

AS MULHERES E OS DIREITOS CIVIS



AS MULHERES E OS DIREITOS CIVIS

Copyright © 1999 CEPIA

Pesquisa e coordenação editorial

Leila Linhares Barsted

Jacqueline Hermann

Colaboração

Maria Elvira Vieira de Mello

Marina Damião

Abstract

Maria Elvira Vieira de Mello

Projeto Gráfico

Sonia Goulart

Rio de Janeiro, 1999

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	7
A LEGISLAÇÃO CIVIL SOBRE FAMÍLIA NO BRASIL Leila Linhares Barsted Elizabeth Garcez	9
A EVOLUÇÃO DA PROTEÇÃO DA UNIÃO ESTÁVEL NO DIREITO BRASILEIRO Leilah Borges da Costa	27
BREVE PANORAMA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL Leila Linhares Barsted	43
MULHERES, AIDS E LEGISLAÇÃO Miriam Ventura	65
PLANO DE AÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (Cairo, 1994)	101
PLATAFORMA DE AÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER (Beijing, 1995)	143
LEIS DA UNIÃO ESTÁVEL (Lei 8.971, de 29 de dezembro de 1994 e Lei 9.278, de 10 de maio de 1996)	171
LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996)	173
ABSTRACT	179

APRESENTAÇÃO

Dando seguimento à *Coleção Traduzindo a Legislação com a Perspectiva de Gênero* reunimos neste volume artigos que discutem questões relativas ao *status* civil das mulheres, aos seus direitos nas relações familiares, à saúde sexual e reprodutiva e, ainda, um texto que traça um panorama das respostas jurídicas face à epidemia do HIV/AIDS, no Brasil.

Como complemento a esses artigos, anexamos textos de leis e trechos dos Planos de Ação das Conferências Internacionais de Cairo (População e Desenvolvimento, 1994) e de Beijing (IV Conferência Mundial da Mulher, 1995).

Os avanços obtidos nessas duas Conferências devem ser vistos como uma continuidade de um longo trabalho, iniciado em 1975, por ocasião da realização, no México, da *I Conferência Mundial da Mulher* e da *Convenção Para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, de 1979. Desde então, no Brasil, um vigoroso movimento feminista deu início às ações de denúncia contra as discriminações vivenciadas pelo sexo feminino, à mobilização pela conscientização social de repúdio a essas discriminações e à elaboração de propostas de políticas públicas, particularmente no campo da mudança legislativa. Destaque especial mereceu, nessa época, a proposta de alteração do Código Civil, em especial na parte relativa aos direitos de família que, de forma mais explícita, sintetiza os preconceitos legais contra as mulheres. A Constituição Federal de 1988 recepcionou as demandas por igualdade entre homens e mulheres, constituindo-se no marco legal a partir do qual a reforma do Código Civil, obrigatoriamente, deve se orientar.

O primeiro texto, *A Legislação Civil sobre Família no Brasil*, de Leila Linhares Barsted e Elizabeth Garcez, apresenta uma análise crítica e concisa da evolução histórica do direito civil brasileiro, em particular no que se refere ao direito de família, indicando as leis mais relevantes sobre a matéria.

O segundo texto, de Leilah Borges da Costa, *A Evolução da Proteção da União Estável no Direito Brasileiro*, analisa, o direito de família com base na Constituição Federal de 1988, os direitos oriundos de relações de família diversas do casamento civil e apresenta as principais leis em vigor que regulamentam a união estável entre homem e mulher e os direitos das relações de concubinato.

Esses dois primeiros textos não pretendem esgotar a extensa matéria de direito civil, nem tampouco apresentar e avaliar todos os textos legais e a produção jurisprudencial que regulamentam as relações familiares. Nesse sentido, as referências a direitos relativos à família nas legislações trabalhista, penal e previdenciária, por exemplo, não são discutidas pelas autoras.

O artigo *Breve Panorama dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil*, de Leila Linhares Barsted, destaca como as questões da sexualidade e da reprodução têm sido tratadas pelo direito brasileiro e como se constituíram em campo específico de regulação jurídica.

Miriam Ventura, no texto *Mulheres, Aids e Legislação*, faz um amplo balanço das questões jurídicas suscitadas pela epidemia do HIV/AIDS no Brasil. Analisa, mais especificamente, a produção legislativa a esse respeito com a perspectiva de gênero.

Esperamos que os artigos mencionados possam contribuir para um maior conhecimento e compreensão da legislação, para um maior sentimento de titularidade de direitos por parte das mulheres e para a definição de estratégias de ação, visando a implementação, de fato, desses direitos.

A LEGISLAÇÃO CIVIL SOBRE FAMÍLIA NO BRASIL*

Leila Linhares Barsted¹

Elizabeth Garcez²

Introdução

Muitos são os documentos das Nações Unidas que destacam o papel fundamental da família na organização da sociedade. Grande parte dos Estados-membros das Nações Unidas inscreveram, em suas Constituições e leis ordinárias, princípios legais de proteção à família. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948, afirma esse princípio no artigo 16, quando declara que “a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado”.

Através do *Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, de 1966, os Estados-membros das Nações Unidas voltaram a afirmar que

“...deve-se conceder à família, que é o elemento natural e fundamental da sociedade, a mais ampla proteção e assistência possíveis, especialmente para sua constituição e enquanto seja responsável pelo cuidado e educação dos filhos a seu cargo...”

Quase 50 anos depois, a *Conferência Mundial de População e Desenvolvimento* (Cairo, 1994) dedicou todo um capítulo de seu Plano de Ação à “Família, seus Papéis, Direitos, Composição e Estrutura” e manteve o destaque concedido às famílias, enfatizando a diversidade cultural de suas diferentes composições.

“Embora sejam várias as formas de família a existirem nos diferentes sistemas sociais, culturais, legais e políticos, a família é a unidade básica da sociedade e, como tal, tem o direito de receber total apoio e proteção.”

* Esse texto contou com a preciosa colaboração de Jacqueline Hermann e Eliza Marques.

¹ Leila Linhares Barsted é advogada, diretora da Cepia e membro do Instituto dos Advogados Brasileiros – IAB.

² Elizabeth Garcez é advogada e integrante do Conselho Deliberativo da Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento – AGENDE, sediada em Brasília.

Em 1979, as Nações Unidas firmaram a *Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*³ determinando a observância da igualdade jurídica em todas as esferas da vida pública e privada, incluindo a família. Nessa *Convenção* é lembrado que:

“...a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural do país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade”.

Em seu artigo 1º a *Convenção* define a expressão “*discriminação contra a mulher*” considerando-a “*toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer campo, com base na igualdade do homem e da mulher*”.

Toda a parte IV dessa *Convenção* trata de direitos civis relativos à igual capacidade de mulheres e homens para firmar contratos, administrar bens, escolher domicílio, bem como dispõe sobre direitos no âmbito da família. Nesse sentido, o artigo 16 da *Convenção* recomenda que os Estados-partes deverão adotar “... *todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares...*”, garantindo a igualdade entre homens e mulheres e assegurando, dentre outros, direitos iguais de contrair matrimônio; os mesmos direitos e responsabilidades como pais em matérias pertinentes aos filhos; os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos; os mesmos direitos na escolha de sobrenome, profissão, ocupação, aquisição, gestão, administração, gozo e disposição dos bens, etc.

³ Adotada pela Assembléia das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979, ratificada com reserva, isto é, não endossada integralmente, pelo Brasil em fevereiro de 1984. A reserva do governo brasileiro só foi retirada em 1994.

Essa *Convenção* foi assinada em 1984 pelo Brasil com reservas relativas ao artigo 16⁴, tendo em vista que nosso Código Civil não reconhecia a igualdade entre os marido e mulher, dando ao homem a chefia da sociedade conjugal.

Em 1988, a nossa nova Constituição Federal, em seu artigo 226 §3º, reconheceu a igualdade entre homens e mulheres na família eliminando, legalmente, o obstáculo para o Brasil ratificar totalmente a *Convenção*. No entanto, essa ratificação só ocorreu em 1994, quando a *Convenção* passou a ter plena aceitação jurídica em nosso país.⁵

Na realidade, o artigo 16 da *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* nada mais fez do que especificar, com o olhar de gênero, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*⁶, de 1948, o *Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos*⁷, de 1966, dentre outros documentos internacionais. O *Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos* declara em seu artigo 26 que:

"Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A esse respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação."

⁴ O artigo 16 da *Convenção* declara que os Estados-partes "adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares, com base na igualdade entre homens e mulheres". Dentre os direitos assegurados pela *Convenção*, em 1979, e não reconhecidos pelo Código Civil Brasileiro até esta data estão, por exemplo, "os mesmos direitos e responsabilidades durante o casamento e por ocasião de sua dissolução; os mesmos direitos pessoais como marido e mulher, inclusive o direito de escolher sobrenome(...)", dentre outros.

⁵ O artigo 5º, § 2º da Constituição brasileira de 1988 reconhece a vigência dos direitos e garantias expressos em Tratados e convenções internacionais firmados pelo governo do Brasil.

⁶ A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 10 dezembro de 1948, foi assinada pelo Brasil nesse mesmo dia.

⁷ Esse *Pacto* somente foi ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

Todas as Conferências das Nações Unidas da década de 1990 reafirmaram esse princípio do reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres, em todas as esferas da vida pública e privada. A *Declaração de Viena*, firmada após a *Conferência Mundial de Direitos Humanos*, de 1993, reconheceu explicitamente os direitos humanos das mulheres.

Nesse sentido, a Constituição Federal brasileira de 1988 está em sintonia com os tratados, convenções e declarações das Nações Unidas ao reconhecer a igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada. Esse reconhecimento tem repercussões importantes no direito de nosso país, particularmente, no direito civil. Até 1988, o Código Civil orientava todos os seus artigos relativos à família marcando a superioridade do homem em relação à mulher, seja na parte geral, no capítulo específico sobre família ou na parte relativa ao direito das sucessões.

Mas se podemos apontar a manutenção da importância dada ao núcleo familiar nos diferentes processos de organização social, não podemos, também, ignorar como a noção e a estrutura familiar têm sentido o impacto das mudanças culturais, legais, sociais e econômicas das últimas décadas. Nesse conjunto de transformações, pode-se afirmar a importância fundamental representada pela redefinição dos papéis de gênero na reorganização das estruturas familiares. Assim, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e na chefia familiar; o reconhecimento legal da igualdade entre homens e mulheres na direção da família e a difusão dos direitos das mulheres, dentre outros, certamente levaram a mudanças significativas para a redefinição da família.

Deve-se ressaltar, no entanto, que por mais que se observe a importância dada à família, em todas as culturas, historicamente essa instituição nem sempre tem se organizado sob os princípios fundamentais de respeito à pessoa humana. A família, tal como a conhecemos em nossa cultura, ainda tem sido o espaço da hierarquia, da discriminação e da subordinação, e a violência intrafamiliar tem gerado sofrimento para aqueles que a ela estão submetidos, particularmente mulheres, crianças e idosos, ocasionando graves prejuízos para toda a sociedade. Neste artigo não pretendemos esgotar a extensa matéria sobre a legislação civil no Brasil, mas tão-

somente delinear, de forma sintética, sua evolução histórica e levantar algumas questões da legislação com um olhar de gênero.

A evolução do Direito Civil no Brasil

A doutrina jurídica brasileira classifica o Direito Civil como um ramo do direito privado, distinto do Direito Penal, definido como direito público⁸.

Essa diferença significa que, sendo direito privado, o Direito Civil regula as relações entre particulares, que podem contratar sem a necessária interferência do Estado. No caso do direito considerado público, como o direito penal, o Estado quase sempre intervém nas relações entre particulares, a despeito da vontades destes⁹.

O pressuposto básico do direito privado é a crença de que os indivíduos são livres e iguais para contratar, desde que tenham a idade mínima exigida pela lei e que estejam na posse de suas faculdades mentais. No Brasil, tais requisitos estão explicitados nos artigos 5º, 6º e 9º do Código Civil¹⁰.

⁸ Segundo Hermes Lima, "ao direito público pertencem as normas que regulam as relações em que o Estado exerce a soberania (...) o direito público compreende o direito constitucional, administrativo, penal, processual, concernentes respectivamente à estrutura e funcionamento do Estado, à tutela da ordem jurídica na repressão de suas infrações mais graves, à forma e modo de realizar a proteção jurídica. (...) O mais fica para o direito privado". Hermes Lima faz notar, contudo, que no direito privado também estão presentes problemas de interesse público e não apenas de interesses pessoais, cf. *Introdução à Ciência do Direito*. 31a. edição, Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1996.

⁹ Também ainda conforme Hermes Limas, opus cit., "as normas de direito público não são suscetíveis de derrogação por parte dos indivíduos, pois o objetivo que visam é social, comum à coletividade, ao passo que, no campo do direito privado, há lugar para os interessados ceder, renunciar, desistir. Todavia, há normas de direito privado irrenunciáveis como o pátrio poder, o direito à vida, à liberdade, à honra". No que se refere ao Direito Penal, ramo por excelência do direito público, existem ações penais privadas, como no caso dos crimes de calúnia, injúria ou difamação em que somente a pessoa ofendida pode propor, se quiser, uma ação penal contra o ofensor.

¹⁰ Cf. *Código Civil Brasileiro*, Artigo 5º: "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I — Os menores de dezesseis anos; II — Os loucos de todo gênero; III — Os surdo-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade; IV — Os ausentes, declarados tais por ato do juiz". Artigo 6º: "São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I — os maiores de dezesseis e os menores de vinte e um anos; II — Os pródigos; III — Os silvícolas (...)". Artigo 9º: "Aos vinte e um anos completos acaba a menoridade, ficando habilitado o indivíduo para todos os atos da vida civil (...)".

A visão crítica desse princípio jurídico, no entanto, nos leva a perceber que a liberdade e a igualdade entre as partes são relativas. Assim sendo, deve-se levar em conta as desigualdades sócio-econômicas bem como as discriminações baseadas no sexo e na raça/etnia, para refletir sobre o pressuposto da igualdade entre as partes contido nos princípios do Código Civil. Além desses aspectos, há uma crença, também bastante difundida, de que o direito é capaz de, através de suas normas e da pretensa neutralidade do Poder Judiciário, solucionar os conflitos sociais, sejam eles de natureza pública ou privada.

Embora seja de suma importância que essa crença fundamente nosso direito, garantindo formalmente a igualdade de todos perante a lei, podemos perceber que, na realidade, os indivíduos têm poderes de negociação diferenciados, muitas vezes respaldados em valores culturais que reforçam diferenças sócio-econômicas e geram uma aplicação desigual da lei. Observar esse aspecto leva à reflexão sobre o princípio da neutralidade jurídica, na verdade, jamais imune às relações sociais e aos padrões culturais que permeiam toda a sociedade e dos quais os integrantes do Poder Judiciário fazem parte.

Além dessas questões mais gerais, nossas leis ainda mantêm normas discriminatórias que reforçam essas assimetrias e desigualdades sociais. Ao analisar o direito, ou mais especificamente nosso Código Civil, sob a perspectiva de gênero, podemos perceber com clareza a existência de desigualdades e discriminações entre homens e mulheres.

Elaborado em 1916, o Código Civil sofreu sucessivas mudanças até os dias de hoje. Não é nossa intenção examiná-lo em todas as suas partes, mas destacar os artigos e capítulos onde estão explicitadas as discriminações existentes por motivo de sexo.

É importante, desde logo, assinalar que o vocábulo "direito" pode ser usado em diversos sentidos. Pode significar o conjunto das leis de um país (direito brasileiro, direito alemão, por exemplo); pode significar princípios universais, encontrados em quase todas as culturas, como o direito à liberdade, à vida, etc; pode significar, também, a capacidade que cada indivíduo tem de defender e exigir o respeito às suas pretensões, dentre outros. Ou seja, a palavra "direito",

na realidade, significa lei, instituições que aplicam a lei (Poder Judiciário e auxiliares da Justiça), capacidade individual de buscar a proteção da ordem jurídica, normas jurídicas propriamente ditas, jurisprudência, costumes e princípios gerais da doutrina jurídica. Assim, basicamente, direito significa lei e possibilidade de proteção de interesses individuais, coletivos e difusos¹¹.

Além disso, é importante compreender que as decisões do Poder Judiciário são respostas às demandas pela proteção dos interesses individuais, sociais e difusos que mudam no tempo. No entanto, tais decisões não se fundamentam exclusivamente na aplicação estrita do texto da lei. As decisões do Poder Judiciário também exprimem uma visão de mundo calcada nos valores sociais. Nesse sentido, podemos dizer que há um direito previsto, teórico, e um direito aplicado, prático, concreto e que tanto no direito previsto nos Códigos e leis, quanto nas decisões judiciais (direito aplicado) estão presentes cargas de preconceito de diferentes espécies, que merecem ser sempre examinadas e denunciadas. Ou seja, para a reforma da lei e para a avaliação dos projetos de mudança legal, faz-se necessária uma análise criteriosa de forma que a lei se baseie, efetivamente, em princípios de equidade.

A incorporação dos princípios gerais da equidade tem sido enfatizada nos tratados, convenções, declarações e planos de ação de conferências internacionais promovidas pelas Nações Unidas. A produção de um Direito Internacional dos Direitos Humanos¹² partiu da pressão de movimentos sociais, em todo o mundo, na busca da eliminação de discriminações que, historicamente, têm recaído sobre grupos específicos. A *Convenção* da Organização das Nações Unidas para a *Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*, de 1979, é um marco fundamental na revisão do direito sob a perspectiva de gênero. Esse documento foi reforçado, em 1994, pela *Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*, assinada pelos membros da Organização dos Estados Americanos – OEA.

No Brasil, conforme destacaremos, mais adiante, a *Convenção*,

¹¹ Ver a esse respeito, Hermes Lima, opus. cit.

¹² Ver a respeito Piovesan Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. Prefácio de Henry Steiner e apresentação de Antônio A. Cançado Trindade. 2a. edição, São Paulo, Max Limonad, 1997.

de 1979, sintetizou parte significativa das demandas do movimento de mulheres e serviu de bússola para a elaboração de propostas legislativas concretas, em grande medida, incluídas na Constituição Federal de 1988.

A legislação civil sobre família no Brasil: breve esboço

A partir de 1988, com a nova Constituição Federal, uma simples frase teve o efeito de revogar praticamente todo o capítulo sobre família do Código Civil Brasileiro. De fato, ao assegurar que “homens e mulheres têm os mesmos direitos na constância da sociedade conjugal”, a Constituição eliminou séculos de subordinação legal da mulher dentro da família.

Para termos a exata compreensão de tal impacto, convém resumir, brevemente, alguns aspectos da legislação civil sobre a família anteriores a 1988.

Mesmo após 1822, o Brasil independente manteve, por muito tempo, as leis civis portuguesas, convivendo com algumas leis extravagantes¹³ editadas após essa data. O Decreto 181, de 24 de maio de 1890, por exemplo, normatizou o casamento civil, laico, ainda antes da Constituição de 1891 que separou Igreja e Estado no Brasil. No entanto, o Poder Judiciário do Brasil independente orientou-se, durante largo tempo, pelo direito português, em grande parte permeado por princípios do direito canônico.

Somente em 1917 entrou em vigor o Código Civil brasileiro, vigente até hoje¹⁴, apesar das inúmeras modificações. Esse Código tem, portanto, mais de 80 anos, e, face às inúmeras alterações que sofreu durante esse período, pode ser considerado uma espécie de colcha de retalhos, com capítulos inteiros já revogados. O Código Civil brasileiro está estruturado em duas grandes partes: Parte Geral e Parte Especial. A Parte Geral trata “Das Pessoas”, “Dos Bens” e “Dos Fatos Jurídicos”¹⁵. A Parte Especial trata do direito de família,

¹³ Leis não integrantes do corpo do Código. Ver a respeito o item 4 deste artigo.

¹⁴ Esse Código teve origem no projeto do Professor Clóvis Beviláqua, da Faculdade de Direito do Recife, que depois de receber várias emendas de uma comissão de notáveis juristas e durante o processo de tramitação no legislativo, foi publicado em dezembro de 1916, começando a vigorar em 1º de janeiro de 1917.

¹⁵ Colocamos entre aspas a terminologia empregada no texto do Código Civil.

do direito das coisas, do direito das obrigações, do direito das sucessões e das disposições finais¹⁶.

Considerado, na época de sua edição, um exemplo de legislação moderna, sobretudo porque até então o Brasil não tinha uma legislação civil própria elaborada especificamente para nossa realidade, o Código era bastante avançado no geral e, contraditoriamente, conservador no que se refere às relações de família. O legislador do início do século só reconheceu como unidade familiar aquela constituída através do casamento civil, não prevendo nenhuma proteção legal para formas distintas de organização familiar¹⁷.

A família descrita no Código era organizada de forma hierárquica, tendo o homem como chefe e a mulher em situação de inferioridade legal. O texto de 1916 privilegiou o ramo paterno em detrimento do materno; exigiu a monogamia; aceitou a anulação do casamento face à não-virgindade da mulher; afastou da herança a filha mulher de comportamento "desonesto". O Código também não reconheceu os filhos nascidos fora do casamento¹⁸. Por esse Código, com o casamento, a mulher perdia sua capacidade civil plena, ou seja, não poderia mais praticar, sem o consentimento do marido, inúmeros atos que praticaria sendo maior de idade e solteira. Deixava de ser civilmente capaz para se tornar "relativamente incapaz". Enfim, esse Código Civil regulava e legitimava a hierarquia de gênero e o lugar subalterno da mulher dentro do casamento civil.

O descompasso entre a lei e as necessidades de uma sociedade que sofreu profundos processos de mudança exigiu que o Código Civil evoluísse, tanto na sua parte geral como na parte especial, para ser um instrumento jurídico que refletisse princípios de justiça social e respeito aos direitos individuais que tivessem por base a equidade.

Apesar de suas inúmeras alterações, o Código Civil ainda mantém em seu texto conceitos e expressões que revelam preconceitos baseados na diferença de sexo, particularmente na parte relativa à

¹⁶ Ver Theotônio Negrão. *Código Civil e Legislação Civil em vigor*. São Paulo, Ed. Saraiva, 1998.

¹⁷ A esse respeito, ver Leila Linhares Barsted. "Permanência ou Mudança? O discurso legal sobre a família", in Angela Mendes de Almeida *et alli*. *Pensando a Família no Brasil: Da Colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1987.

¹⁸ Só a partir da década de 1930 é que os filhos nascidos fora do casamento puderam ser reconhecidos para efeito de legitimação.

família. Apesar destes conceitos e expressões serem considerados inconstitucionais, faz-se necessária a elaboração de um novo Código que explicita em seus artigos o paradigma da igualdade, na vida pública e na vida privada, entre todos os cidadãos, mulheres e homens.

Assim, por exemplo, desde 1916, até os dias de hoje, vigora o artigo 219 que afirma:

“Considera-se erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge:

(...)

IV – O defloramento da mulher, ignorado pelo marido.”

Nesse caso, o marido tem o prazo de dez dias, contados a partir do casamento, para pleitear a anulação do mesmo. Como esse artigo não está incluído no Capítulo sobre a família e sim na parte relativa à validade dos atos jurídicos, sua interpretação como inconstitucional pelo Poder Judiciário pode gerar polêmicas.

O artigo 233, também em seu texto original, considerava o marido chefe da sociedade conjugal, cabendo a ele inúmeros direitos e deveres exclusivos como, por exemplo, representar legalmente a família; administrar os bens do casal e os bens particulares da mulher, mesmo no regime de separação total dos bens; fixar o domicílio e prover a manutenção da família. Esse artigo é considerado revogado face à Constituição de 1988.

No que se refere ao regime de bens no casamento, descrito na parte especial do Código, chama atenção o artigo relativo ao regime dotal entre os cônjuges. Ou seja, em pleno fim do século XX, ainda sobrevive no Código a existência do dote nas relações de casamento. O regime dotal pode ser definido como o conjunto de bens que a mulher leva para a sociedade conjugal. Assim, uma parte dos bens da mulher são transferidos ao marido para que ele possa arcar com o sustento do casal, apenas durante a constância da sociedade conjugal. Essa transferência pode ser feita pelos pais, por terceiros ou até pela própria mulher. Esse artigo explicita uma visão de mundo que imaginava impossível à mulher tutelar seus bens, seu sustento, sua vida. O legislador do início do século considerava impossível a mulher sustentar a família com o seu patrimônio. Mesmo em outras formas de regime, como no regime de separação total de bens, cabia ao homem a administração dos bens da mulher.

A lei civil atual sobre casamento estipula que na ausência de pacto ante-nupcial, o regime matrimonial é o da separação parcial de bens, ou seja, só se comunicam os bens adquiridos após o casamento. Considerando o texto constitucional de igualdade entre homem e mulher nas relações conjugais, cada um dos cônjuges administra seus próprios bens e conjuntamente os bens comuns.

O artigo 242 dispunha que a mulher casada não podia, sem autorização do marido, aceitar ou repudiar herança; aceitar tutela, curatela ou outro *múnus* público¹⁹; litigar (demandar) em juízo civil ou criminal e exercer profissão. Mesmo na Justiça do Trabalho a mulher casada não podia pleitear seus direitos trabalhistas sem a assistência do marido. Essas disposições estão revogadas pela Constituição de 1988.

O artigo 1.744, com a redação de 1916, ainda em vigor, diz que é causa para deserdação dos descendentes por seus ascendentes

“(...) IV – Desonestidade da filha que vive na casa paterna (...)”

Esse artigo incluído no Capítulo das Sucessões pode ser considerado inconstitucional, na medida em que estabelece diferenças entre homens e mulheres não permitidas pelo artigo 5º, inciso I da Constituição Federal de 1988 que reconhece e garante a igualdade de todos perante a lei.

Antes mesmo da Constituição Federal de 1988, a proposta de uma legislação menos discriminatória em relação às mulheres foi debatida durante toda a década de 50 e resultou, em 1962, na elaboração do *Estatuto Civil da Mulher Casada* (Lei 4.121/62)²⁰, que adiante será comentado. Esse Estatuto amenizou as discriminações, alterando, por exemplo, a redação do citado artigo 233 do Código Civil, que passou a ter a seguinte redação:

¹⁹ Fica sob curatela a pessoa maior de idade que não pode administrar seus bens, ficando estes a cargo de um curador. Entende-se por *múnus* público toda a função, cargo, ofício, encargo recebido por alguém. Cf. Leib Soibelman. *Enciclopédia do Advogado*. 5a. edição, Rio de Janeiro, Thex Ed. Biblioteca Universidade Estácio de Sá, 1995, pág. 106 e 243, respectivamente.

²⁰ Essa Lei contou, para sua aprovação, com a mobilização das mulheres, particularmente de mulheres advogadas, dentre as quais destacou-se a Dra. Romy Medeiros da Fonseca.

“O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos (...).” (grifo nosso).

A partir de 1962, marido e mulher passaram a ter os mesmos impedimentos legais, necessitando do consentimento mútuo para, por exemplo, dar fiança, alienar bens imóveis, oferecer bens em hipoteca, dentre outros.

Em 1977, com a entrada em vigor da Lei 6.515 (*Lei do Divórcio*), que também será comentada a seguir, novas alterações se fizeram sentir, tais como aquelas previstas nos artigos 19 e 20, que tratam de pensão alimentícia em caso de separação judicial:

“Artigo 19 – O cônjuge responsável pela separação judicial prestará ao outro, se dela necessitar, a pensão que o juiz fixar²¹ .

Artigo 20 – Para manutenção dos filhos, os cônjuges, separados judicialmente, contribuirão na proporção de seus recursos”.

No entanto, na *Lei do Divórcio* permanecem dispositivos discriminatórios, não eliminados pela Constituição de 1988, tais como:

“Artigo 17 – Vencida na ação de separação judicial, voltará a mulher a usar o nome de solteira”.²²

A partir de 1975, com a entrada em cena do moderno movimento feminista no Brasil, várias propostas de alteração legislativa, visando a igualdade entre homens e mulheres, foram apresentadas para subsidiar as mudanças do Código Civil, particularmente na parte relativa ao direito de família. As propostas do movimento de mulheres foram de fundamental importância para a inscrição no texto da Constituição Federal de 1988 do artigo 226, § 5º, que praticamente revogou todo o capítulo relativo ao direito de família do Código Civil ao declarar que

²¹ Pela lei civil, configuram-se como situações ofensivas aos cônjuges: adultério, tentativa de morte, sevícia, injúria grave e abandono do lar por mais de 2 anos.

²² Trata-se de caso de separação judicial em que a mulher, considerada culpada, tem, como uma espécie de “castigo”, a perda do sobrenome do marido. A jurisprudência dos Tribunais, no entanto, desde a década de 1980, vem amenizando essa “punição”. Ver a respeito o texto de Leilah Borges da Costa.

"Artigo 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...)

§5º – Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher."

Além disso, os parágrafos 3º e 4º desse mesmo artigo da Constituição Federal reconhecem formas de família distintas daquela criada pelos vínculos do casamento. Também o artigo 227 § 6º elimina as diferenças legais entre os filhos definidas no texto original do Código Civil, e reconhece os mesmos direitos para aqueles nascidos dentro e fora do casamento, inclusive para os filhos adotados. Além disso, o parágrafo 8º desestimula a violência no âmbito das relações de família.

Assim, o texto constitucional reconheceu a igualdade de direitos e obrigações entre os cônjuges, o que trouxe reflexos expressivos nas relações de casamento, especialmente no patrimônio do casal, na relação entre os cônjuges, com os filhos e com os ascendentes.

No entanto, podem ser interpretadas como ainda em vigor muitas das disposições discriminatórias do Código Civil como as dos artigos 219 (defloramento da mulher ignorado pelo marido) e 1.744 (deserdação de filha "desonesta") já referidas.

É preciso, portanto, apesar do avanço constitucional, proceder à reforma do Código Civil, para nele inscrever o sentido geral da igualdade expresso na Constituição Federal e nos tratados e convenções internacionais ratificados pelo governo brasileiro.

Tramita no Congresso Nacional Projeto de Lei de Reforma do Código Civil que deverá incorporar o espírito da Constituição Federal de 1988.

As leis extravagantes

Vigoram, hoje, em nosso país inúmeras leis especiais de caráter civil, regulando integralmente vários assuntos, retirando certas matérias do contexto do Código Civil e, muitas vezes, reformando especificamente alguns pontos. Essas Leis não integrantes do corpo do Código são chamadas de Leis Extravagantes

Durante o tempo de vigência do atual Código Civil, talvez o mais importante instrumento na questão dos direitos da mulher tenha sido a Lei 4.121, de 1962, chamado de *Estatuto Civil Da Mulher*

Casada, uma Lei Extravagante que modificou de forma expressiva a posição da mulher no contexto legal. Apesar de manter a chefia masculina da sociedade conjugal, como já destacamos, o Estatuto reconheceu a mulher como “colaboradora do marido” na direção da família, admitindo sua capacidade civil plena e abrindo possibilidades legais para sua maior autonomia. Atualmente, alguns dos seus artigos estão revogados pela *Lei do Divórcio*, mas o seu pioneirismo deve ser ressaltado. Como vimos, o *Estatuto Civil da Mulher Casada* alterou artigos do Código Civil, concedendo à mulher inúmeros direitos independentemente da autorização do marido.

Esse Estatuto completou a capacidade civil da mulher, que antes era “tutelada” pelo marido em todas, ou quase todas, as suas ações. Instituiu também o chamado “bem reservado”, que são os bens adquiridos pela mulher, frutos de seu trabalho, na constância do casamento, mas que são exclusivamente dela, não sendo objeto de qualquer partilha com o outro cônjuge. Cabe ressaltar que, embora não tenha sido explicitamente revogado, o instituto dos bens reservados da mulher casada é considerado, pela melhor doutrina, extinto. Pela Constituição de 1988, homens e mulheres não apenas têm os mesmos direitos, mas as mesmas obrigações e, nesse sentido, as mulheres que trabalham devem contribuir para a manutenção de sua família. O patrimônio adquirido com os recursos desse trabalho poderá ser partilhado ou não, de acordo com o regime de bens do casamento.

O estudo da legislação civil sobre a família aponta, ainda, para a produção jurisprudencial, na década de 60, a respeito dos direitos da “concubina”, antecipando-se à produção legislativa. Assim, nos processos que envolviam reconhecimento de direitos oriundos de relacionamentos não previstos no Código Civil, pode-se perceber a evolução da ideologia do Poder Judiciário sobre o assunto: usando antes expressões como “amásia”, “amante” ou “concubina”, o Poder Judiciário passou a usar, a partir da década de 60, a expressão “companheira”, de caráter não preconceituoso, que se tornou símbolo do reconhecimento das relações familiares não formalizadas pela lei.²³

²³ Destaque deve ser dado à súmula 380 do Supremo Tribunal Federal que diz: “comprovada a existência de sociedade de fato entre os concubinos, é cabível sua dissolução judicial com a partilha do patrimônio adquirido pelo esforço comum”.

A partir da década de 70, como já referido, outra Lei Extravagante marcou expressiva mudança nas relações de família. A *Lei do Divórcio* (Lei nº 6.515/77), já se curva ante a evidência de uma mulher muito mais independente e participativa na sociedade, no mercado de trabalho e nas relações familiares. Essa lei, além de introduzir na sociedade brasileira o divórcio, mecanismo legal que instituiu o fim da sociedade conjugal, não previsto no Código de 1916²⁴, também estabeleceu normas mais flexíveis para o reconhecimento dos filhos havidos fora do casamento²⁵ e autorizou aquele que detém a guarda a resolver sobre os problemas dos filhos menores, independentemente da vontade paterna ou materna, dentre outros direitos.²⁶

Assim, a Constituição Federal completou um ciclo de ampliação e reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada. O artigo 226 § 5º, já referido, alterou todo o entendimento da legislação civil até então vigente e, praticamente, revogou todo o capítulo sobre direito de família do Código Civil. Além disso, a Carta de 1988 ampliou, no mesmo artigo, parágrafos 3º e 4º, a definição de família:

“§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento”.

“§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.”

O reconhecimento constitucional da União Estável deu origem a duas Leis Extravagantes que, hoje, regulamentam a matéria: a Lei 8.971/94 e a Lei 9.278/96, comentadas em outro artigo deste volume²⁷. Em face da vigência dessas duas Leis, que em muito altera-

²⁴ Esse Código definia que o fim da sociedade conjugal só se dava com a morte de um dos cônjuges. O desquite, separação judicial aceita pelo Código, não finalizava o casamento e, por isso, os cônjuges não poderiam contrair novo casamento.

²⁵ Sobre investigação sobre paternidade e reconhecimento de filhos nascidos fora do casamento, ver Lei 8.560 de 29/12/1992.

²⁶ De 1977 até os dias de hoje, a Lei do Divórcio sofreu alterações importantes através das Leis 7.841, de 27/10/1989; Lei 8.069 de 13/7/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); Lei 8.408 de 13/2/1992, dentre outras.

²⁷ Trata-se do texto da Dra. Leilah Borges da Costa.

ram o direito de família, ao reconhecer direitos para pessoas não casadas civilmente, a matéria de direito de família tornou-se mais complexa, obedecendo a legislações diversas, devendo sua evolução incorporar, em termos doutrinários, os tratados, convenções e recomendações dos planos de ação das conferências das Nações Unidas. Na verdade, pode-se dizer que a matéria sobre família no Direito Brasileiro está regulada por inúmeras leis extravagantes e decisões jurisprudenciais que, ao longo do tempo, alteraram de forma radical a redação original do Código Civil de 1916.

A reforma do Código Civil

Há mais de 20 anos tramitam no Congresso Nacional propostas de revisão do Código Civil. Desde 1975, por iniciativa do Poder Executivo, foi encaminhada à Câmara dos Deputados Projeto de Lei de Reforma deste Código. Esse Projeto, depois de tramitar na Câmara, foi encaminhado, em 1984, ao Senado Federal, onde recebeu mais de 300 emendas, sendo finalmente arquivado. Em 1991, o Projeto de Lei foi desarquivado no contexto das revisões constitucionais e, em 1995 voltou a ser discutido no Congresso, tendo como Relator-Geral o Senador Josaphat Marinho.

Em palestra no Instituto dos Advogados Brasileiros, em 23 de março de 1998, o Senador Josaphat Marinho declarou considerar este PL inovador em relação ao Código Civil de 1916. Para ele, a interpretação do Código Civil torna-se difícil face às diversas leis extravagantes que já o modificaram. Nesse sentido, o Código Civil perdeu sua unidade, necessitando de reforma. Para o Senador, o Código dever ser um instrumento de normas gerais, deixando as especificidades para leis especiais.

Algumas modificações foram apontadas como passíveis de serem incorporadas a um novo Código, tais como a alteração da expressão "todo homem é capaz" para "toda a pessoa é capaz". Outra possibilidade é a alteração da maioria civil que deverá ser fixada a partir dos 18 anos e não mais aos 21 anos, como no atual Código. Espera-se, também, que a concepção de direito de propriedade incorpore o sentido social, prevalecendo o interesse coletivo, conforme já assinalado na Constituição Federal de 1988. Isso significa definir legalmente que o direito de propriedade não pode prejudi-

car o interesse social, o meio ambiente, a flora e a fauna. É a orientação moderna do direito em busca de sua função social, relativizando o individualismo jurídico que marcou tão profundamente o Código Civil de 1916.

Outra expectativa é que a expressão “pátrio poder” possa ser substituída pela expressão “poder familiar”, levando-se em consideração a igualdade de homens e mulheres na família, já reconhecida constitucionalmente.

A Constituição alterou profundamente o conceito de família, ao reconhecer a união estável entre homem e mulher que não têm impedimentos para casar. O Projeto de Reforma do Código Civil deve incorporar essa inovação, fixando, no entanto, um prazo mínimo de convívio. As leis existentes sobre união estável e concubinado deverão ser integradas ao novo código.

O reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres na direção da família inclui o direito do homem aos alimentos, tal como já era concedido à mulher. O texto do Projeto de Lei de Reforma do Código Civil até agora divulgado não prevê o casamento entre pessoas do mesmo sexo e não trata da questão da clonagem²⁸.

Como já foi destacado, a Reforma do Código Civil não eliminará a elaboração de leis especiais sobre direito de família que, ocasionalmente, deverão ser promulgadas para atender à dinâmica das relações sociais. Por outro lado, deve-se estar atento para a alteração de normas que incidem sobre a família e que estão em outros Códigos e leis não-civis. Esse é o caso do Código Penal que possui um capítulo sobre “Crimes contra a Família”, dentre os quais se inclui o adultério. A proposta de reforma do Código Penal elimina o crime de adultério, que tem, historicamente, no Brasil, servido de base para a chamada “tese da legítima defesa da honra” utilizada na defesa de homens que assassinaram suas mulheres.²⁹

²⁸ O Projeto de Lei nº 2.841/97 estabelece, dentre outras, normas para o uso de técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Esse projeto está apensado ao PL de nº 2.811/97, que junto com vários outros tenta regulamentar a inseminação artificial, a clonagem e outras regras de genética e de biotecnologia que têm reflexos sobre a matéria de direito de família.

²⁹ Ver a respeito Jacqueline Hermann e Leila Linhares Barsted. *O Judiciário e a Violência Contra a Mulher: A Ordem Legal e a (des) Ordem Familiar*. Caderno Cepia 2, 1a. reimpressão. Rio de Janeiro, Cepia, 1999.

É de fundamental importância que o movimento de mulheres possa acompanhar e interferir, continuamente, nos debates que se desenvolvem no Congresso Nacional referentes à família, em especial aqueles que envolvem as relações entre os sexos, monitorando a sua interpretação e aplicação pelo Poder Judiciário.

A EVOLUÇÃO DA PROTEÇÃO DA UNIÃO ESTÁVEL NO DIREITO BRASILEIRO

Leilah Borges da Costa¹

Quadro Geral

A evolução dos costumes mostrou uma nova realidade em termos do Direito de Família, impondo a necessidade de novas proteções legais. Essa necessidade surgiu, exatamente, porque ao longo das três últimas décadas, muitos casais passaram a viver unidos, independentemente das formalidades previstas pelo Código Civil, e com aceitação social cada vez mais crescente.

Pretendemos, neste texto, de forma resumida, destacar a legislação que regula essas modalidades de convivência, não previstas no Código Civil de 1916, tão conservador em relação ao capítulo da família, só admitindo a sua constituição e o seu reconhecimento através do instituto do casamento.

A vida em comum entre homem e mulher fora do casamento, até 1988, era entendida apenas como *Concubinato*, fosse ele *puro* ou *impuro*². Somente em 1988, a nova Constituição Federal inseriu no Capítulo da Família (art. 226, § 3º) o reconhecimento da união estável como uma das formas de constituição da família.

É importante, assim, que recuperemos na evolução de nosso direito, a assimilação das mudanças sociais havidas, bem como a consolidação que tiveram no texto constitucional.

A evolução do conceito de concubinato foi muito lenta e se deu de forma diferenciada, tendo em vista os interesses distintos, oriundos dessa forma de união.

¹A autora é advogada civilista, membro do Comitê de Especialistas do CFEMEA, ex-Conselheira da OAB/RJ e membro do Instituto dos Advogados Brasileiros.

²Para a doutrina jurídica brasileira, o chamado *concubinato puro* caracteriza a situação das pessoas de sexo diferente, que vivem sem o vínculo do matrimônio, apesar de não terem nenhum impedimento para casar. Nesse caso estão as pessoas solteiras, viúvas, separadas judicialmente e divorciadas. Já o chamado *concubinato impuro*, caracteriza a situação de pessoas que têm uma relação extra conjugal ou que, embora separadas de fato, nunca providenciaram a *Separação judicial* (separação legal) e vivem com uma outra pessoa, não importando o estado civil desta. Essa denominação de *impuro* vem do fato de que, nesse caso, há impedimento legal para o casamento.

Uma das primeiras manifestações do reconhecimento dessas uniões ocorreu em razão do Decreto-Lei 7.036, de 10/11/1944, que em seu artigo 21, parágrafo único, atribuiu indenização devida por acidente de trabalho a qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do acidentado, desde que este não tenha esposa, filhos, mãe ou pai inválidos que sustente. Assim, passou a companheira mantida pela vítima do acidente de trabalho a ter os mesmos direitos da esposa legítima, desde que tivesse sido declarada como beneficiária do acidentado, em sua Carteira Profissional, no Livro de Registro de Empregados ou através de qualquer outro ato solene de declaração de vontade, onde defina o nome de seus dependentes. Este foi o entendimento do Supremo Tribunal Federal, que na Súmula³ 35 afirma que:

“Em caso de acidente de trabalho ou de transporte a concubina tem direito a ser indenizada pela morte do amásio, se entre eles não havia impedimento para o matrimônio”.

Assim, tanto o Decreto-Lei 7036/44 quanto a Súmula 35 do STF reconheceram direitos à mulher que vivesse em “concubinato puro”, ou seja, desde que não houvesse impedimento para o casamento.

Em 1960, a Súmula 380 do Supremo Tribunal Federal, que tratou da questão patrimonial relativa ao concubinato⁴, decidiu que a mulher precisava provar sua contribuição no esforço comum para a formação do patrimônio do casal. Se comprovada tal participação, a mulher teria direito à partilha de bens, proporcionais a sua contribuição. A Súmula 380, do Supremo Tribunal Federal estabeleceu que:

“Comprovada a existência de sociedade de fato, entre os concubinos, é cabível a sua dissolução judicial, com a partilha do patrimônio adquirido pelo esforço comum”.

Muitos anos depois, pelos idos de 1975-80, as decisões dos Tribunais dos estados começaram a formar jurisprudência, dando maior elasticidade à aplicação da Súmula 380, do Supremo Tribunal Federal.

³ Súmula do Supremo Tribunal Federal é um enunciado padrão da jurisprudência do tribunal, sintetizando a orientação daquele órgão na matéria a que se refere, bastando aos recorrentes citarem o número da súmula para determinar a razão do recurso.

⁴Tanto o puro como o impuro.

Os Tribunais passaram a entender que a mulher, para provar o esforço comum na construção do patrimônio, não necessariamente deveria ter contribuído com um aporte financeiro. Bastaria provar sua participação através da dedicação à casa, na criação dos filhos, fazendo trabalhos domésticos sem remuneração ou, até mesmo, exercendo atividades informais como costurar, fazer doces para fora, atividades que até hoje são muitas vezes realizadas pelas mulheres e que passaram, então, a ser valorizadas pelos nossos Tribunais.

A Legislação sobre a Previdência Social, de seu lado, muito contribuiu para o reconhecimento dos direitos da concubina. No entanto, a mesma lei estabeleceu alguns critérios para esse reconhecimento, exigindo, em primeiro lugar, vida em comum de pelo menos cinco anos, sem o que a mulher não poderia ser beneficiária de seu companheiro, existisse prole ou não.

A Lei de Registros Públicos, nº 6.015, de 31/12/1973, concedeu à concubina o direito ao uso do sobrenome do companheiro, desde que, tal como na lei previdenciária, tivesse mantido convivência pelo período mínimo de cinco anos.

A legislação tributária deu seguimento a esses avanços, passando o Imposto de Renda de pessoa física a aceitar a concubina como dependente de seu companheiro, desde que a convivência contasse, igualmente, com o prazo mínimo de cinco anos.

Mas o grande salto foi dado com a Constituição de 1988, que reconheceu a união estável entre o homem e a mulher como família constituída, consolidando os avanços legais, além de ter representado uma verdadeira revolução no Código Civil. Até então, nenhuma outra Constituição brasileira tinha reconhecido relações familiares fora do que prevê o Código Civil. Na medida em que a Constituição, praticamente, revogou de nosso Código Civil todo o capítulo relativo à família, e que a reforma desse Código ainda não foi votada pelo Congresso Nacional, essa matéria tem sido regulamentada através das chamadas leis extravagantes.

Passo muito importante para a regulamentação dos direitos dos companheiros, e não apenas da companheira, foi a Lei 8.971/94, de autoria do Senador Nelson Carneiro, sancionada pelo Presidente Itamar Franco. Essa lei trata de direitos relativos a Alimentos e à matéria sucessória entre pessoas não casadas, detendo-se menos

nas questões relativas ao patrimônio dos conviventes do que nas implicações sociais da separação. Até essa data não existia o direito dos concubinos ou companheiros para requerer Alimentos, em nenhuma circunstância. Com o objetivo de estabelecer a igualdade entre homens e mulheres na relação familiar, a lei nº 8.971/94 concedeu esse direito a homens e mulheres. Diz a lei:

“A companheira comprovada de um homem solteiro, separado judicialmente, divorciado ou viúvo que com ele viva há mais de cinco anos, ou dele tenha prole poderá valer-se do disposto na lei de alimentos, de nº 5.478/68, enquanto não constituir nova união e desde que prove a necessidade.

Parágrafo Único – Igual direito e nas mesmas condições é reconhecido ao companheiro de mulher solteira, separada judicialmente, divorciada ou viúva”.

No Direito sucessório, regulado pelo Código Civil, até a edição da lei nº 8.971/94 os beneficiários eram: em primeiro lugar, os descendentes; depois os ascendentes; em terceiro, o cônjuge sobrevivente; em quarto, os colaterais e em quinto, o Estado. A lei 8.971/94, em seu artigo 2º inovou, dispondo que:

“As pessoas referidas no artigo anterior participarão da sucessão do companheiro ou da companheira nas seguintes condições:

I — Se houver descendentes, o companheiro e a companheira terão direito, enquanto não constituírem nova união, de usufruto de 1/4 dos bens do falecido, se houver filhos destes ou filhos comuns.

II — Se não houver descendentes, o companheiro ou a companheira, enquanto não constituírem nova união, têm direito ao usufruto de 50% do patrimônio.

III — Na falta de descendentes e ascendentes, o companheiro sobrevivente terá direito à totalidade da herança.”

Deste modo e a partir desta lei, há de se entender modificada a norma do Código Civil⁵ no que se refere à sucessão legítima, devendo agora ler-se a expressão “ao cônjuge sobrevivente ou companheiro”.

⁵ Ver o artigo 1603, inciso III do Código Civil.

Essa questão poderá ser melhor entendida a partir da interpretação articulada dessa lei do direito a alimentos e à sucessão com a lei de União Estável, da qual falaremos adiante, que reconheceu como família pessoas não unidas pelo casamento civil.

No que se refere à situação do concubinato impuro, os companheiros não têm direito a requerer alimentos, podendo pleitear, apenas, em caso de separação, seus direitos patrimoniais. É a chamada "dissolução de sociedade de fato"⁶ e, neste caso, é a Súmula 380, do Supremo Tribunal Federal, que orienta as decisões das questões patrimoniais relativas ao concubinato. Como vimos, por essa decisão do Supremo Tribunal faz-se necessária a prova de que houve colaboração mútua na construção do patrimônio comum, que poderia, então ser partilhado entre os companheiros ou "sócios" na proporção da colaboração de cada um. No Rio de Janeiro, essas ações são da competência do juízo cível, e não do juízo de família, podendo variar segundo as normas do Código de Organização Judiciária de cada estado.

Para as mulheres, apesar de ser mais difícil esta prova, os Tribunais entendem, majoritariamente, que estas não precisam provar que aportaram dinheiro na composição do patrimônio comum, já que fica subentendido o trabalho dispendido com o cuidado dos filhos e da casa, independentemente do trabalho remunerado fora de casa.

Ao longo dos anos, a aplicação da Súmula 380 vem sendo suavizada, em seu sentido social. Deste modo, a mulher que vai ao Juízo Cível⁷ e dá entrada em uma ação de Dissolução de Sociedade de Fato não precisa, necessariamente, provar a colaboração direta para a aquisição dos bens que o casal possui no momento dessa dissolução. Ou seja, não precisa demonstrar que aportou dinheiro para a construção do patrimônio. Sem a necessidade dessa prova direta, a mulher tem direito a um percentual do patrimônio comum, que varia de 50% a 10% dos bens dos concubinos. A definição desse

⁶ Sociedade de fato é aquela sem contrato escrito e sem personalidade jurídica. Seus participantes são pessoal e solidariamente responsáveis pelas obrigações assumidas em nome dela.

⁷ Isso acontece porque no caso do chamado "concubinato impuro" os concubinos não podem, pela lei, recorrer à justiça de família.

percentual dependerá do entendimento do julgador, que pode concluir, inclusive, que o esforço indireto da mulher foi de tal ordem, que a ela poderá caber até mesmo a meação⁸ do patrimônio.

Mesmo assim, não se tem dúvida em ressaltar que quando a pretensão é do concubino homem, os Tribunais concedem, em geral, um percentual mais elevado do que costumam conceder à mulher, baseados na premissa de que o homem sempre contribuiu mais para o patrimônio do casal. Isso se explica porque ainda existe, de fato e culturalmente, o pressuposto de que o homem ganha mais. Nos casos de concubinato impuro, a tendência é, portanto, presumir, no que concerne ao patrimônio, que houve uma colaboração mais efetiva do homem do que da mulher. Quando a mulher não consegue comprovar renda maior que a do homem, em geral, o Poder Judiciário acaba por conceder ao homem parcela maior do patrimônio comum.

A ampliação do Conceito de Família na Constituição Federal de 1988

Nessa evolução ou expansão dos direitos relativos a uniões não regidas pelo casamento, a Constituição Federal de 1988 representou enorme avanço, reconhecendo, em seu artigo 226, § 3º, a união estável entre homem e mulher como forma legítima de constituição da família. Diz o texto constitucional:

“Artigo 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

(...)

§ 3º – Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.”

Durante a Assembléia Nacional Constituinte, que elaborou o novo texto constitucional, o Movimento de Mulheres trabalhou muito para que a união estável ficasse legalmente reconhecida como uma das formas de constituição de família. Nesse sentido, a evolução que o Direito de Família, especialmente na questão da mulher teve

⁸ Expressão que significa ter direito a metade do patrimônio, como no casamento pelo regime da comunhão universal de bens.

em 1988 foi um fato social importante, marcante, além de juridicamente revolucionário.

A partir do momento em que se inseriu no Capítulo da Família o reconhecimento da união estável, o princípio da igualdade entre os cônjuges passou a ser interpretado, também, como igualdade entre os conviventes. Até então, havia flagrante desigualdade no tratamento dado a essa forma de família, não apenas desigualdade entre homem e mulher, mas também, desigualdade social e legal.

A Regulamentação da União Estável

A Lei 9.278/96, mais recente e também mais conhecida que a chamada Lei do Concubinato, analisada anteriormente, teve maior publicidade, sendo ambas, até hoje, objeto de muita crítica e muita discussão, particularmente nos meios jurídicos.

Em linhas gerais, o Anteprojeto que deu origem à Lei nº 9278/96 não estipulava prazo mínimo de convivência entre os companheiros para garantia de direitos. O homem e a mulher tinham o direito de dispor, da forma que quisessem, sobre o patrimônio que viessem a constituir, admitindo que tudo aquilo que tivesse sido adquirido durante a união, e pelo esforço comum, seria de propriedade dos conviventes, expressando nada mais do que a aplicação do regime da comunhão parcial de bens, previsto pelo Código Civil.

Na discussão do Anteprojeto, o Movimento de Mulheres contou com uma grande contribuição do CFEMEA⁹, que convocou diversas pessoas e entidades para discutir a matéria da união estável. O trabalho foi intenso, tendo havido a acolhida de sugestões do Brasil inteiro, do próprio Movimento de Mulheres, dos advogados, do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), dentre outras instituições. Todas as sugestões recebidas se transformaram em subsídios para a elaboração de um Anteprojeto muito bom e inovador¹⁰. Essa proposta previa a regulamentação da união estável sem definir prazo de convivência, entendendo-se a união estável como a união de pessoas sem impedimentos

⁹ CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria, sediado em Brasília.

¹⁰ A elaboração desse anteprojeto contou com a valiosa orientação do Professor Álvaro Villaça de Azevedo e a contribuição das advogadas Elizabeth Garcez, Iáris Ramalho Cortês, Leilah Borges da Costa e Nadeje Domingues.

para o casamento, podendo os conviventes, inclusive, celebrar contrato escrito, definir direitos, deveres e obrigações. Encaminhado ao Congresso Nacional, o anteprojeto teve a deputada Beth Azize como relatora. O processo legislativo correu normalmente, tendo sido aprovado nas suas respectivas Comissões, e depois de aprovado pelo Plenário da Câmara dos Deputados, foi encaminhado ao Senado e deu origem à lei nº 9.278/96.

Por essa lei, tanto o homem como a mulher tiveram sua situação patrimonial igualmente regulada. Além disso, o que se pretendia com o Projeto de Lei é que as partes pudessem estabelecer normas de convivência para além das questões patrimoniais, podendo decidir, por exemplo, que não queriam viver juntos sob o mesmo teto, ou que, em caso de separação, os filhos ficariam sob a guarda da mãe, ou do pai, etc. Enfim, todas as condições permitidas pelo Direito de Família, na constituição e manutenção desse tipo de vida em comum, poderiam estar definidas nesse contrato, que deveria ser registrado no Registro Imobiliário competente e na 1ª Circunscrição Civil de cada estado, quando houvesse patrimônio imobiliário, ou seja, bens imóveis.

Na hipótese dos conviventes virem a casar no futuro, o tempo de convivência anterior seria admitido retroativamente, para que os bens que tivessem sido adquiridos naquela fase de vida em comum, pudessem ser considerados, sem qualquer discussão, como patrimônio das partes.

Mas depois de aprovado pelo Congresso (Câmara dos Deputados e Senado), o Projeto recebeu dois vetos do Presidente da República, sob a justificativa de que a matéria aprovada estava instituindo uma espécie de casamento de segunda categoria. Os vetos atingiram os artigos 3º e 4º do Projeto, que tratavam do direito das pessoas de contratar a sua convivência comum sob o regime que desejassem. O veto a esses artigos prejudicou o entendimento do artigo 5º, que diz:

“Os bens móveis e imóveis adquiridos por um ou por ambos os conviventes na constância da união estável e, a título oneroso, são considerados fruto do trabalho e da colaboração comum, passando a pertencer a ambos, em condomínio e em partes iguais, salvo estipulação contrária em contrato escrito.” (grifo nosso)

Ou seja, na medida em que foram vetados os artigos 3º e 4º, que falam de um contrato escrito, fica muito estranha a redação do artigo 5º, que dispõe salvo “estipulação contrária em contrato escrito”.

Apesar do Projeto de Lei ter previsto que o patrimônio adquirido pelos conviventes é de ambos, em partes iguais, não se pode desconhecer que há pessoas que querem se unir, sem casamento, seja sob o regime da comunhão universal de bens, seja da separação de bens. Exatamente por isso, o Projeto previa o direito das pessoas contratarem (escolherem) regime diverso ao da comunhão parcial de bens¹¹.

O veto quanto ao direito de contratar baseou-se na seguinte questão: no casamento civil, o regime de bens é imutável; só termina com a morte de uma das partes ou pela separação destas. Os defensores do veto entendem que tal garantia não existiria, segundo o Projeto de União Estável, pois o contrato escrito proposto, e que foi vetado, poderia vir a ser substituído por um segundo contrato escrito, desde que as partes assim quisessem ou concordassem, trazendo incerteza em relação a terceiros, questão, sem dúvida, de difícil solução jurídica.

A possibilidade da conversão da união estável em casamento trouxe ao julgador a possibilidade de quase esquecer que as pessoas que vivem em união estável não necessariamente querem casar. Isto não é entendido por muitos de nossos julgadores, pois consideram que as pessoas vivendo em união estável, vivem um pré-casamento, já que o texto constitucional prevê a conversão da união estável em casamento. Para o julgador, obrigatoriamente esta conversão em casamento ocorrerá, o que não necessariamente acontecerá. A realidade concreta mostra que as pessoas que querem casar se habilitam e se casam.

As pessoas que vivem em união estável não casam porque não querem. É portanto, diferente daquelas que vivem em concubinato ímpuro, que não podem se casar. Só nesta segunda hipótese, e ante à impossibilidade do casamento, poder-se-ia deduzir que esse

¹¹ A lei prevê que, se não houver manifestação diferente antes do casamento, o regime de bens será o da comunhão parcial. Isto é, comunicam-se todos os bens adquiridos após o casamento. As pessoas podem optar, através de pacto ante-nupcial, pelos regimes de comunhão total de bens ou de separação total de bens. Tal regra deveria ser possível também para as pessoas que desejam viver em união estável.

tipo de convivência inclui o desejo de contrair casamento. Ao contrário, o concubinato puro, reconhecido como união estável, é a relação de duas pessoas que sem qualquer impedimento passam a viver juntas, sem o vínculo do casamento civil porque não querem casar.

Outro artigo do Projeto de Lei que gerou muita polêmica nos meios jurídicos, levando a interpretações distorcidas na imprensa, confundindo a opinião pública, diz respeito ao prazo mínimo de convivência. No projeto original não foi fixado prazo determinado, pois levou-se em conta muito mais o aspecto subjetivo, a intenção do casal, o seu desejo de manter uma relação estável, do que o aspecto objetivo, relacionado a um determinado número de anos de convivência. Com a modificação que o projeto sofreu, foi incluído o prazo mínimo de convivência de cinco anos para a caracterização da união estável. Continuamos entendendo que o grande prejuízo da modificação foi com relação a essa questão, pois consideramos que a estabilidade de uma relação não está no decurso do prazo. Existem uniões de um ano e meio, dois, três anos, muito mais estáveis do que uniões de cinco ou mais anos. Ao Poder Judiciário deveria ter sido conferido o poder de avaliar a estabilidade da união, caso a caso.

Por exemplo, a pessoa que não tem a intenção realmente de dividir o patrimônio adquirido pelo esforço comum, pode dissolver a convivência comum faltando poucos meses ou poucos dias para completar o prazo estabelecido. Há ainda quem dissolva este tipo de sociedade trinta dias antes de completar o quinto ano, certo de que não vai ter que partilhar o patrimônio adquirido pelo casal durante o tempo de convivência. Nesses casos, deveria caber ao julgador decidir sobre a divisão do patrimônio comum. Uma questão de relevo que se coloca hoje é a seguinte: na hipótese da convivência não ter atingido o prazo mínimo de cinco anos, poderá o julgador deixar de considerar o esforço comum na partilha dos bens só porque faltam meses, ou até poucos dias, para cinco anos?

No Estado do Rio de Janeiro foi criado um Fórum Permanente de Direito de Família, no Tribunal de Justiça, que vem analisando e discutindo as leis 8.971/94 e 9.278/96 de modo concreto e sensível e procurando enfrentar a questão do prazo mínimo de cinco anos, sem nenhum extremismo. Por outro lado, não há como negar que a questão do prazo mínimo de cinco anos é um fato consumado do qual

não conseguimos ainda nos afastar. Tornou-se o que chamamos de "costume", desde que a Lei da Previdência Social, em 1944, passou a exigir um prazo de pelo menos cinco anos de vida em comum para a mulher ser considerada beneficiária do companheiro. O mesmo ocorreu, como já citado, com a Lei de Registros Públicos em relação ao direito da companheira em usar o sobrenome do companheiro. Também na legislação tributária — Imposto de Renda Pessoa Física — são exigidos cinco anos de vida em comum para a declaração da companheira/o como dependente. Assim, no momento, a questão do prazo mínimo de convivência para o reconhecimento de direitos ainda é um aspecto da nova lei que provoca discussão.

De todo modo, apesar dos vetos, a lei da União Estável está em vigor. Como houve uma reação social muito grande em relação aos vetos do Presidente da República aos artigos da lei acima mencionados, foi constituída, no Ministério da Justiça, uma Comissão que elaborou uma proposta de reformulação da aludida lei. Na realidade, essa Comissão fez um novo Projeto, cuja situação no Congresso Nacional desconhecemos. Esperamos que a nova proposta legislativa possa vir aperfeiçoar o que a lei da União Estável já propõe.

Tratando-se da regulamentação da união estável, o entendimento da lei 9.278/96 deve ser feito em conjunto com o da lei 8.971/94, de autoria do Senador Nelson Carneiro, como vimos acima. Assim, analisar lei 9.278/96 sem antes analisar essa lei de 1994 torna contraditória a matéria, já que existem duas legislações regulamentando a união estável, razão pela qual os dispositivos de ambas as legislações devem ser considerados em conjunto. Isso porque a lei 9.278/96, que regulamentou a união estável nas questões patrimoniais, não modificou a lei nº 8.971/94. Mas foi a lei 9.278/96 que estabeleceu a regra geral, conceituou o que é a união estável, considerando-a como entidade familiar, reconhecendo como tal a relação duradoura, pública, contínua de um homem e uma mulher, estabelecida com o objetivo de formação da família. A segunda lei não entra em choque com a anterior e, sim, a complementa. É ainda importante deixar claro que o contrato de que fala a lei 9.278/96 tem de obedecer à ordem jurídica vigente. As partes (os conviventes) não podem ter uma liberdade contratual absoluta; devem sujeitar-se à lei e aos costumes.

Com a entrada em vigor da nova lei da União Estável, os operadores do direito têm se deparado com situações inusitadas e complexas. Muitas uniões, que durante anos se construíram e se consolidaram como sociedades de fato e que estão se dissolvendo após a lei 9.278/96, a partir de 1996, passaram a ser protegidas por essa nova lei. Mas como a lei não pode retroagir no tempo, mesmo já vivendo em concubinato puro antes da lei da União Estável, os conviventes somente terão direitos aos seus benefícios a partir da data de sua promulgação. No que diz respeito à partilha de bens, por exemplo, as partes têm que provar que, no período anterior a 1996, contribuíram concretamente para a construção do patrimônio, de acordo, portanto, com o determinado pela Súmula 380, do Supremo Tribunal Federal.

Com as leis 8.971/94 e 9.278/96, foi grande a evolução da situação da mulher, podendo-se afirmar que ela não está mais em uma situação de desproteção legal. Isto porque as duas leis mencionadas deram à companheira, de certa forma e em determinadas situações, mais direitos do que a mulher casada pelo direito civil. Esta, pelo regime da separação total de bens, não tem direito a absolutamente nada. Isso vale também para os homens, sejam companheiros ou maridos.

As leis 8.971/94 e 9.278/96 são consideradas *legislação extravagante* porque não estão inseridas no Código Civil em vigor, apesar de algumas propostas já terem sido incluídas no Projeto de Reforma desse Código¹². Não se sabe ainda quando e de que forma o projeto de reforma do Código Civil será aprovado, podendo-se prever que, ainda por muitos anos, as duas leis mencionadas continuarão a regular as questões oriundas das separações de uniões estáveis.

¹² O Jornal FEMEA, de setembro de 1999, editado pelo CFEMEA, informa que em junho deste ano foi instalada, na Câmara dos Deputados, uma Comissão Especial destinada a apreciar e proferir parecer sobre as emendas do Senado Federal ao projeto de lei 634/75, de autoria do Poder Executivo que instituiu o Código Civil. Este Projeto, que tramita desde 1975, foi aprovado pela Câmara e pelo Senado Federal. Esta última Casa acrescentou emendas ao texto aprovado pela Câmara. Pela lei, a Câmara dos Deputados não pode mais alterar o texto aprovado pelo Senado. Assim, a Comissão Especial deverá se pronunciar pela prevalência do texto aprovado há mais de 15 anos pela própria Câmara ou pelo texto com as emendas do Senado. Segundo o FEMEA, a Comissão tende a ampliar a discussão sobre a reformulação do Código Civil através de audiências públicas com juristas e estudiosos do direito civil.

De qualquer maneira, constata-se que o Judiciário está avançando muito na questão da interpretação e da aplicação dos preceitos da união estável. O Poder Judiciário está, inclusive, ouvindo e aceitando a participação da sociedade nessa discussão, através da imprensa, da mídia, dos organismos de classe, etc. Assim, é preciso reconhecer que a interpretação que vem sendo feita pelo Poder Judiciário hoje, em termos de família, está longe daquela tradicional, pelo menos nos grandes centros, como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e nos Tribunais Superiores, sendo quase impossível, entretanto, acompanhar as decisões de estados menores e mais distantes. Em qualquer pesquisa de jurisprudência, leva-se em consideração, em primeiro lugar, de que forma o Superior Tribunal de Justiça está julgando, observando-se em seguida os Tribunais de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná. Os estados menores acabam acompanhando, em regra, as decisões dos Tribunais dos grandes centros, não sem antes preservar a moral local.

Essa nova conjuntura decorre, é preciso não esquecer, da atividade intensa do Movimento de Mulheres, nas últimas duas décadas, resultante do desenvolvimento social, cultural e legal que não pode ser observado entre os homens. A mulher, casada ou que viva em união estável, da classe média ou da classe alta, que tem bens a dividir, tem hoje uma situação patrimonial muito melhor do que no passado. Entretanto e infelizmente, essa parcela representa uma minoria da população feminina do país.

Nas Varas de Justiça Gratuita a situação é outra. Não é tão numerosa a população carente que vem ao Judiciário para dissolver uma união estável (a maioria, não casa, mesmo). Entretanto, em termos de Alimentos a situação é ainda pior. O Judiciário fixa a verba possível, mas executá-la, é na maioria das vezes, impraticável. Essa parcela da sociedade continua desassistida, apesar de toda a legislação mencionada, porque essa parcela da população já é desassistida nos seus direitos mais básicos e essenciais: saúde, segurança, educação, etc.

Mesmo assim, a demanda da classe economicamente pobre em relação à busca de justiça é cada vez maior e isto se dá, basicamente, pelo conhecimento que a mulher, ainda que sem recursos, tem quanto aos seus direitos.

Mas no que se refere à parcela da sociedade que está hoje agasalhada, protegida pelas duas leis mencionadas, vê-se que a situação da mulher mudou muito. A mulher hoje busca os seus direitos porque ela conhece muito mais, ela sabe, e ela está levando suas demandas ao Judiciário de forma clara: “eu vivi em união estável e eu quero, sim, o patrimônio que ajudei a construir”.

Mas enquanto a questão da divisão patrimonial tem ampliado o leque de reivindicação das mulheres, a questão dos Alimentos está sendo encarada com parcimônia e muita cautela pelo Judiciário. As mulheres que trabalham fora de casa e que não têm condições de provar que tiveram uma queda acentuada em seu padrão de vida, depois da separação, não estão recebendo Alimentos, em ações judiciais. Vale ressaltar o aspecto positivo dessa nova interpretação da lei, pois a lei 8.971/94 concedeu alimentos tanto ao homem como à mulher que mantiveram união estável, desde que efetivamente necessitem do benefício, procurando evitar que essa reivindicação seja motivada por capricho ou vingança.

O Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, de uma forma geral está concedendo um determinado prazo para que a mulher receba os alimentos, até que consiga trabalho, e procurando considerar a idade, posição social, escolaridade, condições de saúde, etc. Está claro, portanto, que nem mulher, nem homem, poderão ficar pensionados pelo resto da vida. Assim sendo, a decisão sobre a concessão dos Alimentos é uma questão cuja apreciação judicial deve ocorrer caso a caso, cabendo ao julgador procurar equacionar o binômio NECESSIDADE/CAPACIDADE, sem o que não há justiça.

Em termos de prova para as ações de Alimentos, as dificuldades são sempre grandes. É claro que há a chamada riqueza aparente, fácil de comprovar. É sabido que na Declaração de Renda Pessoa Física, uma parcela grande dos contribuintes sonega os seus rendimentos, particularmente aqueles que não são descontados em folha de pagamento. Então, quando o juízo requer que venham as Declarações de rendimentos, nem sempre é apurada a verdade. A Declaração de Renda não é um meio suficiente para mostrar as possibilidades de pensionar ou a necessidade de ser pensionado. Deste modo, a prova é sempre difícil de ser produzida, tanto em relação à classe

média como à classe alta. Quanto às camadas mais necessitadas, a prova é também de difícil produção, pois, muitas vezes, o alimentante (aquele que paga a pensão) e, até se pode já dizer a alimentante, não mantém emprego fixo, muito menos carteira de trabalho assinada. Nesses casos, o Poder Judiciário tem operado satisfatoriamente, apesar da morosidade ainda comprometer, em muitos casos, o rito especial da Lei de Alimentos.

Cultural e historicamente, as decisões relativas a Alimentos tendem a favorecer a mulher. Hoje ainda é raro um homem reivindicar Alimentos. Deve-se considerar, entretanto, que uma coisa é a fixação dos Alimentos pelo Juiz; outra, é o seu efetivo recebimento. Executar a obrigação alimentar é uma coisa terrível, muito difícil. A lei prevê que o devedor de alimentos pode ser preso se não cumprir com sua obrigação, mas, atualmente, o Judiciário não tem decretado a prisão do devedor. O Tribunal de Justiça concede *habeas corpus*¹³ quando o juiz de família decreta a prisão do devedor, o que alivia a coação legal e acaba dificultando a execução do pagamento da pensão alimentícia. Naturalmente que não se é favorável à prisão do alimentante, mas esta é a única forma de pressão que a parte fraca da situação tem sobre o devedor alimentar.

Com a situação social que o Brasil atravessa, poder-se-ia dizer que talvez apenas 10% ou 20% das obrigações alimentícias não consignadas em folha de pagamento devem estar sendo cumpridas. Em 80% a 90% dos casos, quem necessita está desesperado. Via de regra, a mulher fica ainda em situação mais difícil, porque, na maioria das vezes, é ela quem fica com a guarda dos filhos, além do que, em inúmeras situações, o pai desaparece, muda de residência ou até mesmo abandona o emprego fixo para evitar o pagamento dos alimentos. A situação contrária é rara, pois são pouquíssimos os casos em que o pai fica com a guarda dos filhos. Mas todas as mudanças a que nos referimos anteriormente, mudaram também a compreensão de que não é apenas o pai que tem obrigação de alimentar os filhos. A Lei do Divórcio (Lei 6.515/77), já estabeleceu, em seu artigo 20, que em caso de Separação Judicial, seja consensual ou não,

¹³ Habeas Corpus é uma garantia constitucional utilizada em caso de prisão ou constrangimento visando proteger o direito à liberdade de locomoção do cidadão.

a obrigação de manter a prole é de pai e mãe, na proporção de seus rendimentos.

Para finalizar, assinalamos a importância da criação do Fórum Permanente de Direito de Família, no Estado do Rio de Janeiro, que congrega uma Comissão integrada por magistrados, Curadores de Família e advogados da área. Essa Comissão visa estudar a nova legislação de família levando em conta as enormes transformações sociais e legais desse campo do direito. Visando o aprimoramento de toda esta legislação extravagante atinente ao Direito de Família, e resultante dos novos direitos inseridos na Constituição de 1988, a mencionada Comissão debate constantemente os avanços sociais, a nova e crescente demanda por justiça, encorajando e atualizando os aplicadores da lei.

Ainda há muito a avançar em termos de igualdade entre homens e mulheres mas, no que tange às relações de família, já é possível afirmar que a isonomia deixou o campo do ilusório, para impor sua verdadeira aplicação.

BREVE PANORAMA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL¹

Leila Linhares Barsted

Introdução

Neste texto selecionei algumas reflexões por mim apresentadas em trabalhos anteriores², com o objetivo de visualizar, de forma sucinta, a forma como o direito brasileiro se posiciona em relação à sexualidade e à reprodução.

É importante assinalar que, até a década de 90, praticamente quase toda a referência do direito brasileiro às questões da sexualidade e da reprodução vinha inserida em leis ou artigos de leis relativos à família. Essa percepção nos leva, necessariamente, a compreender a importância e a configuração da família não apenas no direito brasileiro, mas, principalmente, no marco de uma cultura política permeada pelo autoritarismo e pelo sexismo, ainda bastante refratária ao reconhecimento de fato da cidadania e dos direitos dela decorrentes³.

Na última década, mudanças jurídicas importantes, ocorridas por pressão do movimento de mulheres nos planos interno e internacional, têm alterado esse quadro no que se refere às relações de gênero e incorporado na lei a perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos, tendo como marcos a cidadania e os direitos humanos. Os Tratados e Convenções internacionais desenharam um novo di-

¹ Parte das reflexões deste texto foi produzida durante minha residência em Bellagio Study and Conference Center, como bolsista da Rockefeller Foundation em 1993.

² Ver a esse respeito os textos de Leila Linhares Barsted, "Direitos Civis e Família" in Leila Linhares Barsted e Jacqueline Hermann (orgs). *Os Direitos Civis das Mulheres*, Coleção Traduzindo a Legislação com a Perspectiva de Gênero. Rio de Janeiro, Cepia, 1999; "A Família, A Sexualidade e a Reprodução no Direito Brasileiro" in Karen Giffin & Sarah H. Costa (orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999; "Sexualidade e Reprodução: Estado e Sociedade" in E. Dória Bilac & Maria Isabel Baltar Rocha (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. São Paulo, PROLAP/ABEP/NEPO/UNICAMP/ Editora 34, 1998; "Permanência ou Mudança: a legislação sobre família no Brasil". In Ivete Ribeiro (org.) *Sociedade Brasileira Contemporânea: família e valores*. Rio de Janeiro, Loyola/Centro João XXIII, 1987.

³ A esse respeito, ver Leila Linhares Barsted em outro artigo deste volume.

reito internacional dos direitos humanos, reconhecido pela nossa Constituição Federal de 1988. As Conferências das Nações Unidas da década de 90, particularmente as *Conferências de Direitos Humanos*, de 1993, de *População e Desenvolvimento*, de 1994, e a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, de 1995, explicitaram novos princípios gerais do direito internacional que devem subsidiar a interpretação do direito brasileiro.

O esforço em prol dessas mudanças jurídicas resulta de uma luta contínua movida pelo movimento de mulheres em busca da cidadania e do reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. De fato, não se pode pensar o direito abstraído das relações de poder entre as classes, os sexos e raças/etnia. O legislador e o jurista atuam como freios ou elementos propulsores de mudança de acordo com as relações de poder estabelecidas em cada contexto histórico.

Relativizando os processos de produção do direito, em textos anteriores⁴, destaquei que a estrutura da família e a vivência da sexualidade e da reprodução, tal como se apresentam no direito brasileiro, não são o simples reflexo da forma concreta de relacionamento social. Expressam, na realidade, uma visão de mundo marcada por discursos híbridos que incorporam princípios igualitários e não-igualitários entre classes, sexos e raça/etnia. Nessa visão de mundo sobre família, sexualidade e reprodução, historicamente, tem estado presente a preocupação com a legitimação legal dos laços familiares; com a transmissão de bens a serem recebidos por herdeiros legítimos; com padrões de moralidade relativos à sexualidade e à reprodução.

Antecedentes: O controle dos corpos

Assim como o discurso sobre sexualidade e reprodução está inserido no discurso sobre a família, o discurso sobre o exercício da sexualidade tem estado sempre atrelado ao discurso sobre o exercício da reprodução. Essa conjugação impede que possamos facilmente identificar em nossa legislação onde estão as normas que asseguram o direito ao exercício da sexualidade *latu sensu*.

⁴ Ver a respeito "A Família, A Sexualidade e a Reprodução no Direito Brasileiro" in *Questões de Saúde Reprodutiva*, pp. 51-67 e "Sexualidade e Reprodução: Estado e Sociedade", *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*, pp. 147-181.

Mais do que qualquer outro instrumento legal, o Código Civil de 1916⁵, ainda em vigor, exceto no que se refere ao capítulo sobre a família praticamente revogado pela Constituição Federal de 1988, explicitou o perfil jurídico da família brasileira, calcada no modelo idealizado e vivido, em certa medida, pelas famílias da elite burguesa de nosso país. Desde o final do século XIX, quando começou a ser elaborado, o Código Civil incorporou o discurso científico da época no que se refere à importância da higienização da família e ao papel da mulher para concretização desse paradigma⁶. A conformidade a este modelo é o que tornaria as relações entre os sexos legítimas ou não⁷.

Nesse Código, em seu texto original, o discurso legal sobre a família apresenta essa instituição como o espaço legítimo para a reprodução. Para tanto, o modelo apresentado é o da família monogâmica, patriarcal, nuclear. Este modelo de família privilegiava a linhagem legal do pai e reconhecia somente os filhos nascidos dentro do casamento e nunca fora dele.

Marcado pelo positivismo, o Código Civil, em sua versão original, buscava padrões de normalidade que afastassem a família dos "estados patológicos". Assim, a lei civil dedicou à família, e em especial no que se refere à sexualidade e reprodução, diversos artigos que regulamentam os impedimentos absolutos e relativos para casar; definição da idade legal para o casamento diferenciada para homens e mulheres, dando a estas uma maior precocidade; inclusão como cláusula de anulação de casamento a constatação, pelo noivo, da não-virgindade da mulher. Com a preocupação de ser coerente com o saber científico da época e de evitar "efeitos dos cruzamentos consangüíneos", o Código não apenas não reconhecia as relações incestuosas, como definia regras de relacionamento sexual entre parentes, incluindo a proibição de casamento entre tios e

⁵ Este Código entrou em vigor em 1917.

⁶ Ver a respeito, P. ARIÉS *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978 e J. A. DONZELOT *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal Editores, 1979.

⁷ Deve-se reconhecer que o texto original desse Código, ao longo dos anos, sofreu inúmeras alterações, particularmente a partir da década de 70, em decorrência tanto das novas relações econômicas e sociais, da ação de atores diversos, dentre os quais o movimento feminista. A esse respeito ver os artigos de Leila Linhares Barsted e de Leilah Borges da Costa neste volume.

sobrinhos (revogada em 1941). A preocupação com a “higienização da família” foi reforçada pela Constituição Federal de 1934.

O controle dos corpos das mulheres prolonga-se no Direito brasileiro para além do texto legal. Por longa data, as decisões dos tribunais brasileiros esperavam da mulher “desquitada” comportamento exemplar quanto ao recato sexual⁸, exigência não prevista na lei.

O Código Civil em outros capítulos tem inúmeras disposições sobre família, sexualidade e reprodução tais como: a que reconhece o nascimento com vida como o início da vida civil; a que obriga a mulher viúva a esperar 10 meses após o óbito do marido para poder contrair novas núpcias (para certificar a origem da prole); a que permite aos pais deserdarem filha que não tenha comportamento “honesto” (honestidade compreendida como comportamento sexual adequado a uma mulher de “família”), dentre outras.

Em grande medida, o Código sofreu, em 1962, uma importante alteração através do chamado “Estatuto Civil da Mulher Casada” que introduziu o reconhecimento da capacidade civil plena da mulher tal como já reconhecera para o homem.

Além do Código Civil, outros marcos legais reafirmam os princípios da legislação civil, destacando-se o Código Penal, de 1940, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943.

O Código Penal reforçou a importância da família monogâmica e os padrões para o exercício da sexualidade, ao punir, por exemplo, a bigamia e o adultério. No Código Criminal de 1890, o adultério masculino só se configurava se o marido tivesse ou mantivesse “concubina”, enquanto para a mulher bastava uma única infidelidade conjugal para caracterizar o adultério. Em 1940, o legislador considerou como adultério a “simples infidelidade”, seja do marido ou da esposa para sua configuração⁹. No entanto, apesar da mudança da lei, o adultério masculino sempre foi visto com mais complacência no âmbito do poder judiciário, que julgava com maior severidade o adultério feminino¹⁰. A preocupação com a legitimidade da

⁸ A esse respeito ver SILVIA PIMENTEL, B. GIORGI & FLÁVIA PIOVESAN. *A Figura/Personagem Mulher em Processos de Família*. São Paulo: S. A Fabris Editor, 1993.

⁹ Ver a respeito J. HERMANN & L.L. BARSTED. *O Judiciário e a Violência Contra a Mulher: a ordem legal e a (des)ordem familiar*. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: Cepia, 1999.

¹⁰ Ver a respeito S. Pimentel; B. Giorgi & Flávia Piovesan. Op. cit.

prole e a visão de que as mulheres honestas eram necessariamente castas, reforçava essa maior severidade. Uma das conseqüências dessa concepção era a aceitação da tese da legítima defesa da honra que absolve, até hoje, em muitos lugares do país, maridos que assassinaram suas esposas, consideradas adúlteras¹¹.

No caso do aborto, o Código Penal, de 1940, e ainda em vigor, acatou duas situações para a interrupção voluntária da gravidez: risco de vida para a mãe e gravidez resultante de estupro. Além da "piedade" para com a vítima, explicitada na exposição de motivos desse Código, o legislador também se preocupava com a legitimidade e higienização da prole, que não poderia ser assegurada caso esta fosse proveniente de um estupro. No que se refere ao estupro, o Código adota uma posição curiosa. Por exemplo: pune o aborto como crime contra a vida e deixa de punir o estuprador que se casar com sua vítima¹². O crime de estupro não é considerado como um crime contra a pessoa e sim como um crime contra os "costumes". Por se tratar de um crime de ação privada¹³, somente a vítima pode ou não denunciá-lo. Tal lógica pode ser explicada porque o legislador entendia que, sendo um crime que poderia afetar a "honra" da vítima, deveria ser mantido em segredo, e a honra poderia ser restituída se o culpado com ela se casasse.

Na lei penal há uma distinção entre sujeito ativo e sujeito passivo. Na maioria dos crimes, homens e mulheres podem ser ativos ou passivos, quer sejam autores ou vítimas. No entanto, o Código define alguns crimes cujos sujeitos não são indiferenciados. A mulher é sempre explicitamente sujeito ativo nos crimes de infanticídio e aborto e sujeito passivo dos crimes de estupro, rapto e sedução. Também sob o argumento de proteção à família e de controle da sexualidade e da reprodução, o Código Penal reafirma o valor da "mulher honesta" e da virgindade ao punir a "posse sexual mediante fraude", o rapto e a sedução somente se a vítima for "mulher honesta",

¹¹ Ver a respeito J.Hermann e L. Barsted, 1999, opus cit.

¹² Conforme artigo 107, inciso VII do Código Penal.

¹³ O direito brasileiro reconhece situações distintas diante de um crime: há crimes em que há um interesse de toda a sociedade em acionar a justiça, ensejando a chamada ação pública. Em outros casos, a lei considera que somente a vítima, ou se menor seus representantes legais, podem fazê-lo. Nesse último caso, somente a vítima, se quiser, pode iniciar uma ação penal de caráter privado.

definida, evidentemente, segundo os padrões de moralidade sexual que orientavam e ainda orientam, em certa medida, a sociedade brasileira — se solteira, virgem; se casada, recatada.

Em complementação ao Código Penal foi elaborada, em 1941, a Lei de Contravenções Penais, que dentre seus artigos previa punição para a propaganda e a fabricação de métodos anticoncepcionais e abortivos. Nova lei, de 1979, deixou de considerar contravenção a propaganda e a produção de métodos anticoncepcionais.

Também na década de 40, foram elaboradas as legislações trabalhista e previdenciária, frutos da conjugação da pressão do operariado com a ação paternalista do Estado autoritário. Nessa época, houve uma verdadeira exaltação à “família brasileira”, sempre presente nos discursos do Presidente Getúlio Vargas. Ao lado de inúmeros direitos e obrigações, essa legislação sinalizava para o incentivo à procriação, com a instituição de novos direitos como o salário família, o auxílio e a licença maternidade; medidas protetoras para as trabalhadoras gestantes e a obrigatoriedade de creches em empresas empregadoras de mulheres em idade reprodutiva.

Também a partir da década de 40, algumas modificações podem ser observadas na legislação, mas a ideologia sobre as relações de gênero não sofreu alterações. A legislação civil passou, gradativamente, a não discriminar direitos de filhos nascidos dentro ou fora do casamento e, ao longo das duas décadas seguintes, decisões de tribunais e leis complementares possibilitaram que seus benefícios fossem estendidos para mulheres que viviam maritalmente sem que tivessem contraído casamento perante autoridade judiciária.

A Lei do Divórcio, de 1977, ao permitir a dissolução do casamento e a celebração de nova união, atuou de forma importante sobre aspectos da moral sexual. Da mesma forma, o reconhecimento de direitos da companheira, por leis previdenciárias e pelo Poder Judiciário, rompeu com o modelo rígido de casamento realizado perante autoridade do Estado.

No que concerne às disposições relativas ao reconhecimento de filhos nascidos fora do casamento, alterações foram provocadas, na década de 80, por leis que abrandaram, em muito, o rigor da legislação civil existente até então. Tais leis possibilitaram que pessoas casadas pudessem, em segredo de justiça, reconhecer filhos para

futura habilitação em herança. Finalmente, em 1988, a Constituição Federal, conforme assinalado mais adiante, reconheceu a igualdade entre os filhos, independentemente de sua origem. Além disso, já na década de 90, o recurso ao exame de DNA contribuiu de forma decisiva para a comprovação da paternidade, sem considerar o estado civil das pessoas envolvidas.

O reconhecimento de direitos reprodutivos

Nesses últimos vinte anos, em que pese ainda a força da ideologia de controle sobre os corpos femininos que orientou os Códigos Civil e Penal, uma série de mudanças legislativas possibilitaram alterações importantes na conformação de padrões de sexualidade e reprodução no Brasil.

A partir da década de 70, em particular na década de 80, com a redemocratização do País, as temáticas da sexualidade e da reprodução passaram a ser discutidas com muita regularidade no Congresso Nacional, envolvendo temas como controle da natalidade, políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, aborto¹⁴ e esterilização e, mais recentemente, novas tecnologias reprodutivas.

A Constituição Federal de 1988 incorporou muitas das demandas do movimento de mulheres. No que se refere à família, reconheceu a igualdade entre os cônjuges e as novas modalidades de instituição familiar (como a formada pela união estável entre homem e mulher e pela comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes) e se comprometeu com a criação de mecanismos para “coibir a violência no âmbito de suas relações”. Quanto ao *status* dos filhos, a Constituição reconheceu que os filhos “havidos ou não da relação do casamento”, inclusive os adotivos, terão os mesmos direitos e qualificações e proibiu qualquer designação discriminatória relativas à filiação.

No campo da reprodução, o artigo 226, § 7º da Constituição Federal declara que:

¹⁴ Sobre os diversos projetos de legalização do aborto nas décadas de 70 e 80, ver Leila Linhares Barsted, “Legalização e Descriminalização do Aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista”. In: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/Escola de Comunicação-UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.

“fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Este artigo deve ser conjugado aos artigos 196 a 200 da Constituição Federal que reconhecem que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

De certa forma, as normas constitucionais e o debate sobre as questões relativas à sexualidade e à reprodução significam posições e pressões diferenciadas sobre o Estado, expressas por distintos atores sociais e com diferentes argumentos. Os avanços nesse campo refletem as pressões do movimento feminista e a forma como essas questões têm sido colocadas nos países hegemônicos ocidentais e nas orientações das diversas Conferências Internacionais das Nações Unidas em que esses temas têm sido discutidos.

As *Conferências de Direitos Humanos*, de 1993, de *População e Desenvolvimento*, de 1994, e a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, de 1995, explicitaram novos princípios gerais do direito internacional que devem subsidiar a interpretação do direito brasileiro. Em ambas as Conferências a saúde sexual e reprodutiva mereceu importante destaque e os Estados-membros das Nações Unidas reconheceram o dever de garantir direitos nesses campos. No que se refere ao aborto, há orientação para que nos Estados onde o aborto é criminalizado, haja o compromisso de abrandar legislações repressoras¹⁵.

Um olhar comparativo poderia nos apontar para o adiantado de nossa legislação em relação a esses temas. Antes da Conferência do Cairo, em 1994, e de Beijing, em 1995, a legislação brasileira incorporava a perspectiva de saúde no sentido de sua integralidade, inclusive no que se refere especificamente às mulheres¹⁶, e reconhe-

¹⁵ Ver trechos dos Planos de Ação do Cairo e de Beijing sobre saúde e direitos reprodutivos no final deste volume.

¹⁶ Deve-se mencionar que o texto original do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, data de 1983.

cia a diversidade das formas de família e direitos reprodutivos¹⁷, exceto no que se refere ao aborto voluntário.

Além disso, a Constituição reconhece, em seu artigo 1º, que o respeito à dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, e em seu artigo 4º afirma que a República brasileira é regida, dentre outros, pelo princípio da prevalência dos direitos humanos. Também o §2º, do artigo 5º, reconhece a vigência em nosso país dos tratados internacionais assinados e ratificados pelo Estado Brasileiro. No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, nossa Constituição declara, no artigo 7º, que “*O Brasil propugnará pela formação de um tribunal internacional dos direitos humanos*”. Trata-se, portanto, de articular essas normas constitucionais para reforçar o reconhecimento da saúde, do exercício da sexualidade e da reprodução como elementos constitutivos dos direitos humanos.

A Constituição declara, ainda, um conjunto de metas fundamentais da República, dentre as quais o objetivo de “*promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação*”.

No Brasil, além dos legisladores e do movimento de mulheres, o debate sobre sexualidade e reprodução incluiu ainda as pressões de inúmeros outros atores, como as agências pró-controle da natalidade, os religiosos, os médicos e demais profissionais da saúde, juristas, acadêmicos e mídia, dentre outros. Apesar da legislação vigente ainda criminalizar o aborto voluntário, inegavelmente a sociedade brasileira tem debatido publicamente as questões concernentes à sexualidade e à reprodução.

Deve-se destacar, no entanto, que a regulamentação dos direitos reprodutivos, a partir do § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, constituiu-se em processo demorado e tortuoso. Depois de seis anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei que regulamentava esse parágrafo da Constituição foi finalmente aprova-

¹⁷ Nesse sentido Sonia Correa, Sergio Piola e Margareth Arrilha no texto “Estudo de Caso do Brasil”, também reconhecem que “a adoção da agenda do Cairo não implicou em mudança grande nas políticas, como pode ter sido o caso de outros países” tendo em vista o reconhecimento pela Constituição Brasileira da “...autodeterminação reprodutiva como um direito”. in Lori Ashford e Carolyn Makinson (org.). *Saúde Reprodutiva: Políticas e Práticas*, Washington, Population Reference Bureau, 1999.

do pelo Senado, com o texto da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996¹⁸. No entanto, submetida à apreciação presidencial para ser sancionada, surpreendentemente teve vetados os artigos relativos à esterilização. Essa Lei, apesar de incorreções provenientes das necessárias negociações para sua tramitação no Congresso, incorporou propostas do movimento de mulheres que se mobilizou para que, em 1997, o Congresso Nacional rejeitasse e derrubasse o veto presidencial, aprovando o texto integral da Lei.

A Lei 9.263/96 endossa o texto do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado em 1983, e dedica seus nove primeiros artigos a: definir o planejamento familiar; elencar suas atividades básicas; declarar os deveres, as competências e as responsabilidades do Estado e de suas instituições, particularmente do Sistema Único de Saúde – SUS; definir instâncias e mecanismos de fiscalização; regulamentar a participação direta ou indireta de instituições privadas, nacionais ou internacionais nessa área; submeter a realização de pesquisas no campo da regulação da fecundidade à fiscalização e controle do SUS. Assim, o artigo 1º declara que:

“O planejamento familiar é direito de todo o cidadão, observado o disposto nesta Lei”.

O artigo 2º define o planejamento familiar como:

“...o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

No parágrafo único desse artigo, está explicitada a proibição da utilização das ações de regulação da fecundidade para qualquer tipo de controle demográfico.

Além de reconhecer que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, a Lei declara como dever do Sistema Único de Saúde garantir programa de assistência integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, incluindo

¹⁸ Ver no final deste volume o texto na íntegra da Lei 9263/96.

assistência à concepção e contracepção; assistência pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Além disso, o artigo 4º da referida Lei declara que o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade a serem prestados obrigatoriamente pelo Estado, através do Sistema Único de Saúde.

Os artigos 10 a 22 da Lei tratam da esterilização. Tais artigos definem as circunstâncias em que a esterilização cirúrgica é permitida; cria a obrigação de notificação compulsória ao SUS de toda esterilização cirúrgica; estabelece proibições relativas à indução e ao instigamento da esterilização bem como proíbe a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins; atribui ao SUS a competência e as medidas necessárias para cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar, permitindo que a esterilização cirúrgica somente possa ser realizada por instituições que ofereçam todas as opções e métodos de contracepção reversíveis. Os artigos 15 a 21 definem os crimes e as penalidades relacionadas com a prática da esterilização fora dos padrões e exigências legais.

A Lei reconhece, assim, que a esterilização cirúrgica é um procedimento legal desde que amparada em algumas condições básicas, tais como: voluntariamente solicitada por homem e mulher, com plena capacidade civil, maiores de 25 anos de idade, ou, pelo menos, com dois filhos vivos; observância de prazo mínimo de 60 dias entre a solicitação da esterilização e a realização do ato cirúrgico; oferecimento de serviço de regulação da fecundidade que desencoraje a esterilização precoce. Condição distinta é apresentada no inciso II, do artigo 10, que trata da necessidade do recurso à esterilização cirúrgica face a risco de vida da mulher ou do feto, casos em que se exige relatório escrito e assinado por dois médicos. Além dessas condições básicas, a Lei exige o registro de expressa manifestação da vontade de submeter-se à cirurgia de esterilização por escrito e assinado, após a informação de seus riscos, possíveis efei-

tos colaterais, dificuldades de reversão e informações sobre opções reversíveis de contracepção existentes.

Tendo em vista que a grande incidência da esterilização está relacionada ao momento do parto ou do aborto, a Lei proíbe a esterilização cirúrgica em mulher durante esses dois eventos, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas anteriores.

Questão polêmica é a exigência de consentimento expresso de ambos os cônjuges, na vigência da sociedade conjugal.

A Lei 9.263/96 em seus artigos 15 a 18 criminalizou a realização da esterilização cirúrgica sempre que estiver em desacordo com as condições estabelecidas em seu artigo 10, prevendo pena de reclusão de 2 a 8 anos e multa, pena essa que pode ser aumentada de 1/3 se ocorrerem outras práticas que tornem esse delito mais grave, como por exemplo, a realização da esterilização durante o parto ou o aborto; a realização da esterilização em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial, dentre outras situações.

Outros crimes previstos são: omissão de notificação pelo médico; indução ou instigamento à prática de esterilização cirúrgica; exigência de atestado de esterilização e, até mesmo, prática de genocídio.¹⁹

Em seus artigos 19 a 22 a Lei estabelece, além das punições já descritas, sanções adicionais caso os agentes sejam gestores e responsáveis por serviços de saúde. Tais punições podem ser sanções civis para reparação de danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada, previstas no Código Civil, e sanções administrativas.

O Projeto de Lei que deu origem à Lei 9.263/96 foi longamente debatido pelo movimento de mulheres, particularmente no que se refere à esterilização. No texto original do Projeto de Lei de 1992, constava um artigo que vedava "a esterilização cirúrgica como método de contracepção", exceto para homens de 30 anos ou mais e mulheres de 25 anos ou mais ou quando a gestação implicasse em risco à vida ou à saúde da mulher. Para muitas feministas surpreendeu a fixação de idade-limite distinta da maioridade civil reconhe-

¹⁹ Em relação a esse crime, que implica em prática contra a coletividade, ver a Lei 2.889/56.

cida aos 21 anos completos pela legislação em vigor e pela distinção de idade entre homens e mulheres. Por outro lado, posições de diferentes setores, incluindo grupos do próprio movimento feminista e, evidentemente, religiosos, se opunham, por motivos diversos, ao reconhecimento da legalidade da esterilização, mesmo diante das inúmeras exigências apresentadas pelo texto legal para a realização desse procedimento cirúrgico.

Na realidade, as estatísticas espantosas sobre a incidência das esterilizações no Brasil provocaram propostas repressivas para tratar esse fenômeno que se abate sobre as mulheres brasileiras. Em artigo anterior²⁰, chamei atenção para a cultura criminalizante que é acionada diante de fenômenos sociais considerados indesejáveis. Na maioria das vezes, a criminalização passa a se constituir em mera retórica não atuando sobre as causas sociais do fenômeno. Chamei atenção, também, para a contradição apresentada por alguns setores do movimento de mulheres ao proporem a criminalização da esterilização e a descriminalização do aborto.

Ao longo da discussão sobre esse Projeto de Lei, o movimento de mulheres recuperou o consenso sobre questões polêmicas e lutou pela aprovação da Lei que, finalmente, regulamentou o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal.

A Lei do Planejamento Familiar, apesar de algumas imperfeições de conteúdo e de explicações incompletas, representa um avanço no reconhecimento de direitos dos cidadãos e de deveres do Estado nas áreas da concepção e contracepção. Deixou de incorporar no seu texto as disposições relativas ao aborto legal²¹, já reconhecidas desde 1940, acompanhadas dos avanços relativos à criação de

²⁰ "Sexualidade e Reprodução: Estado e Sociedade" in E. Dória Bilac e Maria Isabel Baltar Rocha (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*, PROLAP/ABEP/NEPO/UNICAMP/ Editora 34, São Paulo, 1998.

²¹ Além de lutar pela mudança da lei penal para torná-la menos repressora, o movimento de mulheres através de ações articuladas com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos tem empreendido esforços consideráveis para assegurar nos serviços de saúde pública o direito à interrupção voluntária da gravidez nos casos de risco de vida para a mãe e de gravidez resultante de estupro. Ainda são poucos os hospitais públicos credenciados para prestar esse atendimento, fato que leva as vítimas de estupro, quando se descobrem grávidas, a recorrerem a clínicas clandestinas de aborto, com todas as implicações que isso pode acarretar para sua vida e sua saúde.

serviços públicos de saúde para a realização da interrupção voluntária da gravidez nos casos previstos em lei. As negociações para a aprovação da lei não possibilitaram, por sua vez, a inclusão de novos permissivos legais que poderiam ampliar os casos de interrupção legal da gravidez.

A necessidade de consentimento do cônjuge para a realização da esterilização cirúrgica também é um ponto polêmico na medida em que limita direitos civis para homens e mulheres e, no caso destas, mais uma vez estabelece controle externo sobre seus corpos.

Apesar de seus 22 artigos, a Lei do Planejamento Familiar tem imprecisões, no que diz respeito a alguns dos impedimentos para a realização desse ato cirúrgico, que precisam ser corrigidas por normas técnicas do Ministério da Saúde. Tais normas devem, por exemplo, tornar mais preciso o sentido das expressões "durante o parto" ou "pós-aborto", de forma a não deixar dúvidas quanto às situações em que fica proibida a realização da esterilização. Ou seja, o espírito da Lei está calcado na necessidade de diminuir a incidência das esterilizações e dos partos por cesárea. Nesse sentido, a expressão "durante o parto" não deve significar que logo que nasça a criança o médico possa fazer a esterilização. A lei poderia ser mais clara ao definir o tempo após o parto. Se não o fez, as normas técnicas do Ministério da Saúde podem suprir essa lacuna, estipulando um prazo de pelo menos 60 dias após o parto e/ou o aborto.

Apesar de se caracterizar como uma legislação que trata do planejamento familiar, a Lei 9.263/96 privilegia a regulamentação da esterilização. Na realidade, a proliferação dos partos por operações cesáreas e das esterilizações tubárias são o retrato de um sistema de saúde que atende mal às mulheres; de uma organização da sociedade que pune as trabalhadoras-mães não colocando ao seu alcance creches e escolas em horário integral; de uma formação médica que privilegia os procedimentos cirúrgicos e se desqualifica em relação aos partos por vias naturais; de uma cultura da esterilização compatível com a sociedade do "fast food". Nesse sentido, o fenômeno da esterilização deve ser compreendido e tratado de forma mais complexa. A lei, muitas vezes, apenas serve para aplacar as denúncias sem, necessariamente, dirimir as causas e origens do fenômeno ou, mesmo, garantir na prática os direitos que declara.

Mesmo assim, a Lei do Planejamento Familiar constituiu um grande avanço ao estabelecer um patamar mínimo relativo aos direitos reprodutivos que deve impulsionar o movimento de mulheres para a sua efetivação de fato.

Ainda na área dos direitos reprodutivos e da sexualidade, os projetos de lei sobre a descriminalização do aborto, ampliação de seus permissivos ou regulamentação do exercício do direito ao aborto legal previsto no Código Penal, encontram uma enorme dificuldade de caminhar para debate e aprovação. Tal dificuldade pode ser explicada, em grande parte, pela ainda importante pressão da Igreja Católica sobre o Estado brasileiro no que se refere à sexualidade e à reprodução. Nesse sentido, de modo contraditório, e até mesmo inovador, o Poder Judiciário tem se colocado à frente da ação legislativa ao conceder autorização para o aborto voluntário no caso de comprovada anomalia fetal grave e irreversível.

A reivindicação do movimentos de mulheres para a descriminalizar o aborto voluntário foi reforçada em fórum internacional quando, em 1994, na *Conferência Mundial de População e Desenvolvimento*, realizada no Cairo e, em 1995, na *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, realizada em Beijing, os Estados-membros das Nações Unidas, que ainda criminalizam o aborto, incluindo o Brasil, comprometeram-se a tornar menos severas as leis que prevêm medidas punitivas para as mulheres no que diz respeito à prática do aborto voluntário. No Brasil, sobre tal questão, existem em tramitação no Congresso Nacional nove Projetos de Lei, incluindo desde propostas de total descriminalização do aborto voluntário, até as mais moderadas para a ampliação de apenas dois novos permissivos legais.

O Projeto de reforma do Código Penal inclui além dos dois permissivos previstos desde 1940, outras situações para a legalidade do aborto como a interrupção de gestação que coloque em risco a saúde da mulher ou em caso de comprovada grave e irreversível anomalia fetal²¹.

²¹ Em fins de 1999, o Poder Executivo Federal, através do Ministro da Justiça, constituiu uma nova comissão para elaboração de Projeto de reforma do Código Penal que ainda não apresentou seu relatório final. Não se sabe, ainda, se a nova comissão aproveitará as propostas já apresentadas.

A Constituição Federal, além do disposto no § 7º, do artigo 226, que se refere ao planejamento familiar, reconheceu outros direitos no campo da sexualidade e da reprodução, tais como: o direito à intimidade e à vida privada (art. 5º, inciso X); à permanência de filhos com mães presidiárias durante o período de amamentação (art. 5º, inciso L); à licença para gestante trabalhadora (art. 7º, inciso XVIII); à licença paternidade (art. 7º, inciso XIX); à proteção da maternidade (art. 201, inciso III); à proteção contra a exploração sexual de crianças e adolescentes (art. 227, § 4º); à proibição de dispensa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto e a delimitação da licença paternidade de 5 dias, direitos incluídos no artigo 10, inciso II, letra b e § 1º, respectivamente, conforme Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Deve-se assinalar, por exemplo, que a lei penal brasileira não pune o exercício da prostituição, proibindo tão-somente a exploração da prostituição²³, e não criminaliza a prática do incesto ou do homossexualismo entre adultos.

Ainda no âmbito da sexualidade, fora dos padrões tradicionais previstos pelo Código Civil, referência deve ser feita à apresentação, e posterior retirada de pauta, de Projeto de Lei para o reconhecimento da união civil entre pessoas do mesmo sexo, tema que motivou acalorados, e nem sempre adequados, debates entre os legisladores. A esse respeito, é interessante observar que o Poder Judiciário, em inúmeras decisões, tem reconhecido direitos de sucessão oriundos de relações de fato entre pessoas do mesmo sexo.

Na luta pela ampliação de direitos no campo da sexualidade e da reprodução deve-se utilizar de forma mais contundente os compromissos de Cairo e Beijing. O *Plano de Ação do Cairo* dedicou dois capítulos, especificamente, para as questões relacionadas aos direitos reprodutivos e saúde reprodutiva (Capítulo VII) e à saúde, morbidade e mortalidade (Capítulo VIII)²⁴.

²³ O Brasil filiou-se à chamada "corrente abolicionista" que não criminaliza a prostituição e não admite "zonas de confinamento" das profissionais do sexo.

²⁴ No final deste volume publicamos trechos desse Plano de Ação. A esse respeito, ver o documento preparado por Leila Linhares Barsted *Mulher, População e Desenvolvimento: Subsídios aos Parlamentares na Implementação do Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento* – CAIRO 94, Brasília, CFEMEA, 1996.

O Capítulo VII desse Plano de Ação originalmente, foi denominado "Planejamento Familiar", expressão considerada limitada e substituída por "Direitos Reprodutivos e Saúde". Esse é um dos capítulos mais importantes do Plano de Ação do Cairo. Houve consenso na rejeição de políticas demográficas pautadas pela coação e a violência. Nesse sentido, o capítulo expressa a preocupação com a saúde reprodutiva, desde o cuidado na fase da gravidez, no parto, no tratamento da infertilidade, no acesso aos meios e informações sobre contracepção. Nesse capítulo também são tratadas questões relativas ao aborto e às doenças sexualmente transmissíveis, em particular o HIV/AIDS, bem como aquelas relativas aos adolescentes.

O Plano reconhece que:

"Os direitos reprodutivos abarcam certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas leis nacionais, nos documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos pertinentes das Nações Unidas, aprovados por consenso. Esses direitos se baseiam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos, o espaçamento dos nascimentos e o intervalo entre esses e a dispor de informações e de meios para isso e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Inclui, ainda, o direito de tomar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coação ou violência, de acordo com o estabelecido nos documentos de direitos humanos."

"(...) A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doenças ou dores, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos (...). A saúde reprodutiva permite a capacidade de usufruir uma vida sexual satisfatória e sem riscos de procriar; os indivíduos devem ter a liberdade para decidir ter ou não ter filhos, quando e com que frequência. Esta última condição tem implícitos os direitos do homem e da mulher à informação, à planificação da família (...) e ao acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis; o direito a receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam a gravidez e os partos sem riscos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos saudáveis."

Posicionando-se sobre os temas mais polêmicos como o aborto, o *Plano de Ação do Cairo* explicitou, no parágrafo 8.25 que:

“Em nenhum caso se deve promover o aborto como método de planejamento familiar. Exorta-se a todos os governos e às organizações intergovernamentais e não-governamentais a aumentar seu compromisso com a saúde da mulher, a ocupar-se dos efeitos sobre a saúde das mulheres dos abortos realizados em condições não adequadas (...) e a reduzir o recurso ao aborto mediante a prestação dos mais amplos e melhores serviços de planificação da família. As mulheres que têm uma gravidez não desejada devem ter fácil acesso à informação fidedigna e a assessoramento compreensivo. (...). Em casos em que o aborto não é contrário à lei, os abortos devem ser realizados em condições adequadas. Em todos os casos, as mulheres deveriam ter acesso a serviços de qualidade para tratar as complicações derivadas de aborto”.

O *Plano de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, realizada em Beijing, em 1995, complementando a Conferência do Cairo, reconheceu, em seu parágrafo 96, que estão incluídos, dentre os direitos humanos da mulheres:

“(...) seu direito a ter controle sobre as questões relativas a sua sexualidade, incluída a saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem ver-se sujeita à coerção, à discriminação e à violência. As relações igualitárias entre homens e mulheres a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluído o pleno respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade pelas conseqüências do comportamento sexual.”

Nos parágrafos 97 e 106 K, o *Plano de Ação de Beijing* retoma a questão do aborto considerando que:

“Parágrafo 97 (...) O aborto em condições perigosas põe em perigo a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos (...).”

"Parágrafo 106 K (...) À luz do parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (...) considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais."

Esses Planos de Ação devem ser considerados princípios gerais do direito internacional e do direito nacional, e como tal, fontes para a interpretação das leis internacionais e nacionais. Assim, ações devem ser empreendidas junto aos operadores do direito em particular junto ao Poder Judiciário, para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam de fato respeitados.

Novas tecnologias, DST/AIDS e outros temas

A partir da intensificação das novas tecnologias reprodutivas e dos recursos de medicina fetal iniciou-se o debate sobre a oportunidade ou não de regulamentação dessa área. Até o momento, a única regulamentação existente é a que proíbe o recurso à chamada "barri-ga de aluguel". Está em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 2.841/97, que propõe o estabelecimento de normas para o uso de técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Esse projeto está apensado²⁵ ao PL de nº 2.811/97, que junto com vários outros tenta regulamentar a inseminação artificial, a clonagem e outras regras de genética e de biotecnologia que têm reflexos sobre a matéria de direito de família

A entrada das DST/AIDS no debate sobre saúde permitiu que a sexualidade passasse a ser debatida de forma mais explícita em toda a sociedade e obrigou que o repensar sobre reprodução não se esgotasse no direito de ter ou não filhos. Portarias ministeriais, especialmente do Ministério da Saúde, foram elaboradas para incluir o *condom* (camisinha) como preservativo indispensável não apenas na lógica da anticoncepção mas, particularmente, na prevenção da AIDS. Outras áreas legislativas — que tradicionalmente não trata-

²⁵ O termo "apensado" significa que este projeto está anexado a um outro que trata de temas correlatos de forma mais ampla.

vam da temática — passaram a fazê-lo. Destacam-se a legislação relativa a seguro-saúde, seguro de vida, legislação previdenciária e trabalhista e as obrigações de responsabilidade civil por contaminação via transfusão de sangue, dentre outras. A esse respeito, o artigo de Miriam Ventura neste volume apresenta importantes informações.

Considerações finais

Apesar das alterações sofridas em sua parte geral em 1984, o Código Penal ainda mantém intactos na sua parte especial (que define os crimes e as penas) dispositivos que apresentam discriminações de gênero no que se refere à moral sexual. Essas discriminações têm grande incidência nas decisões judiciais, em particular do Júri Popular, nos chamados “crimes passionais”, em que as mulheres e homens ainda são avaliados e julgados com base nos estereótipos de gênero, fundamentados em uma moral sexual anterior à Proclamação da República.

A partir da Constituição de 1988 pode-se dizer que se consolidou no direito brasileiro uma nova perspectiva sobre sexualidade e reprodução, apesar das incompletudes, limitações e restrições legais. Ainda seria precoce dizer que a mudança legislativa sobre tais temas tenha impactado todo o aparato do Poder Judiciário e que as decisões tomadas nessa instância não sejam mais influenciadas pela matriz ideológica do Código Civil. Há, claramente, uma imposição constitucional para que a legislação ordinária reconheça a igualdade e a equidade entre homens e mulheres e incorpore, de forma mais rápida ou mais lenta, dispositivos menos preconceituosos no campo da sexualidade e da reprodução. A rapidez desses processos muito tem a ver com as transformações de ordem macroestrutural da sociedade e com o desempenho e poder dos diferentes atores sociais que têm influenciado a produção legislativa e jurisprudencial.

No debate sobre sexualidade e reprodução, o movimento feminista tem apresentando importantes contribuições aos parlamentares e influenciado nos avanços legislativos, destacando-se as preocupações com a defesa de direitos sociais, coletivos e individuais de homens e mulheres. Encontra-se incluído nessa preocupação, par-

ticularmente, o direito à saúde (inclusive à saúde reprodutiva), com ênfase na saúde das mulheres pobres que, no caso do aborto, por exemplo, não podem recorrer às clínicas particulares de boa qualidade, utilizadas, apesar de ilegais, por mulheres dos setores de média e alta renda. O discurso feminista apresenta-se, dessa forma, compatibilizando o ideal individual de liberdade com princípios de justiça social.

Analisar a contradição entre liberdade e repressão, que tem caracterizado o debate sobre sexualidade e reprodução no país, implica, também, aprofundar a compreensão dos impasses da questão democrática em uma cultura marcada por forte tendência autoritária, hierarquizante e sexista. Progressistas ou conservadores, os indivíduos e os grupos que debatem, no Brasil, os temas da sexualidade e da reprodução, estão permeados pelas ambigüidades entre o tradicional e o moderno. Consensos e dissensos, na realidade, expressam as composições resultantes da convivência de referências culturais distintas.

MULHERES, AIDS E LEGISLAÇÃO

Miriam Ventura¹

"As condições sociais que produzem as exclusões também variam no tempo. São os movimentos sociais e políticos, através de suas lutas, que visibilizam as formas de exclusão e denunciam suas causas. O processo político altera a representação social sobre essas causas, que estavam absolutamente naturalizadas no senso comum, tornando-se, portanto, formas evidentes da existência social. (...) No contexto atual, as exclusões são de diferentes bases e atingem milhões de pessoas. Exclusão social, na perspectiva de quem defende a possibilidade de transformação social, não deve ser entendida como estar fora da sociedade, como se imagina comumente. Na sociedade em que vivemos, as relações sociais são formadas pela tensão entre inclusão e exclusão. Estar excluídos/as não é estar fora da sociedade, é muito mais grave do que isso: é estar dentro dela destituído da participação nos bens sociais, sem acesso à riqueza e à proteção comuns aos cidadãos/ãs."

Maria Betânia Ávila²

Introdução

A partir da constatação de que a epidemia de AIDS é mais uma das condições sociais que produzem exclusões, neste texto pretendo enfocar como a questão dos direitos da mulher e a epidemia de AIDS vêm sendo tratada pelas políticas públicas e, especialmente, como vem se processando a ação regulatória do Estado através das leis.

No campo da ação regulatória do Estado, deve-se compreender

¹ Advogada, foi fundadora e coordenadora da assessoria jurídica do Grupo Pela Vidda, na cidade do Rio de Janeiro, entre 1990 e 1995. Desenvolve pesquisas na área de direitos humanos e saúde, tendo diversos trabalhos publicados sobre estes temas.

² Cf. Maria Betânia Ávila. "Direitos Reprodutivos, Exclusão Social e AIDS", in *Sexualidades pelo Avesso – Direitos, Identidades e Poder*, IMS/UERJ, Editora 34, 1999, p. 41.

que, no sistema jurídico brasileiro, as leis são as principais fontes para aplicação do Direito. Consequentemente, é importante analisar esse quadro normativo para propor mudanças (seja no âmbito do próprio legislativo, do judiciário e do executivo), tendo como ponto de partida uma nova interpretação do sistema jurídico nacional e internacional que incorpore a perspectiva de gênero e dê subsídios para as alterações necessárias na legislação infraconstitucional. Essa nova postura interpretativa pode favorecer a promoção da igualdade e a redução do grave quadro de desigualdades que permeiam as relações entre homens e mulheres.

Como expresso por Ávila na citação inicial, as relações sociais são constituídas pela tensão entre inclusão e exclusão que se renovam diariamente. Assim, se é certo que toda reivindicação por direitos se baseia nos princípios universais da igualdade e da justiça, ressaltados em nossa Constituição Federal — pautada na prevalência dos direitos humanos e garantidora da promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor e idade e quaisquer outras formas de discriminação —, esses princípios nem sempre estão representados nas ações humanas. Portanto, é justamente no terreno do conflito, na tentativa de inclusão de determinados grupos na sociedade e de coerência entre as ações e os princípios da igualdade e da justiça, que se pode avançar na construção de uma ordem igualitária.

Assim, o principal objetivo desse artigo é dar subsídios às mulheres para que conheçam e promovam a efetivação jurídica e social de seus direitos, através dos instrumentos legais e/ou políticos, pronunciando-se *"sobre questões que lhes dizem respeito, e que exigem a partilha na deliberação de políticas que afetam suas vidas e que trazem para a cena pública o que antes estava silenciado, ou então fixado na ordem do não pertinente para deliberação política"*³.

O texto se abrirá em indagações e algumas respostas possíveis, que poderiam indicar, em um primeiro momento, a impossibilidade de um modelo que propicie a solução e/ou composição dos difíceis conflitos gerados pela epidemia de AIDS e pelas questões de gênero.

³ Cf. Vera da Silva Telles. "Direitos Sociais: afinal do que se trata?" in Biblioteca Virtual da USP, 28/9/98.

Mas, na verdade, minha proposta é fugir exatamente da facilidade dos modelos pré-estabelecidos que, apesar de práticos, limitam nossa capacidade de compreender o universo das nossas perplexidades, e propor um exercício que não estreite horizontes e não se limite a análises simplificadoras.

A epidemia de AIDS, os modelos de intervenção e os direitos humanos⁴

Historicamente, uma das reações mais comuns da sociedade é atribuir a responsabilidade da doença ao próprio doente. Procura-se associar hábitos e costumes, considerados desregrados e próprios de determinados grupos, ao surgimento da doença, gerando, imediatamente, a idéia tão combatida de “grupos de risco”, vistos como os responsáveis diretos pela proliferação dos agravos.

Essa reação social — considerar a doença como sendo apenas a doença do “outro” ou de grupos considerados “nocivos” à sociedade — está presente nos tradicionais modelos preventivos de intervenção utilizados pelas políticas públicas de saúde.

Tais modelos incorporaram medidas de controle que, basicamente, visavam identificar esses indivíduos e/ou grupos e isolá-los, acreditando que assim poderiam paralisar a cadeia de transmissão através de um sistema jurídico-punitivo, reforçado na vida cotidiana pelos preconceitos que funcionam, muito eficazmente, como forma de restrição de direitos garantidos por lei.

Verifica-se, por exemplo, que as prostitutas foram, na história das doenças venéreas, o grupo-alvo de legislações restritivas atentatórias aos princípios básicos dos direitos humanos, e os homossexuais masculinos, no primeiro momento da epidemia de AIDS, o grupo-alvo dessas mesmas medidas restritivas.

A história da saúde pública sempre privilegiou a lei como meio mais eficiente de ação, e mesmo os modelos que enfatizavam uma intervenção educativa não excluía um tipo de intervenção legal

⁴ Esse tópico baseia-se no texto apresentado pela autora no curso “Drogas e Aids e Direitos Humanos” promovido pela Subreitoria de Extensão e Cultura/UERJ – Programa Cidadania e Direitos Humanos, intitulado “Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS”, em setembro de 1999.

ou jurídica punitiva, como por exemplo a defesa do exame pré-nupcial obrigatório e o crime de contágio venéreo.⁵

“O advento da AIDS e sua, até então, falta de perspectiva de cura, fez renascer fortemente esse modelo jurídico-punitivo, sendo a primeira década da epidemia (1980-1990) marcada pelos freqüentes conflitos entre as abordagens ditas tradicionais de saúde pública e as pressões pelo respeito aos direitos humanos.”

“Legislações restritivas surgiram, nesta primeira década, em todo o mundo, como por exemplo, a obrigação de testagem compulsória, a proibição do ingresso de estrangeiros soropositivos dentre outras medidas.”

No Brasil já foram apresentadas algumas propostas legislativas que desejam introduzir o exame pré-nupcial obrigatório onde seria realizado o teste HIV, e a criação de tipo penal próprio no caso de transmissão do vírus HIV, que felizmente não tiveram aprovação por força da mobilização social.

No âmbito estadual temos em vigência o Decreto nº 40.134, de 07 de junho de 1991, expedido pelo governador de São Paulo, que obriga os funcionários do Banco de Leite serem submetidos a cada seis meses a exame clínico geral e, dentre outros exames, ao HIV⁶. A Lei nº 6.336, de 31 de outubro de 1991, do Estado da Bahia obriga a realização de exames para detectar presidiários com o vírus HIV/AIDS ou outras doenças infecto-contagiosas, isolando-os e fornecendo tratamento⁷.

Recentemente, tivemos, em 10 de julho de 1998, a promulgação da Lei nº 2.068 do município de São Sebastião do Cais (RS), que obriga a todos que se dediquem ao “comércio do sexo” a submete-

⁵ Sobre o assunto ver interessante trabalho de Sérgio Carrara. “A AIDS e a História das Doenças Venéreas no Brasil”, in Richard Oarker et alli *A AIDS no Brasil (1982-1992)*, ed. ABIA, IMS/UERJ, Relume Dumará, 1994, p. 281.

⁶ Tal decreto foi atacado pelo Secretário de Estado da Saúde em 3 de setembro de 1995, através de ofício remetido ao Governador, solicitando a reforma do Decreto para excluir a sorologia para o HIV. Até o momento, não constatei sua revogação expressa, mas, acredito, considerando a política da secretaria de saúde daquele estado, que a lei não esteja sendo aplicada.

⁷ Segundo informações verbais também não vem sendo aplicada.

rem-se a exames trimestrais anti-HIV e a apresentarem publicamente os resultados, a lei foi declarada inconstitucional pelo Poder Judiciário através de uma ação civil pública proposta pelo procurador da República Paulo Leivas, e motivada por manifestação do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), de Porto Alegre.

A inexistência de outras leis com esse conteúdo restritivo e inadequado não implica que esse tipo de violação não ocorra em estados que não elaboraram leis específicas sobre a questão do HIV/AIDS. Por diversas vezes, o Judiciário e o Ministério Público (fiscal da lei) podem se pronunciar sobre testagem para adoção de crianças, para crianças que se encontram nas ruas, para a população carcerária, no âmbito das Forças Armadas, empregados etc. As decisões judiciais e pareceres têm sido ambíguos e muito diversificados, particularmente quando falamos de testagem em segmentos com menor capacidade de reivindicar e proteger seus direitos. Em geral, as questões são solucionadas, quando possível, dando ao indivíduo violado em sua intimidade um outro tipo de ganho, como a reintegração no emprego, uma indenização mínima em razão da forma como o ato da testagem foi efetuado, mas a questão da compulsoriedade da testagem em si e a punição do violador ainda não têm uma resposta específica e definitiva, embora possamos registrar avanços nesse campo⁸.

“Mas deve-se ainda registrar que, mesmo fora do âmbito das DST’s, nosso sistema jurídico nacional está impregnado de medidas restritivas no que concerne as questões de saúde e limitações de direitos individuais. Exemplo disso é a Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976 (Lei de Entorpecentes) que penaliza o(a) dependente e/ou usuário(a) de drogas ilícitas, obrigando-o(a) a tratamento especializado, adotando assim um modelo de intervenção legal-punitiva que se tem mostrado inadequado e reforçando o grave quadro de desigualdades sociais e de violência, já que justamente os segmentos sociais com menos poder de reivindicação (e esse é um segmento duplamente estigmatizado — pelo Estado e pela sociedade) são

⁸ Sobre o tema ver Miriam Ventura. “Direitos Humanos e Aids: o cenário brasileiro”, in R. Parker et alli. *Saúde Desenvolvimento e Política*. ABIA/Editora 34, 1999, p. 316-317.

os que sofrem as maiores restrições sem o correspondente e obrigatório apoio terapêutico e psicossocial.”

Na verdade, o momento histórico do surgimento da epidemia de AIDS e sua própria dinâmica propiciaram a discussão dessas medidas restritivas⁹. Levando-se em consideração esse contexto, destacamos três grandes fatores¹⁰ que têm levado a uma nova abordagem na saúde pública e no sistema legal com o advento da epidemia de AIDS:

I. A AIDS não é uma doença, mas um conjunto de sintomas decorrentes da deficiência imunológica causada pelo vírus HIV, podendo seu portador viver muitos anos sem apresentar qualquer sintoma, ou, até mesmo, sem saber que é portador.

Conseqüentemente, o isolamento do doente não pode ser um meio suficiente para paralisar a cadeia de transmissão. Estatísticas comprovavam que a maioria das pessoas que se recusava à testagem sorológica era formada, justamente, por aquelas com maior risco de infecção, e que o receio mais comum entre elas era a discriminação por parte da comunidade onde viviam. Temiam, também, ser alvo de medidas restritivas de direito, como habitualmente acontecia nos tradicionais modelos de intervenção de saúde pública.

A testagem geral e compulsória como medida preventiva, também se mostrava tecnicamente ineficaz, já que o indivíduo testado poderia se infectar no dia seguinte, ou já estar infectado mesmo com um exame sorológico negativo, em razão do período de “janela imunológica”¹¹. Em vista disso, o novo modelo de intervenção identifica elementos essenciais¹² para o sucesso da prevenção do HIV/

⁹ Deve-se ressaltar que o momento histórico também revela uma crise de paradigmas e/ou modelos que atinge todos os ramos do conhecimento, sendo marcado pela busca de novos paradigmas.

¹⁰ Katarina Tomasevsky. “AIDS e Direitos Humanos”, in Jonathan Mann et alli. *AIDS no Mundo*. ABIA, IMS/UERJ, Ed. Relume Dumará, 1992, pp.241-272.

¹¹ Janela imunológica – período que o organismo humano leva para desenvolver anticorpos quando um novo vírus entra em seu sistema imunológico. Como os testes sorológicos mais comuns para o HIV (vírus responsável pela AIDS) detectam os anticorpos e não o vírus, o indivíduo pode estar infectado e ter um exame negativo, se ainda não desenvolveu os anticorpos.

¹² Mitchell E. Cohen et alli. “Prevenção”, in Jonathan Mann et alli *AIDS no Mundo*, ABIA, IMS/UERJ, Ed. Relume Dumará, 1992, pp.163-176.

AIDS, para a redução de danos dos já enfermos e para a diminuição dos custos do Estado:

- informação e educação;
- serviços sociais e de saúde;
- um ambiente social adequado.

Esse novo modelo proposto busca adotar a linguagem dos direitos humanos e não mais a tradicional linguagem jurídico-moral e punitiva, já comprovadamente ineficiente para o enfrentamento da epidemia.

II. A AIDS atinge preponderantemente a população jovem e ativa.

Esse é mais um desafio da epidemia, que envolve preponderantemente adultos jovens, na idade reprodutiva e produtiva, resultando em graves conseqüências sociais e políticas de difícil mensuração. O impacto demográfico (particularmente nos países ou regiões onde a magnitude dos casos relacionados aponta para a transmissão heterossexual) e econômico da AIDS têm suscitado um conjunto de preocupações sobre o custo da epidemia, e a necessidade de detê-la, o que aponta, mais uma vez, para a urgência de mudanças nas novas formas de enfrentamento da epidemia e de proteção de direitos. Assim, uma nova agenda de problemas públicos deve ser traçada.

III. A AIDS é a primeira epidemia internacional da era moderna dos direitos humanos.

A epidemia da AIDS é contemporânea de um período marcado por lutas que ampliaram o conteúdo das liberdades individuais (das mulheres, da afirmação da sexualidade fora do casamento, manifestações de orientações sexuais fora dos parâmetros tradicionais, dentre outras) e com forte tendência para a especialização de direitos, quer seja em relação ao gênero, à diferença racial, sexual, dentre outros. As lutas pela ampliação das liberdades individuais resultaram em conquistas de segmentos específicos, permitindo, particularmente, aos homossexuais masculinos, primeiros "culpados" pelo mal do século, uma resposta imediata aos julgamentos arbitrários de valores, camuflados nas medidas tradicionais como testagem compulsória, isolamento do doente, proibição de ingresso em determinados lugares e/ou territórios, dentre outras, aplicadas pelos órgãos de saúde pública e pela própria sociedade.

Nesse momento, a nova ordem internacional já estava mudada e sensível às dificuldades para garantia da igualdade de direitos, afirmada nos Tratados Internacionais genéricos (de direitos civis e políticos, sociais e econômicos). A partir dessa base, estruturou-se um sistema especial de proteção de determinados grupos considerando sua especificidade e maior vulnerabilidade na violação de direitos, tais como os detentos, as mulheres, crianças, negros etc. O cidadão deixa de ser um sujeito de direito isolado e com território delimitado, para ser considerado no âmbito internacional e com direito à proteção específica para suas diferenças¹³.

A partir desses princípios internacionais, os governos foram pressionados a dar cumprimento aos tratados internacionais por eles ratificados. Nesse sentido, viram-se compelidos a implementar medidas que garantissem os direitos de liberdade individual, através de instrumentos capazes de coibir qualquer ato de violência, e, igualmente, que efetivassem os direitos sociais e econômicos, através de prestações positivas do Estado.

Com a epidemia de AIDS já visibilizada, e seu crescimento em vários países — desenvolvidos ou não —, ficava claro que era impossível detê-la através de medidas tradicionais de saúde pública impostas aos estrangeiros e grupos vulneráveis. O tema entrava, assim, para a pauta das organizações internacionais, dando início a um programa mundial de controle da epidemia. Esse controle “globalizado”, somado à participação pública como garantidora das novas conquistas, tornou-se instrumento poderoso e positivo, incentivando e ampliando as ações governamentais, através de convênios com organizações internacionais, medidas restritivas-positivas entre governos e mesmo no setor privado, incentivou programas de prevenção¹⁴.

A partir de 1992 com a publicação do livro *A AIDS no Mundo*, Jonathan Mann e sua equipe introduziram, de forma sistematizada, parte do instrumental utilizado pelo movimento de direitos humanos como critério objetivo de avaliação dos programas nacionais de

¹³ Flávia Piovesan. *Direitos Humanos e Direito Constitucional Internacional*. 2.ª edição. Ed. Max. Limonad, p.201-203.

¹⁴ Como exemplo dessas medidas podemos citar o fato de que algumas empresas internacionais só contratavam empresas brasileiras que comprovassem a promoção de trabalhos de prevenção da AIDS e garantissem assistência aos seus funcionários.

AIDS e direcionador de ações preventivas e assistenciais futuras no contexto mundial. Nesse sentido, utilizando inicialmente indicadores sócio-econômicos do relatório *Human Development Report* do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD, 1991), suas últimas publicações (1996/1997) enfatizam padrões mais amplos de direitos humanos, indicando a Declaração Universal dos Direitos Humanos como referência, reforçando e ampliando a idéia de que um modelo ideal de intervenção deve atingir as raízes do adoecimento, e considerar que o comportamento individual está conectado ao social¹⁵.

Mas apesar dos grandes esforços mundiais e da adoção dos critérios desenvolvidos por Mann e sua equipe pelas Nações Unidas, consolidados na orientação aprovada em setembro de 1996 em Genebra (*HIV/AIDS and Human Rights* – HR/PUB/98/1), um modelo ideal para o enfrentamento da epidemia ainda não foi alcançado¹⁶. Na avaliação do próprio Mann e de sua equipe:

“Tratar a questão do enfrentamento da epidemia por meio dos Direitos Humanos tem (...), a vantagem de vincular o problema da Aids às suas raízes sociais mais profundas; estimular as pessoas para a transformação dessa realidade, aproveitando o poder de mobilização que essa agenda vem demonstrando historicamente; favorecer a transdisciplinariedade e inter-setorialidade de abordagem da Aids; revitalizar uma resposta global à pandemia. As principais desvantagens são a pouca familiaridade de profissionais de saúde com o campo dos Direitos Humanos; a acusação de que esse tipo de preocupação extrapola a competência do setor de saúde; o receio das lideranças do campo biomédico de perder a hegemonia no processo de combate à epidemia; e os prováveis conflitos com estruturas de poder, governamental e não governamental.”¹⁷

¹⁵ J. Calazans Ayres et alii. “Aids, Vulnerabilidade e prevenção” in *“II Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS*, ABIA, Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/UERJ, 1997.

¹⁶ A Coordenação Nacional de AIDS e DST adota integralmente estas orientações, e em sua estrutura mantém uma Rede de Direitos Humanos que vem articulando, monitorando e apoiando ações que reduzam as violações de direitos das pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS. Seus programas e trabalhos podem ser consultados pelo site www.aids.gov.br.

¹⁷ Cf. J. Calazans Ayres et alii. Op.cit. p. 61.

Concluindo, a partir dos elementos dessa nova abordagem, a AIDS vem tendo como uma das suas conseqüências a reafirmação de direitos conquistados junto ao Estado e à coletividade, bem como a exigência do respeito às diferenças, levando ao amplo questionamento das políticas públicas e dos modelos até então utilizados pelas ciências, e particularmente, pelo sistema legal. Apesar desses avanços, a lei continua sendo privilegiada como instrumento de intervenção, como podemos depreender das observações feitas por Ayres, França, Calazans e Saletti:

“Os indicadores de morbidade e mortalidade obviamente continuarão sendo subsídios insubstituíveis, mas não podem mais ser os únicos, nem os mais importantes do ponto de vista da definição de prioridades e estratégias. Uma mudança na legislação de proteção ao trabalhador pode eventualmente indicar melhor prognóstico epidemiológico que uma tendência de queda da incidência da infecção pelo HIV; a incorporação da discussão da sexualidade nos currículos das escolas públicas pode mostrar-se mais estratégico que a distribuição de camisinhas; a instalação de uma delegacia da mulher pode ter mais impacto sanitário que a de um centro de saúde.”¹⁸

Assim, posto o desafio, cada um de nós deve buscar, no âmbito do seu conhecimento específico, adequar a linguagem, os valores e as práticas, permitindo a construção de um novo modelo de atenção.

Por fim, considero oportuno marcar alguns pontos importantes da discussão, e que demonstram a dificuldade da elaboração de um modelo de intervenção que dê conta da complexidade da questão entrelaçando direitos humanos, AIDS e legislação:

- **a escolha de um padrão que oriente as intervenções**, podendo ser compartilhado por pessoas de moralidades diferentes, e que possibilite a integração das pessoas com HIV/AIDS em sua comunidade, estimulando a solidariedade, o respeito às diferenças e a co-responsabilidade na prevenção; por exemplo, a introdução da educação sexual na rede educacional, nem sempre aceita pelos pais e/ou professores; ou a aceitação pela direção de uma creche de uma criança soropositiva e a resistência da clientela;

¹⁸ Idem, p. 68-69.

- a **“emancipação” do doente, que deixa de ser “paciente” para ter uma participação ativa na relação com profissionais que lhe dão assistência.** Tal postura permite rever as formas de minimizar e solucionar conflitos sempre presentes entre a equipe médica e a clientela, em razão da própria carência do sistema de saúde atual, que dispõe de poucos recursos para tantas necessidades. Permite, também, ver de forma crítica a própria formação dos profissionais de saúde, ainda pouco problematizada, onde a tônica continua sendo a doença e não o doente, criando dificuldades de relacionamento e, conseqüentemente, resistências ao trabalho dentro de um novo modelo proposto com parâmetros mais amplos;
- a **socialização do atendimento médico, dos medicamentos, tratamentos e da assistência** em contraste com as dificuldades dos Poderes Públicos e da própria população empobrecida na obtenção de recursos fundamentais para melhoria de sua própria qualidade de vida, dos doentes e dos mais vulneráveis à infecção. Destaca-se ainda a dificuldade de acesso dos países empobrecidos aos mais recentes avanços para tratamento e diagnóstico da AIDS.

A feminilização da AIDS

O aumento do número de casos de AIDS entre a população feminina é, mais uma vez, a constatação de que a vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento vai muito além da dimensão biológica, refletindo gravemente a situação de desequilíbrio estrutural que vivemos, onde as práticas sociais ainda constituem configurações de poderes de patriarcado, de exploração, dominação e troca desigual entre os gêneros.

Historicamente, a insuficiência e deficiência dos programas de atenção à saúde das mulheres, em geral, e das próprias práticas médicas, torna evidente que não se conseguiu incorporar a perspectiva de gênero para muito além do biológico, e que ainda se desconsidera, na prática, que o comportamento individual é conectado ao social. A conseqüência dessa insuficiência e deficiência é mais dramática no caso das mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS.

As propostas mais ousadas de intervenção, que envolvem medidas de apoio social, psicológico, legal e de informação, e possibili-

tam às mulheres não só formularem opções de vida mais segura, mas, interferirem efetivamente nesse desequilíbrio estrutural, aparecem no discurso dos líderes governamentais e lideranças da sociedade civil, e até mesmo na linguagem legal. Contudo, as ações efetivas e as práticas ainda não correspondem a esses discursos, impondo uma árdua advocacia por sua implementação.

É certo que após quase duas décadas de discussão sobre os modelos de intervenção que devem nortear as ações de saúde pública no controle de doenças, a epidemia de AIDS, por sua própria dinâmica, trouxe preciosos avanços na perspectiva da integralidade da assistência à saúde, reforçando as críticas às concepções mais estreitas e biologicistas, e conferindo uma nova dimensão relacional à saúde. Mas, mesmo assim, constata-se um atraso na incorporação de medidas que dêem conta da especificidade da epidemia entre as mulheres. Tais medidas seriam urgentes face ao atual quadro epidemiológico, marcado por uma expansão da epidemia entre as mulheres, a partir de 1990, e por um predomínio da transmissão heterossexual do HIV sobre os demais modos de transmissão.

Villela e Diniz afirmam que, embora a epidemia da AIDS tenha chegado ao Brasil quase no mesmo tempo em que a proposta de atenção integral à saúde da mulher e as relações entre sexualidade, gênero e saúde estivessem sendo amplamente discutidas, tanto no meio acadêmico, como nos serviços e entre os movimentos sociais, o seu impacto sobre a população feminina não foi observado logo no início, não sendo, por isso, contemplado nem mesmo pelo PAISM¹⁹. Na verdade, assim como os leigos, os profissionais de saúde custaram a admitir que a epidemia não estava circunscrita aos "grupos de risco" previamente definidos. Até hoje, na rede básica de saúde, os profissionais demoram a fazer o diagnóstico do HIV em mulheres e ainda são grandes as dúvidas sobre os procedimentos adequados para a mulher soropositiva:

"Apesar de o aumento da epidemia entre as mulheres ser observado desde meados da década de 80, apenas em 1994 o então Programa Nacional de DST/AIDS organizou uma reunião com pesquisadores e ativistas para discutir as dimensões do problema(...) Entretanto,

¹⁹ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

do mesmo modo que as mulheres demoraram a ser reconhecidas na epidemia, as organizações voltadas para a luta pela saúde das mulheres e garantia dos seus direitos reprodutivos custaram a identificar o que o HIV representava para a população feminina. Pode-se argumentar que as reivindicações do movimento pela implantação de um programa de atenção integral à saúde da mulher, caso bem sucedidas, poderiam ter tido um impacto sobre a epidemia. Ações de saúde que incluíssem o conteúdo educativo; que questionassem as relações de gênero em casa, na sociedade e nos serviços de saúde; que estimulassem o uso de métodos de barreira ao invés dos contraceptivos orais e da esterilização cirúrgica; que promovessem uma assistência à gravidez e ao parto mais humanas e mais orientadas pela evidência científica, entre outras. Mas a capacidade desses movimentos de influírem sobre os serviços, assim como as possibilidades de ação sinérgica entre eles, mostrou-se muito mais lenta e difícil do que gostariam quaisquer dos atores sociais envolvidos no processo. (...) Podemos aventar a hipótese de que essa lentidão esteve ligada a diferentes razões, como a extensão da agenda feminista, ocupada com problemas de magnitude e transcendência semelhantes aos da AIDS, como a violência, a morte materna e o ainda restrito acesso à atenção à saúde sexual e reprodutiva. Ao mesmo tempo, não podemos negar a influência sobre os grupos de mulheres da atitude preconceituosa que vinculou a AIDS aos chamados "grupos de risco", tornando sua importância tão marginal quanto se pretendia que fossem seus portadores (...)"²⁰.

Nesse mesmo trabalho, encontramos ainda dados importantes e alarmantes sobre o crescimento da epidemia entre as mulheres:

- em 1991, a AIDS passou a ser a principal causa de morte de pessoas na faixa etária entre 25 e 34 anos no município de São Paulo, e, desde 1995, é a principal causa isolada de morte entre mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos);

²⁰ Simone Diniz e Wilza Villela. "Interfaces entre os programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva" in Richard Parker et alli. *Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/ Editora 34,1999, pp.136-137e 139-140.

- na distribuição dos casos notificados segundo sexo, a razão homem/mulher passou de 40-1, em 1983, para 29-1, em 1985, alcançou 7-1 em 1988, tendo atingido 4-1 em 1992 e a partir de 1995 passou a ser de 3-1;
- o perfil da epidemia de HIV/AIDS entre as mulheres no país aponta para um predomínio de casos entre jovens: 40% tem menos de 30 anos, o que sugere a infecção numa idade bem precoce. Em média, a população feminina atingida é mais jovem que a masculina. Além de mais jovens, em geral essas mulheres são menos escolarizadas: cerca de metade tem menos de oito anos de estudo.

Ainda descrevendo um estudo realizado em São Paulo, as autoras apontam que:

“(...) em termos de ocupação, 44% das mulheres declararam ser “do lar”, 17% trabalhavam na área de serviços, incluindo os domésticos, e 14% estavam desempregadas (...)”. As pesquisadoras chamam atenção, ainda, para o número de “casos cujo modo de transmissão é ignorado — aproximadamente 24% do total — mais da metade referente a jovens na faixa etária de 13 a 15 anos, sendo possível considerar que parte destas meninas tenha se infectado entre 10 e 12 anos de idade, ou com menos idade ainda, antes da puberdade, o que leva a suspeitar de abuso sexual, fator ainda pouco estudado em nosso país, como um possível agravante da epidemia de HIV/AIDS na população feminina.”²¹

Poderíamos ainda relacionar muitas outras constatações que revelam o caráter perverso da epidemia do HIV/AIDS entre as mulheres e, particularmente, a ineficiência dos programas até agora implementados:

- a demora no diagnóstico e o conseqüente atraso de medidas terapêuticas têm levado a uma maior morbidade e mortalidade, e a uma menor sobrevida após o diagnóstico;
- apesar da distribuição gratuita de medicamentos e de sua importância na queda dos índices de mortalidade por AIDS, dados oficiais do Ministério da Saúde²² demonstram que enquanto entre

²¹ Idem, p.133.

²² A esse respeito ver o site do Ministério da Saúde www.aids.gov.br.

os homens a taxa de mortalidade caiu de 15,16% em 1995 para 14,43 em 1996, entre as mulheres esta cifra aumentou de 4,53 em 1995 para 4,81 em 1996;

- novos estudos têm sugerido que, mesmo com uma carga viral menor do que a dos homens, as mulheres apresentam um maior risco de progressão sintomática da doença. Embora fatores epidemiológicos e sócio-culturais possam explicar a maior mortalidade das mulheres em relação aos homens, fatores de natureza hormonal e diferenças na dinâmica biológica do HIV nas mulheres infectadas têm sido questionados. Isto leva a crer que as mulheres vêm sendo desconsideradas até mesmo no aspecto biológico pelos pesquisadores, registrando-se pouquíssimos estudos sobre o efeito dos medicamentos no corpo feminino.

Quando busquei verificar os padrões de violações de direitos em uma breve pesquisa sobre direitos humanos e AIDS²³, pude constatar não só a falta de mobilização sobre o tema nas organizações feministas, mas ainda a alta vulnerabilidade das mulheres no que se refere às violações de direitos humanos e, conseqüentemente, ao adoecimento, reforçando as constatações acima.

As informações para esse trabalho foram obtidas através de questionários enviados a diferentes ONGs. Apenas 16% das instituições (24 ONGs) responderam ao questionário, sendo que 8,5% desse total correspondem a quatro ONGs de defesa de homossexuais e apenas 2% eram de ONGs que tratam das questões femininas. Evidenciou-se, dessa forma, uma maior mobilização das ONGs/AIDS. As queixas mais comuns registradas por grupos específicos foram:

- atendimento inadequado pelos profissionais da área de saúde, abuso do poder médico que não transmite as informações necessárias para o tratamento, erros de diagnóstico, desprezo pelas condições pessoais do paciente. Algumas organizações apontam as mulheres, crianças, profissionais do sexo e a população mais pobre como os grupos mais violados em seus direitos.
- questões genéricas — são mais amplas, como a falta de condições mínimas de subsistência, abuso de poder (de familiares, funcio-

²³ Miriam, Ventura. "Direitos Humanos e Aids: o cenário brasileiro" in Richard Parker et alli. Op.cit., pp. 326-329.

nários públicos em geral, como policiais, profissionais de saúde), ausência de assistência social à população desfavorecida, são consideradas pela maioria dos entrevistados como uma das maiores violações. Algumas pessoas acentuam que os casos que chegam às ONG's, na verdade, estão ligados mais às violações genéricas do que propriamente ao fato de serem soropositivos, notadamente nos segmentos já estigmatizados em razão de outro atributo, como homossexuais, mulheres, presidiários e profissionais de sexo.

Vale ainda destacar que a epidemia de AIDS se associou à grave situação das mulheres em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Os dados mais atuais sobre o problema datam de 1995, estando defasados em 4 anos, o que por si só já demonstra uma desatenção com um co-fator importante no controle da infecção pelo HIV, e apontam que a gravidade dessas doenças podem resultar em infertilidade, doenças neo-natais e infantis, câncer e outras.

Apesar das sérias conseqüências, estudos demonstram que a população em geral e, em sua maioria os homens, se trata nos balcões de farmácias. As mulheres, que podem ainda estar assintomáticas, não têm, como já destacamos, serviços com pessoal treinado para o diagnóstico das DSTs e para o enfrentamento do problema, ficando sem diagnóstico e tratamento²⁴.

Interessante, ainda, a observação de Diniz e Vilela no trabalho já referido:

"(...) vale lembrar que, quando um médico suspeita de ou diagnostica uma DST em mulher que tem parceiro fixo, é praxe que não comunique a ela a probabilidade de aquele agravo estar relacionado a uma relação extraconjugal dela ou do parceiro. Segundo os profissionais, levantar dúvidas sobre a fidelidade do parceiro pode abalar desnecessariamente a harmonia conjugal, já que os homens tendem a trair, e as mulheres, a se conformar com as traições, embora à custa de brigas e sofrimento. E, ademais, prevalece a hipótese de que não foi a mulher quem traiu.(...)."

²⁴ Dados extraídos de Fábio Moherdau. *Ação Anti-Aids*, n.º 26, janeiro 1995. ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Buscamos dados mais recentes e verificamos sua inexistência.

Mais uma vez os estereótipos de gênero informam a atividade médica, impedindo uma conduta mais eficiente e profissional que, ao tratar apenas a mulher, mantém a cadeia de transmissão e a violação do direito dessa mulher à informação.

Assim, pode-se concluir que é urgente a luta pela efetivação de direitos e a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas.

Legislação, jurisprudência e AIDS

A partir deste tópico passo a destacar alguns aspectos da legislação vigente, sugerindo como se pode utilizar o instrumento legal para prevenir, garantir, defender e ampliar os direitos das mulheres com HIV e AIDS.

A VI Conferência Mundial sobre a Mulher — Beijing, China (1995), trouxe importantes definições e estratégias para o enfrentamento do grave problema da saúde da mulher. Fixou alguns objetivos importantes que deverão ser considerados quando da aplicação das leis nacionais e nas políticas públicas, compatíveis com o fixado por nossa Constituição Federal que inclui o direito à saúde no tripé da seguridade social, com vistas à promoção de sua integralidade e definindo que:

Artigo 194 – A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações e de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Artigo 196 – 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.

A Constituição Federal destaca ainda, nos artigos subsequentes, que tratam da previdência social e assistência social, a proteção à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

Dessa forma, os objetivos estratégicos traçados na Conferência de Beijing, e abaixo relacionados, são plenamente compatíveis com nossa lei maior.

- *Objetivo estratégico 1* — Promover o acesso da mulher durante toda sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade;

- *Objetivo estratégico 2* — Fortalecer os programas de prevenção que promovem a saúde da mulher;
- *Objetivo estratégico 3* — Tomar iniciativas que levem em conta o gênero e façam face às enfermidades sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, e outras questões de saúde sexual e reprodutiva;
- *Objetivo estratégico 4* — Promover pesquisa e a divulgação de informação sobre a saúde da mulher;
- *Objetivo estratégico 5* — Aumentar os recursos e supervisionar o desenvolvimento da saúde das mulheres.

Direito à intimidade

É bastante comum a violação da intimidade da pessoa com HIV/AIDS através da quebra de sigilo profissional e da publicidade de fatos da vida íntima dessas pessoas, normalmente acrescida de injúrias e difamações acerca de seu comportamento sexual.

A intimidade é protegida legalmente por nossa Constituição Federal:

“Artigo 5º – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

Inciso X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.”

Assim, invadida a intimidade, quer seja através da quebra de sigilo profissional ou da veiculação de notícia desonrosa à pessoa, esta poderá obter, através da Justiça Civil, uma indenização por dano moral e material (se houver) e a aplicação de sanção ao infrator na Justiça Penal.

O Código Penal, em seu artigo 139, define os crimes de injúria e difamação e no artigo 154 a violação de segredo profissional sem justa causa. Considera-se, no caso da AIDS, justa causa²⁵ a notifica-

²⁵ Considera-se justa causa para a quebra de sigilo profissional a divulgação de situações pessoais do paciente que envolvam a integridade física e/ou coloquem outras pessoas em risco de vida, e quando o próprio paciente não possui condições de decidir e/ou não toma nenhuma atitude para evitar o dano para si ou para outrem. Dever legal é a condição em que o médico revela segredo do paciente por determinação legal.

ção somente a(o) parceira(o) sexual da pessoa contaminada. Os Códigos de Ética Profissional normalmente impõem penas para a quebra do sigilo profissional e/ou divulgação da intimidade do paciente.

O Código de Ética Médica, por exemplo, tem extensa regulamentação sobre o assunto. No artigo 102 impede o médico de revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. No caso da AIDS, os pareceres do Conselho têm se firmado no sentido de que só se justifica a quebra de sigilo na situação de risco de contaminação para o(a) parceiro(a) (justa causa). No artigo 103, o Código de Ética Médica traz um importante avanço em relação à criança e ao adolescente, vedando a revelação do segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação acarrete dano ao paciente.

No âmbito da epidemia de AIDS essa norma tem se mostrado útil para o tratamento dos adolescentes que, no primeiro momento, não desejam revelar aos pais uma situação que os tenha colocado em risco de contaminação e buscam o serviço de saúde para realizarem o teste anti-HIV. Assim, respaldados pela norma disciplinar, a equipe médica pode e deve orientar a criança ou adolescente e até testar, no caso de verificar uma situação real de risco, sem o consentimento dos pais.

Interessante observar que a norma estabelecida pelo Código de Ética Médica Brasileiro em relação ao adolescente vem respaldar uma ação de saúde adequada. O documento da Conferência de Beijing em sua alínea 93 *in fine*, denuncia a inadequação de algumas medidas em razão do desrespeito a esse direito básico:

"A assistência social e o acesso à informação e aos serviços relativos à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes continuam sendo inadequados ou totalmente inexistentes, e nem sempre se leva em consideração o direito da mulher jovem à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e ao consentimento fundamentado..."

Direito à informação

O direito à informação é outro importante direito garantido pela Constituição Federal e legislação infraconstitucional como o Código de Defesa do Consumidor, Código de Ética Médica e outras leis esparsas como a Lei de Planejamento Familiar²⁶. Apesar da recomendação legal, esse direito vem sendo um dos mais violados no âmbito da saúde em geral e, especialmente, em relação à mulher.

Quando entrelaçamos saúde e direito à informação, podemos resumir a questão através da normatização encontrada no Código de Ética médica que bem orienta as questões e formula princípios importantes para o julgamento de casos específicos nesse âmbito. Vejamos:

“Capítulo III — Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

(...)

Artigo 40 – Deixar de esclarecer ao trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 41 – Deixar de esclarecer ao paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

(...)

Capítulo IV — Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Artigo 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.”

²⁶ Lei 9.263 de 12/1/96 – Dispõe sobre o planejamento familiar estabelecendo penalidades e suas atividades básicas. Entende-se como planejamento familiar “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (art. 2.º). As atividades básicas garantidas através do Sistema Único de Saúde são: assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (art. 3.º). A lei veda a indução e instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica e a exigência de atestado de esterilização ou teste de gravidez para qualquer fim, estabelecendo sanções penais e civis, e torna de notificação compulsória as esterilizações cirúrgicas realizadas. Ver a íntegra da Lei do Planejamento Familiar no final deste livro.

Artigo 47 – Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Artigo 48 – Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar (...).

Capítulo V — *Relação com Pacientes e Familiares.*

Artigo 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Artigo 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Artigo 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso a comunicação ser feito ao seu responsável legal.

Artigo 67 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Artigo 68 – Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Artigo 70 – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Após a leitura dos artigos legais acima, podemos afirmar que nenhum tipo de triagem sorológica ou tratamento compulsório e/ou não esclarecidos se justificam. A mulher merece especial atenção no momento da indicação de qualquer exame, especialmente em ocorrências importantes onde sua realização é recomendada, como por exemplo, no pré-natal ou na ocorrência de violência sexual, de testagem para o HIV, sífilis e outras doenças, garantidas inclusive pelas normas técnicas expedidas pelo Ministério da Saúde sobre o assunto.

Além do acesso ao diagnóstico, todos têm o direito à terapêutica necessária para evitar ou prevenir o agravo. No caso das mulheres grávidas soropositivas, por exemplo, o uso do medicamento AZT tem se mostrado eficaz na prevenção da transmissão da mãe para o filho, apesar de seus efeitos colaterais, que deverão ser esclarecidos à gestante a fim de que esta possa, com segurança, decidir sobre seu uso ou não. Já nos casos de violência sexual, os estudos sobre o uso de AZT para prevenir a infecção do HIV ainda não o recomendam, em razão de seus graves riscos para a saúde da mulher. Contudo, o exame para a detectar o vírus é fundamental e recomendado para o imediato tratamento no caso de infecção.

Concluindo, o direito à informação é um dos direitos fundamentais para a liberdade humana, portanto, devemos buscar reduzir sua violação, quer seja através da transmissão de informações específicas diretamente às mulheres, quer seja através de questionamentos legais e éticos aos profissionais de saúde por seu descumprimento. Iguamente importante, para o pleno cumprimento desse direito, são o investimento no desenvolvimento de habilidades de comunicação para os profissionais de saúde informarem suas (seus) pacientes e a formação humanística, que hoje ainda está mais voltada para a incorporação de tecnologia.

Direito sexual e reprodutivo

Pode-se utilizar a definição inserida no próprio documento de Beijing, alínea 96, para melhor identificar esses direitos na legislação brasileira.

“Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e à reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências do comportamento sexual.”

- Transmissão de doenças através da relação sexual

Uma das questões mais controvertidas nesse campo é a que diz respeito à criminalização da pessoa que transmite uma determinada doença a outra. No caso da AIDS, os antigos modelos renasceram fortemente como medida necessária à não proliferação do agravo, ou mesmo como medidas repressivas. Contudo, a ineficiência da penalização nesse campo já é comprovada, o que nos leva a apostar em um modelo que reafirme a liberdade individual e promova a solidariedade e mudança voluntária de comportamento.

Porém, temos uma realidade social que aponta para a transmissão intencional ou irresponsável do HIV através de relações sexuais, e que atinge principalmente as mulheres. Em recente reportagem na *Revista Veja*, foi trazida (de uma forma pouca adequada, a meu ver) a realidade de milhares de mulheres infectadas por seus maridos, que em alguns casos, sabiam estarem infectados, ou em risco de infecção, e mesmo assim não informaram à parceira sobre o risco. Igualmente, não podemos desprezar o número de mulheres e homens que, mesmo informados das formas de transmissão do HIV/AIDS e de seu crescimento, não se protegem durante as relações sexuais, por razões variadas que vão desde motivos religiosos até aspectos psicológicos, sociais e culturais.

O que se pode afirmar é que a questão é bastante complexa e não será solucionada simplesmente com a criminalização das pessoas soropositivas, mas sim com um conjunto de medidas educativas e sociais que permitam o pleno e livre exercício da atividade sexual.

O Código Penal brasileiro permite a criminalização da transmissão sexual do HIV/AIDS, apesar de não termos ainda uma posição pacífica quanto ao crime que mais se adegue à conduta da pessoa que, sabendo estar contaminada, mantém relações sexuais sem o uso do preservativo²⁷.

Alguns consideram tal comportamento como crime de lesão corporal tipificado no artigo 129, parágrafo 2.º inciso II do Código Penal — *ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem, resul-*

²⁷ Sobre o assunto ver *Direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS*, Grupo Pela Vidda, pp. 38-40, e "SIDA e Direitos Humanos" de David Rudnicki, in Denise D. Dora e Domingos D. da Silveira (orgs.). *Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos*. Porto Alegre, Grupo Themis — Assessoria jurídica e estudos de gênero, 1998, p.117.

tando em enfermidade incurável (esse crime pode ser culposo ou doloso²⁸). Outros preferem (a meu ver de forma mais adequada) a aplicação do artigo 131 que tipifica *"praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio"*. O único problema desse tipo penal é que mesmo não havendo a transmissão da doença a pessoa doente é criminalizada, constituindo o que chamamos de "crime de perigo", onde a conduta perigosa é alvo da criminalização.

Interessante relembrar que o artigo 130 do Código Penal tipifica como "crime de perigo" o contágio de "doença venérea", como era chamada na época da elaboração da lei (1940), o que hoje denominamos de doenças sexualmente transmissíveis, o ato de *"expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado."*

- Transmissão vertical e aborto

A gravidez, no caso das mulheres soropositivas, se reveste de uma dupla criminalização — social e legal: ela não pode optar pela interrupção da gravidez, já que a legislação considera ilegal o aborto; por outro lado a sociedade a considera irresponsável por gerar um bebê que poderá nascer infectado e/ou ficar na orfandade.

Na verdade, o modelo adequado deveria oferecer aconselhamento sobre as alternativas mais seguras de como engravidar, manter a gestação e proteger o feto, ou interrompê-la voluntariamente, bem como, estabelecer uma política social que ampare a mulher e seu filho de forma que possa exercer seu direito reprodutivo sem limitações.

Contudo, a forte estigmatização social dos doentes de AIDS e de todas aqueles que portam alguma deficiência, somada ao baixo poder de decisão da mulher junto aos serviços de saúde, e a carência de serviços de qualidade, nos leva a uma difícil decisão para o caso específico. Apesar da medida legal ideal ser a descriminalização total do aborto voluntário, é necessário:

²⁸ Considera-se crime culposo quando o agente não tem a intenção de produzir o evento, contudo, não tomou o cuidado necessário para evitá-lo, ao contrário do crime doloso que é quando o agente tem a intenção de produzir o dano.

"inserir essa e outras questões dentro de uma discussão sobre o direito das mulheres infectadas tomarem decisões acerca de suas vidas reprodutivas, o que significa romper com a perspectiva ética de responsabilizar individualmente a gestante soropositiva e reconhecer as mulheres como agentes morais e respeitar suas decisões. Caso contrário, corre-se o risco do aborto se converter em mais um instrumento de imposição de conduta reprodutiva. Nesse sentido, Pies (1995) chama atenção para o fato e que nos EUA, nos estados onde o aborto é legalizado, a decisão de não abortar é em geral percebida como uma decisão irracional por profissionais da saúde pública, o que tem justificado a existência de uma preocupação controlista por detrás da adoção da sorologia de rotina, que levaria a atitudes coercitivas com relação ao aborto."²⁹

A questão merece um cuidado especial de todos os segmentos sociais e especialmente do movimento feminista. Cerca de 86% das mulheres brasileiras com AIDS estão em idade reprodutiva, e grande parte da população feminina tem um diagnóstico do HIV durante o pré-natal ou quando descobrem que seus filhos estão doentes. A testagem ocorre, em alguns casos, sem o prévio aconselhamento ou consentimento esclarecido, e é justificado pela equipe de saúde como medida preventiva para o bebê. Desconsidera-se, assim, o fato de que a mãe merece também cuidado e orientação adequada, não só médica, mas também psicológica, social e legal, já que um dos problemas mais visíveis tem sido a orfandade decorrente da morte das mães, infectadas pelo vírus HIV/AIDS, que vem se tornando um grave problema público brasileiro.³⁰

Podemos resumir as questões que se abrem nesse contexto, recorrendo, mais uma vez, ao trabalho já citado de Diniz e Villela:

"por exemplo, como se equaciona a relação de uma mãe soropositiva e seu filho saudável: ficar com o filho até a morte, expondo-o ao convívio diário com a doença, ou oferecer essa criança à adoção?"

²⁹ Regina M. Barbosa & Tania Di G. Lago. "AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical" in Richard Parker (org.). *Políticas, Instituições e AIDS – Entendendo a Epidemia no Brasil*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor e ABIA, 1997, p.166.

³⁰ Cf. "Aumenta número de órfãos da AIDS, os filhos de portadores do vírus HIV", notícia do Jornal *O Globo* de 22 de agosto de 1999, p.21.

Nesse caso, para quem? Para seus familiares, eventualmente também pobres, também envolvidos com a dor da AIDS? Para um desconhecido, sem qualquer garantia de que a criança terá melhores experiências do que junto à mãe? E se essa criança só negativasse aos dois anos, idade em que já não é tão fácil uma criança ser adotada? E quem iria ficar com um recém-nascido de sorologia duvidosa? E a mulher soropositiva que deseja ter filhos? Estão os profissionais capacitados a orientar a identificação do período fértil para uma única relação sexual desprotegida, no sentido de tentar a gravidez reduzindo a chance de infecção? E as novas técnicas que “limpam” o vírus do esperma? E qual a melhor orientação contraceptiva: esterilizar e usar preservativo? Usar preservativo e fazer contracepção de emergência em caso de falha? Essas questões são algumas das que compõem uma longa agenda de pesquisa, ou pelo menos de questões não respondidas.”³¹

O Código Penal, no entanto, é claro no que tange ao aborto, prevendo expressamente nos artigos 124 a 127 como crime a interrupção de gravidez, quer tenha sido praticado pela gestante, quer por terceiro com ou sem consentimento. Nosso Código autoriza o aborto em apenas dois casos: em gravidez resultante de estupro (artigo 128, inciso II) ou em caso de risco de vida para a mãe (artigo 128, inciso I). A mulher com AIDS poderá utilizar, em alguns casos, o aborto terapêutico e voluntário se comprovar que a gravidez trará sérios riscos para sua saúde. Mas apesar dessas possibilidades não temos conhecimento de nenhuma decisão nesse sentido, talvez porque a gravidez na mulher soropositiva, por si só, não implica em risco de vida nem para mãe nem para o bebê, mas somente quando associada a uma outra doença que provoque esse risco.

Enfim, a questão continua a ser um desafio para nós mulheres, apontando para a necessidade de um movimento mais forte pela descriminalização total do aborto voluntário e para a necessidade de implementação urgente de programas de atenção integral à saúde da mulher que dêem conta da complexidade da questão.

³¹ Cf. Villela e Diniz. Op cit. p.164.

Direito nas relações familiares

- Separação judicial e divórcio

A Lei do Divórcio não inseriu como causa da separação doença grave, limitando-se a referir-se às de caráter mental (artigo 5º § 2º). No caso da AIDS, como das demais doenças graves, transmissíveis ou não, a questão fica ao livre-arbítrio do casal de permanecer ou não unido. Nossa lei permite a separação, e posteriormente o divórcio, desde que um julgue insuportável a vida com o outro.

A obrigação de manter relações sexuais na constância da união pode ser também um motivo para separação judicial para aqueles que não aceitem continuar mantendo relação sexual com seus companheiros(as), mesmo com o uso de preservativo.

A separação do casal é, na maioria das vezes, facilitada pelo Judiciário, tendo em vista a própria saúde da pessoa doente e o clima de tensão que viveria o casal quando envolvido numa situação como essa. Os maiores problemas em relação à separação de uma pessoa portadora do vírus HIV positivo ou com AIDS residem nas restrições que tentam impor ao pátrio-poder e à visitação dos filhos.

- Pátrio poder, guarda e visitação dos filhos

Pátrio poder é o conjunto de direitos e obrigações que se atribuem aos pais em relação à pessoa e aos bens do filho. No direito brasileiro ele é exercido em conjunto pela mãe e o pai (artigo 21 da Lei 8.069/90 — Estatuto da Criança e do Adolescente). Nossa legislação enumera várias causas de suspensão e extinção do pátrio poder (artigo 392 e seguintes do Código Civil), mas nenhuma delas se estende direta ou indiretamente a qualquer espécie de moléstia grave, exceto a mental, que provoca inclusive a interdição do próprio doente.

Assim, o direito à posse e guarda dos filhos e à sua visitação em momento algum é restringida à pessoa com HIV/AIDS por nossa lei civil. A questão comumente trazida ao Poder Judiciário está ligada a uma carga de preconceito e estigmatização em relação à pessoa soropositiva ou com AIDS, julgando-se que o fato da contaminação se deu por ato promíscuo e, na maioria das vezes, tentam restringir esse direito com base no artigo 395, inciso III, do Código Civil que dispõe:

Artigo 395 – Perderá por ato judicial o pátrio poder o pai, ou mãe:
(...)

III – que praticar atos contrários à moral e aos bons costumes.

Contudo, a perda do pátrio poder ou restrição à visitação, em vista da falta de condições morais do pai ou da mãe, só poderá ocorrer se os pais atentarem contra a integridade física ou psicológica da criança, devidamente comprovada judicialmente. Nesses casos será ainda considerada a opinião da criança ou adolescente que já possa externar suas experiências. O tema está amplamente tratado na Lei n.º 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

- Tutela

Nossa legislação permite que o pai e a mãe, ou na ausência de um ou outro, aquele que está exercendo o pátrio poder, defina através de testamento ou de qualquer outro documento público, uma pessoa, parente ou não, para o exercício da tutela de seus filhos. Até 1988, caso a pessoa não deixasse isso devidamente registrado antes do falecimento, caberia ao juiz nomear um tutor, seguindo a ordem do artigo 409 do Código Civil que estabelece primeiro o avô paterno e depois o materno e, na falta destes, a avó paterna ou materna, seguindo-se os irmãos do sexo masculino e depois feminino, o mais velho ao mais moço, os tios e assim sucessivamente, preferindo sempre o parente do sexo masculino. Como se pode ver, essa legislação ainda estava marcada por uma postura fortemente discriminadora em relação à mulher.

A Constituição de 1988, e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, garantiu que na nomeação do tutor o que deve ser considerado é a ligação afetiva com a criança, estando revogada a ordem do artigo 409 do Código Civil.

Direito à seguridade social

A Seguridade social é um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social. Vejamos alguns artigos constitucionais sobre o tema:

- Direito à assistência médica, hospitalar, inclusive terapêutica e farmacêutica integral de forma universal e igualitária (artigo 194 a 204 da Constituição Federal de 1988). A Constituição ampliou

a garantia do direito à saúde, que não significa apenas direito à assistência médico-hospitalar, para ser o resultado de um conjunto de políticas públicas. Ampliou, também, seu acesso, deixando de ser uma contraprestação de serviço estatal, restrito aos contribuintes do já extinto INAMPS, para ser um direito de toda a população — contribuinte ou não. Os três níveis de ação governamental (federal, estadual e municipal) foram integrados ao SUS (Serviço Único de Saúde), regulamentado pela Lei 8.080/90. No caso específico da AIDS temos a Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Contudo vale ressaltar que a distribuição desses medicamentos já era realizada pelos órgãos públicos antes mesmo da existência de uma lei específica, fundamentada no próprio artigo constitucional supra referido e nas Leis que regulam o sistema de saúde. O Poder Judiciário, durante todo o processo de luta das pessoas com HIV/AIDS pela obtenção de medicamentos junto ao sistema público de saúde, mostrou-se favorável à tese de que o sistema único de saúde está obrigado a fornecer os medicamentos necessários para o tratamento de qualquer agravo de saúde e não só em relação à AIDS, independentemente de regulação própria, por tratar-se de direito à vida.

- Participação da comunidade no sistema único de saúde (artigo 198, III da Constituição Federal de 1988). A ação da comunidade no SUS foi regulamentada pela Lei 8.142/90, que prevê e regula o funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde. Consideramos um passo importante para a inclusão da participação social no processo de mudança e concretização do sistema único de saúde, em compasso com a política dos direitos humanos. A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde³².

³² Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços profissionais de saúde e usuários. Os usuários são representados através de organizações civis que por recomendação do próprio Conselho Nacional de Saúde

- Proibição expressa da comercialização do sangue, na coleta, processamento e transfusão, e de seus derivados (parágrafo 4.º do artigo 199 da Constituição Federal). A política de sangue existente antes dessa proibição significou uma verdadeira tragédia, provocando a infecção de milhares de brasileiros, particularmente para aqueles que dependiam de transfusões com mais regularidade em razão de seus agravos, que segundo pesquisas sobre o assunto são as mulheres, crianças e hemofílicos. Vários testes e exames necessários, tanto do doador como do sangue, eram dispensados para aumento da lucratividade, provocando um verdadeiro comércio inescrupuloso. Até o momento, a norma constitucional não foi regulamentada por lei infraconstitucional, estando a atividade hemoterápica regulada através da Portaria nº 1.376 de 19 de novembro de 1993, alterada pela Portaria 2.009 de 4 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, o que vem causando alguns problemas ainda hoje. Contudo, não se pode deixar de ressaltar que a mobilização social e a atuação do próprio Poder Judiciário com a condenação da União e do Estado a pagar indenizações às pessoas atingidas, tem levado a uma mudança satisfatória no quadro que hoje se mostra bem mais favorável, e a infecção por essa via controlada.
- Assistência social (artigo 203 da Constituição Federal). A concessão de benefício de prestação continuada às pessoas portadoras de deficiência, incapacitadas para o trabalho e não filiadas à previdência social. Esse benefício foi regulado pela Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993 e pelo Decreto 1.330 de 8 de dezembro de 1994. Apesar do pequeno valor estabelecido — um salário mínimo —, a essa medida se agregaram outras, como transporte gratuito, fornecimento de medicamentos, e ações sociais (como a distribuição de cestas básicas, por exemplo).

(Resolução 33 de 23/12/92) deverão ser compostas de representantes de: entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos comunitários organizados na área da saúde, conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes, associações de portadores de deficiências, associações de portadores de patologias, entidades de defesa do consumidor. Daí a importância de conhecermos os representantes dos usuários nestas instâncias garantindo nossa participação na política de saúde local e nacional.

Direito ao trabalho

A relação de emprego é protegida contra demissão arbitrária ou sem justa causa. Nossa Constituição Federal prevê indenização compensatória e proteção especial para o trabalhador portador de deficiência, ou objeto de discriminação, seja por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil (artigo 7º Constituição Federal).

Apesar desse direito não ter sido ainda regulado por lei específica³³, a proteção legal vem sendo aplicada pelos tribunais, que entendem, com fundamento nos artigos 5º e 7º da própria Constituição³⁴, na *Convenção* nº 111 da Organização Internacional do Trabalho³⁵, e na Lei 9.029 de 13 de abril de 1995, que não pode haver restrição ou discriminação aos trabalhadores soropositivos. Essa última lei proíbe a testagem de gravidez e esterilização e estabelece, em seu artigo 1º, que fica

“proibida a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, o direito do(a) trabalhador(a) soropositivo à reintegração no seu emprego, bem como de outros trabalhadores demitidos por atos discriminatórios”.

Assistência privada à saúde — Seguros e Planos de Saúde

A grande luta das pessoas com HIV/AIDS para terem seus tratamentos cobertos pelos Planos e Seguros de Saúde é conhecida, notadamente, pelos avanços obtidos no Poder Judiciário e junto aos Conselhos Regionais de Medicina. O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução de nº 1.401, de 11 de novembro de 1992, garante o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da OMS (Organização Mundial da Saúde) por parte das empresas de medicina de grupo e cooperativas.

³³ No que concerne à indenização compensatória, há apenas a previsão, no ato das disposições transitórias da Constituição Federal, de indenização equivalente a 40% do saldo da conta do FGTS.

³⁴ O artigo 5º, inciso XLI, diz: “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais”; o artigo 7º trata dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais.

³⁵ A Convenção 111 da OIT proíbe atos discriminatórios nas relações de trabalho.

Recentemente foi aprovada a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 que incorporou alguns avanços já alcançados a nível judicial e ético, como a proibição de exclusão de qualquer doença relacionada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na lei. Essa lei dispõe também que o consumidor não poderá ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência.

No entanto, este avanço vem sendo reduzido³⁶ através das Resoluções do próprio Conselho de Saúde Suplementar, criado pela Lei para regulamentar a relação entre seguradora e segurado. A Resolução nº 2 de 3 de novembro de 1998 nos salta aos olhos quando determina:

Artigo 3º – Nos planos ou Seguros individuais ou familiares de assistência à saúde contratados após a regulamentação da Lei nº 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

§1º Será escolhido pelo consumidor um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor.

§ 2º Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato ou apólice.

³⁶ Vale ressaltar que uma das medidas adotadas, por parte das seguradoras de saúde, para impedir o acesso à proteção dos planos de saúde tem sido a de aumentar o valor das mensalidades, inviabilizando, na prática, a assistência privada a milhões de brasileiros.

§4º O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

§5º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor.

Artigo 4º – Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar impacto nos custos, será obrigatório o oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravo do contrato.

Parágrafo único: A escolha de uma das alternativas constantes do caput deste artigo dependerá exclusivamente de decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

Ora, tal dispositivo, sem dúvida, afasta grande número de consumidores mais vulneráveis a doenças, e trará em sua prática conflitos éticos, notadamente, na relação médico-paciente, na assistência integral à pessoa usuária, além um aumento de custo da prestação mensal.

Outro dispositivo da referida lei que já vem sendo contestado pelas próprias empresas é a obrigatoriedade de todos os contratantes optarem até 3 de dezembro de 1999 por um dos tipos de contrato previstos na nova lei. Dentre as alegações levadas ao Judiciário está a de que a lei fere o ato jurídico perfeito, ou seja, contrato anterior firmado entre as partes não pode simplesmente ser derogado.

É muito cedo para tecermos considerações mais profundas, mas não tão cedo para que fiquemos alertas às filigranas legais da nova regulamentação que implicarão em violações da própria ordem constitucional. É importante incentivar o espírito de luta da comunidade por uma saúde pública capaz de atender às necessidades de todos. Os serviços privados de assistência à saúde devem ser uma verdadeira opção para o consumidor e não, como se apresenta no momento, um dentre muitos outros “tributos” impostos pelo sistema econômico para atender a assistência à saúde.

Outros direitos assegurados pela Constituição Federal Brasileira, correlacionados com o tema proposto, que vem sendo aplicado na solução dos conflitos gerados pela epidemia da AIDS e fundamentando ações, mesmo na ausência de uma legislação específica.

- Incorporação automática (auto-aplicabilidade) de todos os direitos e garantias fundamentais expressos em tratados internacionais que a República Federativa do Brasil seja parte, dispensando qualquer lei interna específica³⁷ (parágrafo 1º e 2º do artigo 5º da CF/88). Encontramos ainda importantes resoluções específicas para as pessoas com HIV/AIDS, dentre elas as expedidas pela Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial de Saúde.
- A garantia na promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor e idade e quaisquer outras formas de discriminação, pautada na prevalência dos direitos humanos.

A Constituição Federal Brasileira incorporou avanços e contemplou o direito internacional dos direitos humanos que, lentamente, vem orientando a legislação infraconstitucional. Uma legislação federal específica que regulasse amplamente as questões e ações necessárias à prevenção — assistência e proteção das pessoas contra qualquer tipo de discriminação ou subtração de direitos em razão de sua sorologia ou suspeita de sorologia, introduzindo ações afirmativas que remediasses os efeitos sociais da epidemia de HIV/AIDS, com um quadro preestabelecido de garantias e sanções —, daria maior segurança e estabilidade às relações, auxiliando a eficácia social dos direitos humanos. Mas, enquanto não possuímos uma lei desse porte, a promoção dos direitos humanos pode ser exercida, adequando a norma genérica ao caso específico, através de uma interpretação sistemática, e, notadamente, através do papel fiscalizador das organizações não governamentais e da comunidade em geral, denunciando os atos arbitrários.

Sobre o tema, reporto-me ao trabalho publicado em 1993 pelo Grupo Pela Vidda, "Direitos das Pessoas vivendo com HIV e AIDS",

³⁷ Cf. Artigo 5º da Constituição Federal.

onde busquei demonstrar como podemos utilizar o instrumental legal existente para prevenir, garantir, defender e ampliar os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

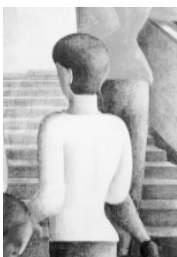
Conclusão

O tema não se esgota aqui, esperamos que o(a) leitor(a) possa, a partir dessa reflexão, ter uma visão crítica da legislação e buscar uma interpretação que restabeleça essa ordem igualitária que tanto desejamos.

PLANO DE AÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNDIAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CAIRO, 1994

A Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizado no Cairo, em 1994, introduziu no seu Plano de Ação um novo paradigma para o debate sobre população, deslocando a questão demográfica para o campo das questões relativas aos direitos humanos e, mais especificamente, para o âmbito do respeito aos direitos reprodutivos como direitos humanos.

De fato, as Conferências Mundiais de População de 1974 e de 1984, respectivamente realizadas nas cidades de Bucareste e do México, enfatizaram a necessidade de limitar o crescimento populacional, sobretudo dos países em desenvolvimento, como forma de combater a pobreza e a desigualdade social.



Em 1992, quando da realização, no Rio de Janeiro, da Conferência das Nações Unidas sobre Meio-ambiente e Desenvolvimento, ficou clara a existência de uma forte reação, particularmente dos grupos e organizações de mulheres, a essa visão autoritária e controlista sobre as questões

relacionadas a população e desenvolvimento. Tais grupos destacaram 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.

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, o movimento internacional de mulheres 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.

No Brasil, a atuação de grupos autônomos, organizações não-governamentais e governamentais de mulheres foi decisiva para a definição de uma posição de respeito à cidadania da mulher e aos direitos humanos em geral. Na verdade, essa posição não fazia mais que reafirmar princípios já explicitados em nossa Constituição Federal de 1988, particularmente em seu 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.

O Plano de Ação do Cairo faz um diagnóstico da situação mundial, destacando a situação das mulheres e das meninas e o novo papel dos homens face às responsabilidades familiares, em especial no campo da saúde reprodutiva. O Plano aponta ainda para os impactos diferenciados, sobre homens e mulheres, dos processos sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais.

Analisando cada um desses aspectos da vida social, o Plano de Ação do Cairo insta os Estados-membros das Nações Unidas a assumirem compromissos para a efetiva eliminação da pobreza e o respeito aos direitos humanos fundamentais, particularmente nos aspectos relativos à condição da mulher.

Neste volume destacamos alguns itens do Plano de Ação do Cairo que apresentam os novos princípios que devem nortear as relações de família e os papéis e direitos de homens e mulheres nessa esfera. Também publicamos os capítulos referentes à saúde e aos direitos reprodutivos que devem orientar a produção e a aplicação da lei brasileira.

CAPÍTULO V

A FAMÍLIA, SEUS PAPÉIS, DIREITOS, COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

A. Diversidade da estrutura e da composição familiar

Bases para a ação

1. Embora sejam várias as formas de família a existirem nos diferentes sistemas sociais, culturais, legais e políticos, a família é a unidade básica da sociedade e, como tal, tem o direito de receber total apoio e proteção. O processo que envolve mudanças demográficas e sócio-econômicas rápidas através do mundo tem influenciado os padrões de formação das famílias e a vida familiar, produzindo uma mudança considerável na composição e na estrutura da família. Noções tradicionais de divisão entre os gêneros no que diz respeito às funções parentais e domésticas e à participação no mercado de trabalho remunerado já não refletem realidades e aspirações atuais, visto que hoje mais e mais mulheres assumem, em todas as partes do mundo, empregos remunerados fora de casa. Ao mesmo tempo, a migração generalizada, os deslocamentos forçados de populações inteiras causados por conflitos violentos e guerras, pela urbanização, pela pobreza, por catástrofes naturais e por outras causas têm exercido tensões muito importantes sobre a família, uma vez que não há mais a assistência antes proporcionada pelas amplas redes de apoio familiar. Frequentemente, os responsáveis parentais são hoje mais dependentes de assistência de terceiros do que costumavam ser antes, para poderem conciliar trabalho e responsabilidades familiares. Tal é particularmente o caso quando as políticas e programas que afetam a família ignoram a existência de diversas formas de família, ou quando não são suficientemente sensíveis às necessidades e direitos das mulheres e das crianças.

OBJETIVOS

2. Os objetivos são:

(a) Desenvolver políticas e leis que dêem melhor apoio à família, contribuam para sua estabilidade e levem em consideração a pluralidade de suas formas, particularmente o número cada vez maior de famílias uniparentais;

(b) Estabelecer medidas de seguridade social que tratem os fatores sociais, culturais e econômicos subjacentes aos custos crescentes da criação de filhos;

(c) Promover a igualdade de oportunidades para membros da família, especialmente os direitos das mulheres e das crianças na família.

AÇÕES

3. Os governos devem prover e promover em cooperação com os empregadores os meios necessários para facilitar a compatibilidade da participação da força de trabalho com as responsabilidades parentais, especialmente para as famílias uniparentais com crianças. Esses meios devem incluir seguros de saúde e seguridade social, centros de assistência diária e facilidades nos locais de trabalho para mães que amamentam, jardins de infância, ocupações de tempo parcial, licença parental remunerada, licença-maternidade remunerada, horários de trabalho flexíveis e serviços de saúde reprodutiva e de saúde infantil.

4. Quando da formulação de políticas de desenvolvimento sócio-econômico, especial consideração deve ser dispensada ao aumento do poder aquisitivo de todos os membros adultos das famílias economicamente desfavorecidas, inclusive idosos e mulheres que trabalham no lar, de modo a permitir que as crianças sejam educadas e não compelidas ao trabalho. Atenção especial deve ser dada aos responsáveis parentais solteiros e necessitados, especialmente aos que são responsáveis total ou parcialmente pelo sustento dos filhos e de outros dependentes, assegurando o pagamento pelo menos de salários e pensões mínimos, créditos, educação, financiamentos para grupos femininos de auto-ajuda, e o cumprimento

legal mais rigoroso das responsabilidades financeiras dos pais em relação às famílias.

5. Os governos devem tomar providências efetivas para eliminar toda forma de coerção e de discriminação nas políticas e nas práticas públicas e privadas. Medidas devem ser adotadas e executadas para eliminar casamentos infantis e a mutilação genital feminina. Deve-se oferecer assistência às pessoas portadoras de deficiência no que diz respeito ao exercício dos seus direitos e responsabilidades familiares e reprodutivas.

6. Os governos devem manter e promover o desenvolvimento de mecanismos para documentar mudanças e empreender estudos sobre a composição e a estrutura familiares, especialmente sobre a predominância de famílias de uma só pessoa e de famílias uniparentais e multigeracionais.

B. Apoio sócio-econômico à família

7. As famílias são sensíveis às tensões induzidas por mudanças sociais e econômicas. É essencial dispensar uma atenção particular às famílias que atravessam situações de vida difíceis. Nos últimos anos, as condições de vida pioraram para muitas famílias, devido à falta de emprego remunerado e às medidas tomadas pelos governos para equilibrar seu orçamento, com a redução das despesas sociais. É cada vez maior o número de famílias vulneráveis, inclusive de famílias monoparentais chefiadas por mulheres solteiras, famílias pobres com membros idosos ou portadores de deficiência, famílias de refugiados e de migrantes, famílias que tenham membros afetados pela AIDS ou outras doenças terminais, famílias afetadas pela dependência de drogas, e onde ocorram abusos contra crianças e violência doméstica. A intensificação das migrações de mão-de-obra e os movimentos de refugiados constituem mais uma fonte de tensão e de desintegração familiar, contribuindo para aumentar as responsabilidades das mulheres. Em muitos meios urbanos, milhões de crianças e jovens são abandonados à sua própria sorte quando se desfazem os laços familiares e, daí, ficam cada vez mais expostos a riscos como evasão escolar, exploração no trabalho, exploração sexual, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

OBJETIVOS

8. O objetivo é assegurar que todas as políticas de desenvolvimento econômico e social sejam integralmente capazes de responder às diversas e diferentes necessidades e aos direitos das famílias e dos seus membros individuais, proporcionando o apoio e a proteção necessários particularmente às famílias mais carentes e aos membros mais vulneráveis da família.

AÇÕES

9. Os governos devem formular políticas sensíveis à família nos campos da habitação, do trabalho, da saúde, da seguridade social e da educação, de modo a criar um ambiente de apoio à família, levando em consideração suas várias formas e funções, apoiando os programas educacionais que digam respeito aos papéis e capacitações parentais e ao desenvolvimento da criança. Juntamente com outros parceiros relevantes, os governos devem desenvolver a capacidade de monitorar o impacto das decisões e ações sociais e econômicas sobre o bem-estar das famílias, a condição das mulheres nas famílias e a capacidade das famílias de proverem as necessidades básicas dos seus membros.

10. Todos os níveis de governo, organizações não-governamentais e organizações-comunitárias que trabalham neste campo devem desenvolver sistemas inovadores para prover uma assistência mais eficiente às famílias e aos indivíduos que a compõem e que possam ser afetados por problemas específicos, como a pobreza extrema, o desemprego crônico, a doença, a violência doméstica e sexual, o pagamento de dotes, a dependência de drogas ou de álcool, o incesto e o abuso, a negligência ou o abandono de crianças.

11. Os governos devem apoiar e desenvolver os mecanismos apropriados para assistir as famílias no cuidado dos filhos, dos dependentes idosos e dos membros da família de portadores de deficiência, inclusive as resultantes do HIV/AIDS, estimulando a partilha dessas responsabilidades entre homens e mulheres e apoiando a viabilidade das famílias de muitas gerações.

12. Os governos e a comunidade internacional devem dispensar maior atenção às famílias pobres e às famílias vitimadas por

guerra, seca, fome, catástrofes naturais, discriminação racial e étnica ou violência, e prestando-lhes maior solidariedade. Todo esforço deve ser feito para manter seus membros juntos, reuni-los em caso de separação e assegurar-lhes o acesso a programas de governo destinados a apoiar e a ajudar essas famílias vulneráveis.

13. Os governos devem ajudar famílias monoparentais e dispensar especial atenção às necessidades de viúvas e de órfãos. Todo esforço deve ser feito para ajudar a construir vínculos semelhantes aos familiares em circunstâncias especialmente difíceis, por exemplo, as que envolvem as crianças de rua.

CAPÍTULO VII*
DIREITOS REPRODUTIVOS
E SAÚDE REPRODUTIVA

1. Este capítulo se baseia especialmente nos princípios contidos no Capítulo II, particularmente nos parágrafos introdutórios.

A. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva

Bases para a ação

2. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. 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 planeamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade à 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 o 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 métodos, 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.

* A Santa Sé expressou sua reserva geral sobre este capítulo, que deve ser interpretada nos termos da declaração feita por seu representante na 14ª Sessão Plenária, em 13 de setembro de 1994.

3. Tendo em vista a definição anterior, os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como 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 o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminações, coerções ou violências, conforme expresso nos documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, os casais devem poder levar em consideração as necessidades dos seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental das políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, incluindo-se o planejamento familiar. Como parte do seu compromisso, toda atenção deve ser dispensada à promoção de um relacionamento mutuamente respeitoso e equitativo entre os gêneros, particularmente no que se refere à satisfação das necessidades educacionais e de serviço dos adolescentes, para capacitá-los a tratar sua sexualidade de uma maneira positiva e responsável. A questão da saúde reprodutiva constitui um desafio para muitos povos do mundo em função dos seguintes fatores: níveis inadequados de conhecimento da sexualidade humana e informações ou serviços; inadequados ou de pouca qualidade na área da saúde reprodutiva; prevalência de comportamentos sexuais de alto risco; práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas com relação às mulheres e às jovens; o limitado poder que têm muitas mulheres e moças sobre suas próprias vidas sexuais e reprodutivas. Na maioria dos países, os adolescentes são particularmente vulneráveis em função da sua falta de informação e de acesso aos serviços relevantes. Homens e mulheres mais idosos têm problemas distintos de saúde reprodutiva e sexual, os quais muitas vezes são tratados de maneira inadequada.

4. A implementação do presente Programa de Ação deve ser orientada pela supramencionada definição integral de saúde reprodutiva, a qual inclui a saúde sexual.

OBJETIVOS

5. Os objetivos são:

(a) Assegurar que uma informação abrangente e factual e que toda a gama de serviços de assistência à saúde reprodutiva, inclusive de planejamento familiar, sejam acessíveis, financeiramente compatíveis, aceitáveis e convenientes para todos os usuários;

(b) Possibilitar e apoiar as decisões voluntárias responsáveis sobre gravidez e métodos de planejamento familiar, assim como outros métodos disponíveis para regulação da fecundidade, desde que não contrariem a lei, bem como o acesso à informação, à educação e aos meios para fazê-lo;

(c) Atender as necessidades de saúde reprodutiva que mudam ao longo do ciclo de vida, e fazê-lo de maneira sensível à diversidade de circunstâncias das comunidades locais.

AÇÕES

6. Todos os países devem, o mais cedo possível, não depois de 2015, envidar esforços para tornar a saúde reprodutiva acessível a todos os indivíduos em idades adequadas, por meio de um sistema primário de assistência à saúde. A assistência à saúde reprodutiva, no contexto da assistência primária à saúde, deve incluir *inter alia*: aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal; prevenção e devido tratamento da esterilidade; aborto conforme especificado no parágrafo 8.25, incluindo-se a prevenção do aborto e o tratamento das suas eventuais seqüelas; tratamento das infecções do aparelho reprodutivo e informação, educação e, quando apropriado, aconselhamento sobre sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável. Serviços de referência de planejamento familiar, diagnóstico e tratamento de complicações de gravidez, parto e aborto, esterilidade, infecções do aparelho reprodutivo, câncer de mama e do sistema reprodutivo, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/

AIDS, devem estar disponíveis quando requisitados. Desestimular ativamente as práticas prejudiciais — como a mutilação genital feminina — é prática que deve ser parte integral da assistência à saúde, inclusive dos programas de assistência à saúde reprodutiva.

7. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem ser elaborados para atender às necessidades da mulher, inclusive das adolescentes, e envolver mulheres na liderança, planejamento, tomada de decisões, gerenciamento, execução, organização e avaliação de serviços. Os governos e outras organizações devem tomar providências positivas para incluir mulheres em todos os níveis do sistema de assistência à saúde.

8. Programas inovadores devem ser criados para tornar a informação, a orientação e os serviços de saúde reprodutiva acessíveis aos homens e aos jovens. Ao mesmo tempo, esses programas devem educar os homens e capacitá-los a compartilhar, de uma maneira mais eqüitativa, o planejamento familiar, as responsabilidades domésticas e a criação dos filhos, bem como a aceitar sua responsabilidade central na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Os programas devem alcançar os homens em seu locais de trabalho, nos lares e onde se reúnem para recreação. Meninos e adolescentes, com o apoio e a orientação de seus pais, e nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, devem também ser alcançados na escola, nas organizações juvenis e onde quer que se reúnam. Métodos anticoncepcionais masculinos, adequados e voluntários, como também de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS, devem ser promovidos e tornados acessíveis, com informação e orientação adequadas.

9. Os governos devem promover maior participação comunitária nos serviços de assistência à saúde reprodutiva, descentralizando a administração dos programas públicos de saúde e fazendo parcerias com as organizações não-governamentais locais e os prestadores privados de serviços de saúde. Todos os tipos de organizações não-governamentais, inclusive os grupos locais de mulheres, sindicatos, cooperativas, programas de jovens e grupos religiosos devem ser incentivados a participar da promoção de uma melhor saúde reprodutiva.

10. Sem prejuízo do apoio internacional a programas em países em desenvolvimento, a comunidade internacional deve, sob demanda, dar atenção ao treinamento, à assistência técnica, às necessidades de suprimento a curto prazo de anticoncepcionais, bem como às necessidades dos países em transição de economias centralizadas para a economia de mercado, onde a saúde reprodutiva é precária e, em alguns casos, vem se deteriorando. Ao mesmo tempo, esses países devem eles próprios dar maior prioridade a serviços de saúde reprodutiva, incluindo-se um leque abrangente de meios anticoncepcionais. Eles devem enfrentar a atual dependência em relação ao aborto como meio de regulação da fecundidade, atendendo de maneira urgente as necessidades das mulheres desses países, em termos de uma melhor informação e de um maior número de opções.

11. Em muitas partes do mundo, migrantes e outras pessoas fora dos seus locais de origem ou moradia habitual têm acesso limitado à assistência à saúde reprodutiva, podendo enfrentar ameaças graves e específicas aos seus direitos e à sua saúde reprodutiva. Os serviços devem ser particularmente sensíveis às necessidades individuais das mulheres e das adolescentes, e à sua condição freqüente de impotência, com particular atenção para as vítimas da violência sexual.

B. Planejamento familiar

Bases para a ação

12. O objetivo dos programas de planejamento familiar deve ser habilitar casais e indivíduos para decidirem livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento dos seus filhos, colocando à sua disposição as informações e os meios para fazê-lo, assegurando escolhas informadas e tornando disponível toda a gama de métodos eficientes e seguros. O sucesso dos programas de educação sobre população e planejamento familiar demonstra, numa variedade de contextos, que o indivíduo informado pode agir e agirá em toda parte, com responsabilidade, à luz das suas próprias necessidades e daquelas da sua família e da sua comunidade. O princípio da escolha livre e informada é essencial para o sucesso de longo prazo dos

programas de planejamento familiar. Não há lugar para qualquer forma de coerção. Em toda sociedade tanto há muitos incentivos como desestímulos sociais e econômicos que afetam decisões individuais sobre a gravidez e o tamanho da família. Ao longo do século, muitos governos experimentaram planos que incluíam incentivos e desestímulos para reduzir ou aumentar a fecundidade. A maior parte dos planos teve apenas um impacto marginal na fecundidade e, em alguns casos, foram contraproducentes. Os objetivos governamentais de planejamento familiar devem ser definidos em termos de necessidades não-satisfeitas de informação e de serviços. Os objetivos demográficos, embora sendo objeto legítimo de estratégias governamentais de desenvolvimento, não devem ser impostos aos prestadores de serviços de planejamento familiar na forma de metas ou quotas no recrutamento de clientes.

13. Nas últimas três décadas, a crescente disponibilidade de métodos mais seguros de anticoncepção moderna, embora ainda inadequados sob alguns aspectos, tem permitido, em grande parte do mundo, mais oportunidades de escolha individual e mais espaço para a tomada de decisões responsáveis em matéria de reprodução. Atualmente, cerca de 55 por cento dos casais habitantes das regiões em desenvolvimento usam algum método de planejamento familiar. Esse número representa um incremento de quase cinco vezes desde a década de 60. Os programas de planejamento familiar têm contribuído consideravelmente para o declínio das taxas médias de fecundidade nos países em desenvolvimento: de seis a sete filhos por mulher, na década de 1960, para cerca de três ou quatro atualmente. Todavia, a gama dos métodos modernos de planejamento familiar continua ainda indisponível para pelo menos 350 milhões de casais em todo o mundo, muitos dos quais dizem querer espaçar ou evitar uma nova gravidez. Dados de pesquisa sugerem que cerca de mais 120 milhões de mulheres em todo o mundo estariam atualmente usando um método moderno de planejamento familiar se informações precisas e serviços autorizados estivessem facilmente disponíveis, e se os parceiros, famílias e comunidades fossem mais solidários. Estas cifras não incluem a quantidade substancial e cada vez maior de indivíduos solteiros e sexualmente ativos que querem

e precisam de serviços e de informação. Durante a década de 1990, o número de casais em idade reprodutiva crescerá cerca de 18 milhões por ano. Para satisfazer suas necessidades e preencher as grandes lacunas existentes nos serviços, o planejamento familiar e o suprimento de anticoncepcionais precisarão expandir-se muito rapidamente nos próximos anos. A qualidade dos programas de planejamento familiar está freqüentemente relacionada com o nível e continuidade do uso de anticoncepcionais e com o crescimento da demanda de serviços. Programas de planejamento familiar funcionam melhor quando fazem parte ou estão articulados a programas mais amplos de saúde reprodutiva, que atendam necessidades de saúde estreitamente correlacionadas ao planejamento familiar, e quando há mulheres integralmente envolvidas no projeto, prestação, administração e avaliação dos serviços.

OBJETIVOS

14. Os objetivos são:

(a) Ajudar casais e indivíduos a alcançar seus objetivos reprodutivos com base num marco de referência que promova níveis ótimos de saúde, responsabilidade e bem-estar familiar e que respeite a dignidade de todas as pessoas e seus direitos de escolher o número, o espaçamento e a oportunidade do nascimento de seus filhos;

(b) Evitar gestações indesejadas e reduzir a incidência de gestações de alto risco, de morbidade e de mortalidade;

(c) Tornar os serviços de planejamento familiar com qualidade aceitáveis e acessíveis, inclusive em termos financeiros, a todos que deles precisem e os queiram, assegurando, porém, a confidencialidade;

(d) Melhorar a qualidade da orientação, da informação, da educação, da comunicação, do aconselhamento e dos serviços de planejamento familiar;

(e) Aumentar a participação e a partilha de responsabilidade dos homens na prática concreta do planejamento familiar;

(f) Promover a amamentação para favorecer o espaçamento de nascimentos.

AÇÕES

15. Os governos e a comunidade internacional devem lançar mão de todos os meios à sua disposição para apoiar o princípio da escolha voluntária no planejamento familiar.

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

17. Os governos são instados, em todos os níveis, a instituir sistemas de acompanhamento e avaliação dos serviços centrados nos usuários, de modo a identificar, prevenir e controlar abusos de administradores e provedores de planejamento familiar e a assegurar uma melhoria contínua da qualidade dos serviços. Para esse fim, deve ser garantida a conformidade com os direitos humanos e com os padrões éticos e profissionais na provisão dos serviços de planejamento familiar e daqueles relacionados à saúde reprodutiva, de modo a assegurar o consentimento responsável, voluntário e informado e a própria prestação de serviços. Técnicas de fertilização *in-vitro* devem ser oferecidas de acordo com as devidas diretrizes éticas e padrões médicos.

18. As organizações não-governamentais devem desempenhar um papel ativo na mobilização do apoio da comunidade e da família, na ampliação do acesso e da aceitabilidade dos serviços de saúde reprodutiva, incluindo-se o planejamento familiar, bem como cooperar com os governos no processo de preparação e prestação

da assistência, com base na escolha informada, e ajudando a monitorar programas públicos e do setor privado, inclusive os seus próprios.

19. Como parte do esforço para atender às necessidades não-satisfeitas, todos os países devem procurar identificar e afastar os principais obstáculos à utilização dos serviços de planejamento familiar. Algumas dessas barreiras estão relacionadas com a inadequação, a baixa qualidade e o custo dos atuais serviços de planejamento familiar. O objetivo das organizações públicas, privadas e não-governamentais de planejamento familiar deve ser a remoção, até 2005, de todos os obstáculos que limitam o uso do planejamento familiar, através de uma redefinição ou da expansão da informação e dos serviços — lançando mão de outros meios para aumentar a capacidade de casais e indivíduos de tomar decisões livres e conscientes sobre quantidade, espaçamento e oportunidade dos nascimentos e protegê-los contra doenças sexualmente transmissíveis.

20. Os governos devem, especificamente, tornar mais fácil para os casais e indivíduos assumirem a responsabilidade da sua própria saúde reprodutiva, removendo os obstáculos de natureza legal, médica, clínica e regulamentares desnecessários que limitem a informação e o acesso aos serviços e métodos de planejamento familiar.

21. Todos os líderes políticos e comunitários são instados a desempenhar um papel ativo, sustentado e transparente na promoção e legitimização do fornecimento e uso de serviços de planejamento familiar e de saúde reprodutiva. Os governos, em todos os níveis, são instados a criar, por todos os meios possíveis, um clima favorável ao planejamento familiar público e privado de boa qualidade, à informação e aos serviços de saúde reprodutiva. Finalmente, líderes e legisladores devem, em todos os níveis, traduzir seu apoio público à saúde reprodutiva, inclusive ao planejamento familiar, em termos de alocações orçamentárias adequadas e de recursos humanos e administrativos para atender às necessidades de todos que não podem arcar com o custo total dos serviços.

22. Os governos são incentivados a concentrar a maior parte dos seus esforços para alcançar seus objetivos de população e desen-

volvimento fazendo uso da educação e de medidas voluntárias, em lugar de lançar mão de esquemas de incentivos ou desestímulos.

23. Nos próximos anos, todos os programas de planejamento familiar devem envidar esforços significativos para melhorar a qualidade da assistência. Entre outras medidas, os programas devem:

(a) Reconhecer que os métodos apropriados a casais e indivíduos variam de acordo com suas idades, partos, preferência pelo tamanho da família e outros fatores, e assegurar que mulheres e homens tenham informação e acesso a mais ampla gama de métodos seguros e eficientes de planejamento familiar, de modo a habilitá-los a fazer uma escolha livre e informada;

(b) Prover informações acessíveis, completas e precisas sobre vários métodos de planejamento familiar, inclusive seus riscos e benefícios para a saúde, possíveis efeitos colaterais e sua eficácia na prevenção da disseminação do HIV / AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis;

(c) Tornar os serviços mais seguros, convenientes e acessíveis, inclusive financeiramente, e assegurar, por meio de sistemas logísticos sólidos, o suprimento suficiente e contínuo de anticoncepcionais essenciais de alta qualidade. A privacidade e o caráter confidencial devem ser garantidos;

(d) Estender e elevar o nível do treinamento formal e informal da assistência sexual, da saúde reprodutiva e do planejamento familiar para todos os prestadores de serviços de saúde, educadores e administradores de saúde, inclusive o treinamento em comunicações interpessoais e aconselhamento;

(e) Assegurar assistência de seguimento adequada, incluindo-se o tratamento dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais;

(f) Assegurar a disponibilidade local dos serviços relacionados com saúde reprodutiva, ou então através de mecanismos eficientes de referência;

(g) Além das medidas quantitativas de desempenho, dar mais ênfase às medições qualitativas que levem em conta as perspectivas das usuárias e usuários atuais e potenciais dos serviços, por

meios tais como sistemas eficientes de gerenciamento da informação e de técnicas de levantamento com vistas a oportuna avaliação dos serviços;

(h) Os programas de planejamento familiar e de saúde reprodutiva devem enfatizar a educação sobre amamentação e os serviços de apoio que possam contribuir simultaneamente para espaçar os nascimentos, melhorar a saúde materna e infantil e aumentar a taxa de sobrevivência infantil.

24. Os governos devem tomar medidas apropriadas para ajudar as mulheres a evitarem o aborto, o qual, em nenhuma hipótese, deve ser promovido como método de planejamento familiar, fazendo, em todo caso, com que as mulheres que tenham recorrido ao aborto recebam aconselhamento e tratamento humanitário.

25. Para atender ao aumento substancial da demanda de anticoncepcionais nas próximas décadas e depois, a comunidade internacional deve se mobilizar imediatamente para estabelecer um sistema eficiente de coordenação e instalações globais, regionais e sub-regionais, em vista da provisão de anticoncepcionais e de outros artigos essenciais para os programas de saúde reprodutiva dos países em desenvolvimento e daqueles de economia de transição. A comunidade internacional também deve considerar medidas tais como a transferência de tecnologia para os países em desenvolvimento, de modo a capacitá-los para produzir e distribuir anticoncepcionais de alta qualidade e outros artigos essenciais aos serviços de saúde reprodutiva, fortalecendo a autonomia desses países. A pedido dos países interessados, a Organização Mundial de Saúde deve continuar a prestar assessoria sobre qualidade, segurança e eficácia dos métodos de planejamento familiar.

26. A prestação de serviços de assistência à saúde reprodutiva não deve ficar confinada ao setor público, mas deve envolver o setor privado e as organizações não-governamentais, de acordo com as necessidades e recursos das suas comunidades, incluindo, quando conveniente, estratégias eficazes de recuperação do custo e da prestação de serviço, incluindo-se a comercialização social e os serviços de base comunitária. Esforços especiais devem envidados para melhorar a acessibilidade através de serviços de extensão.

C. Doenças sexualmente transmissíveis e prevenção contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Bases para a ação

27. É elevada e aumenta cada vez mais a incidência mundial de doenças sexualmente transmissíveis. A situação se agravou consideravelmente com o surgimento da epidemia do HIV. Embora a incidência de algumas doenças sexualmente transmissíveis tenha se estabilizado em algumas partes do mundo, registra-se um aumento dos casos em muitas regiões.

28. As desvantagens sociais e econômicas enfrentadas pelas mulheres as tornam especialmente vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, como acontece, por exemplo, por sua exposição ao comportamento sexual de alto risco de seus parceiros. Entre as mulheres, os sintomas de infecções sexualmente transmissíveis são muitas vezes dissimulados, tornando seu diagnóstico mais difícil do que no caso dos homens, e as conseqüências para sua saúde são muitas vezes maiores, inclusive com aumento do risco de esterilidade e de gravidez ectópica. O risco de transmissão dos homens infetados para as mulheres é também maior do que das mulheres infectadas para os homens, e muitas mulheres são impotentes para tomar providências necessárias para se protegerem.

OBJETIVO

29. O objetivo é prevenir e reduzir a incidência das doenças sexualmente transmissíveis e prover seu tratamento, inclusive do HIV/AIDS, das complicações advindas de doenças sexualmente transmissíveis, como a esterilidade, com especial atenção para meninas e mulheres.

AÇÕES

30. Programas de saúde reprodutiva devem ampliar seus esforços para prevenir, detectar e tratar doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do aparelho reprodutivo, especialmente no nível primário de assistência à saúde. Esforços especiais de extensão devem ser feitos de modo a atingir pessoas que não tenham acesso aos programas de assistência à saúde reprodutiva.

31. Todos os prestadores de serviços de saúde, inclusive todos os prestadores de serviços de planejamento familiar, devem receber treinamento especializado para a prevenção e a detecção de doenças sexualmente transmissíveis, assim como para o aconselhamento nestes casos, especialmente no caso de infecções em mulheres e mulheres jovens, inclusive o HIV/AIDS.

32. A informação, educação e orientação para um comportamento sexual responsável e uma efetiva prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, devem ser parte integral de todos os serviços de saúde sexual e reprodutiva.

33. A promoção, o suprimento e a distribuição confiáveis de camisinhas de alta qualidade devem ser componentes integrais de todos os serviços de saúde reprodutiva. Todas as organizações internacionais relevantes, especialmente a Organização Mundial de Saúde, devem aumentar significativamente sua aquisição. Os governos e a comunidade internacional devem prover todos os meios para reduzir a disseminação e o índice de transmissão da infecção pelo HIV/AIDS.

D. Sexualidade humana e relações entre os gêneros

Bases para a ação

34. A sexualidade humana e as relações entre os gêneros estão intimamente interrelacionadas e combinadas, e afetam a habilidade de homens e mulheres de atingir e manter a saúde sexual e administrar sua vida reprodutiva. A igualdade nas relações entre homens e mulheres, em matérias de relações sexuais e de reprodução, inclui o pleno respeito pela integridade física do corpo humano, exige respeito mútuo e disposição de aceitar a responsabilidade pelas conseqüências do comportamento sexual. Comportamento sexual responsável, sensibilidade e eqüidade nas relações entre os gêneros, particularmente quando inculcados durante os anos de formação, fortalecem e promovem parcerias respeitosas e harmoniosas entre homens e mulheres.

35. A violência contra as mulheres é generalizada, particularmente a violência doméstica e o estupro, e um número crescente de mulheres corre o risco de contrair a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, em consequência do comportamento sexual de alto risco dos seus parceiros. Em muitos países, práticas nocivas que visam controlar a sexualidade feminina têm causado grandes sofrimentos. Entre elas está a prática da mutilação genital feminina, que constitui uma violação dos direitos básicos e um risco principal, grave e permanente, para a saúde da mulher.

OBJETIVOS

36. Os objetivos são:

(a) Promover o desenvolvimento adequado de uma sexualidade responsável, que propicie relações de igualdade e de mútuo respeito entre os gêneros, e contribua para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos;

(b) Assegurar que mulheres e homens tenham acesso à informação, à educação e aos serviços necessários para atingirem a boa saúde sexual, e que possam exercer seus direitos e responsabilidades reprodutivas.

AÇÕES

37. Deve-se prover apoio à educação sexual integral e aos serviços para as pessoas jovens, com o apoio e a orientação dos seus responsáveis parentais, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança, serviços esses que ressaltem a responsabilidade dos homens por sua própria saúde sexual e fecundidade, ajudando-os a exercer essas responsabilidades. Esforços educacionais devem começar na idade apropriada, na unidade familiar, na comunidade e nas escolas, mas devem também alcançar os adultos, particularmente os homens, por meio da educação não-formal e de uma variedade de esforços comunitários.

38. Tendo em vista a necessidade urgente de evitar gestações indesejadas, a rápida disseminação da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis e a prevalência do abuso e da violência

sexuais, os governos devem basear suas políticas nacionais numa melhor compreensão da necessidade de uma sexualidade humana responsável e das realidades do atual comportamento sexual.

39. A discussão ativa e franca da necessidade de proteger as mulheres, os jovens e as crianças contra quaisquer abusos, inclusive o abuso, a exploração, o tráfico e a violência sexuais, deve ser estimulada e apoiada pelos programas educacionais tanto no âmbito nacional como no comunitário. Os governos devem criar as condições necessárias e empreender procedimentos para incentivar as vítimas a registrarem as violações dos seus direitos. Leis atinentes a esses problemas devem ser promulgadas onde não existam, devem ser explicitadas, fortalecidas e cumpridas, assim como devem ser instituídos serviços adequados de reabilitação. Os governos devem proibir também a produção e a comercialização da pornografia infantil.

40. Governos e comunidades devem tomar providências urgentes para conter a prática da mutilação genital feminina, e proteger as mulheres e as meninas contra todas as práticas similares, desnecessárias e perigosas. As providências para eliminar tais práticas devem incluir programas comunitários extensos e eficientes, que envolvam os líderes dos povoados e as lideranças religiosas, aconselhamento, a educação sobre impacto dessas práticas sobre a saúde das mulheres e das meninas, bem como o tratamento e a reabilitação adequados das meninas e mulheres que tenham sofrido a mutilação. Esses serviços devem incluir orientação para mulheres e homens, com o objetivo de desestimular tal prática.

E. Adolescentes

Base para ação

41. As necessidades de saúde reprodutiva dos adolescentes como grupo têm sido até hoje geralmente ignoradas pelos serviços existentes de saúde reprodutiva. A reação das sociedades às necessidades de saúde reprodutiva dos adolescentes deve ser baseada numa informação que os ajude a atingir o nível de maturidade requerido para a tomada de decisões responsáveis. A informação e os serviços devem ser acessíveis particularmente às adolescentes do sexo femi-

nino, para ajudá-las a compreender sua sexualidade e protegê-las de gestações indesejadas, de doenças sexualmente transmissíveis e dos riscos subsequentes de esterilidade. Isso deve ser combinado com a educação dos homens jovens, no sentido de respeitarem a autodeterminação das mulheres e de compartilharem com elas a responsabilidade em matéria de sexualidade e de reprodução. Esse esforço é singularmente importante para a saúde das mulheres jovens e dos seus filhos, para a autodeterminação das mulheres e, em muitos países, para os esforços que visam amenizar o ritmo acelerado do crescimento demográfico. A maternidade em idade precoce envolve riscos de morte materna muito maiores do que a média, e os filhos de mães precoces correm mais riscos de morbidade e de mortalidade. A gravidez prematura continua sendo um obstáculo para a melhoria do *status* educacional, econômico e social das mulheres em todas as partes do mundo. Para as mulheres jovens, o casamento e a maternidade precoces podem em geral reduzir seriamente suas oportunidades de educação e de emprego, e têm toda probabilidade de produzirem um impacto adverso na qualidade das suas vidas e da dos seus filhos.

42. A exigüidade das oportunidades educacionais e econômicas e a exploração sexual são fatores importantes nos elevados níveis de gravidez adolescente. Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, as adolescentes que não dispõem de alternativas evidentes de vida não se sentem estimuladas a evitar a gravidez e o parto.

43. Em muitas sociedades, os adolescentes enfrentam pressões para se engajarem na atividade sexual. As mulheres jovens, particularmente as adolescentes de baixa renda, são especialmente vulneráveis. Os adolescentes sexualmente ativos de ambos os sexos correm cada vez mais o risco de contrair e de transmitir doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS, e são tipicamente mal informados sobre os meios de se protegerem. Os programas para adolescentes têm se revelado mais eficientes quando asseguram o pleno envolvimento do adolescente na identificação das suas necessidades reprodutivas e sexuais e no planejamento dos programas que possam atender essas necessidades.

OBJETIVOS

44. Os objetivos são:

(a) Tratar os problemas da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, inclusive a gravidez indesejada, o aborto inseguro e as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS, com a promoção de um comportamento sexual e reprodutivo responsável e sadio, inclusive a abstinência voluntária, com a prestação de serviços apropriados e de orientação especificamente conveniente a esse grupo etário;

(b) Reduzir substancialmente as gestações entre adolescentes.

AÇÕES

45. Reconhecendo os direitos, deveres e responsabilidades dos responsáveis parentais e de outras pessoas legalmente responsáveis por adolescentes no tocante a proverem, de maneira compatível com as capacidades em evolução do adolescente, orientação, aconselhamento em assuntos sexuais e reprodutivos, os países devem assegurar que os programas e atitudes dos prestadores de assistência à saúde não restrinjam o acesso dos adolescentes aos serviços apropriados e à informação de que precisam, inclusive sobre doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual. Assim fazendo e com vistas a conter, *inter alia*, o abuso sexual, esses serviços devem salvaguardar os direitos do adolescente à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e ao consentimento informado, respeitados seus valores culturais e crenças religiosas. Nesse contexto, os países devem remover, quando necessário, os obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde para adolescentes.

46. Os países, com o apoio da comunidade internacional, devem proteger e promover os direitos do adolescente à educação, à informação e à assistência de saúde reprodutiva, e reduzir significativamente o número de gestações entre adolescentes.

47. Os governos, em colaboração com as organizações não-governamentais, são instados a atender as necessidades especiais dos adolescentes e criar programas para satisfazer essas necessidades.

Esses programas devem incluir mecanismos de apoio à educação e orientação do adolescente no tocante às relações e à igualdade entre os gêneros, à violência contra adolescentes, ao comportamento sexual responsável, à prática responsável de planejamento familiar, à vida familiar, à saúde reprodutiva, às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção por HIV e à prevenção da AIDS. Devem ser criados programas de prevenção e tratamento contra o abuso sexual e o incesto, bem como outros serviços de saúde reprodutiva. Esses programas devem propiciar informações aos adolescentes e fazer um esforço consciente para o fortalecimento de valores sociais e culturais positivos. Adolescentes sexualmente ativos irão requerer informações especiais sobre planejamento familiar, aconselhamento e serviços; as adolescentes que ficarem grávidas precisarão do apoio especial das suas famílias e da comunidade durante a gravidez e nos primeiros cuidados maternos. Os adolescentes devem ser inteiramente envolvidos no planejamento, na execução e na avaliação dessas informações e serviços, com a devida consideração à orientação e às responsabilidades dos responsáveis parentais.

48. Os programas devem envolver e treinar todas as pessoas responsáveis pela orientação a adolescentes no tocante ao seu comportamento sexual e reprodutivo responsável, particularmente os responsáveis parentais e as famílias, mas também as comunidades, as instituições religiosas, as escolas, os meios de comunicação de massa e os grupos de convivência. Os governos e as organizações não-governamentais devem promover programas destinados à educação dos responsáveis parentais, com o objetivo de melhorar a interação de pais e filhos, em vista de capacitá-los para um melhor cumprimento dos seus deveres educacionais no apoio ao processo de amadurecimento dos seus filhos, particularmente nos campos do comportamento sexual e da saúde reprodutiva.

CAPÍTULO VIII*
SAÚDE, MORBIDADE
E MORTALIDADE

A. Assistência primária de saúde e o setor de assistência à saúde

Bases para a ação

1. Uma das principais realizações do século XX foi o aumento sem precedentes da longevidade humana. Nos últimos cinquenta anos, a expectativa de vida ao nascer se ampliou em geral, no mundo inteiro, em cerca de 20 anos, e o risco de morte no primeiro ano de vida foi reduzido em quase dois terços. Não obstante, essas conquistas carecem de melhorias muito maiores já previstas no Plano de Ação sobre População Mundial e na Declaração de Alma Ata, adotados pela Conferência Internacional sobre a Assistência Primária de Saúde, em 1978. Existem ainda, em muitos países, populações nacionais inteiras e grupos populacionais de dimensão considerável que estão sujeitos a altas taxas de morbidade e de mortalidade. Muitas vezes são substanciais as diferenças ligadas à situação sócio-econômica ou à etnia. Em muitos países de economia em transição, a taxa de mortalidade aumentou consideravelmente, em consequência das mortes causadas por acidentes e violência.

2. Os incrementos na expectativa de vida registrados na maior parte do mundo refletem progressos significativos na saúde pública e no acesso aos serviços primários de saúde. Entre as realizações notáveis estão a vacinação de quase 80 por cento das crianças do mundo e o uso generalizado de tratamentos de baixo custo, como a terapia da reidratação oral, para assegurar a sobrevivência de um número maior de crianças. Todavia, estas realizações não se verificaram em todos os países, e doenças que podem ser evitadas ou tratadas ainda são a causa *mortis* principal de crianças. Além disso,

*A Santa Sé expressou sua reserva geral sobre este capítulo, que deve ser interpretada nos termos da declaração feita por seu representante na 14ª Sessão Plenária, em 13 de setembro de 1994.

grandes segmentos de muitas populações que continuam sem dispor de água tratada e de instalações sanitárias são forçados a viverem em condições de congestionamento e carentes de nutrição adequada. Grandes parcelas da população permanecem correndo risco de doenças infecciosas, parasitárias e transmitidas pela água, como a tuberculose, a malária e a esquistossomose. Além disso, são cada vez mais preocupantes, em muitos países, os efeitos para a saúde decorrentes da degradação ambiental e da exposição a substâncias perigosas no local de trabalho. Do mesmo modo, o consumo crescente de fumo, de álcool e de drogas provocará um notável aumento de doenças crônicas dispendiosas entre pessoas na idade ativa e idosos. O impacto da redução nos gastos com saúde e outros serviços sociais, que tem ocorrido em muitos países em consequência da retração do setor público, da incorreta alocação dos recursos disponíveis de saúde, das políticas de ajuste estrutural e da transição para economias de mercado tem antecipado mudanças significativas nos estilos de vida, nos meios de vida e nos padrões de consumo, constituindo também um fator de incremento da morbidade e da mortalidade. Embora as reformas econômicas sejam essenciais a um desenvolvimento econômico sustentado, é igualmente essencial que o planejamento e a execução dos programas de ajuste estrutural incorporem também a dimensão social.

OBJETIVOS

3. Os objetivos são:

(a) Ampliar a acessibilidade, inclusive financeira, a disponibilidade e a aceitabilidade dos serviços e facilidades de assistência à saúde para todas as pessoas, de acordo com os compromissos nacionais de prover acesso à assistência básica de saúde para todos;

(b) Ampliar a duração da vida saudável e melhorar a qualidade de vida de todos os povos, e reduzir as disparidades na expectativa de vida dentro dos países e entre os países.

AÇÕES

4. Todos os países devem fazer do acesso à assistência básica de saúde e da promoção da saúde as estratégias centrais para reduzir a

mortalidade e a morbidade. Recursos suficientes devem ser alocados de modo que os serviços primários de saúde possam cobrir toda a população. Os governos devem reforçar as atividades de informação, educação e comunicação sobre saúde e nutrição, de modo a capacitar as pessoas para aumentarem o controle e a melhoria da sua saúde. Os governos devem prover as facilidades necessárias de apoio para atender à demanda criada.

5. De acordo com a Declaração de Alma Ata, todos os países devem reduzir a mortalidade e a morbidade e procurar tornar a assistência primária de saúde, inclusive a assistência à saúde reprodutiva, universalmente disponível por volta do final desta década. Os países devem buscar atingir, por volta do ano 2005, uma expectativa de vida ao nascer superior aos 70 anos e, por volta de 2015, superior aos 75 anos. Os países com índices mais altos de mortalidade devem visar, por volta do ano 2005, uma expectativa de vida superior aos 65 anos e, por volta do ano 2015, superior aos 70 anos. Esforços para assegurar uma vida mais saudável e mais longa para todos devem enfatizar a redução dos diferenciais da morbidade e da mortalidade entre homens e mulheres, assim como entre regiões geográficas, classes sociais e grupos indígenas e étnicos.

6. O papel das mulheres como primeiras guardiãs da saúde da família deve ser reconhecido e apoiado. Devem ser providenciados o acesso aos cuidados básicos de saúde, a expansão da educação sanitária, a disponibilidade de remédios comuns a preço de custo e a reavaliação dos serviços primários de saúde, inclusive os de saúde reprodutiva, para facilitar o uso adequado do tempo das mulheres.

7. Os governos devem assegurar a participação da comunidade no planejamento da política de saúde, especialmente com relação à assistência a longo prazo às pessoas idosas, às pessoas com deficiência e àquelas infectadas pelo HIV e outras doenças endêmicas. Essa participação também deve ser promovida pelos programas de sobrevivência infantil e de saúde materna, de apoio ao aleitamento, pelos programas para a detecção e tratamento precoce do câncer do sistema reprodutivo e nos de prevenção da infecção pelo HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

8. Todos os países devem reexaminar os currículos de treinamento e a delegação de responsabilidades no sistema de prestação de assistência à saúde, para reduzir o freqüente, desnecessário e dispendioso recurso a médicos e a instalações primárias e secundárias de assistência, embora mantendo serviços de referência efetivos. O acesso aos serviços de saúde deve ser assegurado a todas as pessoas e especialmente aos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis. Os governos devem fazer com que os serviços de assistência básica de saúde sejam financeiramente mais sustentáveis, assegurando, ao mesmo tempo, o acesso eqüitativo e a integração dos serviços de saúde reprodutiva, inclusive os serviços maternos e infantis de saúde e de planejamento familiar, e fazendo uso adequado dos serviços de base comunitária, dos esquemas de comercialização social e de recuperação do custo, com vistas a aumentar a quantidade e a qualidade de serviços disponíveis. Deve-se promover o envolvimento das usuárias/usuários e da comunidade no gerenciamento financeiro dos serviços de saúde.

9. Através da transferência de tecnologia, os países em desenvolvimento devem ser ajudados a construir sua capacidade de produzir drogas genéricas para o mercado nacional e para assegurar sua ampla disponibilidade e acessibilidade. Para atender, na próxima década e nas seguintes, ao aumento substancial da demanda de vacinas, antibióticos e outros artigos, a comunidade internacional, quando viável, precisa reforçar, nos países em desenvolvimento, os mecanismos globais, regionais e locais para a produção desses artigos, bem como o controle da sua qualidade e aquisição. A comunidade internacional deve facilitar a cooperação regional na fabricação, no controle de qualidade e na distribuição de vacinas.

10. Todos os países devem dar prioridade às medidas que melhorem a qualidade de vida e a saúde, assegurando um meio ambiente seguro e saudável para todos os segmentos da população, por meio de medidas que visem evitar congestionamentos de moradia, reduzir a poluição do ar, assegurar acesso a água tratada e ao saneamento, melhorar o manejo dos resíduos e aumentar a segurança do local de trabalho. Atenção especial deve ser dada às condições de vida dos pobres e dos desfavorecidos nas zonas rurais e urbanas.

O impacto dos problemas ambientais sobre a saúde, particularmente a saúde dos grupos vulneráveis, deve ser controlado regularmente pelos governos.

11. A reforma do setor e da política de saúde, inclusive a alocação racional dos recursos, deve ser promovida para a consecução dos objetivos estabelecidos. Todos os governos devem achar meios de maximizar a relação custo-eficácia dos programas de saúde para aumentar a expectativa de vida, reduzir a morbidade e a mortalidade e assegurar a toda a população acesso aos serviços básicos de saúde.

B. Sobrevivência e saúde da criança

Bases para a ação

12. Progressos importantes têm sido alcançados em toda parte na redução da mortalidade neo-natal e infantil. As melhorias na sobrevivência das crianças foi, neste último século, o principal componente do aumento geral da média de expectativa de vida, primeiro nos países desenvolvidos e depois, nos últimos 50 anos, nos países em desenvolvimento. O número de óbitos neo-natais (isto é, de mortes de crianças abaixo de um ano de idade) por 1.000 nascimentos caiu, em todo o mundo, de 92 em 1970-1975, para cerca de 62 em 1990-1995. Nas regiões desenvolvidas, o declínio foi de 22 para 12 mortes de bebês por 1.000 nascimentos, e nos países em desenvolvimento, de 105 para 69 mortes de bebês a cada 1.000 nascimentos. Na África subsaariana e em alguns países asiáticos, o progresso tem sido mais lento. Ali, no período 1990-1995, mais de uma em cada 10 crianças nascidas morrerão antes de completar o primeiro ano. A mortalidade de crianças com menos de 5 anos apresenta variações significativas entre os países e as regiões. Os povos indígenas apresentam geralmente taxas de mortalidade de bebês e de crianças maiores do que a norma nacional. Pobreza, subnutrição, declínio na amamentação e inadequação ou falta de saneamento e de assistência à saúde são os fatores que se associam a taxas altas de mortalidade de crianças e de recém nascidos. Em alguns países, perturbações e guerras civis também têm tido impactos negativos importantes sobre a sobrevivência das crianças. Nascimentos

indesejados, abandono e abuso da criança são também fatores que contribuem para o aumento na mortalidade infantil. Além disso, a infecção pelo HIV pode ser transmitida de mãe para filho antes e durante nascimento, e as crianças cujas mães morrem correm alto risco de morrerem elas próprias muito cedo.

13. A Cúpula Mundial para a Criança, realizada em 1990, adotou uma série de objetivos para as crianças e para o desenvolvimento até o ano 2000, os quais incluem a redução de cerca de um terço nas taxas de mortalidade neo-natal e de crianças abaixo dos cinco anos de idade, isto é, para 50 ou 70 óbitos por 1000 nascimentos respectivamente, considerando-se o menor indicador. Esses objetivos se baseiam na execução de programas de sobrevivência infantil durante a década de 1980, os quais demonstram não só que há tecnologias eficientes de baixo custo, mas também sua disponibilidade para grandes populações. Todavia, as reduções de morbidade e de mortalidade conseguidas através de medidas extraordinárias na década de 1980 correm o risco de se reverterem, se os sistemas gerais de prestação de serviços de saúde criados na década não forem institucionalizados e mantidos.

14. A sobrevivência infantil está intimamente ligada à oportunidade, ao espaçamento e à quantidade de nascimentos, à saúde reprodutiva das mães. Gestações precoces, tardias, numerosas e muito sucessivas são os principais fatores que contribuem para altas taxas de morbidade e de mortalidade de bebês e crianças, especialmente onde são escassas as instalações de assistência à saúde. Onde a mortalidade infantil se mantém alta, os casais muitas vezes têm mais filhos do que teriam em outras circunstâncias, para assegurar a sobrevivência de uma quantidade desejada de filhos.

OBJETIVOS

15. Os objetivos são:

(a) Promover a saúde e a sobrevivência infantis e reduzir, tão rapidamente quanto possível, as disparidades nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e entre eles, com particular atenção para a eliminação do padrão de mortalidade excessiva e evitável de bebês e crianças do sexo feminino;

- (b) Melhorar a situação de saúde e de nutrição de bebês e crianças;
- (c) Promover o aleitamento como estratégia de sobrevivência infantil.

AÇÕES

16. As diferenças entre as taxas médias de mortalidade de bebês e de crianças nas regiões desenvolvidas e nas regiões em desenvolvimento do mundo devem ser substancialmente reduzidas nos próximos 20 anos, por meio da cooperação internacional e de programas nacionais, assim como devem ser eliminadas as disparidades nos países, as disparidades entre regiões geográficas, entre grupos étnicos ou culturais e entre grupos sócio-econômicos. Países com populações indígenas devem fazer com que os níveis de mortalidade de bebês e de crianças abaixo de 5 anos de idade sejam os mesmos que os da população em geral. Os países devem envidar esforços para reduzir em um terço as taxas de mortalidade de bebês e de crianças abaixo de 5 anos de idade, ou a 50 e 70 óbitos por 1.000 nascimentos respectivamente, optando pelo menor indicador, por volta do ano 2000, com adequada adaptação à situação particular de cada país. Por volta de 2005, os países com níveis intermediários de mortalidade devem ter como alvo uma taxa de mortalidade infantil abaixo de 35 por 1.000 nascimentos, e uma taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade abaixo de 45 por 1.000. Os países que alcançarem antes esses níveis devem se esforçar para reduzi-los ainda mais.

17. Todos os governos devem avaliar as causas fundamentais da alta mortalidade infantil e, dentro da infra-estrutura de assistência primária de saúde, ampliar os serviços integrados de assistência à saúde reprodutiva e à saúde infantil, inclusive a maternidade segura, os programas de sobrevivência infantil e os serviços de planejamento familiar para toda a população, particularmente para os grupos mais vulneráveis e desfavorecidos. Esses serviços devem incluir assistência pré-natal e orientação, com ênfase especial nas gestações de alto risco e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e na infecção pelo HIV; sobre a assistência adequada no parto e os cuidados neonatais, inclusive o aleitamento como única forma de alimentação; informação sobre o aleitamento ideal e sobre

as práticas apropriadas de desmame; suplementação de micronutrientes e de anatoxina tetânica, quando necessário. As intervenções para reduzir a incidência de deficiência de peso ao nascer e outras deficiências nutricionais, como a anemia, devem incluir a promoção da alimentação materna por meio de informação, educação e orientação, bem como da promoção de intervalos mais longos entre os partos. Todos os países devem priorizar esforços para reduzir as principais doenças infantis, principalmente as infecciosas e parasitárias, para evitar a subnutrição entre as crianças, especialmente as meninas, através de medidas que visem a erradicação da pobreza e assegurar que todas as crianças vivam num meio saudável, divulgando informações sobre higiene e nutrição. É também importante proporcionar aos responsáveis parentais informações e educação sobre cuidados infantis, inclusive o uso da estimulação mental e física.

18. Para que recém-nascidos e crianças recebam a melhor nutrição e para a proteção específica contra uma série de doenças, a amamentação deve ser protegida, promovida e apoiada. Com apoio legal, econômico, prático e emocional, as mães devem estar em condições de alimentar seus filhos exclusivamente com a amamentação, por entre quatro e seis meses, sem alimento e bebida suplementar, e continuar a amamentá-los com alimentação complementar apropriada e adequada até a idade de dois ou mais anos. Para alcançar esses objetivos, os governos devem promover informação pública sobre os benefícios do aleitamento; o pessoal de saúde deve receber treinamento sobre o manejo do aleitamento, e os países devem estudar métodos e meios de cumprir rigorosamente o Código Internacional, da OMS, de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

C. Saúde da mulher e maternidade segura

Bases para a ação

19. Complicações relacionadas com a gravidez e o parto estão, em muitas partes do mundo em desenvolvimento, entre as causas principais de mortalidade de mulheres na idade reprodutiva. No

âmbito global, foi estimado que cerca de um meio milhão de mulheres morre anualmente de causas ligadas à gravidez, 99 por cento delas nos países em desenvolvimento. É enorme a distância existente entre as taxas de mortalidade materna das regiões desenvolvidas e das regiões em desenvolvimento: em 1988, essa distância variava de mais de 700 por 100.000 nascimentos nos países menos desenvolvidos, para cerca de 26 por 100.000 nascimentos nas regiões desenvolvidas. Taxas de 1.000 ou mais mortes maternas para cada 100.000 nascimentos têm sido registradas em várias regiões rurais da África, estando as mulheres múltiparas sujeitas a alto risco de morte durante seus anos reprodutivos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o risco contínuo de morrer de causas relacionadas com a gravidez ou de parto é de 1 em 20 em alguns países em desenvolvimento, comparado com 1 em 10.000 em alguns países desenvolvidos. A idade em que a mulher começa e para de dar à luz, o intervalo entre cada nascimento, o número total de gestações durante a vida e as circunstâncias sócio-culturais e econômicas em que vive, tudo isso influi na morbidade e mortalidade maternas. Atualmente, cerca de 90 por cento dos países, representando 96 por cento da população mundial, têm políticas que permitem o aborto, sob várias condições legais, para salvar a vida de uma mulher. Todavia, uma significativa proporção de abortos realizados é auto-induzida ou de alguma outra forma inseguro, resultando numa grande percentagem de mortes maternas ou danos irreversíveis para as mulheres envolvidas. As mortes maternas têm conseqüências muito sérias na família, tendo em vista o papel crucial desempenhado pela mãe na saúde e no bem-estar de seus filhos. A morte da mãe aumenta o risco para a sobrevivência dos seus filhos pequenos, especialmente se a família não tem condições de prover uma substituta para o papel da mãe. Uma maior atenção às necessidades de saúde reprodutiva das moças e adolescentes poderia evitar uma grande incidência de morbidade e de mortalidade maternas, com a prevenção de gestações indesejadas e de qualquer tipo de aborto mal conduzido subseqüentemente. A maternidade segura tem sido aceita em muitos países como estratégia para reduzir a morbidade e a mortalidade maternas.

OBJETIVOS

20. Os objetivos são:

(a) Promover a saúde da mulher e a maternidade segura; alcançar uma redução rápida e substancial da morbidade e da mortalidade maternas e reduzir as diferenças observadas entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos, bem como dentro dos países. Na base de um compromisso com a saúde e o bem-estar da mulher, reduzir consideravelmente a quantidade de mortes e a morbidade decorrentes de aborto inseguro;

(b) Melhorar a saúde e o estado de nutrição da mulher, especialmente da mulher grávida e que amamenta.

AÇÕES

21. Os países devem envidar esforços para conseguir reduções significativas da mortalidade materna até por volta do ano 2015: redução de 50 por cento, por volta do ano 2000, dos níveis de mortalidade materna observados em 1990, e de mais 50 por cento por volta de 2015. A realização desses objetivos terá diferentes implicações para países com diferentes níveis de mortalidade materna em 1990. Países com níveis intermediários de mortalidade devem pretender alcançar, por volta do ano 2005, uma taxa de mortalidade materna abaixo de 100 para cada 100.000 nascimentos; e, por volta do ano 2015, uma taxa de mortalidade materna de menos de 60 por 100.000 nascimentos. Países com os níveis mais altos de mortalidade devem visar alcançar, por volta do ano 2005, uma taxa de mortalidade materna abaixo de 125 para cada 100.000 nascimentos; e, por volta de 2015, de menos de 75 para cada 100.000 nascimentos. Entretanto, todos os países devem reduzir a morbidade e a mortalidade maternas a níveis que não constituam mais um problema de saúde pública. Devem ser reduzidas as disparidades nas taxas de mortalidade materna dentro dos países e entre regiões geográficas, entre grupos sócios-econômicos e étnicos.

22. Todos os países, com o apoio de todos os segmentos da comunidade internacional, devem ampliar a prestação de serviços de saúde materna no contexto dos cuidados primários de saúde. Esses serviços, baseados no conceito de escolha informada, devem incluir

educação sobre maternidade segura; cuidados pré-natais que sejam focalizados e efetivos; programas de nutrição materna; assistência adequada no parto, que evite recursos excessivos a cirurgias cesarianas e proporcione atendimento de emergências obstétricas; serviços de referência para complicações de gravidez, de parto e de aborto; cuidados pré-natais e planejamento familiar. Todos os nascimentos devem ser assistidos por pessoas treinadas, preferivelmente enfermeiras e parteiras, ou no mínimo por atendentes treinadas em parto. As causas fundamentais de morbidade e de mortalidade maternas devem ser identificadas, e atenção deve ser dispensada ao desenvolvimento de estratégias para superá-las e à criação de mecanismos adequados de avaliação e monitoramento — para acompanhar o progresso alcançado na redução da mortalidade e da morbidade maternas, devendo-se ainda promover a eficiência de programas em andamento. Devem ser desenvolvidos programas e educação para engajar o apoio dos homens na saúde materna e na maternidade segura.

23. Todos os países, especialmente os países em desenvolvimento, devem visar, com o apoio da comunidade internacional, a continuação da redução das taxas de mortalidade materna, através de medidas preventivas, detecção e controle de gestações e partos de alto risco, particularmente no caso de adolescentes e mulheres que experimentam partos tardios.

24. Todos os países devem projetar e executar programas especiais para atender às necessidades nutricionais das mulheres na idade produtiva, especialmente as que estão grávidas ou amamentando, e devem dispensar atenção particular à prevenção e ao tratamento da anemia de base nutricional, bem como dos males causados por deficiência de iodo. Prioridade deve ser dada à melhoria da situação nutricional e de saúde das jovens do sexo feminino, por meio de educação e treinamento como parte de programas de saúde materna e de maternidade segura. Adolescentes de ambos os sexos devem receber informações, educação e orientação para ajudá-los a adiar a formação da família, a atividade sexual prematura e a primeira gravidez.

25. Em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e organiza-

ções intergovernamentais e não-governamentais relevantes são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto do aborto inseguro sobre a saúde como um problema de saúde pública, reduzindo o recurso ao aborto e ampliando e melhorando os serviços de planejamento familiar. A prevenção das gestações indesejadas deve ter alta prioridade, e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade de aborto. Mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter pronto acesso a informações confiáveis e aconselhamento compassivo. Todas as medidas ou mudanças relativas ao aborto no sistema de saúde só podem ser definidas, no âmbito nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional. Em circunstâncias em que o aborto não contrarie a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem estar imediatamente disponíveis, o que também ajudará a evitar os abortos repetidos.

26. Programas para reduzir a morbidade e a mortalidade materna devem incluir informação e serviços de saúde reprodutiva, inclusive serviços de planejamento familiar. Para reduzir gestações de alto risco, programas de maternidade sadia e segura devem incluir orientação e informação de planejamento familiar.

27. Todos os países precisam buscar, com uma certa urgência, mudanças no comportamento sexual de alto risco, bem como conceber estratégias para assegurar que os homens partilhem a responsabilidade no terreno da saúde sexual e reprodutiva, inclusive no que se refere ao planejamento familiar, à prevenção e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, como a infecção pelo HIV e a AIDS.

D. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

Bases para a ação

28. A epidemia de AIDS é um grande problema tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A OMS estima que o número cumulativo de casos de AIDS em todo o mundo

tenha chegado a 2,5 milhões de pessoas por volta dos meados de 1993, e que mais de 14 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o começo da epidemia, cifra cujo aumento se projeta até entre 30 e 40 milhões de pessoas contaminadas por volta do final da década, se estratégias efetivas de prevenção não forem adotadas. Até meados de 1993, cerca de quatro quintos de todas as pessoas já infectadas pelo HIV viviam em países em desenvolvimento, onde a infecção estava sendo transmitida principalmente na relação heterossexual, e a quantidade de novos casos estava aumentando mais rapidamente entre as mulheres. Conseqüentemente, crianças em número cada vez maior estavam ficando órfãs, correndo elas próprias altos riscos de doença e de morte. Em muitos países, a epidemia se expande atualmente das zonas urbanas para as rurais e entre áreas rurais, afetando a produção econômica e agrícola.

OBJETIVOS

29. Os objetivos são:

(a) Evitar, reduzir a disseminação da infecção pelo HIV e minimizar seu impacto; aumentar a conscientização acerca das conseqüências desastrosas da infecção pelo HIV e da AIDS e doenças fatais associadas, nos níveis individual, comunitário e nacional, e acerca dos meios para evitá-lo; corrigir as injustiças econômicas e sociais baseadas no gênero e na raça, as quais aumentam a vulnerabilidade à doença;

(b) Assegurar que os indivíduos afetados pelo HIV tenham a devida assistência médica e não sejam discriminados por causa da infecção; oferecer aconselhamento e demais apoios às pessoas infectadas pelo HIV, e aliviar o sofrimento das pessoas que vivem com a AIDS, bem como o sofrimento dos seus familiares, especialmente os órfãos; assegurar que sejam respeitados os direitos individuais e a confidencialidade de pessoas infectadas pelo HIV; assegurar que programas de saúde, sexual e reprodutiva se ocupem da infecção pelo HIV e da AIDS;

(c) Intensificar a pesquisa de métodos de controle da epidemia do HIV / AIDS e descobrir um tratamento eficiente para o mal.

AÇÕES

30. Os governos devem avaliar o impacto demográfico e o impacto sobre o desenvolvimento produzidos pela infecção pelo HIV e a AIDS. A epidemia da AIDS deve ser controlada por uma abordagem multissetorial que dispense suficiente atenção às suas ramificações sócio-econômicas, inclusive o pesado ônus para a infraestrutura de saúde e para a renda familiar, o impacto negativo na força de trabalho e na produtividade, e o crescente número de crianças na orfandade. Planos e estratégias nacionais multissetoriais para o tratamento da AIDS devem ser integrados em estratégias de população e de desenvolvimento. Devem ser estudados os fatores sócio-econômicos que estão na base da disseminação da infecção pelo HIV, e criados programas para tratar dos problemas enfrentados pelos órfãos gerados pela epidemia da AIDS.

31. Programas para reduzir a disseminação da infecção pelo HIV devem dar prioridade a campanhas de informação, educação e comunicação, para aumentar a conscientização e enfatizar mudanças de comportamento. Educação e informação sexuais devem ser oferecidas tanto aos infectados como aos não-infectados, e especialmente aos adolescentes. Prestadores de serviços de saúde, inclusive de planejamento familiar, precisam ser treinados no aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e sobre a infecção pelo HIV, inclusive na avaliação e na identificação dos comportamentos de alto risco que requerem atenção e serviços especiais. É preciso empreender um treinamento na promoção do comportamento sexual seguro e responsável, inclusive a abstinência voluntária e o uso de camisinhas; um treinamento na não-utilização de instrumentos e produtos de sangue contaminados, e na prevenção do uso compartilhado de agulhas entre os usuários de drogas injetáveis. Os governos devem formular diretrizes e criar serviços de aconselhamento sobre a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis nos serviços primários de saúde. Sempre que possível, programas de saúde reprodutiva, inclusive programas de planejamento familiar, devem incluir instalações para o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns, inclusive da infecção do aparelho reprodutivo, reconhecendo que

muitas doenças sexualmente transmissíveis aumentam o risco de transmissão do HIV. A correlação entre a prevenção da infecção pelo HIV e a prevenção e tratamento da tuberculose deve ser estabelecida.

32. Os governos devem mobilizar todos os segmentos da sociedade para controlar a epidemia da AIDS, inclusive organizações não-governamentais, organizações comunitárias, lideranças religiosas, setor privado, mídia, escolas e instituições de saúde. A mobilização nos âmbitos da família e da comunidade deve ter toda prioridade. As comunidades precisam desenvolver estratégias que atendam às percepções locais das prioridades dadas às questões de saúde associadas à disseminação do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis.

33. A comunidade internacional deve mobilizar os recursos humanos e financeiros necessários para reduzir a taxa de transmissão da infecção pelo HIV. Para isso, a pesquisa deve ser promovida e apoiada por todos os países, numa ampla gama de abordagens, para evitar a transmissão do HIV, buscando a cura da doença. Comunidades de pesquisa e de doadores de fundos devem apoiar e somar seus esforços aos empreendimentos atuais para encontrar uma vacina e para desenvolver métodos de controle para a mulher, como microbicidas vaginais, para a prevenção da infecção pelo HIV. É preciso também que se aumente o apoio ao tratamento e à assistência das pessoas infectadas pelo HIV e dos pacientes da AIDS. Deve ser enfatizada a coordenação das atividades para combater a epidemia da AIDS. Particular atenção deve ser dispensada às atividades do sistema das Nações Unidas em nível nacional, onde medidas tais como programas conjuntos podem melhorar a coordenação e assegurar o uso mais eficiente de recursos escassos. A comunidade internacional deve também mobilizar seus esforços para monitorar e avaliar os resultados destas várias tentativas, na busca de novas estratégias.

34. Os governos devem desenvolver políticas e diretrizes para proteger os direitos individuais das pessoas infectadas pelo HIV, e das suas famílias, eliminando sua discriminação. Os serviços para detectar a infecção do HIV devem ser reforçados, bem como se deve assegurar a confidencialidade. Programas especiais devem ser con-

cebidos para prover a assistência e o apoio emocional necessário aos homens e mulheres afetados pela AIDS, e para aconselhar suas famílias e parentes próximos.

35. O comportamento sexual responsável, incluindo-se a abstinência sexual voluntária, para a prevenção da infecção do HIV, deve ser promovido e incluído nos programas de educação e de informação. Camisinhas e drogas para a prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis devem estar amplamente disponíveis, sendo incluídas em todas as listas de drogas essenciais. Ações efetivas devem ser empreendidas para maior controle da qualidade de produtos derivados do sangue e da descontaminação de equipamentos.

PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER BEIJING, 1995

A IV Conferência Mundial da Mulher, realizada pelas Nações Unidas, em Beijing, China, em 1995, aprovou uma Declaração e uma Plataforma de Ação voltadas para fazer avançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres.

Última Conferência Mundial da Mulher deste século, sua realização foi precedida pelas Conferências Mundiais da Mulher realizadas em 1975 e em 1985, respectivamente no México e em Nairobi. A Conferência de Beijing beneficiou-se, também, dos avanços conquistados na Conferência de Direitos Humanos (Viena, 1993) e na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, (Cairo, 1994), bem como do rico debate produzido pelo ciclo de Conferências sobre desenvolvimento social promovido pelas Nações Unidas ao longo de toda a década de 1990.

Tal como na Conferência do Cairo, o movimento de mulheres articulou-se internacionalmente para que as Nações Unidas ratificassem as conquistas das Conferências anteriores e avançassem ainda mais em direção à definição de direitos e de estratégias necessárias para a concretização da cidadania da mulher.



No Brasil, a mobilização das mulheres foi de fundamental importância no assessoramento ao governo brasileiro e resultou na assinatura, sem reservas, da Declaração e da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher.

Neste volume da coleção Traduzindo a Legislação com a Perspectiva de Gênero, apresentamos o capítulo *Mulher e Saúde*, da Plataforma de Ação definida em Beijing, que trata de importantes questões, incluindo a necessidade do abrandamento legislativo no que se refere ao direito ao aborto legal.

CAPÍTULO IV*

C. A MULHER E A SAÚDE

89. A mulher tem o direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental. O gozo deste direito é essencial para sua vida e seu bem-estar, e para sua capacidade de participar em todas as esferas da vida pública e privada. A saúde não é só a ausência de enfermidade ou moléstia, mas sim um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A saúde da mulher inclui o seu bem-estar emocional, social e físico; contribuem para determinar sua saúde tanto fatores biológicos quanto o contexto social, político e econômico em que vive. Contudo, a maioria das mulheres não goza de saúde nem de bem-estar. O obstáculo principal que impede a mulher de alcançar o mais alto nível possível de bem-estar é a desigualdade entre a mulher e o homem e entre mulheres de diferentes regiões geográficas, classes sociais e grupos indígenas e étnicos. Nos foros nacionais e internacionais, as mulheres têm ressaltado que, para gozarem de ótima saúde durante todo o ciclo vital, a igualdade, incluindo o compartilhar das obrigações familiares, o desenvolvimento e a paz são condições necessárias.

90. O acesso da mulher aos recursos básicos de saúde, inclusive os serviços de atendimento básico e sua utilização é desigual no que diz respeito à prevenção e ao tratamento das enfermidades infantis, à má nutrição, à anemia, às doenças de diarreias, às enfermidades contagiosas, à malária e outras endemias tropicais e a tuberculose, dentre outras infecções. As oportunidades da mulher também são desiguais no que se refere à proteção, à promoção e à manutenção da saúde. A falta de serviços obstétricos de emergência em muitos países em desenvolvimento causa especial preocupação. Nas políticas e programas de saúde perpetuam-se com frequência

* A Santa Sé expressou uma reserva generalizada a esta seção. Essa reserva deve ser interpretada em termos da declaração feita pelo representante da Santa Sé na 4ª Reunião do Comitê Principal, em 14 de setembro de 1955.

os estereótipos de gênero e não são consideradas as diferenças socioeconômicas e outras diferenças entre mulheres, nem se leva plenamente em conta a falta de autonomia da mulher a respeito de sua saúde. A saúde da mulher também está sujeita a discriminação por motivos de gênero no sistema de saúde e pelos serviços médicos insuficientes e inadequados que se prestam às mulheres.

91. Em muitos países, especialmente nos países em desenvolvimento e, em particular nos países de menor desenvolvimento relativo, a diminuição dos gastos em matéria de saúde pública e, em alguns casos, os ajustes estruturais, contribuem para a deterioração dos sistemas de saúde pública e saneamento. Além disso, a privatização dos serviços de atendimento à saúde sem as garantias adequadas de acesso universal a instituições de atendimento acessíveis reduz ainda mais a disponibilidade dos serviços de atenção à saúde. Essa situação não só afeta diretamente a saúde de meninas e mulheres mas também impõe obrigações desproporcionais à mulher, cujas múltiplas obrigações, inclusive o seu papel no seio da família e da comunidade, nem sempre são reconhecidas; daí não receberem o necessário apoio social, psicológico e econômico.

92. É preciso conseguir que a mulher possa exercer o direito a usufruir o mais elevado nível possível de saúde durante todo o seu ciclo vital em igualdade de condições com o homem. As mulheres padecem de muitas das mesmas afecções de que padecem os homens, mas de maneira diferente. A incidência da pobreza e a dependência econômica na mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde. A falta de alimento para meninas e mulheres e a distribuição desigual de alimentos no lar, o acesso inadequado à água potável, às facilidades sanitárias e ao combustível, sobretudo nas zonas rurais e nas zonas urbanas pobres, e as condições deficientes de moradias pesam em excesso sobre a mulher e sua família e repercutem negativamente na sua saúde. A boa saúde é essencial para viver em forma produtiva e satisfa-

tória, e o direito de toda mulher a controlar todos os aspectos de sua saúde e em particular de sua própria fertilidade é fundamental para sua emancipação.

93. A discriminação contra as meninas no acesso aos serviços de nutrição e de atendimento à saúde, conseqüência freqüente da preferência pelos filhos varões, põe em perigo sua saúde e bem-estar presentes e futuros. As condições que forçam as meninas muito cedo ao casamento, à gravidez e reprodução, e que as submetem a práticas prejudiciais, como a mutilação genital, acarretam graves riscos para sua saúde. As adolescentes necessitam ter acesso a serviços de saúde e nutrição durante seu crescimento, porém, muitas vezes esse acesso lhes é negado. A assistência social e o acesso à informação e aos serviços relativos à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes continuam sendo inadequados ou totalmente inexistentes, e nem sempre se leva em consideração o direito da mulher jovem à privacidade, confidencialidade, ao respeito e ao consentimento fundamentado. Do ponto de vista biológico e psicossocial, as adolescentes são mais vulneráveis do que os rapazes ao abuso sexual, violência, prostituição e às conseqüências das relações sexuais prematuras e sem proteção. A tendência em ter experiências sexuais em idade precoce, aliada à falta de informação e serviços, aumenta o risco de gravidez não desejada e em idade prematura, assim como a contrair o VIH (HIV) e outras enfermidades transmitidas sexualmente, e de abortar em condições perigosas. A maternidade prematura continua sendo um obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todo o mundo. Em geral, o casamento e a maternidade prematuros podem reduzir drasticamente as possibilidades de educação e emprego das meninas e, provavelmente, prejudicar a longo prazo a qualidade de sua vida e da vida de seus filhos. Freqüentemente, os jovens não são educados a respeitar a livre determinação da mulher e a compartilhar com ela as responsabilidades inerentes à sexualidade e à reprodução.

94. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, assim, a

capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, e a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Esta última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação e ter acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, e partos sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, o atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente a assistência social e o atendimento relativo à reprodução e às enfermidades sexualmente transmissíveis.

95. Levando em conta a definição anterior, os direitos de reprodução abarcam certos direitos humanos que já estão reconhecidos na legislação nacional, documentos internacionais relativos aos direitos humanos e outros documentos e consensos. Tais direitos têm por base o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número de filhos, o espaço a medear entre os nascimentos e o intervalo entre eles, e a dispor da informação dos meios para isso e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelecem os documentos relativos aos direitos humanos. No exercício desse direito, os casais e os indivíduos devem ter em conta as necessidades de seus filhos nascidos e por nascer e suas obrigações para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos de todos deve ser a base primordial das políticas e programas estatais e comunitários na área da saúde pro-

dutiva, nela incluindo o planejamento da família. Como parte desse compromisso, deve-se prestar plena atenção à promoção de relações de respeito mútuo e igualdade entre os homens e mulheres e, particularmente, às necessidades dos adolescentes em matéria de ensino e de serviços, a fim de que possam assumir sua sexualidade de modo positivo e responsável. A saúde reprodutiva está fora do alcance de muitas pessoas de todo o mundo em virtude de fatores tais como: conhecimentos insuficientes sobre a sexualidade humana e a informação e os serviços também insuficientes ou de má qualidade em matéria de saúde reprodutiva. Na maioria dos países, os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa de sua falta de informação e de acesso aos serviços pertinentes; a prevalência de comportamentos sexuais de alto risco; as práticas sociais discriminatórias; as atitudes negativas para com mulheres e meninas; e o limitado poder de decisão que têm muitas mulheres com respeito à própria vida sexual e reprodutiva. Na maioria dos países, os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa de sua falta de informação e de acesso aos serviços pertinentes. As mulheres e os homens de mais idade têm problemas especiais em matéria de saúde reprodutiva e sexual, que nem sempre tem merecido a devida atenção.

96. Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e à reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências do comportamento sexual.

97. Ademais, a saúde da mulher está exposta a riscos particulares devidos à inadequação dos serviços existentes e à falta desses serviços para atender às necessidades relativas à sexualidade e à saúde. As complicações relacionadas com a gravidez e o parto, em muitas partes do mundo, contam-se entre as principais causas de mortalidade e morbidade das mulheres em idade reprodutiva. Existem, em certa medida, problemas similares em alguns países com

economia em transição. O aborto em condições perigosas põe em perigo a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos. A maioria dos óbitos, incluindo os métodos de planejamento familiar eficazes e sem riscos e os problemas de saúde e lesões podem ser evitados, mediante a melhoria de acesso a serviços adequados de atendimento à saúde, atenção obstétrica de emergência, que reconheça o direito da mulher e do homem à informação e ao acesso a métodos seguros, eficazes, exequíveis e aceitáveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos lícitos que decidam adotar para o controle da fecundidade, e o acesso a serviços adequados de atendimento à saúde propícios a que a gravidez e o parto transcorram em condições de segurança e ofereçam aos casais as maiores possibilidades de ter um filho são. Estes problemas e os meios de combatê-los deveriam ser examinados à luz do relatório da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, com particular referência aos parágrafos pertinentes do Programa de Ação da Conferência. Na maior parte dos países, a falta de atenção aos direitos reprodutivos da mulher limita gravemente suas oportunidades de educação e o pleno exercício de seus direitos econômicos e políticos. A capacidade da mulher para controlar sua própria fecundidade constitui uma base fundamental para o desfrute de outros direitos. A responsabilidade compartilhada, pela mulher e pelo homem, das questões relativas ao comportamento sexual e reprodutivo também é indispensável para a melhoria da saúde da mulher.

98. O HIV/AIDS e outras enfermidades transmissíveis por contato sexual, cujo contágio é, por vezes, conseqüência da violência sexual, tem efeitos devastadores na saúde da mulher, em particular das adolescentes e jovens. As mulheres nem sempre têm o poder necessário para insistir em que se adotem práticas sexuais livres de riscos e têm acesso reduzido à informação e aos serviços de prevenção e tratamento. As mulheres, que representam a metade de todos os adultos que contraem o vírus HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, têm enfatizado o fato de que sua vulnerabilidade social e as relações de poder desiguais entre a mulher e o homem constituem obstáculos para a prática de sexo livre

de risco, em seus esforços para reduzir a propagação das enfermidades sexualmente transmissíveis. As conseqüências do HIV/AIDS não só afetam a saúde da mulher, mas também a sua função de mãe e encarregada do cuidado de outras pessoas e a sua contribuição ao apoio econômico da sua família. É preciso que se examine de uma perspectiva de gênero os efeitos do HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis e seu impacto sobre a sociedade, o desenvolvimento e a saúde.

99. A violência sexual tendo gênero por base, incluindo os abusos físicos e psicológicos, o tráfico de mulheres e meninas, e outras formas de abuso e exploração sexual, expõem as meninas e mulheres a um alto risco de padecerem traumas físicos e mentais, assim como enfermidades e gravidez indesejada. Tais situações muitas vezes inibem as mulheres de utilizar os serviços de saúde e outros serviços.

100. Os transtornos mentais relacionados com a marginalização, a impotência e a pobreza, junto com o trabalho excessivo, o estresse e a freqüência cada vez maior da violência no lar, assim como o uso indevido de substâncias, se incluem entre outras questões de saúde que preocupam cada vez mais a mulher. Em todo o mundo as mulheres, especialmente as jovens, fumam cada vez mais cigarros, com os graves efeitos que isso acarreta para sua saúde e a de seus filhos. Também crescem em importância as questões relacionadas com a saúde ocupacional, dado que um número cada vez maior de mulheres realiza trabalho pouco remunerado em um mercado de trabalho estruturado, ou não estruturado, em condições tediosas e insalubres. O câncer de mama, do colo do útero e outros cânceres que afetam o sistema reprodutivo, assim como a infertilidade, incidem sobre um número cada vez maior de mulheres; tais afecções são evitáveis ou curáveis quando diagnosticadas precocemente.

101. Com o incremento da expectativa de vida e o conseqüente número cada vez maior de anciãs, a saúde das mulheres de idade avançada exige uma atenção particular. As perspectivas a longo prazo da saúde da mulher sofrem transformações na menopausa que, somadas a afecções crônicas e a outros fatores, como a má nutrição e a falta de atividade física, podem aumentar o risco de enfermidades

cardiovasculares e de osteoporose. Também merecem uma atenção especial outras enfermidades associadas ao envelhecimento e às relações entre o envelhecimento e a incapacidade na mulher.

102. As mulheres, como os homens, particularmente as que vivem em zonas rurais e áreas urbanas pobres, estão cada vez mais expostas aos riscos que derivam de catástrofes ambientais e da deterioração do meio ambiente com efeitos sobre a saúde. As mulheres possuem diferentes susceptibilidades a diversos perigos ambientais que afetam a saúde, como contaminantes e substâncias que se encontram no meio ambiente, e sofrem diferentes conseqüências quando expostas a tais perigos.

103. A qualidade dos cuidados à saúde da mulher é muitas vezes deficiente, segundo as circunstâncias locais. Em muitos casos as mulheres não são tratadas com o devido respeito, nem se lhes garante a necessária privacidade e confidencialidade, nem se lhes oferece as informações completas sobre as opções e os serviços a seu alcance. Além disso, em alguns países é comum receitar-se medicamentos excessivos ou doses além do necessário, resultando em cirurgias evitáveis e medicação imprópria.

104. As estatísticas e demais dados sobre a saúde nem sempre são sistematicamente coletadas, discriminadas e analisadas por faixa etária, sexo e situação socioeconômica, com base em critérios demográficos estabelecidos utilizados para atender os interesses e resolver problemas de subgrupos, com ênfase nos elementos vulneráveis e marginalizados e outras variáveis pertinentes. Em muitos países não existem dados recentes e confiáveis sobre a mortalidade e morbidez da mulher, nem sobre as afecções e enfermidades que afetam a mulher em particular. Sabe-se pouco, relativamente, sobre as formas em que os fatores sociais e econômicos afetam a saúde de meninas e mulheres de todas as idades, sobre a prestação de serviços de saúde a meninas e mulheres e as modalidades de sua utilização desses serviços e sobre o valor dos programas de prevenção de enfermidades e de promoção da saúde das mulheres. Não se tem investigado adequadamente certas questões de importância para a saúde da mulher geralmente por falta de recursos financeiros. A pesquisa médica sobre doenças cardíacas, por exemplo, e os estu-

dos epidemiológicos em muitos países são quase sempre baseados apenas em dados sobre pacientes varões; não são específicos por gênero. Os ensaios clínicos com mulheres para estabelecer informação básica sobre dosagem, contra-indicação e eficácia de medicamentos, inclusive contraceptivos, são raros e, quando existem, não se ajustam às normas éticas de investigação e ensaio. Muitos protocolos de terapia de drogas e outros tratamentos médicos e intervenções aplicadas às mulheres têm por base pesquisa feita em homem sem qualquer investigação ou ajuste posterior que leve em conta a diferença de gênero.

105. Ao abordar as desigualdades em matéria de saúde, assim como contra o acesso desigual aos serviços de atendimento à saúde e à insuficiência destes, entre mulheres e homens, os governos e outros agentes deveriam promover uma política ativa e transparente de integração de uma perspectiva de gênero em todas as políticas e programas, a fim de que se faça uma análise dos efeitos em um e outro sexo, respectivamente, das decisões antes de serem adotadas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

- 1. Promover o acesso da mulher durante toda sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade*

Medidas que se devem adotar

106. Medidas que os governos, em colaboração com as organizações não-governamentais e organizações de empregadores e trabalhadores e com o apoio das instituições internacionais devem adotar:

- a) apoiar e executar os compromissos contraídos no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, segundo estabelecido no relatório da referida Conferência, e a Declaração e Programa de Ação sobre o Desenvolvimento Social da Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague, assim como as obrigações dos Estados partes

sob a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e outros acordos internacionais pertinentes, para satisfazer as necessidades de meninas e mulheres de todas as idades;

b) reafirmar o direito ao gozo no mais alto nível possível de saúde física e mental, proteger e promover o respeito deste direito da mulher e da menina, incorporando-o, por exemplo, nas legislações nacionais; rever a legislação em vigor, inclusive a legislação relativa ao atendimento à saúde, e as políticas, quando necessário, para evidenciar o interesse pela saúde da mulher e assegurar que tal compromisso responda às novas funções e responsabilidades da mulher, aonde quer que residam;

c) conceber e executar, em colaboração com mulheres e organizações comunitárias, programas de saúde orientados pelo gênero, que contemplem serviços descentralizados de saúde, procurem atender às necessidades das mulheres durante toda sua vida e levem em conta os múltiplos papéis por elas desempenhados e suas responsabilidades, as exigências sobre o seu tempo, as necessidades especiais das mulheres das áreas rurais e mulheres com deficiências, e as diversas necessidades da mulher determinadas pela idade e diferenças socioeconômicas e culturais, entre outras coisas; incluir as mulheres, especialmente a mulher indígena e a mulher das comunidades locais, na determinação das prioridades e na preparação de programas de atendimento à saúde; eliminar todos os obstáculos que impedem o acesso da mulher aos serviços de saúde e fornecer toda uma série de serviços de assistência sanitária;

d) possibilitar o acesso da mulher aos sistemas de seguridade social em condições de igualdade com o homem durante toda a sua vida;

e) proporcionar serviços de atendimento primário à saúde mais acessíveis, econômicos e de qualidade, inclusive atendimento à saúde sexual e reprodutiva, que compreendam serviços de planejamento familiar e informação a respeito, concedendo particular atenção aos serviços de maternidade e de obstetria de emergência, como ficou acordado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento;

f) reformular os sistemas de informação, os serviços e a capacitação em matéria de saúde destinados aos trabalhadores do setor de saúde, de modo a que respondam às necessidades em matéria de gênero e reflitam as perspectivas dos usuários com respeito à capacidade de comunicação e relação interpessoal e do direito do usuário à privacidade e confidencialidade. Estes serviços e os serviços de informação e capacitação devem ter por base um enfoque integral;

g) assegurar que todos os serviços e trabalhadores relacionados com o atendimento à saúde respeitem os direitos humanos e obedecem a normas éticas, profissionais e não sexistas no momento de prestar serviços à mulher, com vistas a assegurar o consentimento responsável, voluntário e fundamentado; estimular a formulação, aplicação e divulgação de códigos de ética, norteados pelos códigos internacionais de ética médica assim como pelos princípios éticos que regem outros profissionais do campo da saúde;

h) adotar todas as medidas necessárias para acabar com as intervenções médicas prejudiciais à saúde, intervenções desnecessárias do ponto de vista médico e coercitivas, e com os tratamentos inadequados e administração excessiva de medicamentos à mulher. Todas as mulheres devem dispor de informação completa sobre as opções ao seu alcance, inclusive os benefícios e efeitos secundários possíveis, por pessoal devidamente capacitado;

i) fortalecer e reorientar os serviços de saúde, em particular a atenção primária à saúde, com o fim de dar acesso universal a serviços de saúde de qualidade para meninas e mulheres, de reduzir as enfermidades e a morbidez derivada da maternidade e alcançar em nível mundial o objetivo convencionado de reduzir a mortalidade derivada da maternidade, em pelo menos 50% dos níveis de 1990 até o ano 2000 e, de novo, 50% até o ano 2015; assegurar que cada área do sistema de saúde ofereça os serviços necessários; e tomar as medidas oportunas para tornar acessíveis os serviços de saúde reprodutiva, através do sistema primário de atendimento à saúde, a todas as pessoas em idade de receber esse atendimento, tão cedo quanto possível, antes de 2015;

j) reconhecer e tratar as conseqüências, para a saúde, dos abortos perigosos, que constituem preocupação de grande importância

para a saúde pública, tal como acordado no parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

k) à luz do parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que reza: "Em nenhum caso se deve promover o aborto como método de planejamento familiar. Insta-se a todos os governos e às organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes a revigorar o seu compromisso com a saúde da mulher, a tratar os efeitos que têm sobre a saúde os abortos realizados em condições inadequadas como sendo um importante problema de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto mediante a prestação de serviços mais amplos e melhorados de planejamento familiar. A prevenção da gravidez não desejada deve merecer a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade de aborto. As mulheres que engravidam sem o desejar devem ter acesso fácil e confiável à informação e orientação humana e solidária. Quaisquer medidas ou alterações relacionadas com o aborto no âmbito do sistema de saúde só podem ser determinadas em nível nacional ou local, de conformidade com o processo legislativo nacional. Nos casos em que o aborto não é ilegal, eles devem ser praticados em condições seguras e adequadas. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de boa qualidade para o tratamento de complicações derivadas de abortos. Serviços de orientação, educação e planejamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos prontamente à mulher, o que contribuirá para evitar abortos repetidos". Considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais;

l) prestar especial atenção às necessidades das meninas, em particular à promoção de atividades saudáveis, como as atividades físicas; adotar medidas concretas para reduzir as discrepâncias atribuídas a gênero nos índices de mortalidade e morbidez das meninas desfavorecidas, e ao mesmo tempo alcançar as metas aprovadas internacionalmente em matéria de redução da mortalidade de lactentes e crianças: concretamente, reduzir até o ano 2000 a taxa de mortalidade de lactentes e crianças menores de 5 anos de um

terço sobre o nível de 1990, ou de 50 a 70 por 1.000 nascimentos vivos, se este dado for menor; até o ano 2015 a meta de mortalidade deve situar-se abaixo de 35 por 1.000 nascimentos vivos de lactentes, e abaixo de 45 por 1.000 de crianças menores de 5 anos;

m) assegurar que as meninas disponham de acesso permanente à informação e aos serviços necessários em matéria de saúde e nutrição à medida que vão crescendo, com o fim de facilitar um transição saudável da infância à idade adulta;

n) elaborar informação, programas e serviços para ajudar a mulher a compreender e assimilar as mudanças relacionadas com a idade, e dar atenção às necessidades em matéria de saúde das mulheres de idade avançada, dedicando particular atenção àquelas que têm problemas físicos ou psicológicos;

o) assegurar que as meninas e mulheres deficientes de todas as idades recebam assistência e apoio;

p) formular políticas especiais, desenvolver programas e promulgar as leis necessárias para reduzir e eliminar os riscos para a saúde relacionados com o meio ambiente e com o trabalho da mulher no lar, no local de trabalho e em qualquer outra parte, prestando atenção às mulheres grávidas e lactantes;

q) integrar os serviços de saúde mental nos sistemas de atendimento primário de saúde ou outros sistemas pertinentes, elaborar programas de apoio e capacitar os trabalhadores dos atendimentos primários de saúde para que possam reconhecer e tratar meninas e mulheres de todas as idades que tenham sido vítimas de qualquer tipo de violência no lar, abusos sexuais ou outro tipo de abuso, resultante de conflito armado ou de outra índole;

r) promover informação pública sobre as vantagens da amamentação materna; estudar as possíveis maneiras de aplicar plenamente o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno (OMS/UNICEF), e habilitar as mães a amamentarem seus filhos oferecendo-lhes apoio legal, econômico, prático e emocional;

s) estabelecer mecanismos de apoio que possibilitem a participação de organizações não-governamentais, em particular as orga-

nizações de mulheres, grupos profissionais e outros órgãos dedicados ao melhoramento da saúde das meninas e das mulheres na elaboração de políticas, formulação de programas, se oportuno, e sua implementação no setor de saúde e setores afins em todos os níveis;

t) prestar apoio às organizações não-governamentais dedicadas à saúde da mulher e ajudar a estabelecer redes com o objetivo de melhorar a coordenação e colaboração entre todos os setores relacionados com a saúde;

u) racionalizar as políticas de aquisição de medicamentos e assegurar uma oferta permanente de medicamentos de qualidade, contraceptivos e outros artigos e equipamento, tendo por base a lista de medicamentos essenciais da OMS — WHO Model List of Essential Drugs — e garantir a confiabilidade dos medicamentos e dispositivos médicos mediante mecanismos nacionais reguladores de aprovação de drogas;

v) facilitar o acesso a tratamentos adequados e serviços de reabilitação para mulheres dependentes de entorpecentes e sua famílias;

w) propiciar e conseguir a segurança alimentar no lar e nacionalmente, conforme o caso, e implementar programas destinados a melhorar o estado de nutrição de todas as meninas e mulheres, dando cumprimento aos compromissos assumidos no Plano de Ação sobre Nutrição da Conferência Internacional sobre Nutrição, incluindo a redução em nível mundial da má nutrição grave e moderada de crianças menores de 5 anos em 50% dos níveis de 1990 até o ano 2000, dedicando especial atenção às diferenças entre os sexos em matéria de nutrição, e a redução da anemia das meninas e mulheres causada pela deficiência em ferro em um terço dos níveis de 1990 até o ano 2000;

x) garantir a disponibilidade e o acesso universal à água potável e saneamento e instalar sistemas eficazes de distribuição pública tão cedo quanto possível;

y) garantir o acesso pleno e em condições de igualdade à infraestrutura e aos serviços de atendimento à saúde para as mulheres indígenas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

2. Fortalecer os programas de prevenção que promovem a saúde da mulher

Medidas que se devem adotar

107. Medidas que os governos, em cooperação com as organizações não-governamentais, os meios de informação, o setor privado e as organizações internacionais pertinentes, inclusive os órgãos adequados das Nações Unidas, devem adotar:

a) dar prioridade aos programas de educação formal e informal que apóiam a mulher e lhe permitem desenvolver sua auto-estima, adquirir conhecimentos, tomar decisões e assumir responsabilidades sobre sua própria saúde, conseguir o respeito mútuo em assuntos relativos à saúde e o bem-estar das mulheres, realçando especialmente os programas, tanto para homens como para mulheres, que enfatizam a eliminação de práticas e atitudes nocivas, entre elas a mutilação genital feminina, a preferência por filhos varões (que resulta em infanticídio feminino e na seleção pré-natal do sexo), os casamentos em idade prematura, inclusive entre crianças, a violência contra a mulher, a exploração sexual, o abuso sexual, que às vezes resulta em infecção com o vírus HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, o uso indevido de drogas, a discriminação contra as meninas e as mulheres na distribuição de alimentos e outras atitudes e práticas prejudiciais que afetam a vida, a saúde e o bem-estar das mulheres, e reconhecer que algumas dessas práticas podem constituir violações dos direitos humanos e dos princípios médicos éticos;

b) perseguir políticas sociais de desenvolvimento humano, de educação e de emprego que visem a eliminar a pobreza entre as mulheres a fim de reduzir sua susceptibilidade às enfermidades e melhorar sua saúde;

c) estimular os homens a partilharem em condições de igualdade o cuidado dos filhos e o trabalho doméstico e que contribuam com a parte que lhes corresponde de apoio financeiro a suas famílias, mesmo quando não vivam no seio delas;

d) reforçar as leis, reformar as instituições e promover normas e práticas que eliminem a discriminação contra as mulheres e encorajar tanto as mulheres quanto os homens a assumirem a responsabilidade de seu comportamento sexual com respeito à procriação; garantir o pleno respeito à integridade da pessoa, tomar medidas para garantir as condições necessárias para que as mulheres exerçam seus direitos com respeito à procriação e eliminar as leis e práticas coercitivas;

e) preparar e difundir informação acessível, mediante campanha de saúde pública, os meios de comunicação, serviços confiáveis de orientação e o sistema educacional, com o fim de garantir que as mulheres e os homens, em particular as jovens e os jovens, possam adquirir conhecimentos sobre sua saúde, especialmente informações sobre a sexualidade e a reprodução, tendo em conta o direito da criança de acesso à informação, à privacidade, à confidencialidade, respeito e consentimento fundamentado, assim como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais e de outras pessoas juridicamente responsáveis — os guardiães de crianças — de facilitar, em consonância com a capacidade que vai evoluindo na criança, orientação apropriada no exercício da criança dos direitos reconhecidos na Convenção sobre os Direitos da Criança, e em conformidade com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher; assegurar que em todas as medidas que afetem as crianças, uma das considerações primordiais será sempre o melhor interesse dela, a criança;

f) criar e apoiar programas no sistema educacional, no lugar de trabalho, e na comunidade para que as meninas e as mulheres de todas as idades possam participar dos esportes, das atividades físicas e de recreio colocadas à sua disposição no mesmo pé de igualdade em que participam os homens e os rapazes;

g) reconhecer as necessidades específicas dos adolescentes e aplicar programas adequados e específicos, por exemplo, de educação e informação sobre questões de saúde sexual e reprodutiva e sobre enfermidades sexualmente transmissíveis, entre os quais o vírus HIV/AIDS, levando em conta os direitos da criança e os direitos, deveres e responsabilidades dos pais tal como expressos no parágrafo 107 (e) supra;

h) estabelecer políticas que reduzam a carga desproporcional e cada vez maior que recai sobre as mulheres que desempenham múltiplas funções no seio da família e da comunidade, proporcionando-lhes apoio suficiente e programas derivados dos serviços sociais e de saúde;

i) adotar normas que garantam que as condições de trabalho, incluindo a remuneração e a promoção das mulheres a todos os níveis do sistema de saúde não sejam discriminatórias e sejam compatíveis com os padrões justos e profissionais a fim de permitir-lhes trabalhar com eficiência;

j) assegurar que a informação e capacitação em matéria de saúde e nutrição formem parte integrante de todos os programas de alfabetização de adultos e dos currículos escolares a partir do nível primário;

k) formular e aplicar campanhas de divulgação e programas de informação e educação que esclareçam as mulheres e meninas sobre os riscos para a saúde e riscos conexos resultantes do abuso de entorpecentes e a dependência de drogas, e perseguir estratégias e programas que desencorajem o uso indevido de drogas e o vício que leva à dependência, e promovam a reabilitação e recuperação dos viciados;

l) formular e aplicar programas amplos e coerentes para a prevenção e o diagnóstico e o tratamento da osteoporose, afecção de que sofrem predominantemente as mulheres;

m) estabelecer e/ou fortalecer programas e serviços, incluindo campanhas nos meios de informação, que tratem da prevenção, detecção precoce e o tratamento do câncer de mama, cervical e outros cânceres do sistema reprodutivo;

n) reduzir os riscos ambientais que constituem ameaça cada vez maior à saúde, especialmente nas regiões e comunidades pobres; adotar um método preventivo, de conformidade com o acordado na Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento aprovada pela Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, e incluir informação sobre os riscos para a saúde das mulheres relacionados com o meio ambiente na supervisão da aplicação da chamada Agenda 21;

o) conscientizar as mulheres, os profissionais de saúde, as autoridades formuladoras de políticas e o público em geral sobre os riscos para a saúde, graves mas que podem ser prevenidos, resultantes do consumo de tabaco e a necessidade de adotar medidas normativas e educativas para reduzir o hábito de fumar, como atividades importantes de promoção da saúde e prevenção de enfermidades;

p) assegurar que os currículos das faculdades de medicina e outros programas de formação sanitária incluam cursos sobre a saúde da mulher gerais, obrigatórios e que levem em conta os aspectos relacionados ao gênero;

q) adotar medidas específicas preventivas para proteger as mulheres, os jovens e as crianças de toda forma de maltrato — abuso sexual, exploração, tráfico e violência, por exemplo — na formulação e aplicação da lei, e prestar proteção jurídica e médica e outro tipo de assistência.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

3. Tomar iniciativas que levem em conta o gênero e façam face às enfermidades sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e outras questões de saúde sexual e reprodutiva

Medidas que se devem adotar

108. Medidas que os governos, organismos internacionais, inclusive pertinentes das Nações Unidas, doadores bilaterais e multilaterais e organizações não-governamentais devem adotar:

a) garantir a participação das mulheres, em particular as infectadas com o vírus HIV/AIDS ou outras enfermidades sexualmente transmissíveis ou afetadas pela pandemia do HIV/AIDS, em todas as decisões relativas ao desenvolvimento, a aplicação, a supervisão e a avaliação das políticas e dos programas sobre o HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis;

b) revisar e emendar as leis e combater as práticas que possam contribuir para a susceptibilidade da mulher à infecção com o HIV/AIDS e outras enfermidades de transmissão sexual, entre outras coisas promulgando leis contra as práticas socioculturais que con-

tribuem para isso, e aplicar leis, políticas e práticas que protejam as mulheres, as adolescentes e as meninas da discriminação relacionada com o HIV/AIDS;

c) estimular todos os setores da sociedade, inclusive o setor público, assim como as organizações internacionais, para que formulem políticas e práticas compassivas e de apoio, não discriminatórias, em relação ao HIV/AIDS, que protejam os direitos das pessoas infectadas;

d) reconhecer o alcance da pandemia HIV/AIDS em seus países, tendo em conta em especial sua repercussão social sobre as mulheres e as meninas, tendo em vista garantir que as mulheres infectadas não sejam estigmatizadas e discriminadas, entre outras ocasiões, durante viagens;

e) desenvolver programas e estratégias multissetoriais que tenham em conta o gênero para pôr fim à subordinação social das mulheres e das meninas e garantir sua emancipação e igualdade social e econômica; facilitar a promoção de programas para educar e habilitar os homens no sentido de que assumam suas responsabilidades na prevenção do HIV/AIDS e de outras enfermidades sexualmente transmissíveis;

f) facilitar o desenvolvimento de estratégias da comunidade que protejam as mulheres de todas as idades do HIV e de outras enfermidades sexualmente transmissíveis, proporcionem atenção e apoio às meninas e às mulheres afetadas e suas famílias e mobilizem todas as partes da comunidade em resposta à pandemia HIV/AIDS para que exerçam pressão sobre todas as autoridades responsáveis a fim de que respondam de maneira oportuna, efetiva, sustentável e que tenham em conta o gênero;

g) apoiar e fortalecer a capacidade nacional de criar e melhorar políticas e programas sobre o HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis que levem em conta o gênero, inclusive a provisão às mulheres de recursos e facilidades, mulheres que tenham a seu cargo a responsabilidade principal do cuidado ou o apoio econômico de pessoas infectadas pelo vírus HIV/AIDS ou que estão afetadas pela pandemia, e aos sobreviventes, em particular crianças e velhos;

h) proporcionar seminários e educação e formação especializada aos pais, aos encarregados de adotar decisões e aos formadores de opinião em todos os níveis da comunidade, incluídas as autoridades religiosas e tradicionais, no tocante à prevenção do HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis e suas conseqüências sobre as mulheres e os homens de todas as idades;

i) proporcionar a todas as mulheres e aos trabalhadores ou agentes de saúde toda a informação e educação pertinentes sobre as enfermidades de transmissão sexual, inclusive o HIV/AIDS, e sobre a gravidez, assim como as conseqüências para o bebê, inclusive a lactância materna;

j) prestar assistência às mulheres e suas organizações oficiais e não oficiais para que estabeleçam e ampliem programas eficazes de educação e informação de seus iguais e participem na elaboração, aplicação e supervisão de tais programas;

k) prestar plena atenção à promoção de relações de gênero mutuamente respeitadas e justas e, em particular, às necessidades de educação e de serviços dos adolescentes para que possam encarar sua sexualidade de maneira positiva e responsável;

l) elaborar programas específicos para homens de todas as idades e para os adolescentes masculinos, reconhecendo o parentesco referido no parágrafo 107 (e) anterior, com o objetivo de proporcionar informação completa e segura sobre o comportamento sexual responsável e sem risco, que inclua métodos voluntários, pertinentes e eficazes adotados pelos homens para a prevenção do HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, mediante, entre outros, a abstinência e o uso de preservativos;

m) garantir a prestação, mediante o sistema de atenção primária à saúde, do acesso universal de casais e pessoas aos serviços de prevenção das enfermidades sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV/AIDS, apropriados e exequíveis, e ampliar a prestação de orientação e de serviços de diagnóstico voluntário e confidencial e de tratamento para as mulheres; garantir o fornecimento e distribuição nos serviços sanitários de preservativos de qualidade, assim como de medicamentos para o tratamento das enfermidades sexuais, na medida do possível;

n) apoiar os programas que levem em conta que o maior risco para as mulheres de contrair o vírus HIV está relacionado com um comportamento de alto risco, que inclui o uso de substâncias intravenosas e a influência de entorpecentes, o comportamento sexual não protegido e irresponsável, e tomar medidas preventivas apropriadas;

o) aprovar e acelerar as investigações que resultem em ação sobre os métodos exeqüíveis, controlados por mulheres, para prevenir o HIV e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, sobre estratégias que permitam às mulheres proteger-se das enfermidades sexualmente transmissíveis, entre as quais o HIV/AIDS, e sobre métodos de cuidado, apoio e tratamento próprios das mulheres, que envolvam a sua participação em todos os aspectos de tais investigações;

p) apoiar e iniciar investigações que se ocupem das necessidades das mulheres e situações inerentes a elas, inclusive investigações sobre a infecção pelo vírus HIV e outras enfermidades sexualmente transmissíveis nas mulheres, por exemplo, microbicidas não espermicidas, e sobre atitudes e práticas masculinas e femininas que envolvem risco.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

4. Promover pesquisa e a divulgação de informação sobre a saúde da mulher

Medidas que se devem adotar

109. Medidas que os governos, o sistema das Nações Unidas, os profissionais de saúde, as instituições de pesquisa, as organizações não-governamentais, os doadores, as indústrias farmacêuticas e os meios de comunicação devem adotar, segundo se aplique:

a) treinar pesquisadores e introduzir sistemas que permitam o uso de dados reunidos, analisados e discriminados, entre outros fatores, por sexo e idade, outros critérios demográficos estabelecidos e variáveis socioeconômicas, na determinação de políticas, segundo convenha, o planejamento, supervisão e avaliação;

b) promover pesquisas, tratamentos e tecnologias que levem em conta o gênero e que tenham como centro a mulher, e vincular conhecimentos tradicionais e nativos com a medicina moderna, tornando a informação disponível às mulheres a fim de permitir-lhes tomar decisões informadas e responsáveis;

c) aumentar o número de mulheres em postos de direção nas profissões que tratam da saúde, inclusive entre os pesquisadores e cientistas, para que se alcance a igualdade o mais rápido possível;

d) aumentar o apoio financeiro e de outra índole de todas as fontes para as pesquisas preventivas, biomédicas, do comportamento, epidemiológicas, e dos serviços de saúde sobre questões relativas à saúde da mulher e investigações sobre as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde das mulheres e suas conseqüências, inclusive o impacto das desigualdades de gênero e de idade, especialmente com respeito às enfermidades crônicas e não contagiosas, em particular as enfermidades cardiovasculares, os cânceres, as infecções e lesões do sistema reprodutivo, o vírus HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, a violência doméstica, a saúde em função do trabalho, a deficiência física, os problemas sanitários relacionados com o meio ambiente, as enfermidades tropicais e os aspectos de saúde ligados ao envelhecimento;

e) informar as mulheres sobre os fatores que aumentam os riscos de desenvolver cânceres e infecções do sistema reprodutivo, para que possam tomar decisões a respeito com conhecimento de causa;

f) apoiar e financiar pesquisas sociais, econômicas, políticas e culturais sobre a maneira como as desigualdades com base no gênero afetam a saúde das mulheres, que incluam questões de etiologia, epidemiologia, prestação e utilização de serviços e resultado final do tratamento;

g) prestar apoio às pesquisas dos sistemas e às operações dos serviços de saúde para fortalecer o acesso e melhorar a qualidade da prestação de serviços, garantindo apoio adequado às mulheres que prestam serviço de saúde, e examinar modalidades relativas à prestação de serviços de saúde às mulheres e da utilização de tais serviços por mulheres;

h) prestar apoio financeiro e institucional à pesquisa sobre métodos e tecnologias seguros, eficazes, facilmente acessíveis e aceitáveis para a saúde reprodutiva e sexual das mulheres e dos homens, inclusive métodos mais seguros, eficazes, facilmente acessíveis e aceitáveis para regular a fecundidade inerente à planificação natural da família para ambos os sexos, métodos para a proteção contra o HIV/AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis e métodos simples e baratos para o diagnóstico de tais enfermidades, entre outros; estas pesquisas precisam ser orientadas em todas as etapas pelos usuários e por uma perspectiva de gênero, particularmente do ponto de vista da mulher, e realizar-se em estrita conformidade com padrões de pesquisa biomédica, jurídica, ética, médica e científica internacionalmente aceitáveis;

i) considerando que o aborto sem condições de segurança constitui uma grave ameaça à saúde e à vida da mulher, deve-se promover pesquisas com vista a uma melhor compreensão e a fazer face com maior eficácia às condições que determinam o aborto induzido, inclusive seus efeitos sobre a subsequente fertilidade, sobre a saúde reprodutiva e mental e práticas anticoncepcionais, além de pesquisas sobre o tratamento de complicações resultantes de abortos, e os cuidados pós-aborto;

j) reconhecer e estimular a atenção tradicional à saúde de efeitos benéficos, especialmente aquela praticada pela mulheres indígenas, com o fim de preservar e incorporar os valores da atenção tradicionalmente dispensada à saúde na prestação de serviços sanitários, e apoiar as pesquisas destinadas a alcançar tais objetivos;

k) desenvolver mecanismos para avaliar e difundir os dados disponíveis e os resultados das pesquisas aos pesquisadores, aos encarregados de formular políticas, aos agentes de saúde e grupos de mulheres, entre outros;

l) acompanhar as pesquisas sobre o genoma humano e outras pesquisas genéticas correlatas de uma perspectiva que tenha em conta a saúde da mulher e difundir informação e os resultados de estudos realizados de conformidade com as normas éticas convencionais.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

5. Aumentar os recursos e supervisionar o desenvolvimento da saúde das mulheres

Medidas que se devem adotar

110. Medidas que os governos em todos os níveis e, quando for o caso, em colaboração com as organizações não-governamentais, especialmente as organizações de mulheres e jovens, devem adotar:

a) aumentar as dotações orçamentárias para o atendimento primário à saúde e serviços sociais, com suficiente apoio aos níveis secundário e terciário, e prestar especial atenção à saúde reprodutiva e sexual das meninas e mulheres, dando prioridade aos programas de saúde nas zonas rurais e urbanas pobres;

b) descobrir maneiras inovadoras de financiar os serviços de saúde mediante a promoção da participação da comunidade e o financiamento local; aumentar, quando necessário, as dotações orçamentárias para os centros de saúde das comunidades e os programas e serviços baseados na comunidade que se dedicam às necessidades de saúde específicas das mulheres;

c) estabelecer serviços de saúde que incorporem as questões relacionadas com o gênero, baseados na participação da comunidade e auto-ajuda, assim como programas especialmente formulados de saúde preventiva;

d) estabelecer objetivos e prazos, se for o caso, para melhorar a saúde das mulheres e para planejar, aplicar, supervisionar e avaliar tais programas, de uma perspectiva que leve em conta repercussões de gênero, utilizando dados qualitativos e quantitativos discriminados por sexo, idade, outros critérios demográficos convencionais e variáveis socioeconômicas;

e) estabelecer, quando convier, mecanismos ministeriais e interministeriais para supervisionar a aplicação das reformas das políticas e programas de saúde das mulheres e estabelecer, quando apropriado, pontos focais de alto nível de coordenação nos organismos nacionais de planejamento responsáveis pela supervisão, a fim de assegurar que em todos os organismos e programas governamen-

tais competentes se dê a devida importância às preocupações sobre a saúde da mulher.

111. Medidas que os governos, as Nações Unidas e suas agências especializadas, instituições financeiras internacionais, doadores bilaterais e o setor privado, quando apropriado, devem adotar:

a) formular políticas favoráveis ao investimento na saúde da mulher e, quando apropriado, aumentar dotações para tais investimentos;

b) proporcionar assistência material, financeira e logística adequada às organizações não-governamentais de jovens para fortalecê-las e permitir-lhes ocupar-se das preocupações relativas aos jovens nas áreas de saúde, inclusive a saúde sexual e reprodutiva;

c) conceder maior prioridade à saúde da mulher e estabelecer mecanismos para coordenar e aplicar os objetivos de saúde da Plataforma de Ação e os acordos internacionais pertinentes que assegurem progresso.

LEIS DA UNIÃO ESTÁVEL

LEI 8.971 DE 29 DE DEZEMBRO DE 1994



Artigo 1º – A companheira comprovada de um homem solteiro, separado judicialmente, divorciado ou viúvo, que com ele viva há mais de cinco anos, ou dele tenha prole, poderá valer-se do disposto na Lei nº 5.478, de 25 de julho de 1968, enquanto não constituir nova união e desde que prove a necessidade.

Parágrafo único. Igual direito e nas mesmas condições é reconhecido ao companheiro de mulher solteira, separada judicialmente, divorciada ou viúva.

Artigo 2º – As pessoas referidas no artigo anterior participarão da sucessão do(a) companheiro(a) nas seguintes condições:

I – o(a) companheiro(a) sobrevivente terá direito, enquanto não constituir nova união, ao usufruto de quarta parte dos bens do *de cujus*, se houver filhos deste ou comuns;

II – o(a) companheiro(a) sobrevivente terá direito, enquanto não constituir nova união, ao usufruto da metade dos bens do *de cujus*, se não houver filhos, embora sobrevivam ascendentes.

III – na falta de descendentes e de ascendentes, o(a) companheiro(a) sobrevivente terá direito à totalidade da herança.

Artigo 3º – Quando os bens deixados pelo(a) autor(a) da herança resultarem de atividade em que haja colaboração do(a) companheiro(a), terá o sobrevivente direito à metade dos bens.

Artigo 4º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 5º – Revogam-se as disposições em contrário.

LEI 9.278 DE 10 DE MAIO DE 1996

Artigo 1º – É reconhecida como entidade familiar a convivência duradoura, pública e contínua, de um homem e uma mulher, estabelecida com objetivo de constituição de família.

Artigo 2º – São direitos e deveres iguais dos conviventes:

I – respeito e consideração mútuos;

II – assistência moral e material recíproca;

III – guarda, sustento e educação dos filhos comuns.

Artigo 3º – (Vetado)

Artigo 4º – (Vetado)

Artigo 5º – Os bens móveis e imóveis adquiridos por um ou por ambos os conviventes, na constância da união estável e a título oneroso, são considerados fruto do trabalho e da colaboração comum, passando a pertencer a ambos, em condomínio e em partes iguais, salvo estipulação contrária em contrato escrito.

§ 1º Cessa a presunção do *caput* deste artigo se a aquisição patrimonial ocorrer com o produto de bens adquiridos anteriormente ao início da união.

§ 2º A administração do patrimônio comum dos conviventes compete a ambos, salvo estipulação contrária em contrato escrito.

Artigo 6º – (Vetado).

Artigo 7º – Dissolvida a união estável por rescisão, a assistência material prevista nesta Lei será prestada por um dos conviventes ao que dela necessitar, a título de alimentos.

Parágrafo único. Dissolvida a união estável por morte de um dos conviventes, o sobrevivente terá direito real de habitação, enquanto viver e não constituir nova união ou casamento, relativamente ao imóvel destinado à residência da família.

Artigo 8º – Os conviventes poderão, de comum acordo e a qualquer tempo, requerer a conversão da união estável em casamento, por requerimento ao Oficial do Registro Civil da Circunscrição de seu domicílio.

Artigo 9º – Toda a matéria relativa à união estável é de competência do juízo da Vara de Família, assegurado o segredo de justiça.

Artigo 10 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 11 – Revogam-se as disposições em contrário.

LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

LEI 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996



Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Artigo 1º – O Planejamento Familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Artigo 2º – Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Artigo 3º – O Planejamento Familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único – As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I – Assistência à concepção e contracepção;
- II – O atendimento pré-natal;
- III – A assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV – O controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V – O controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Artigo 4º – O Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Artigo 5º – É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Artigo 6º – As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único – Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Artigo 7º – É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde de que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Artigo 8º – A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Artigo 9º – Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único – A prescrição a que se refere o *caput* só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Artigo 10 – Somente é permitida 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, desde de que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Artigo 11 – Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Artigo 12 – É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Artigo 13 – É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Artigo 14 – Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único – Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Artigo 15 – Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no artigo 10 desta Lei.

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o dispositivo no inciso II do art. 10 desta Lei;

II – com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III – através de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Artigo 16 – Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Artigo 17 – Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – reclusão de um a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Artigo 18 – Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – reclusão, de um a dois anos, e multa.

Artigo 19 – Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no *caput* e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal.

Artigo 20 – As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I – se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias — multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II – se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupadas, sem prejuízo de outras penalidades.

Artigo 21 – Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, neste caso, o disposto dos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22 – Aplica-se subsidiariamente a esta Lei disposto no Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, *caput*, e §§ 1º e 2º, 43, *caput* e incisos I, II e III; 44, *caput* e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, *caput* e incisos I e II; 46, *caput* e parágrafo único; 47, *caput* e incisos I, II e III; 48, *caput* e parágrafo único; 49, *caput* e §§ 1º e 2º; 50, *caput*, § 1º e alíneas e § 2º; 51, *caput* e §§ 1º e 2º, 52; 56; 129, *caput* e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Artigo 23 – O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Artigo 24 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 25 – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 19 de agosto de 1997;
176º da Independência e 109º da República.

Fernando Henrique Cardoso

ABSTRACT

Articles that discuss issues related to the civil status of women, their rights on family relations and sexual and reproductive health and, also a text that outlines a panorama of the legal replies to the HIV/AIDS epidemic in Brazil are presented in this volume.

As a complement to these articles, excerpts from Brazilian Law and Action Plans from the International Conferences of Cairo (Population and Development, 1994) and Beijing (IV Women's World Conference, 1995) were attached.

The paper *Civil Legislation about Family in Brazil*, by the lawyers Leila Linhares Barsted and Elizabeth Garcez, presents a critical and concise analysis of the historical evolution of the Brazilian civil rights, in particular giving emphasis to family law, with indications of the most relevant texts of laws on the matter.

The second paper, by the lawyer Leilah Borges da Costa, *The Evolution of the Protection of Stable Union in Brazilian Law*, highlights, along with the development of family law, based on the Federal Constitution of 1988, the rights originated from unions others than marriage and presents the main laws that regulate stable union between men and women and rights generated from concubinage relations.

These two papers do not intend to exhaust the extensive subject of civil rights, neither present and evaluate all the legal texts that regulate family relations. Therefore, references to rights related to family on labour, criminal and social welfare laws, for instance, are not discussed by the authors.

Brief Panorama of Sexual and Reproductive Health Rights in Brazil, by Leila Linhares Barsted, enhances how sexuality and reproduction issues have been regarded by Brazilian law and how they have become a specific field of legal regulation.

The lawyer Miriam Ventura, in her paper *Women, AIDS and Legislation* presents an account of the legal issues rised by the HIV/AIDS epidemic in Brazil. She analyses, more specifically, the legislative production on the subject, with the perspective of gender.