de Ação do Cairo (CNPD 1996),<sup>26</sup> as questões dos direitos reprodutivos estão definidas da seguinte forma:

---

26 Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e 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” (par. 7.3, p. 41).

Os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas em geral exerçam seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde, incluindo-se o direito aos serviços integrais e de boa qualidade, com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito. Entretanto, na medida em que a gestação ocorre no corpo das mulheres – e tem repercussões em termos de sua saúde, realização profissional e liberdade –, os direitos reprodutivos têm um significado especial em sua vida. Segundo Corrêa e Ávila,<sup>27</sup>

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

Uma questão importante na concepção dos direitos reprodutivos é que eles não devem se restringir às mulheres, mas também incluem os homens, suas responsabilidades e capacidades de decisão no âmbito da reprodução e de regulação da fecundidade. Idealmente, as decisões reprodutivas devem ser resultado de consentimento mútuo entre os parceiros. Entretanto, no contexto das relações heterossexuais, ainda hoje, o controle da autonomia reprodutiva das mulheres continua a ser um traço marcante das desigualdades de gênero. Assim sendo, em situações em que esta desigualdade e controle continuam a prevalecer – como, por exemplo, quando um jovem proíbe sua parceira de usar

---

27 Op. cit., 2003.

métodos anticoncepcionais ou de recorrer a um aborto –, os direitos reprodutivos das mulheres (ou mesmo daqueles que têm menos poder de decisão numa relação homossexual) devem ter primazia.

### **Direitos sexuais**

O conceito de direitos sexuais foi desenvolvido muito mais recentemente do que aquele de direitos reprodutivos. Na verdade, seus conteúdos continuam a ser elaborados e refinados, na medida em que a utilização do termo ampliou-se na esfera política e na sociedade. Melhor elaboração e maior precisão dos direitos sexuais implicam grande complexidade, na medida em que definem prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais, pois levantam questões no campo das identidades, assim como no que diz respeito à definição de parâmetros para a ingerência do Estado numa esfera tão íntima da vida humana.<sup>28</sup>

A linguagem dos direitos sexuais surgiu pela primeira vez num debate inter-governamental, quando foi incluída no esboço do Programa de Ação da CIPD. Contudo, não foi possível um acordo em relação ao conceito na negociação final.<sup>29</sup> Um ano depois, na Conferência de Pequim, embora a expressão “direitos sexuais” tenha sido excluída do texto em debate, foram definidos os conteúdos dos direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade. O parágrafo 96 de sua plataforma contém a seguinte definição:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências.<sup>30</sup>

28 S. Corrêa e R. Parker, *Sexualidade, direitos humanos e pensamento demográfico: conexões e disjunções num mundo em mudança*, 2004. Disponível em <http://www.clam.org.br>.

29 Em grande medida, esta inclusão foi uma estratégia de barganha para assegurar acordo acerca dos direitos reprodutivos.

30 HERA, *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação*, 1999. Disponível em HERA – <http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf>.



Desde 1995, esta definição foi, por um lado, objeto de críticas severas. Isto por que dizia respeito exclusivamente às mulheres – estando excluídos os demais sujeitos da discriminação e coerção sexual como *gays*, transgêneros, travestis, intersexuais, adolescentes – mas, sobretudo, porque a segunda parte do parágrafo é intrinsecamente heterossexual. Por outro lado, desde sua adoção, o parágrafo 96 tem suscitado um extenso esforço de reflexão e análise, assim como debates muito produtivos acerca de como definir os direitos sexuais de maneira a contemplar não apenas as mulheres que vivem relações heterossexuais, mas todos e todas que experimentam discriminação, coerção e violência em razão de sua identidade ou prática sexual. Estas iniciativas vêm se desenrolando tanto em marcos institucionais – caso da OMS e dos comitês da ONU para vigilância dos tratados de direitos humanos – como, mais intensamente, nas próprias sociedades. Na América Latina, por exemplo, este debate tem sido bastante intenso no contexto da Campanha para uma Convenção dos Direitos Reprodutivos e dos Direitos Sexuais.<sup>31</sup>

Vários autores têm sugerido, por exemplo, que a proposta dos direitos sexuais é muito relevante e significativa na medida em que permite superar a lógica das identidades que tende a prevalecer neste campo de debate e ação política.<sup>32</sup> Assim como os direitos reprodutivos, os direitos sexuais devem comportar uma face pública e outra privada. Na esfera pública, implicam um arcabouço legal e uma atmosfera moral que, gradativamente, permitam superar uma longa tradição de tratar as práticas sexuais que não se conformam às normas dominantes como patologia, desvio ou crime. Segundo a jurista Maria Lúcia Karam,<sup>33</sup>

Não pode, pois, a lei penal ser utilizada para imposição de pautas morais de comportamento, em um campo, que está reservado às convicções íntimas e à consciência individual. Neste campo, o Estado não pode intervir, não se podendo confundir Direito e Moral, como tampouco crime e pecado. Quando se erige uma moral pública sexual, qualquer que seja esta, à categoria de bem jurídico, o que se acaba por estabelecer é a imposição de uma concepção moral dominante sobre a sexualidade,

31 Cf. a extensa bibliografia em <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.

32 I. Saiz, "Bracketing sexuality: Human rights and sexual orientation – A decade of development and denial at the UN", in *Health and Human Rights*, vol. 7, no 2.2005. Boston: Harvard School of Public Health, pp. 48-82.

33 M. L. Karam, A interpretação da Lei Penal e crimes sexuais. Palestra proferida no Seminário Conversando Direito sobre Homossexualidade, promovido pelo Grupo Arco-Íris. Rio de Janeiro, ago. 2002, mimeo.

que, embora possa até ser compartilhada pela maioria dos membros da sociedade, pode não ser aceita por indivíduos ou grupos sociais, cujo direito à diferença há de ser garantido, sempre que não atingidos direitos alheios (p. 5).

Ou seja, o pleno desenvolvimento e implementação de direitos sexuais requerem adoção de uma perspectiva de direito democrático da sexualidade, tal como formulado por Raupp-Rios,<sup>34</sup> que se fundamenta nos princípios da liberdade, da dignidade e da igualdade, ou seja em princípios constitucionais e de direitos humanos amplamente reconhecidos. Já na esfera privada, os direitos sexuais requerem respeito à privacidade e intimidade, assim como o consentimento mútuo nas relações interpessoais. Um caminho possível nesta direção seria tomar como partida a definição operacional da OMS de 2002 – ou parte dela – como ponto de partida para um debate amplo que permitiria a construção de um consenso mais sólido quanto a que são os direitos sexuais.

Esforços múltiplos de pactuação em torno de uma definição mais inclusiva dos direitos humanos no campo da sexualidade tornam-se urgentes nos tempos atuais, pois, como se sabe, os temas da sexualidade – como casamento *gay*, pedofilia, prostituição, tráfico sexual e direito de livre expressão sexual – vêm se tornando crescentemente objeto de controvérsias acirradas, tanto no plano global como nos contextos nacionais, inclusive no Brasil. A adoção de uma perspectiva de direito democrático da sexualidade não soluciona automaticamente estas muitas tensões e conflitos. Mas pode proporcionar um marco teórico e jurídico para balizar debates públicos, desenho de políticas públicas, propostas legislativas e decisões judiciais em relação à sexualidade.

Tal como foi dito antes, em 2002, a OMS produziu algumas definições operacionais em relação à sexualidade. Significativamente, a organização informa que as definições são apresentadas como uma contribuição para os debates em curso, mas não representam uma posição oficial. Esta cautela deve-se às intensas pressões mobilizadas por parte de Estados e setores conservadores contra a linguagem acordada no Cairo e em Pequim, bem como em relação a essas novas definições. No Quadro 1.2, disponibilizam-se as novas definições operacionais da OMS em relação à sexualidade.

34 *Por um direito democrático da sexualidade*, 2005. Disponível em [http://www.clam.org.br/pdf/roger\\_dirdemsex\\_port.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/roger_dirdemsex_port.pdf).

## Metas quantitativas sobre saúde sexual e reprodutiva

### Quadro 1.2 – Novas definições operacionais da OMS em relação à sexualidade

#### **Sexo**

Sexo refere-se às características biológicas que definem humanos como mulheres e homens. Enquanto este conjunto de características biológicas não é mutuamente exclusivo, desde que há indivíduos que possuem ambas, ele tende a diferenciar os humanos como homens e mulheres. De uso generalizado em muitos idiomas, o termo “sexo” é usualmente utilizado com o significado de “atividade sexual”, mas, para propósitos técnicos no contexto das discussões sobre sexualidade e saúde sexual, dá-se preferência à definição acima.

#### **Sexualidade**

Sexualidade é um aspecto central do ser humano do começo ao fim da vida e circunda sexo, identidade de gênero e papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre vividas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

#### **Saúde sexual**

Saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social do bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

#### **Direitos sexuais**

Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros.

Fonte: Traduzido de <http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>.

## Conferências de Cairo e Pequim

Os programas de ação adotados pelas conferências dos anos 90 do século XX não são documentos de planejamento no sentido convencional. Mais bem, constituem parâmetros ético-normativos e de análise para balizar as políticas que devem ser implementadas nacionalmente. Não parece excessivo afirmar que as definições e conceitos acordados nestas oportunidades são como “idéias-imagens”, cujo sentido principal é mobilizar debates e iniciativas que balizem, nas sociedades nacionais, a construção de diretrizes de política. Entretanto, deve-se dizer que alguns destes documentos também incluem metas quantitativas, ou pelo menos aproximações a objetivos que possam ser mensurados. Este é o caso do Programa de Ação da CIPD, sendo que a maioria das metas quantitativas então acordadas foram reafirmadas na plataforma de ação de Pequim e podem ser observadas no Quadro 1.3.

## As Conferências do Cairo e Pequim nas Metas do Milênio

Um dos aspectos positivos das chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs) foi exatamente estabelecer alguns parâmetros tangíveis para traduzir e mensurar o progresso observado em relação aos ambiciosos objetivos desenhados pelas conferências dos anos 1990. Entretanto, o processo político envolvendo as MDMs foi contaminado por um clima político desfavorável, que afetou de maneira negativa especialmente as metas relacionadas a CIPD, as quais foram praticamente eliminadas da primeira grade de indicadores. Além disto, os parâmetros quantitativos definidos no plano global devem se ajustar para baixo, ou seja, adequar-se à situação dos países de pior desempenho. A combinação entre estes fatores terminou por fazer das MDMs, na sua primeira versão, um mínimo denominador comum que foi extensivamente criticado por ONGs, acadêmicos e mesmo alguns Estados membros da ONU.<sup>35</sup>

35 S. Corrêa e J. E. D. Alves, “As metas do desenvolvimento do milênio: grandes limites, oportunidades estreitas?”, *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 22, nº 1. Campinas (SP), s.ed., 2005, pp. 177-89.

### Quadro 1.3 – Metas quantitativas do Programa de Ação da CIPD

#### **Mortalidade infantil**

Parágrafo 8.16 – Os países devem procurar reduzir suas taxas de mortalidade infantil (neonatal e menores de 5 anos) de um terço, ou bem a 50 e 70 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, se essas taxas são menores, até o ano 2000, com adaptação apropriada para a situação particular de cada país. Para o ano 2005, os países com níveis médios de mortalidade devem buscar reduzir a taxa de mortalidade neonatal para menos de 50/1000 nascidos vivos e a taxa de menores de 5 anos para menos de 60 por 1.000 nascidos vivos. Para o ano 2015, todos os países devem atingir uma taxa de mortalidade neonatal menor do que 30/1000 nascidos vivos e uma taxa menor que 45/1000 nascidos vivos no caso dos menores de 5 anos.

#### **Saúde reprodutiva**

Parágrafo 7.6 – Todos os países devem esforçar-se para que, até o ano 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, através de um sistema de atenção básica de saúde.

#### **Morte materna**

Parágrafo 9.21 – Os países devem buscar reduzir significativamente as taxas de mortalidade materna até ao ano 2015: para o ano 2000 uma redução da mortalidade materna à metade dos níveis observados em 1990 e uma nova redução de 50% até o ano 2015. Devem-se reduzir as disparidades observadas nas taxas de mortalidade materna internamente nos países, assim como entre regiões geográficas e grupos socioeconômicos e étnicos.

#### **Assistência à anticoncepção**

Parágrafo 7.16 – Todos os países devem, nos próximos anos, avaliar a extensão na necessidade não satisfeita de planejamento familiar de boa qualidade e de sua integração no contexto da saúde reprodutiva e dispensando especial atenção aos grupos mais vulneráveis. Todos os países devem tomar providências para satisfazer, tão logo possível, as necessidades de planejamento familiar de suas populações. Todos os países devem, no melhor dos casos, por volta de 2015, procurar prover o acesso universal a toda gama de métodos seguros e confiáveis de planejamento familiar e aos serviços correlatos de saúde reprodutiva, que não sejam contrários à lei. O objetivo deve ser o de ajudar casais e indivíduos a alcançar seus objetivos reprodutivos e proporcionar-lhes a oportunidade plena de ter filhos segundo sua escolha.

Estas críticas suscitaram uma revisão de metas e indicadores, a qual foi desenvolvida pelo Projeto do Milênio sob coordenação do prof. Jeffrey Sachs. Embora ainda limitadas, quando comparada aos ambiciosos objetivos do chamado ciclo social, esta nova bateria de indicadores constitui uma referência mais apropriada para mensurar avanços observados em relação à igualdade de gênero e saúde sexual e reprodutiva.

No que diz respeito especificamente a gênero, saúde e direitos reprodutivos, no Relatório Sachs,<sup>36</sup> os indicadores definidos para as metas 3 e 5 reconstroem, quase que em sua totalidade, a pauta ampla dos anos 90:

- informação sobre saúde e direitos reprodutivos (a linguagem utilizada é *reproductive health, rights and services*);
- direitos à herança e à propriedade;
- oportunidades iguais no mercado de trabalho;
- eliminação da violência de gênero;
- participação política em todos os níveis (nas comunidades, nas sociedades e no Parlamento);
- criação e fortalecimento de mecanismos institucionais de promoção da igualdade de gênero;
- dados desagregados por sexo.

No que diz respeito à meta 5, enfatiza-se a prioridade de estabelecimento de um sistema de saúde funcional e bem estruturado, para que as metas sejam cumpridas, e adiciona-se à meta original de saúde materna uma segunda meta específica para saúde reprodutiva, a qual deve atingir objetivos em relação a:

- assistência obstétrica de emergência (incluindo cesarianas e transfusões);
- pessoal treinado;
- assistência pré-natal;
- sistemas de referência;
- acesso ao aborto seguro (nos casos em que seja legal) e tratamento do aborto incompleto (mencionado duas vezes);
- acesso universal à anticoncepção;
- educação sexual e serviços para adolescentes (apropriados à idade);
- tratamento de DSTs;
- busca ativa dos homens (para que freqüentem os serviços).

---

36 Cf. Corrêa e Alves, op. cit., 2005.

## Do marco teórico-conceitual e metas globais aos indicadores municipais: um caminho difícil

Como vimos nas seções anteriores, os consensos globais firmados na década de 90 em relação à população, ao desenvolvimento e à igualdade de gênero (e igualdade racial) combinam as “idéias-imagens” ambiciosas e um conjunto bastante limitado e convencional de indicadores de saúde reprodutiva. A tradução desta pauta em termos de indicadores municipais que permitam medir a vontade política e os efeitos de políticas públicas é uma tarefa árdua. No que diz respeito aos indicadores quantitativos, em relação à igualdade de gênero e saúde sexual e reprodutiva, os desafios decorrem, principalmente, de haver muitas lacunas, em especial quando se trata de operacionalizar as bases de dados municipais.

Incomparavelmente mais complexa, contudo, é a mensuração de direitos, sejam eles relativos à cidadania ou direitos humanos. Mesmo no plano global, só muito recentemente têm sido feitos investimentos no sentido de identificar indicadores tangíveis do exercício efetivos de direitos humanos. O Relatório de Desenvolvimento Humano do ano 2000 (PNUD, 2000),<sup>37</sup> que examina articulação com direitos humanos, é um exemplo muito positivo destes esforços, na medida em que oferece sugestões concretas para se mensurarem direitos civis e políticos e direitos sociais, econômicos e culturais.

Seja como for, a criação de indicadores para medir o respeito e a promoção dos direitos humanos é ainda muito incipiente em relação a direitos relativamente consagrados, como é o caso dos exemplos acima. A construção de indicadores que permitam medir quanto os direitos reprodutivos e sexuais das pessoas estão ou não sendo respeitados e promovidos constitui um desafio ainda maior, o qual exigiria todo um trabalho prévio de conceituação acerca de o que, a partir de que e como quantificar o exercício dos direitos nos terrenos da sexualidade e reprodução. Uma avaliação dos direitos depende do equacionamento do papel das pessoas como cidadãs, enquanto seres autônomos, portadores de

37 PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano 2000. Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano – Pela liberdade e solidariedade*. Disponível em [http://www.pnud.org.br/rdh/hdr/hdr2000/docs/Sintese\\_RDH.pdf](http://www.pnud.org.br/rdh/hdr/hdr2000/docs/Sintese_RDH.pdf).

direitos, bem como da preocupação com os deveres da cidadania associados a uma identidade comunitária e de pertencimento a uma totalidade social.<sup>38</sup>

Por esta razão, no exercício de elaboração de um sistema de indicadores de base municipal para mensurar o progresso observado em relação às recomendações adotadas pela CIPD e pela IV Conferência Mundial da Mulher, optou-se por buscar variáveis que revelassem as condições de saúde sexual e reprodutiva, num espectro não tão amplo quanto aquele definido nos programas de ação destas duas conferências. Embora não existam dados quantitativos para mensurar a dimensão de direitos implicada nesta mesma agenda, considera-se que a preservação e a garantia destes direitos dependem, entre outros aspectos, da adoção de medidas apropriadas para assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, sanitários e de saúde em geral. Neste sentido, o sistema de indicadores serve, de forma direta, para acompanhar a situação da saúde sexual e reprodutiva e, indiretamente, para o exercício de algumas dimensões relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais.

Entretanto, mesmo nesta perspectiva mais restrita, há dificuldades e questões complexas a ser enfrentadas. No que diz respeito à saúde sexual, por exemplo, é muito difícil avaliarem-se o “desenvolvimento sexual saudável”, o “prazer sexual” e a “auto-estima sexual”. Geralmente, os indicadores buscam captar se o exercício da sexualidade está ocorrendo sem o risco de doenças sexualmente transmissíveis, violências indesejadas e discriminação. Além disto, a saúde sexual de homens e mulheres precisaria ser avaliada ao longo do ciclo de vida, abarcando as especificidades de cada grupo etário. Contudo, existe uma tendência de se avaliar a saúde sexual relacionada à idade fértil, especialmente da mulher. Uma abordagem mais ampla ainda carece de instrumentos de coleta adequados para se criarem as fontes de dados necessárias para uma avaliação mais global.

A temática da saúde reprodutiva, por outro lado, geralmente está muito centrada nas questões do trato do aparelho reprodutivo feminino, e pouca atenção tem sido dada à experiência e participação masculina nas questões de

---

38 Luís R. C. Oliveira, “Entre o justo e o solidário: os dilemas dos direitos de cidadania no Brasil e nos EUA”, *Antropologia*, nº 185. Brasília: UnB, 1995, série.



reprodução. Além disso, os indicadores de saúde reprodutiva estão também muito centrados na idade fértil da mulher (15 a 49 anos); pouca atenção tem sido dada às mulheres com menos de 15 anos e com mais de 49 anos. Como se sabe, estes indicadores já há muitos anos dizem respeito, fundamentalmente, à contracepção, concepção, gestação, pré-natal, parto, puerpério e ao tratamento das doenças ligadas ao aparelho reprodutivo.

### **A definição de um sistema de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**

Com base no marco teórico e conceitual explicitado nos tópicos anteriores e às limitações inerentes às fontes de dados, é possível partir para estruturação de um sistema de indicadores para diagnóstico, monitoramento e investigação das questões relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Tal explicitação teórico-conceitual cumpre um papel fundamental nesse processo de operacionalização do conceito em medidas quantitativas, que é o de garantir maior consistência substantiva e metodológica nas escolhas e opções com relação às dimensões operacionais rerepresentadas e os indicadores enfim propostos.

Neste sentido, nunca é demais lembrar que um indicador social é uma medida em geral quantitativa, dotada de significado substantivo, usada para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica), ou programático, para formulação de políticas. Os indicadores, pois, indicam, aproximam-se, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse, eleitas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Os indicadores não são substitutivos dos conceitos que os originaram, mas instrumentos metodológicos que ajudam a percebê-los empiricamente, permitindo o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e viabilizando, no campo das políticas públicas, o monitoramento dos impactos das ações e programas sobre a realidade social.<sup>39</sup>

39 Cf. Michael Carley, *Indicadores sociais: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985; I. Miles, *Social indicators for Human development*. Nova York: St. Martin's Press, 1985; P. M. Jannuzzi, *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações*. Campinas: Alínea, 2001.

No âmbito desse projeto, a partir das discussões realizadas pelos diversos agentes chamados a participar e da revisão conceitual exposta anteriormente, definiram-se duas grandes dimensões estruturantes do sistema de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva, identificando as temáticas importantes e complementares em cada uma destas dimensões:

*Dimensão contextual* – Diz respeito às condições gerais da população total, da população feminina e às condições gerais de saúde – ou simplesmente, às condições contextuais. Isto por que não é possível entender ou pretender monitorar os avanços ou retrocessos na questão mais específica, sem que se acompanhem também as condições estruturais, a mudança social ou os impactos gerados pela política social e econômica no país, regiões e localidades. Assim, a dimensão contextual procura privilegiar o acompanhamento de temáticas mais gerais para caracterização da sociedade – aferido por meio de indicadores como população, por raça, sexo e grupos etários, escolaridade, nível de desenvolvimento socioeconômico (IDH); temáticas relativas às condições de saúde – monitoradas por indicadores como esperança de vida, mortalidade infantil; e as temáticas relativas às condições de vida a que as mulheres, em particular, estão sujeitas – na forma apreendida por indicadores como perfil ocupacional e rendimentos.

*Dimensão da saúde sexual e reprodutiva* – Diz respeito aos indicadores específicos de saúde sexual e reprodutiva. Privilegia seis temáticas operacionais:



- Bloco temático 1 – Diz respeito às medidas de prevenção, focalizando mais especificamente a gravidez e as DSTs/aids. É constituído por indicadores como nível da fecundidade, uso de anticoncepcionais, gravidez na adolescência e prática do sexo seguro.
- Bloco temático 2 – Diz respeito às dimensões relativas as condições de prestação de serviços de saúde da gestação ao puerpério – com indicadores de atendimento pré-natal, incidência de aborto, de características do parto, de intensidade e causas de mortalidade materna, de saúde do recém-nascido.
- Bloco temático 3 – Voltado para acompanhamento da ocorrência de DST/aids – com informações sobre casos registrados de algumas destas doenças.

- Bloco temático 4 – Refere-se ao acompanhamento da incidência de doenças do trato reprodutivo e suas conseqüências – medidas através de indicadores de exames citopatológicos e mortalidade de homens e mulheres por causas relacionadas ao câncer.
- Bloco temático 5 – Voltado para monitoramento da violência contra as mulheres – acompanhado por indicadores de registros de agressão feitos pelos serviços de saúde e pelas delegacias de atendimento à mulher.
- Bloco temático 6 – Diz respeito ao acompanhamento das políticas públicas específicas de acesso e serviços de saúde sexual e reprodutiva – viabilizado por indicadores institucionais (existência ou não de programas) e de recursos financeiros; disponibilidade de equipamentos e recursos humanos.

A escolha dos indicadores de acompanhamento das temáticas acima apontadas pautou-se, além de em sua relevância para discussão da agenda de SSR, na validade no que diz respeito a representar o conceito indicado e, também, na confiabilidade dos dados usados em sua construção. Além disso, um indicador social deve ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível a políticas públicas implementadas, deve ser específico aos efeitos de programas setoriais, deve ser inteligível para os agentes e públicos-alvo das políticas, ser atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconômicos e gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo.<sup>40</sup>

De uma perspectiva aplicada, dadas as características do Sistema de Produção de Estatísticas Públicas no Brasil, é muito raro dispor de indicadores sociais que gozem plenamente de todas estas propriedades. Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas estas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e na periodicidade requerida. Além disso, poucas vezes se

40 Cf. OMS. *Catalogue of health indicators*. Genebra, 1996; Paulo de Martino Jannuzzi, “Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais”, *Revista de Administração Pública*, 36 (1). Rio de Janeiro, jan.-fev. 2002, pp. 51-72.



podará dispor de séries históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou grupo social de interesse. Cabe, pois, uma avaliação, a fim de que se garantam as propriedades mais significativas, na escolha dos indicadores a usar. Neste sentido, não se deve perder de vista que periodicidade e desagregabilidade são propriedades muito importantes no sistema, devido aos propósitos de monitoramento e de captação das especificidades locais a que este se propõe.

A operacionalização do marco teórico e da agenda política de acompanhamento das questões em saúde sexual e reprodutiva, no sistema de indicadores de monitoramento acima exposto, é certamente parcial e não exaustiva. Em primeiro lugar, esse sistema privilegia as dimensões julgadas mais relevantes pelo conjunto de pesquisadores e especialistas chamados a participar, ainda que se tenha tido o cuidado de garantir a participação da comunidade de pesquisadores, ONGs e técnicos governamentais da área de saúde. Além disso, o sistema privilegia as temáticas para as quais existem estatísticas e registros para cômputo de indicadores de monitoramento, na escala geográfica e periodicidade pretendidas para seus indicadores. No entanto, essas limitações não são específicas deste sistema municipal de indicadores em SSR, mas de qualquer proposta de organização de indicadores voltada para conceitos complexos, cujas implicações políticas sejam abrangentes.

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