

Relatório Alternativo

Sétimo Relatório Periódico Brasileiro (CEDAW/C/BRA/7), Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, CEDAW, 51ª sessão

Elaborado pelas organizações e redes:

- . CLADEM/Brasil, Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
- . IPAS
- . Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
- . GESTOS Soropositividade Comunicação e Gênero
- . AÇÃO EDUCATIVA
- . ECOS Comunicação e Sexualidade
- . THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero
- . Relatorias Nacionais para o Direito Humano à Educação e pelo Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Dhesca Brasil
- . NIEM –Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- . REGES - Rede de Educação Sexualidade e Gênero e Jovens Feministas
- . Comissão de Cidadania e Reprodução
- . Coletivo Feminino Plural

Janeiro, 2012

INDICE

Apresentação.....	2
Introdução e Contextualização	2
Artigo 4º (Ações Afirmativas) e 7º (Direito à Vida Pública e Política).....	3
. No plano das recomendações (<i>Parágrafo 26</i>).....	4
. A Recomendação	4
Artigo 5º - Estereótipos de Gênero, Violências contra Mulheres, Lei Maria da Penha e Tráfico de Mulheres	4
. Lei Maria da Penha	5
. Tráfico de Mulheres	7
Artigo 10 – Educação	7
. Perfil Educativo e Mercado de Trabalho.....	8
. Políticas de Educação.....	9
. Situação da Educação Brasileira: mapeando algumas desigualdades	11
. Analfabetismo.....	12
Artigo 12 – Saúde sexual e reprodutiva, aborto	13
. Aborto inseguro: quarta causa de mortalidade materna no Brasil.....	14
. Saúde das Mulheres Negras, direitos sexuais e reprodutivos, violência	18
. Restraint to access to information	19
. Feminização da epidemia do HIV e relação com violência	19

Apresentação

Este relatório alternativo ao 7º Relatório Nacional Brasileiro à Cedaw, relativo ao período 2006 – 2009 é uma contribuição do movimento feminista e de mulheres para subsidiar o Comitê CEDAW em sua análise e manifestação sobre o relatório oficial encaminhado pelo Estado brasileiro em 2010, e garantir o necessário e efetivo cumprimento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).

Elaborado pelas organizações e redes CLADEM/Brasil (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher), IPAS, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, GESTOS Soropositividade Comunicação e Gênero, AÇÃO EDUCATIVA, ECOS Comunicação e Sexualidade, THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, Relatorias Nacionais para o Direito Humano à Educação e pelo Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Dhesca Brasil, NIEM – Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, REGES - Rede de Educação Sexualidade e Gênero e Jovens Feministas, Comissão de Cidadania e Reprodução, dentre outras, manifesta o acúmulo resultante das reflexões teóricas sobre as questões de gênero e da prática política do movimento feminista e de mulheres.

O relatório foi elaborado com base nas informações disponíveis em bancos de dados de organismos governamentais brasileiros, em publicações elaboradas a partir da produção das organizações da sociedade civil e de universidades, além daquela veiculada nos meios de comunicação e que subsidiam e confirmam através dos fatos as afirmações contidas em informes. Embora observe a sequência em que são apresentados os artigos da Convenção, enfoca os seguintes artigos: 1º e 2º (das discriminações), 5º (violência, tráfico e exploração sexual), 7º, 10 (educação) e 12 (saúde sexual e reprodutiva, aborto e AIDS).

Introdução e Contextualização

O documento *Relatório Alternativo ao Sétimo Relatório Nacional Brasileiro* reúne contribuições de um conjunto de redes, articulações e organizações de mulheres e núcleos de estudos de gênero de universidades e reflete, por um lado, os avanços obtidos nas últimas décadas, quando o país tornou-se signatário de todos os mais importantes compromissos relativos às garantias dos direitos humanos, em especial aqueles direcionados a assegurar melhores e mais elevados níveis de cidadania às mulheres. Nesta perspectiva, reflete o apanhado de políticas públicas elaboradas a partir dos conceitos de igualdade e equidade, da universalidade e da indivisibilidade dos direitos humanos, e da dignidade das mulheres. Nas duas últimas décadas, particularmente na década passada, período de análise pelo Comitê Cedaw, o Brasil aprofundou o processo de democratização das suas estruturas políticas e sociais, de acordo com a Constituição Federal datada de 1988. Em relação às mulheres, também na última década frutificou um conjunto de políticas públicas elaboradas pelo Governo Federal, com a participação da sociedade civil, para o que jogaram importante papel as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004, 2007 e 2011), as quais subsidiaram os três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Verificou-se neste período, ademais, o surgimento de uma nova legislação relativa à violência contra a mulher, inspirada na Convenção de Belém do Pará, a Lei Maria da Penha, um salto conceitual para prevenir, punir e eliminar a violência contra a mulher no Brasil.

O movimento de mulheres e feminista vem integrando os processos de prestação de contas do estado Brasileiro nas instâncias internacionais especialmente em relação à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher, além de ter atuado com destaque na Campanha internacional que obteve o Protocolo Facultativo à Cedaw e levou o Brasil à sua adesão. Apresentou Informe Alternativo em 2003 e em 2007, tendo feito o acompanhamento para o cumprimento das Recomendações.

Pela terceira vez o Movimento de Mulheres apresenta seu Relatório Alternativo, que expressa a visão crítica e propositiva de parcelas da sociedade brasileira, reconhecendo as limitações de sua abordagem, o que alerta para processos mais participativos e a necessidade de maior divulgação da Cedaw no Brasil.

Artigo 4º (Ações Afirmativas) e 7º (Direito à Vida Pública e Política)¹

As mulheres brasileiras estão menos representadas em numerosos setores da sociedade. Independente disso é consenso de que sua presença é imperativa nas esferas decisórias. Por esse motivo se tem recorrido a cotas para promover a participação da mulher em instâncias representativas. Mas as cotas por si só não têm sido garantia da representação equitativa de mulheres e homens. Os números resultantes de processos eletivos, segundo registros do Tribunal Superior Eleitoral brasileiro, não supõem igualdade automática. O Brasil apresenta, recorrentemente, um dos piores índices no empoderamento político feminino.

Estatísticas da União Interparlamentar (IPU, 2011) mostram o Brasil em 108º lugar no ranking de participação política das mulheres, em 188 países e 265 casas parlamentares, consideradas as eleições de outubro de 2010. Neste momento, a representação parlamentar feminina é de 8,6%, com 44 eleitas do total de 513 deputados federais; cifra bem inferior à da média mundial (19%) e, também, à da América Latina (20%). Capitaneada no Cone Sul, pela Argentina – em 12º lugar na classificação mundial (38,5%) –, como um dos países a denotar tendência regional ao crescimento da representação parlamentar feminina, enquanto os números brasileiros permanecem estagnados².

A comparação dos resultados eleitorais de 2006 e 2010 demonstra essa estagnação no Brasil. O aumento de candidatas no último pleito, no qual 23 deputadas foram reeleitas (50%), não altera o somatório da legislatura de 2007/2011, com 46 deputadas federais (8,9%). No Senado, esse desempenho tende a ser relativamente melhor. No mesmo comparativo, a contagem de senadoras, em meio a 81 representantes, aumenta de 10 (12,35%) para 13 (16%), enquanto, na vizinha Argentina, as mulheres detêm 26 (36%) das 72 vagas do Senado, proporção bem superior a da média mundial: aproximadamente 18% para as câmaras altas³.

Os déficits de empoderamento político das brasileiras têm reflexos em outros indicadores sociais. Enquanto melhorias em educação, renda e expectativa de vida levam o Brasil a melhores posições mundiais no seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), tal não se verifica em relação ao conjunto de aspectos da condição feminina. Situação afiançada em análises que medem disparidades de gênero relacionadas à saúde reprodutiva (mortalidade materna, gravidez precoce), atividade econômica (capacitação e participação no mercado de trabalho) e à participação em espaços de poder e decisão. Tais avaliações reforçam que as desvantagens das mulheres identificadas nessas áreas representam fatores de perdas potenciais de desenvolvimento humano.

Nas duas ocasiões em que o Brasil prestou contas sobre a aplicação da Convenção CEDAW (2003 e 2007), a exclusão política das mulheres aparece no documento “Observações Finais” (*Concluding Comments*), elencada entre as “Principais esferas de preocupação e recomendações” do Comitê.

¹ As informações dessa seção foram articuladas com base em: PRÁ, Jussara Reis. Reflexões sobre gênero, mulheres e política. In: PAIVA, Denise (Org.). *Mulheres, política e poder*. Goiânia: Editora da UFG, 2011. p. 101-126.

² IPU - INTER-PARLIAMENTARY UNION. *Women in national parliaments: situation as of 31 January 2011 – World Classification*. Disponível em: <<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>>.

³ Idem.

Em 2007, as preocupações nomeadas pelo Comitê (*Parágrafo 25*) servem para reintroduzir aspectos da relação mulher e política antes tratados, entre eles, o da fragilidade de dispositivos legais como o do sistema de cotas. Associado a isso, aparece o problema dos *déficits* de participação e representação política das mulheres. Nesses termos, o Comitê sinaliza para o não cumprimento do artigo 7º da Convenção, que exorta seus signatários a enfrentar a discriminação política de gênero, garantindo às mulheres: a) direito de voto e elegibilidade em órgãos de eleição pública; b) participação no desenho e execução de políticas públicas e representação em todos os níveis e esferas de governo; c) participação em associações não governamentais, a exemplo de partidos políticos e sindicatos, entre outros.

No plano das recomendações (*Parágrafo 26*), os posicionamentos do Comitê aprofundam reflexões sobre o impacto de fatores de ordem cultural e institucional no fenômeno da sub-representação política das mulheres. Saliente-se, nesse sentido, a Recomendação Geral n. 23, que sugere a definição de prazo concreto para aumentar o número de mulheres em cargos públicos e políticos.

A Recomendação voltada à inserção das mulheres na vida pública e política, “recupera os antecedentes políticos e normativos da construção dos direitos humanos das mulheres sobre participação política”⁴. Igualmente, os analisa e interpreta tendo em vista o contexto contemporâneo. Para tanto, se vale de outros dois artigos da Convenção, a saber: o artigo 4º, que requer a adoção de medidas especiais (cotas de gênero) para acelerar a igualdade de fato entre o homem e a mulher, e o artigo 5º (inciso a), que demanda a modificação de padrões socioculturais e a eliminação de estereótipos de gênero. Desse prisma, a discriminação política de gênero é abordada a partir da incidência de fatores normativos e culturais, com ênfase recorrente nos últimos.

O aporte da dimensão cultural pode ser sintetizado nas manifestações do Comitê sobre a falha de medidas legais (lei de cotas), para potencializar a representatividade política feminina. Daí a recomendação para que o governo brasileiro conjugue leis a campanhas de conscientização sobre a importância da inclusão política das mulheres, entendendo-a como algo intrínseco a uma sociedade democrática.

Também sobre as cotas, pode-se afirmar que o tema, inegavelmente, voltará à tona na avaliação do VII relatório brasileiro. Ainda mais quando se tem em conta que a revisão desse dispositivo, firmada na Lei n. 12.034, da minirreforma política de 2009, mostrou-se insuficiente para incidir, minimamente, sobre a ausência das mulheres em esferas de poder e decisão. Situação antes evidenciada quando se aludia a estatísticas parlamentares e aos baixos índices de empoderamento político feminino, lembrando resultados eleitorais. Portanto, fica em aberto o compromisso do país de enfrentar o problema da sub-representação das brasileiras na política.

Artigo 5º - Estereótipos de Gênero, Violências contra Mulheres, Lei Maria da Penha e Tráfico de Mulheres¹

A política brasileira de enfrentamento às violências contra mulheres está formulada em dois documentos principais: I e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2003 e 2007) e no Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2007).

⁴ PIMENTEL, Silvia. *Experiências e desafios: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) – relatório bienal de minha participação*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. p.48-49.

O Pacto Nacional foi recentemente revisto e ampliou de quatro para cinco os seus eixos estruturantes⁵: A) Garantia da aplicação da Lei Maria da Penha; B) Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; C) Garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça; D) Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à violência sexual e ao tráfico de mulheres; E) Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos. Apesar de o Pacto dispor sobre a garantia da aplicação da Lei Maria da Penha, conforme relatamos abaixo, a implementação plena da Lei está longe de se concretizar.

Além disso, o orçamento destinado à Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) órgão destinado a coordenar as políticas de gênero, vem sistematicamente sofrendo cortes. A área de violência, na proposta orçamentária para o próximo ano (PPA) sofreu uma redução de cerca de 40%⁶, comprometendo a execução da política nacional de enfrentamento às violências contra mulheres e a efetivação da Lei Maria da Penha.

Lei Maria da Penha

Desde sua criação, a Lei Maria da Penha vem sendo contestada por magistrados que a entendem inconstitucional por proteger exclusivamente as mulheres. Além disso, aplicam os mecanismos da conciliação e suspensão condicional do processo, ou exigem a representação da vítima nos crimes de lesão corporal de natureza leve, isto é, manifestação formal do desejo da vítima de processar o agressor. Esses institutos foram expressamente proibidos pela Lei Maria da Penha porque banalizam a violência contra mulheres e impedem a punição dos agressores.

Essas interpretações contrárias à Lei geraram duas ações no Supremo Tribunal Federal: uma Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC No. 19) proposta pela Advocacia Geral da União em 2006 que requer que a Suprema Corte decida que a Lei não é inconstitucional por proteger exclusivamente as mulheres. Há também uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN No. 4424, de 04/2010), proposta pela Procuradoria da República para que não seja exigida a representação da mulher nos crimes de lesão corporal de natureza leve. No entanto, nenhuma dessas ações foi ainda julgada pelo Supremo Tribunal Federal. É fundamental uma decisão do STF para por fim às essas controvérsias jurídicas.

Não bastasse isso, o Supremo Tribunal Federal proibiu a aplicação da suspensão condicional do processo, mas muitos juízes seguem aplicando, pois não há punição para os que descumprem essa decisão.

Ademais, a Lei prevê a criação de Juizados Especializados para o julgamento dos crimes de violência doméstica, com equipe multidisciplinar formada por profissionais do direito, psicólogos e assistentes sociais. No entanto, há dificuldade na criação desses juizados e das equipes multidisciplinares.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça, atualmente, existe 42 varas adaptadas e 52 juizados especializados⁷, sendo que a maioria deles localiza-se nas capitais dos estados⁸. Embora tenhamos hoje, um juizado em cada estado, este número é insuficiente para a demanda. Para exemplificar: o

⁵ A primeira versão do Pacto previa quatro eixos estruturantes: 1 Fortalecimento da Rede de Atendimento e Implementação da Lei Maria da Penha; 2. Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento da Feminização da Aids; 3. Combate à Exploração sexual da Mulher e Adolescente e ao tráfico mulheres e 4. Promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão. Ver: Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, p. 21. Disponível online. Acesso em 18/12/2011. http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf

⁶ Conforme Cfemea. www.cfemea.org.br

⁷ <https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/busca.php?uf=TD&cod=24>.⁷, em 2010, havia 43 juizados especializados de Violência doméstica.

⁸ <https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/busca.php?uf=TD&cod=25>

estado de São Paulo, com mais de 41 milhões de habitantes, conta apenas com um juizado especializado, o que demonstra a resistência do Poder Judiciário local em criar os juzizados. Igualmente, no estado do Rio Grande do Sul, há também apenas um juizado com mais de 20 mil no ano de 2011. Comparando com processos de família, onde há 8 varas de família cada uma com cerca de 1500 processos, observa-se a total desproporção.

O número de processos nos Juzizados cresce a cada dia. Segundo o CNJ, de setembro de 2006 a março de 2011 foram registrados mais de 330 mil procedimentos envolvendo violência doméstica e familiar contra mulheres; sentenciados 111 mil processos, além de realizadas mais de 9 mil prisões em flagrante e decretadas 1.500 prisões preventivas⁹.

No entanto, há problema na coleta dessas informações, pois elas não abarcam as varas criminais e as varas adaptadas, o que significa dizer que o número de processos de violência doméstica é muito superior ao relatado. A falta de uniformidade na coleta de dados sobre a Lei Maria da Penha impede que se tenha uma base precisa do número de processos efetivamente julgados.¹⁰ Há necessidade de que o Conselho Nacional de Justiça uniformize a coleta de dados dos tribunais referentes aos crimes da Lei Maria da Penha.

A estrutura dos Juzizados não é compatível com o preceituado na Lei Maria da Penha, pois uma vara com 2000 processos deveria ter um juiz titular e equipe multidisciplinar e aqueles com mais de 5 mil processos, dois juízes titulares e equipes multidisciplinares¹¹. A atual situação dos juzizados de violência doméstica, na grande maioria dos tribunais não atende a essas condições. Para exemplificar, conforme o Juiz da Vara de Violência Doméstica de Porto Alegre, RS, em 05 de agosto de 2011, a Vara de VD possuía 20 mil processos e apenas um Juiz titular¹², contrariando expressamente o Manual de Rotinas do CNJ.

Além disso, há inúmeros procedimentos registrados nas Delegacias da Mulher que não necessariamente deveriam gerar inquéritos policiais. Mas a falta de capacitação por um lado e defensores nas delegacias por outro, faz com que todo e qualquer procedimento vire um processo criminal, abarrotando os Juzizados Especializados.

A Lei Maria da Penha prevê mecanismos para monitoramento e avaliação de sua implementação. No ano de 2007 foi instituído o Observatório para a Implementação da Lei Maria da Penha – Observe uma instância autônoma, da sociedade civil, que funciona através de um Consórcio formado por núcleos de pesquisa e organizações não-governamentais de todo o país, e tem por objetivo primordial acompanhar, a partir da coleta, análise e divulgação de determinadas informações, o processo de efetivação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Seus resultados estão consolidados em Informes com base em Avaliação da rede nacional delegacias especializadas para as mulheres e Juzizados de Violência Doméstica e Familiar¹³. No entanto, pela falta de continuidade do financiamento público desta iniciativa, este Observatório encontra-se sem meios para desenvolver as suas atividades para o qual foi criado¹⁴.

⁹ Ver <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/13542-lei-maria-da-penha-resultou-em-111-mil-sentencas-ate-julho-de-2010-constata-balanco-parcial-do-cnj>

¹⁰ Idem.

¹¹ Conforme o Manual de Rotinas e Estruturação dos Juzizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, editado pelo Conselho Nacional de Justiça (2010)

¹² O sofrimento das mulheres. Artigo de Opinião, publicado no Jornal Zero Hora, em 05/08/2011, p. 14. Disponível online: http://www.spm.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=1189&cod_menu=6

¹³ Domestic Violence and Women's Access to Justice in Brazil http://www.observe.ufba.br/_ARQ/UNIFEM.pdf.

¹⁴ Frente aos persistentes e elevados índices de violência contra as mulheres, uma importante ação da Sociedade Civil brasileira tem sido a realização de Campanhas, entre as quais destaca-se a Campanha Ponto Final na Violência Contra Mulheres e Meninas. Esta iniciativa está voltada a mudanças de padrões culturais que legitimam a violência. No documento de Linha de Base da Campanha Ponto Final em quatro países em que se desenvolve (We Can Stop the

Tráfico de Mulheres

Em recente Relatório sobre violência contra mulheres no Cone Sul¹⁵, o UNODC reconhece que a violência nas relações familiares aumenta o risco e a exposição de meninas e mulheres a outras formas de violência, como a exploração sexual e o tráfico de pessoas. Sabe-se que o tráfico não se restringe às mulheres, mas sua está, relacionada à desigualdade de gênero.

A ausência de dados concretos sobre o tráfico tem sido um obstáculo à formulação de políticas públicas e repressão mais eficaz. O primeiro levantamento que reuniu dados nacionais sobre essa violação aos direitos humanos foi a Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil, data de 2002. O estudo apontou 241 rotas para o tráfico transnacional e interestadual, o perfil de vítimas, de aliciadores e sugeriu políticas públicas para enfrentamento do problema. Quase 10 anos depois não se conta com dados que possam mapear de modo mais efetivo, as rotas do tráfico, o modo como as mulheres brasileiras são traficadas e medidas concretas para seu impedimento. Da mesma forma, são insuficientes as medidas governamentais tomadas para prevenir e punir a exploração sexual de meninos e meninas no Brasil.

Artigo 10 – Educação

Assim como outros países da América Latina, predomina um entendimento de setores governamentais e da sociedade civil que no Brasil os desafios da garantia dos direitos das mulheres e, de forma mais ampla e relacional, a equidade de gênero (entre homens e mulheres) na educação já foram “resolvidos”. Esta visão é reforçada por diversos relatórios produzidos pelo Estado brasileiro nas últimas décadas que apontam a maior escolaridade e melhor desempenho das mulheres na educação como resposta definitiva às metas internacionais referentes às inequidades de gênero na educação.

Não se pode negar o avanço expresso nos indicadores nacionais de educação com relação ao acesso das mulheres à escolarização. Porém, essa conquista é insuficiente para afirmar que o país tenha alcançado a equidade entre homens e mulheres nesta área e cumprido as metas internacionais de uma educação não-sexista e não-discriminatória. O momento em que o país se encontra nesse desafio exige um olhar mais complexo e matizado que permita captar as desigualdades e discriminações de gênero que se perpetuam na educação brasileira e reconfigurar uma agenda de ação nas políticas públicas mais precisa.

O Informe Brasil Gênero e Educação¹⁶ aponta que as problemáticas de gênero na educação brasileira se relacionam predominantemente a cinco grandes desafios, profundamente interligados:

Violence Against Women, Brazil, Bolivia, Guatemala, Haiti) apesar de se detectar a percepção por parte dos funcionários e agentes políticos sobre os índices e a gravidade da violência, os estados não são capazes de garantir às mulheres uma vida sem violência, ou porque as políticas são insuficientes, ou porque a aceitação social é tão elevada que os esforços não são significativos. Esta problemática é agravada pela presença de problemas sociais como a delinquência, a exploração sexual e tráfico de pessoas, que colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade¹⁴.

¹⁵ Ver UNODC. <http://www.unodc.org>

¹⁶ O Informe Brasil – Gênero e Educação foi produzido no marco da Campanha Educação Não Sexista e Anti Discriminatória pela organização Ação Educativa, com colaboração da organização Ecos - Comunicação e Sexualidade, do Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) do Instituto Sedes Sapientiae/SP e da Relatoria Nacional para o Direito Humano à Educação da Plataforma DHESCA Brasil. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org/images/stories/pdfs/informegeneroeducacaoout2011.pdf>

1. **Desigualdades persistentes entre as mulheres brasileiras:** o avanço nos indicadores de acesso e desempenho é marcado pelas desigualdades entre mulheres de acordo com a renda, raça e etnia e local de moradia (rural e urbano), com destaque para a situação das mulheres negras e indígenas;
2. **Situação de pior desempenho e de maiores obstáculos para permanência na escola por parte dos meninos brasileiros,** em especial, dos meninos negros;
3. **Manutenção de uma educação sexista e discriminatória** no ambiente escolar e **da concentração das mulheres em cursos e carreiras “ditas femininas”;**
4. **Baixa valorização das profissionais de educação básica,** que representam quase 90% do total dos profissionais de educação, que – em sua gigantesca maioria – recebem salários indignos e exercem a profissão em precárias condições de trabalho;
5. **Acesso desigual à educação infantil de qualidade.**

Perfil Educativo e Mercado de Trabalho

No que se refere ao perfil educacional da população brasileira, os dados apresentados revelam que, em média, as mulheres brasileiras alcançaram níveis educativos superiores aos dos homens, apresentando melhor desempenho na maioria dos indicadores educacionais. Em 2005, do total da população concluinte do ensino fundamental, 54,3% eram do sexo feminino. No ensino médio, as mulheres chegaram a 57,6% dos concluintes e no ensino superior representam mais de 60% do total de matriculados e ultrapassam 65% dos concluintes. Apenas 42,2% dos rapazes entre 15 e 18 anos estavam matriculados no ensino médio em 2006, enquanto essa taxa chegava a 52,3% para as jovens de mesma idade¹⁷.

As mulheres representam cerca de 55% da população com nível superior completo (graduação) e superaram os homens em obtenção de títulos de doutorado a partir de 2004. No entanto, quando se trata dos níveis mais elevados de escolarização (pós-graduação), as mulheres respondem por apenas 43% do total de pessoas com mais de 16 anos de estudo. Tanto no ensino superior como na educação de jovens e adultos, as mulheres de faixas etárias mais elevadas apresentam indicadores piores do que os homens de mesma idade.

Apesar dos avanços, é fundamental destacar que ainda existem grandes desigualdades entre elas, sobretudo com relação às variáveis cor/raça e local de residência (urbano/rural). Porém, ainda há poucos dados disponíveis que permitem visualizar e analisar com mais precisão as desigualdades —cruzadas entre as variáveis sexo, cor/raça, local de residência, região, idade, presença de deficiência, entre outras.

País marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas, políticas e educacionais, o Brasil viveu nas últimas décadas o crescimento do acesso ao ensino fundamental, mas ainda insuficiente para garantir a universalização da escola obrigatória. Cerca de 700 mil crianças e adolescentes fora da escola, especificamente entre a faixa etária de 4 a 17 anos, são mais de 4 milhões de crianças e jovens fora da escola. O país apresentava em 2010 a maior taxa de repetência na educação básica da América Latina (18,7%)¹⁸, e a maior taxa de evasão escolar do Mercosul (3,2% para o ensino fundamental e 10% para o ensino médio)¹⁹.

¹⁷ IPEA, SPM, UNIFEM (2008). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça*. [Luana Pinheiro et al.] Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). 3. ed. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto_retrato_3educacao.pdf

¹⁸ UNESCO (2010). *Relatório sobre educação mundial*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001886/188644por.pdf>

¹⁹ IBGE (2010). *Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

Tal realidade leva a que pouco mais da metade dos alunos que entram no ensino fundamental, consigam chegar ao final do ensino médio.

O funil se agrava nas regiões mais pobres, entre a população negra e entre as comunidades que vivem nas áreas rurais do país. Na maioria dos estados do Nordeste, o índice de conclusão do ensino fundamental é inferior a 40%. Para todas as regiões, quanto maior a série freqüentada, maior a defasagem média dos alunos²⁰

Entre os fortes diferenciais de escolarização da população segundo situação de domicílio destaca-se que a média de anos de estudo da população urbana é de 7,3 anos de estudo contra 4,2 anos de estudo da população rural. Outro elemento importante a ser observado, entre as desigualdades de cor/raça na educação, é a forte seletividade na educação básica, na qual os meninos negros são os mais atingidos pela exclusão escolar. No ensino superior, enquanto entre a população geral temos 4,7% de pessoas com mais de 15 anos de estudo, esse percentual cai para 1,7% em relação à população negra e é de apenas 0,12% entre o total da população indígena.

A expansão do acesso à educação não veio acompanhada de uma educação de qualidade, fazendo com que grande parte das crianças e jovens que passem pela escola não consegue alcançar os níveis mínimos de aprendizagem em leitura, escrita e matemática. Tal quadro leva que o país conte atualmente com mais de 20,3% sua população considerada analfabeta funcional, cerca de 30 milhões de pessoas que não conseguem interpretar textos simples (PNAD/IBGE/2010). Na região nordeste, o problema atinge mais de 30% da população enquanto que na região sudeste o percentual fica em 15%.

Diversos estudos nacionais apontam que, apesar das mulheres apresentarem uma escolaridade maior do que os homens, tal vantagem ainda não se reflete diretamente na melhoria de rendimentos, condições de trabalho, na ocupação de postos de liderança e na partilha do trabalho doméstico, ainda sob responsabilidade predominante das mulheres. Segundo documento da OIT, articulado às iniciativas da organização para a promoção do trabalho decente²¹ no Brasil, e elaborado a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008), dos 97 milhões de pessoas acima de 16 anos presentes no mercado de trabalho, as mulheres correspondiam a cerca de 42,5 milhões (43,7% do total) e a população negra (homens e mulheres) a cerca de 48,5 milhões de pessoas (cerca de 50%).

Políticas de Educação

Políticas orientadas a erradicar os estereótipos de gênero (em conteúdos e cotidiano escolar)

O tema é contemplado nos programas de compra e distribuição de material didático (Programa Nacional do Livro Didático – PNLD, Programa Nacional do Livro Didático para a Alfabetização de Jovens e Adultos – PNLA e Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio – PNLEM). Seus editais determinam, por exemplo, que os livros inscritos nos programas devem reconhecer e tratar adequadamente a diversidade de gênero. Há recomendações parecidas sobre temas como a diversidade étnico-racial e regional. Porém, não há avaliações sistemáticas sobre os impactos dessas recomendações no mercado editorial, sendo ainda muito presente a existência de livros didáticos bastante estereotipados com relações às questões de gênero, raça, diversidade sexual, regionalidade e etc.

Já o Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero/Programa Mulher e Ciência pode ser considerado uma ação que contribui à erradicação dos estereótipos de gênero na medida em que coloca como seu objetivo o estímulo à reflexão acerca das relações de gênero no âmbito da comunidade estudantil e de professores(as), tanto do ensino médio e profissional como do ensino superior. Em 2009 foi incluída uma nova categoria de

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf

²⁰ Haddad, S. (2007). *Educação e Exclusão no Brasil*. São Paulo, Ação Educativa, 2007.

²¹ Segundo a definição da OIT, trabalho decente é um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança e que seja capaz de garantir uma vida digna para trabalhadores e trabalhadoras.

premiação: além de escolher as melhores redações (ensino médio) e trabalhos de pesquisa (graduação, mestrado e doutorado), também podem concorrer escolas públicas e privadas que tenham desenvolvido ações na comunidade escolar em favor da igualdade de gênero. Isso amplia o reconhecimento em favor da igualdade entre mulheres e homens da esfera estritamente individual de cada participante para uma esfera coletiva.

Há, por fim, duas ações em curso que possuem a temática de gênero como seu foco principal e que tratam tanto da erradicação de estereótipos como de atitudes e práticas discriminatórias baseadas em sexo, raça, origem étnico, gravidez, orientação sexual, identidade de gênero, doenças, condição socioeconômica, entre outras.

O Curso Gênero e Diversidade na Escola é uma ação interinstitucional²², iniciada em 2006, cujo objetivo é formar, de maneira semi-presencial, educadores(as) das redes públicas de educação básica nos temas gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais, visando provê-los(as) de ferramentas para refletirem criticamente sobre a prática pedagógica individual e coletiva e combaterem toda forma de discriminação no ambiente escolar. Faltam avaliações sistemáticas sobre os impactos dessas formações no cotidiano escolar e há o desafio de como expandi-las, de maneira a possibilitar que essa agenda entre na pauta da atuação do conjunto dos profissionais da educação do país.

Já o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos – PNEDH possui quatro metas relacionadas diretamente às questões de gênero, três delas para a educação básica e uma para o ensino superior. No entanto, segundo o MEC, a implementação das metas do PNEDH começaria em 2009, especialmente por meio da formação e da capacitação de profissionais da educação básica e do financiamento à elaboração de material didático. Neste sentido, ainda é difícil avaliar como estão sendo executadas estas políticas e quais são seus resultados. De toda maneira, vale a pena citar que essas quatro metas, de certa maneira, já estavam contempladas no Plano Nacional de Educação, elaborado em 2001, ainda que sem tanto detalhamento. São elas: fomentar a inclusão, no currículo escolar, das temáticas relativas a gênero, identidade de gênero, raça e etnia, religião, orientação sexual, pessoas com deficiências, entre outros, bem como todas as formas de discriminação e violações de direitos, assegurando a formação continuada dos(as) trabalhadores(as); apoiar projetos de enfrentamento a todas as formas de discriminação e violações de direitos na escola; propor ações fundamentadas em princípios de convivência, para que se construa uma escola livre de preconceitos, violência, abuso sexual, intimidação e punição corporal, incluindo procedimentos para a resolução de conflitos e modos de lidar com a violência e perseguições ou intimidações; e desenvolver políticas estratégicas de ação afirmativa nas IES que possibilitem a inclusão, o acesso e a permanência de pessoas com deficiência e aquelas alvo de discriminação por motivo de gênero, de orientação sexual e religiosa, entre outros e seguimentos geracionais e étnico-raciais.

Políticas compensatórias dirigidas a grupos em situação de vulnerabilidade, especialmente a grupos de mulheres

Não foram encontradas políticas compensatórias dirigidas exclusiva ou especialmente às mulheres. Da mesma maneira, as políticas compensatórias implantadas²³ no período não explicitam metas ou ações dirigidas, especificamente, a mulheres ou a homens. Os dados desagregados por sexo disponíveis tampouco são muito detalhados. No caso do ProUni, o site informa que, em 2009, 47,55% das pessoas beneficiadas com bolsas eram mulheres. Faltariam, por exemplo, dados desagregados por curso, região e tipo de bolsa (parcial ou integral).

Por fim, é importante ressaltar que outros programas formação e capacitação, cujo executor também é o Ministério da Educação, não deixam evidente a abordagem de temas relativos à igualdade de gênero. Não foi possível encontrar menção à promoção de práticas igualitárias entre mulheres e homens nos seguintes

²² Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas Públicas de Igualdade Racial e Ministério da Educação

²³ Programa Universidade para Todos – ProUni, Programa de Ações Afirmativas para a População Negra nas Instituições Federais e Estaduais de Educação Superior – Uniafro e Programa Diversidade na Universidade

programas: Programa Nacional Escola de Gestores da Educação Básica Pública, Programa de Apoio à Formação Superior e Licenciaturas Indígenas – PROLIND, Rede Nacional de Formação de Professores e Programa Nacional de Capacitação de Conselheiros Municipais de Educação – Pró-Conselho.

Situação da Educação Brasileira: mapeando algumas desigualdades

Número de pessoas em idade escolar fora do sistema educativo

Segundo a PNAD 2007, 2,4% das crianças de 7 a 14 anos – referente à etapa obrigatória do ensino fundamental – estão fora da escola, São cerca de 680 mil crianças de 7 a 14 anos: a maioria delas negras, indígenas, quilombolas, deficientes, pobres, sob risco de violência e exploração. Desse total, cerca de 450 mil são negras, o que explicita, mais uma vez, o desafio da desigualdade racial na educação ²⁴. Do total de crianças fora da escola, 312 mil são meninas e 368 mil são meninos, mais um dado que configura a situação de desvantagem dos meninos em relação às meninas na educação brasileira.

Cerca de 18% dos jovens de 15 a 17 anos brasileiros estão fora da escola, mais de 1 milhão de adolescentes. As meninas apresentam vantagem em relação aos meninos tanto no que se refere à escolaridade e à menor distorção idade-série. São 18,7% de meninos e 17% de meninas na faixa etária de 15 a 17 anos fora da escola. No entanto, desse total, 44% não concluíram o ensino fundamental e apenas 48% cursavam o ensino médio, o nível que seria adequado a essa faixa etária. O grupo de 15 a 17 anos apresenta uma grande distorção idade-série, embora os indicadores de frequência líquida estejam melhorando no país. A taxa frequência líquida no ensino médio em 2007 foi de 53,8% para as mulheres, enquanto entre os homens foi de 42,4% (Unicef 2009).

Para a faixa etária de 18 a 25 anos 70% dos homens e 68,2% das mulheres estão fora da escola. Segundo o relatório *Direito a Aprender* ²⁵ a diferença na escolarização entre homens e mulheres nessa faixa etária é maior nas regiões sudeste e sul, as mais desenvolvidas economicamente.

Não estão disponíveis informações desagregadas por sexo sobre o número de pessoas em idade escolar fora da escola com deficiências e segundo área de residência, para as populações indígena e negra.

Indicadores de permanência e conclusão

Não há informação desagregada por sexo para as taxas de conclusão do ensino fundamental e médio, ingressantes no ensino fundamental (segundo idades), ingressantes no ensino fundamental com pré-escola, taxas de transição do último ano/série do ensino fundamental ao primeiro ano do ensino médio, taxas de repetência de escolar. Estudos qualitativos e de estados no Brasil apontam que a repetência é mais presente entre os meninos.

Os dados de distorção idade-série mais uma vez explicitam as desigualdades de gênero, em desvantagem dos meninos e adolescentes ²⁶. As brechas entre meninos e meninas crescem ao longo do ensino fundamental e se intensificam no ensino médio. Destaca-se a desigualdade existente entre meninas brancas, que apresentam a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental em 19,1%, e meninos negros, com taxa de 41,6%. A diferença entre meninos e meninas é mais intensa no campo do que na cidade, chegando a 11,8% no mundo rural e ficando em 7,3% no urbano.

²⁴ Unicef (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

²⁵ UNICEF (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

²⁶ IPEA, SPM, UNIFEM (2008). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça*. [Luana Pinheiro et al.] Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). 3. ed. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto_retrato_3edicao.pdf

O trabalho doméstico, exercido majoritariamente por meninas, e a inserção no mercado de trabalho pelos meninos constituem fatores que prejudicam a escolarização de moças e rapazes, principalmente a dos meninos negros das regiões mais pobres do país²⁷. Porém, o trabalho é somente um dos fatores – entre outros - que impactam as trajetórias escolares, sem que exista uma relação direta e linear de causa e efeito (defasagem na escola + trabalho)²⁸. De cada dez meninos, cinco estão defasados e somente um deles trabalha. Há necessidade de se voltar o olhar para fatores intra-escolares para compreender de forma mais ampla e complexa tal realidade, em espacial, o lugar das masculinidades e feminilidades, associadas ao pertencimento racial, dentro das escolas²⁹.

Segundo o relatório *Direito a Aprender*³⁰, a gravidez na adolescência está entre as principais causas de evasão escolar de meninas no Brasil. De acordo com o estudo *Situação Educacional dos Jovens Brasileiros na Faixa Etária de 15 a 17 anos*, citado no relatório, 1,6% das meninas desse grupo que estudam são mães. Esse número salta para 28,8% entre as jovens que estão fora da sala de aula, o que mostra que a gravidez na adolescência é um fator importante para a evasão e o abandono de meninas, em especial entre as jovens de famílias de baixa renda. Além disso, se analisarmos os dados sobre a taxa de natalidade entre adolescentes, é possível constatar que as regiões com maior número de mães jovens são também aquelas com maiores taxas de abandono escolar.

Na faixa etária entre 15 e 18 anos, em um movimento inverso ao das meninas brancas e negras, os meninos brancos e negros tem sua taxa de frequência bruta ligeiramente diminuída ao longo da década, sendo a queda maior entre os meninos negros. As adolescentes brancas e negras aumentam sua frequência passando de 83,6% para 86% (meninas brancas) e 76,4% para 80,5% (meninas negras) entre 2001 e 2007. A queda da taxa de frequência bruta de meninos brancos e negros se intensifica na faixa etária de 19 a 24 anos, sendo ainda maior entre os jovens negros que passam de 31,7% para 27,2%. Nessa faixa etária, as meninas negras também enfrentam a queda da taxa de escolarização bruta, passando de 31,7% para 27,7%. Somente as jovens brancas mantêm a estabilidade de frequência na faixa etária de 19 a 25, ficando o percentual em 36,1%.

Com relação à desigualdade entre crianças negras e brancas na educação infantil de 0 a 3 anos, a diferença chega a 5%, em desvantagem para a população negra. Quando observamos a diferença entre crianças urbanas e rurais, a desigualdade alcança 13 pontos em prejuízo das crianças rurais. Há uma pequena vantagem na educação infantil de 0 a 3 anos dos meninos com relação às meninas ao longo da década, passando de 10,8% e 10,4% em 2001, para 18,4% e 17,8% em 2008, respectivamente (Observatório da Equidade, 2009), decorrente do perfil da população nessa faixa etária, na qual os meninos estão em ligeira maioria.

Analfabetismo

A taxa de analfabetismo para a população de 15 anos ou mais de idade sofreu queda na última década passando de 13,6% em 2000 para 11,4% em 2004 e chegando a 10% em 2008. Em 2010, a taxa ficou em 9,6%. Segundo dados da Pnad 2008, a taxa estagnou entre 2007 e 2008, embora o número absoluto tenha aumentado, de 14,687 milhões para 14,736 milhões de pessoas. Entre os anos de 2000 e de 2008, a taxa de analfabetismo entre os homens caiu de 12,4% para 10,2% e entre as mulheres, a queda foi de 12,3% para

²⁷ Artes, A. C. A.; Carvalho, M. P. de (2010). —O trabalho como fator determinante da defasagem escolar dos meninos no Brasil: mito ou realidade?. *Cadernos Pagu* (34), janeiro-junho de 2010. Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Unicamp.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

³⁰ Unicef (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Salette Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

9,8%. É importante destacar que foi a partir de 2000, que as mulheres brasileiras passaram a apresentar taxas de analfabetismo inferiores a dos homens.

As taxas de analfabetismo são maiores entre as faixas etárias mais velhas. Apesar de todos os grupos etários experimentarem diminuição na taxa de analfabetismo no período de 2001-2007, proporcionalmente, a queda foi maior entre os jovens de 15 a 17 anos e de 18 a 24, que passaram de 3% para 1,7% e de 4,8% para 2,4%, respectivamente. Entre os pesquisados com idade de 25 anos ou mais, embora tenha havido queda, concentra-se a maior proporção de brasileiros que não sabem ler nem escrever.

Apesar da melhoria dos indicadores nos últimos anos, o analfabetismo entre jovens negros de 15 a 29 anos é quase duas vezes maior do que entre brancos – taxa que era três vezes maior no início da década (Unicef/2009)³¹. A brecha aumentou entre brancos e negros nas faixas etárias superiores; observa-se que é maior entre os homens do que entre as mulheres, em desvantagem dos jovens e homens negros.

Novamente, observa-se que a incidência maior do analfabetismo ocorre em áreas rurais. Entre 2001 e 2007, a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais de idade variou de 28,7% para 23,3%, sendo que, diferentemente das áreas urbanas, os homens representam a maioria das pessoas não-alfabetizadas. Entre 2001 e 2007, as mulheres ainda constituem a maioria das pessoas não-alfabetizadas na área urbana.

Com relação ao analfabetismo funcional na população de 15 a 64 anos, os homens constituem a maioria. A taxa relativa a eles passou de 40% em 2001 para 29% em 2009 e das mulheres de 39% para 27% no mesmo período, segundo a pesquisa Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (Inaf), desenvolvida pelas organizações Instituto Paulo Montenegro/Ibope e Ação Educativa.

Apesar da melhoria dos indicadores nos últimos anos, o analfabetismo entre jovens negros de 15 a 29 anos é quase duas vezes maior do que entre brancos – taxa que era três vezes maior no início da década (Unicef/2009). Novamente, observa-se que a incidência maior do analfabetismo ocorre em áreas rurais e junto a mulheres e homens negros.

Artigo 12 – Saúde sexual e reprodutiva, abortoⁱⁱ

Segundo informa o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio de março de 2010³², o Brasil não vai alcançar a meta de redução da mortalidade materna até 2015, na razão de 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Atualmente a razão da mortalidade materna é de 75 óbitos por 100.000 e a projeção de 2008 a 2015 é de 69 a 77 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Segundo o Relatório, houve redução de 56% nas causas obstétricas diretas e aumento de 33% nas causas indiretas relacionadas às doenças pré-existentes que foram agravadas por problemas circulatórios e respiratórios na gravidez.

O Relatório informa que para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5, relacionado a saúde materna e redução da mortalidade materna, seria necessário a implementação de ações de saúde voltadas para o planejamento familiar, a atenção ao aborto previsto em lei, a qualificação da atenção do pré-natal realizada pelas equipes de saúde da família, o encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados, a atenção adequada durante o trabalho de parto e no pré-parto e o tratamento de urgências e emergências obstétricas. O maior problema para a redução da mortalidade materna no Brasil refere-se à melhoria da qualidade da atenção e a organização dos serviços de atenção a mulher, uma vez que a cobertura do acesso é considerada praticamente universal, com pelo menos uma consulta de pré-natal realizada e parto assistido (76% dos partos são realizados no Sistema Único de Saúde) e alta prevalência de uso de métodos contraceptivos.

³² Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento – Brasília: Ipea, 2010.

Desde o último relatório ao Comitê CEDAW, o governo implementou algumas ações voltadas para a redução da mortalidade materna que não foram suficientes para garantir o direito à saúde sexual e reprodutiva. Dentre as principais causas de mortalidade materna no Brasil, desde 1990, tem-se a hipertensão, as hemorragias, as infecções puerperais e o aborto. Para reduzir a morte materna, o governo criou, em 2011, o programa Rede Cegonha³³ que oferece atendimento adequado às mulheres e seus filhos atendendo a uma necessidade concreta das mulheres que desejam engravidar – já que muitas são mal atendidas pelos serviços públicos e perdem seus filhos ou mesmo suas vidas à espera de leitos em hospitais superlotados. Porém, o Programa atende apenas mulheres gestantes, e é um retrocesso em relação a uma visão de saúde integral da mulher³⁴, cujo direito ao amparo da saúde pública independe de optar ou não pela maternidade. O Programa privilegia a assistência ao pré-natal, parto e puerpério como estratégia para a redução da mortalidade materna, o que se revela insuficiente para alcançar tal finalidade.

Aborto inseguro: quarta causa de mortalidade materna no Brasil

No Brasil, o aborto inseguro está entre as principais causas de mortalidade materna, representando 11% do total das mortes de mulheres ocorridas durante a gravidez, parto ou pós-parto. As mulheres negras apresentam um risco 3 vezes maior de morrer por aborto inseguro do que as mulheres brancas; mulheres com baixa escolaridade possuem acesso deficiente às políticas de planejamento familiar para prevenção de uma gravidez indesejada. Em Salvador, onde a população é majoritariamente negra, desde o início da década de 90 o aborto é a primeira causa isolada de mortalidade materna³⁵ e é a terceira causa de morte materna na cidade de São Paulo.

Estatísticas revelam dados alarmantes que colocam o aborto como um problema de saúde pública. Estima-se que no Brasil ocorram mais 1 milhão de abortos³⁶ e o vínculo entre sua ilegalidade e a mortalidade materna já é reconhecido. Além disso, a cada ano são registradas 250 mil internações decorrentes de complicações em razão da prática do aborto.³⁷

O mesmo estudo realizado em Recife e Petrolina, estado de Pernambuco, informa que o percentual de abortamento em relação às internações obstétricas entre 2003-2007 foi de 9,7%. Na Bahia, 20,1% do total de abortamentos induzidos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade (GRUPO CURUMIM; CFEMEA; IPAS-Brasil, 2008). Em Porto Alegre, nos anos de 1999, 2000 e 2001 identificou-se que a infecção pós aborto e o distúrbio hipertensivo da gestação representavam, cada uma, 15% das causas de óbito materno (RIQUINHO E CORREIA, 2006).

Na publicação Trilhas de Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos³⁸, Araújo refere que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (...) quase 50% das gestações são indesejadas e uma de cada nove mulheres recorre à prática do abortamento para interrompê-las. Das 46 milhões de mulheres que a cada ano decidem pelo abortamento, 78% residem em países em vias de

³³ [Rede Cegonha: programa voltado para o atendimento integral das mães e das crianças](http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-programa-voltado-para-o-atendimento-integral-das-maes-e-das-criancas). Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-programa-voltado-para-o-atendimento-integral-das-maes-e-das-criancas>. Acesso em set. 2011.

³⁴ A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), que é a continuidade do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) já havia superado a concepção de saúde materno-infantil pela noção de saúde da mulher, que corresponde a um visão integral.

³⁵ Conforme Dossie “A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana” (ARAÚJO, SIMONETTI, SOUZA, 2008) revela que a morte por aborto ocorre sobretudo em mulheres dos extratos sociais mais desfavorecidos, jovens, negras, na faixa etária de 14 a 29 anos, com a média e mediana de 23 e 21 anos, respectivamente.

³⁶ Adesse, Leila e Monteiro, Mario. 2007. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. IPAS Brasil/IMS/UERJ. (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/magnitude_aborto_brasil.pdf).

³⁷ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, Dossiê Aborto Inseguro, 2001.

³⁸ Rede Feminista de Saúde, Caderno 01, 2010

desenvolvimento e 22% em países desenvolvidos. Anualmente, cerca de 19 milhões de abortamentos inseguros são realizados em escala mundial, sendo que 96% desse total ocorre nos países pobres. Estima-se que, na América Latina e no Caribe, ocorrem 18 milhões de gestações por ano, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento” (OMS *apud* ARAÚJO, 2010).

Análise da Comissão de Cidadania e Reprodução³⁹ dos dados do Ministério da Saúde informa que, no período de 2003 a 2007, houve uma redução de 16,6% nas internações para curetagens por aborto, passando de 250 mil em 2003 para 200 mil em 2007, em consequência da política de planejamento reprodutivo que resultou no aumento da compra e distribuição de métodos contraceptivos para um maior número de municípios. De acordo com Menezes e Aquino, (...) as internações por abortamento são mais frequentes no Nordeste e Sudeste do país, observando-se, entretanto, nessas regiões, assim como no Sul, em todas as faixas etárias, uma redução de sua ocorrência entre 1992 e 2005 (MENEZES e AQUINO, 2009, p. S196).

De acordo com dados de 2008, das 215 mil hospitalizações do SUS por complicações de abortos, 3.230 estavam associadas a abortos legais, assumindo que um em cada cinco abortos resultou em admissão ao hospital, esses dados sugerem que mais de um milhão de abortos induzidos foram realizados em 2008 (21 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 49 anos (VICTORA et al., 2011).

Tais mortes e sequelas não têm recebido a devida atenção da sociedade nem uma resposta eficaz do Estado brasileiro, apesar de grupos de defesa dos direitos das mulheres, profissionais da área da saúde e alguns setores do governo já terem se posicionado sobre a necessidade de debate sobre este grave problema de saúde pública.

Pesquisa da Universidade de Brasília (UNB), de 2010, em parceria com o Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, e financiada pelo Fundo Nacional de Saúde, realizada em todos os Estados, revelou que a mulher que interrompe a gravidez é casada, tem filhos, religião e de todas as classes sociais. Das 2.002 entrevistadas no estudo, de 18 a 39 anos, 15% declararam que já fizeram pelo menos um aborto. Projetado sobre a população feminina do país nessa faixa etária, que é de 35,6 milhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse número representaria 5,3 milhões de mulheres. Dentre o total de mulheres que declararam na pesquisa já terem feito pelo menos um aborto, 64% são casadas, 81% são mães e 80% delas tem religião; 24% das entrevistadas que abortaram tem entre 20 e 24 anos.⁴⁰ De acordo com os resultados da pesquisa, uma em cada sete brasileiras entre 18 e 39 anos já realizou ao menos um aborto na vida, o equivalente a uma multidão de 5 milhões de mulheres. Conforme o estudo, entre 35 e 39 anos a proporção é ainda maior: uma em cada cinco mulheres já fez um aborto.

A legislação brasileira não prevê a interrupção da gravidez em casos de anencefalia, o que afeta em especial as mulheres com baixo poder aquisitivo que recorrem ao sistema público de saúde para a realização deste procedimento. As decisões judiciais muitas vezes são concedidas quando já houve o parto. Pende de julgamento a ADPF54⁴¹ desde 2004, no STF. Mulheres grávidas de fetos anencéfalos são obrigadas a recorrer ao Judiciário prologando o seu sofrimento físico e psíquico⁴².

³⁹ O boletim da CCR, de 31/08/2010 (CEBRAP, 2010)

⁴⁰ Ver: O Liberal PA, 13 de junho de 2010, Pesquisa revela detalhes sobre o aborto <<http://www.orm.com.br/projetos/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=475518>>; Folha de São Paulo, 22 de maio de 2010, 1 em cada 7 brasileiras de 18 a 39 anos já fez aborto <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/noticias/not_aborto/folhasp220510.pdf>.

⁴¹ Arguição por descumprimento de preceito fundamental nº54, que prevê a possibilidade de interrupção de gestação de fetos anencéfalos sem necessidade de autorização judicial, se desejado pela mulher e com avaliação médica. A ação foi proposta em 2004, pela Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde

⁴² Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, 1994, e posteriormente, na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, 1995, os Estados reconheceram que os direitos sexuais e

Diversos comitês de monitoramento dos tratados internacionais de direitos humanos das Nações Unidas identificaram as implicações em matéria de direitos humanos relacionadas ao aborto inseguro e a necessidade de revisar as suas legislações restritivas em relação ao aborto. O Comitê CEDAW estabeleceu na Recomendação Geral 24 que: “*Quando possível, a legislação criminalizando o aborto deve ser modificada, para retirar as medidas punitivas impostas às mulheres que realizaram aborto.*” [COMITÊ CEDAW, 1999] Em julho de 2007, o Comitê CEDAW recomendou ao governo brasileiro que “*continue com os esforços para melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva*” e que “*acelere a revisão da legislação que criminaliza o aborto, com o fim de eliminar as provisões punitivas impostas às mulheres que se submetem a um aborto, de acordo com a Recomendação Geral 24 sobre saúde das mulheres e com a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim.*” [COMITÊ CEDAW, 2007]⁴³⁴⁴.

Apesar disso, no Brasil a prática do aborto é considerada crime, sendo permitido apenas nos casos de risco de vida para a mulher e na gravidez resultante de estupro e violência sexual⁴⁵. A criminalização do aborto impede as mulheres de acessar plenamente seu direito à saúde, gerando flagrante discriminação no seu acesso à saúde, sendo uma forma de discriminação contra a mulher, que restringe o exercício de seus direitos humanos e liberdades fundamentais nos termos inclusive definidos no artigo 1 da Convenção CEDAW,⁴⁶. Impõe às mulheres elevados custos, mas não impede sua prática, e implica em riscos à saúde inerentes à clandestinidade. A restrição criminal viola os direitos das mulheres de decisão autodeterminada (autonomia e liberdade), os seus direitos sexuais (decisão sobre a sexualidade livre de coerção, discriminação e violência) e direitos reprodutivos e sujeita as mulheres a constrangimentos e exposição pública por parte de autoridades policiais, judiciais e da mídia. Ademais, viola o seu direito à privacidade, e infringe seus direitos constitucionais de tratamento digno e acesso à justiça.

reprodutivos eram direitos humanos. A partir de então, mudou-se o paradigma de controle da fecundidade feminina para uma perspectiva de promoção da igualdade formal e substancial entre homens e mulheres em todas as dimensões de sua existência, como a autodeterminação sexual e reprodutiva,⁴² sem discriminação, coerção ou violência. Os documentos internacionais originados nestas Conferências – o Programa de Ação do Cairo e a Plataforma de Ação de Beijing – são diretrizes para ações governamentais na área da saúde sexual e reprodutiva. O governo brasileiro, quando assinou tais documentos, passou a assumir um compromisso político de alcançar as metas ali previstas. O parágrafo 106 K da Plataforma de Ação de Beijing, de 1995, dispõe que “*os governos devem considerar revisar as leis que contém medidas punitivas contra mulheres que realizaram abortos ilegais*”.

⁴³ Ver CEDAW/C/BRA/CO/6, 10 de agosto de 2007, parágrafo 30 <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/460/28/PDF/N0746028.pdf?OpenElement>>.

⁴⁴ O Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a morbimortalidade materna evitável como uma questão de direitos humanos. Mais de 79 Estados Membros das Nações Unidas reconhecem que a questão da saúde materna é um desafio para o exercício dos direitos humanos e que os governos devem intensificar esforços para diminuir as altas e inaceitáveis taxas globais. Em anexo a este documento segue cópia da resolução do Conselho de Direitos Humanos da ONU sobre a mortalidade materna e morbidade evitáveis e os direitos humanos, incluindo a indicação dos países que apoiaram a resolução, entre eles o Brasil (Anexo II, A/HRC/11/L.16/Rev.1, 12 de junho de 2009).

⁴⁵ A legislação brasileira pune o aborto em seu Código Penal, no artigo 124, com uma pena para a mulher que pratica o aborto de 1 ano a 3 anos de prisão. O crime de aborto encontra-se caracterizado como um crime contra a vida no Código Penal.

⁴⁶ Convenção CEDAW. Art. 1: “Para os fins da presente Convenção, a expressão ‘discriminação contra a mulher’ significará toda a 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, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo”. Também conforme a Recomendação Geral 24 do Comitê.

Embora o aborto seja um problema de saúde pública com flagrantes implicações para os direitos humanos das mulheres, a permanência da criminalização tem permitido ofensivas sistemáticas de caráter altamente repressivo e policialesco, que significam, com frequência, violações aos direitos humanos das mulheres.⁴⁷ Em situações extremas ocorrem denúncias à polícia contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, com violação do sigilo profissional.⁴⁸

As Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre atenção ao abortamento afirmam que “o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça”.⁴⁹ No entanto, o direito à privacidade das mulheres não vem sendo preservado quando elas são investigadas pela prática de aborto ilegal, apesar da proteção legal da privacidade⁵⁰.

Mencione-se que em 26 de dezembro de 2011 a Presidente Dilma Rousseff lançou a Medida Provisória 557 (MP 557) instituindo o **Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna**. A MP 557 visa garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à saúde materna, notadamente nas gestações de risco (Artigo 1º). O Sistema é constituído pelo cadastramento universal e compulsório de todas as gestantes e puérperas. No entanto, a MP 557 viola o direito à vida privada pelas seguintes razões: prevê expressamente que a mulher gestante assine um termo de consentimento informado para autorizar e limitar a disponibilidade de informações sobre a sua vida reprodutiva a serem inseridas no cadastro; amplia o controle por parte do Estado na gravidez e na vida privada reprodutiva das mulheres, que passam a ser monitoradas e vigiadas a partir da sua inscrição no cadastro no pré-natal até o parto e pós-parto; o cadastro é compulsoriamente realizado pelo estabelecimento de saúde público ou privado e conterá informação sobre o diagnóstico e o projeto terapêutico; viola o sigilo profissional e interfere na relação médico-paciente.

Além disso, confere aos nascituros o mesmo status moral e jurídico das mulheres gestantes, o que viola a Constituição e tem por objetivo impedir o abortamento legal⁵¹. Assim, a MP 557 não é satisfatória para prevenir a mortalidade materna, pois está enfocada no acesso ao pré-natal e não garante a qualidade da atenção, principal problema a ser enfrentado. Além disso, não atende as

⁴⁷ Prisão de médico em clínica no Bairro de Vila Isabel, Rio de Janeiro: <http://oglobo.globo.com/rio/agentes-da-inteligencia-da-secretaria-prendem-dois-medicos-em-clinica-de-aborto-em-vila-isabel-2760889>

Ministério Público solicita prisão de médico que realiza abortos em Manaus: http://acritica.uol.com.br/manaus/MPE-medico-realiza-aborto-Manaus_0_584941550.html

Mulher presa em Nova Andradina por aborto G. C. A.S. (19 anos): <http://www.acritica.net/index.php?conteudo=Noticias&id=28664>

⁴⁸ Neste sentido, ver os casos narrados no Relatório Mortalidade e Direitos Humanos, as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável, ADVOCACI, 2005, p. 267 a 82. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/Livro_Mortalidade_Materna_site.pdf

⁴⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b.

⁵⁰ A legislação brasileira protege o direito à privacidade no artigo 5º. da Constituição Federal. O Artigo 154 do Código Penal brasileiro pune a revelação ilegal do sigilo profissional com detenção que pode chegar a um ano.

⁵¹ Ao estabelecer no seu artigo 16, que altera a Lei 8.080 de 1990 e introduz o artigo 19-J que : “Os serviços de saúde públicos e privados ficam obrigados a garantir às gestantes e aos nascituros o direito ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério seguros e humanizados.” Tal artigo viola frontalmente com a Constituição Federal que protege o direito a vida a partir do nascimento e não desde a concepção. Além disso, colide com a garantia do direito ao aborto previsto em lei para casos de risco de vida ou estupro, está estabelecido no Artigo 128, II do Código Penal e gera insegurança jurídica e violando o seu direito a igualdade, a liberdade, autonomia reprodutiva.

recomendações do Comitê CEDAW no caso de morte materna evitável de *Alyne da Silva Pimentel v Brasil*⁵².

O Brasil está na contramão no cumprimento de suas obrigações internacionais de proteção dos direitos humanos relacionados à autodeterminação reprodutiva, e a redução da mortalidade materna, conforme aponta o Relatório do Relator especial para o Direito a Saúde da Organização das Nações Unidas (ONU). Conforme Anand Grover⁵³ saúde é “o direito de que toda pessoa goze do mais alto nível possível de saúde física e mental”.⁵⁴ Ao relacionar leis criminais e saúde, o relatório defende a remoção dessas barreiras criminais como uma obrigação dos Estados e aponta que “tais leis infringem a dignidade e a autonomia das mulheres ao restringir severamente o poder de decisão delas no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva” e “perpetuam a estigmatização e a marginalização das mulheres”.

Saúde das Mulheres Negras, direitos sexuais e reprodutivos, violência

A complexidade do fenômeno da mortalidade materna no contexto brasileiro exige que a variável raça/cor seja profundamente analisada. Os óbitos maternos, acontecendo em sua maioria, em mulheres de classes sociais mais baixas, com baixa escolaridade e baixos salários, incide de modo peculiar sobre mulheres negras. Utilizando dados de óbitos maternos ocorridos nas capitais brasileiras, no Município de São Paulo, em três municípios da Bahia (Alagoinhas, Feira de Santana e Salvador) e no Estado do Paraná, Martins⁵⁵ em 2001 já destacava que as taxas de mortalidade materna entre mulheres pretas, foram cerca de sete vezes maiores (275/100 mil nascidos vivos) do que entre mulheres brancas (43/100 mil nascidos vivos) ou entre mulheres pardas (46/100 mil nascidos vivos). Dado que permanece atual⁵⁶, como evidenciam registros do sistema de informações sobre saúde do Ministério da Saúde do Brasil, demonstrando que a diferença da Razão de Mortalidade Materna de 72,94 e 54,86/100.000 n.v., respectivamente para a região Nordeste e Sul, e a diferença da Razão de Mortalidade Materna para as diferentes raça/cor: mulheres brancas 49,66, mulheres negras (pretas + pardas) com 75,14, sendo que as mulheres pretas atingem 438,31/100.000 n.v. (DATASUS em 30/09/2011).

Considerando-se as diferenças regionais de que o maior percentual de população negra no Brasil concentra-se nas regiões norte e nordeste é evidente que tais regiões necessitam de mais atenção para reduzir a mortalidade materna.

⁵² Segundo o Cedaw, o Estado brasileiro violou suas obrigações em relação ao acesso à saúde, à Justiça e à obrigação de regulamentar as atividades dos prestadores de serviços particulares. Em função disso, determinou reparação adequada da família de Alyne, incluindo indenização financeira. Fez também estas recomendações gerais: a) Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso à assistência médica emergencial adequada, a preços acessíveis; b) Proporcionar formação profissional adequada para os trabalhadores da área de saúde, especialmente sobre os direitos reprodutivos das mulheres à saúde, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como assistência obstétrica emergencial adequada; c) Assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados e prover a formação de pessoal do poder judiciário e responsável pela aplicação da lei; d) Assegurar que sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres; e) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Acordo Nacional pela Redução da Mortalidade Materna nos níveis estadual e municipal, inclusive através da criação de comitês de mortalidade materna em lugares onde tais comitês ainda não existem.

⁵³ <http://www.clam.org.br/publicue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=9051&sid=7>

⁵⁴ A/66/254 Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 3 August 2011 http://www.clam.org.br/publicue/media/Anand_Grover_Report.pdf

⁵⁵ TANAKA, ACD'A. Dossiê mortalidade materna. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001, disponível em <http://www.redesaude.org.br/publicacoes>.

⁵⁶ REDE FEMINISTA DE SAUDE. Jornal da Rede, n. 29.p.13-15. Dez.2011, disponível em www.redesaude.org.br/publicacoes.

O caso da afro-brasileira *Alyne da Silva Pimentel* demonstrou a falta de atendimento adequado na hora do parto e insta o Estado brasileiro a rever a política e os programas de atenção à saúde das mulheres, especialmente no aperfeiçoamento da gestão, na capacitação de pessoal e na efetiva implementação de outras políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006), que reconhece a existência do racismo institucional, gerador de doenças e agravos e diminui anos de vida da população negra, nos serviços de saúde brasileiros⁵⁷.

Restraint to access to information - Brazilian state, by means of its Anvisa – National Agency for Sanitary Vigilance (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) has issued norms that restrain the dissemination of information on sexual and reproductive health, especially concerning the use of misoprostol. This medicine has been increasingly controlled in the country since the 1980s. In 1998, Anvisa issued Regulation 344 /1998 (see Appendix) which limited the access to the drug only to hospital facilities, hence preventing access to misoprostol by people in drugstores. At present it attempts to control the flow of information on the drug at internet sites and social networks, by means of Resolutions No. 911/2006 and No.1050/2006, updated by Resolution 1534 of April, 2011 (see Appendix). Besides questioning the Anvisa competence to rule on such matter, we believe that violation of the right to information can not follow the existing restraints to access to the drug itself. Medicine abortion may be legally provided by the Brazilian health national system (SUS) in the cases of rape and serious risk to women's life¹. If women have access to such health technology by diverse means, they must not be prevented from having access to information on how to safely use the drug to perform abortion (The Commission for Citizenship and Reproduction, CCR)⁵⁸.

Scientific evidence of misoprostol effectiveness as an aborting method is one of the factors that lead women to adopt it. There are other reasons, such as the low cost and the privacy it allows for. Misoprostol and other factors that have replaced previous aggressive methods (like resorting to piercing objects) are linked to changes in the maternal deaths profile and in unsafe abortion data in the country.

The ability to make informed decisions is inscribed in the relation between autonomy and information: when the woman gains access to understanding transformations in her own body, she may decide in accordance with her reality. To ban information on abortion-related issues leads to probability of harm to youth's and women's reproductive health – and does not prevent abortion. Withholding information is thus not effective in reducing the number of abortions and, conversely, contributes to worsening conditions wherein decisions to resort to abortion are made.

Feminização da epidemia do HIV e relação com violência - O crescimento da epidemia de HIV e da Aids entre mulheres e mulheres jovens vem sendo verificado pelos organismos sanitários brasileiros. Segundo o Ministério da Saúde⁵⁹, de 1980 até junho de 2011, o Brasil tem 608.230 casos registrados de Aids. Em 2010,

⁵⁷ O impacto do racismo pode ser verificado também na produção de violência contra as mulheres negras relacionada a causas externas como homicídios e suicídios, analisadas num estudo que descreve dados epidemiológicos do DATASUS sobre a situação da violência fatal das mulheres segundo raça/cor em todas as unidades da federação brasileira em uma série histórica de 6 anos (2003-2005/2006-2008). O estudo evidenciou maiores coeficientes de violência fatal comparando-se mulheres negras (74,1%, no primeiro triênio e 77,8% no segundo) com mulheres brancas. Fernanda Bairos e Maria Luisa Pereira de Oliveira. Violência fatal, a vulnerabilidade das mulheres negras. Trabalho apresentado no III Seminário Internacional Rotas Críticas da Violência. Maio, 2011. Porto ALEGRE.

⁵⁸ MISOPROSTOL AND VIOLATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND THE RIGHT TO INFORMATION ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. Periodic universal review, cycle 2, June 2012. The Commission for Citizenship and Reproduction/CCR, Comissão de Cidadania e Reprodução, SP, Brazil, 2011.

⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2011. Aids no Brasil. <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>

foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Embora os homens ainda sejam a maioria entre os doentes, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Dividindo o número de casos de aids entre mulheres e homens, de acordo com a população, pode –se observar que: em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres.

A faixa etária em que a aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. No entanto, entre jovens de 13 a 19 anos o número de casos de aids é maior entre as mulheres, configurando o que se denomina de feminização da epidemia do HIV e da Aids no Brasil. Segundo os próprios organismos sanitários, as relações desiguais de gênero e as vulnerabilidades específicas das mulheres e das mulheres jovens em particular, influenciam fortemente neste perfil epidemiológico. Segundo estudo elaborado por Gestos⁶⁰ em colaboração com estudo multicêntrico, há fortes evidências de que a violência de gênero e o HIV se articulam impondo às mulheres fortes discriminações.

Despite the fact that there is an official national policy for combating violence against women coordinated by the Special Secretariat of Policies for Women in Brazil, in the states the policy is reproduced in the State plans to combat violence against women with different levels and quality. There are established state networks for confronting violence against women and reference centres to provide support to women victims of violence in pole municipalities, and through the creation of state councils for women and shelter homes for women victims in situations where their lives are threatened.

However the link between these services and the link with the policies to prevent or address the HIV and AIDS infection among women and girls still constitutes a huge gap in the country. The same is true in relation to the networks in place including, shelter homes, reference centres, specialised outpatient services, and Councils of Guardians. The notification of cases of violence, that is now mandatory and under the terms of the Maria da Penha Act, and so are alternative services to handle the aggressor. The quality of the care and assistance in the shelters is being openly questioned. The regime of reclusion imposed transforms the woman from victim into accused and that has led to a very low rate of user-adherence to the service in all spheres. In this space the discussion related to HIV and AIDS is still a tabu and is strongly missed, except in few capitals.

In general in Brazil there are no proposals for actions prior to the violence being committed (prevention, women's rights and citizenship) and most of the services are only implanted in state capitals so that access to them is limited for many of the women who really need them. Only recently, due the efforts done by NGOs, researches are starting to be implemented to analyse the level of connection between violence against women (all types of violence) as a factor that make women more vulnerable to HIV and AIDS.

Outra pesquisa no âmbito da Campanha Women Won't Wait⁶¹ evidenciou a insuficiência e mesmo omissão de políticas públicas na relação entre HIV e violência contra a mulher (VCM). Segundo o estudo que buscou dados em 11 estados brasileiros, embora os casos de violência contra a mulher sejam de notificação compulsória no Brasil, não foram encontrados registros ou dados sobre o acesso das mulheres vítimas de violência a serviços de saúde e que tenham recebido Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ou

⁶⁰ Violência contra a mulher e feminização do HIV/Aids no Mercosul. Estudo multicêntrico internacional. Brasil – Gestos Soropositividade, Comunicação e Gênero. Uruguai, Argentina, Brasil e Chile (2010)

⁶¹ Campanha Women Wont Wait. <http://www.womenwontwait.org>, no Brasil coordenada por Gestos, Coletivo Feminino Plural e Rede Feminista de Saúde em 2011.

Contracepção/Anticoncepção de Emergência (AE), ou mesmo daquelas que receberam assessoramento legal ou atendimento psicológico.

A inexistência de um sistema nacional oficial para registrar e unificar os casos de violência contra as mulheres é um problema a ser enfrentado. Ainda que haja pesquisas que abordem as relações entre HIV e Violência de gênero, de acordo com o Ministério da Saúde, com a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres e com a Área Técnica da Saúde da Mulher, não há estatísticas oficiais que correlacionem HIV e VCM. A falta de dados para subsidiar ações talvez justifique a inexistência, no Brasil, de campanha nacional nos meios de comunicação que relacione HIV e VCM, e que apontando a violência como fator de risco para HIV.

A pesquisa evidenciou a ausência de dados sobre capacitação em escolas que permita reconhecer alunos/as em risco ou que vivem com HIV ou em situação de violência, ou ainda informações sobre protocolos de PEP e AE, pois são tecnologias recentes de prevenção que ainda não estão no domínio geral nem mesmo pelo pessoal da saúde no Brasil.

Apesar de haver, no Brasil, serviços nacionais relacionados ao HIV que trabalham com redução de danos, atendimento a violência, prevenção de transmissão vertical, tratamento, cuidado e apoio a Aids, estes atuam de forma isolada e com pouca interação. O que se vê na prática são serviços que, embora promovam o atendimento das pessoas vivendo com HIV, não dão conta da diversidade de necessidades do agravo da epidemia de HIV e sua relação com a violência.

Câncer de mama - O câncer de mama, apesar de ser anunciado pelo governo federal como uma prioridade nas políticas públicas de saúde, continua impactando a vida das mulheres brasileiras de forma crescente. Em 2001, eram cerca de 35 mil casos novos ao ano. Em 2011 são cerca de 52 mil casos novos ao ano, correspondendo a 52 casos a cada 100 mil mulheres. É a segunda causa de mortes femininas no país. Segundo o Instituto Nacional do Câncer⁶², não considerando os melanomas de pele que são o câncer mais frequente entre as brasileiras, o câncer de mama é o câncer que mais atinge as mulheres em todas as regiões, sendo a segunda causa na região norte. A detecção a tempo de salvar a vida das mulheres e o acesso ao tratamento constituem ainda desafios. Pois embora exista legislação adequada e políticas desenhadas inclusive com a participação da Rede Feminista de Saúde, organização não governamental especializada em saúde da mulher, a efetivação destes planos encontra barreiras na condição sócio econômica das mulheres e no acesso e qualidade da atenção a elas ofertada pelo Sistema Único de Saúde.

As mulheres privadas de liberdade - A situação das mulheres privadas de liberdade chama a atenção pela persistência de graves violações de direitos humanos fundamentais no sistema prisional brasileiro. Segundo Relatório do Grupo de Trabalho Ministerial (Reformulação do Sistema Prisional Feminino Brasileiro, 2008)⁶³ iii houve um incremento de 135% desta população de 2000 a 2006, enquanto o aumento da população prisional masculina no mesmo período foi de 53,36%.

As mulheres presas eram, em Junho de 2007, cerca de 25.909 de 308 000 detentos no sistema, correspondendo a 6,2% da população encarcerada em penitenciárias e delegacias de polícia. Em 2009, da população prisional de 473 mil pessoas presas no país, 31 mil eram mulheres, segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional, vinculado ao Ministério da Justiça.

⁶² <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>

⁶³ Reformulação do Sistema Prisional Feminino Brasileiro. Grupo de Trabalho Ministerial.. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008.

Nos últimos anos também se tornaram frequentes as denúncias de violências sexuais nos presídios, como o caso da adolescente mantida por 20 dias numa prisão com mais de vinte homens, em Abaetetuba, estado do Pará, em novembro de 2007 onde sofreu violências sexuais.

Em 2010, a Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva da Plataforma Brasileira de Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais, coordenada pela médica Maria José de Oliveira Araújo, da Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, realizou Missões em presídios femininos em quatro estados distribuídos três regiões brasileiras - estados da Bahia e Pernambuco (Nordeste), Pará (Norte) e Rio Grande do Sul (Sul), classificando como “...assustadora da situação das mulheres encarceradas no Brasil”.

O Relatório⁶⁴ constatou: “Torturas, tanto físicas quanto psicológicas, somadas à falta de estrutura, de atendimento médico e psicológico e ao acesso precário ao sistema de justiça, compõem um quadro lamentável de violações”. Em todas as celas, segundo a Relatoria havia uma “cela do castigo”, onde as detentas não recebiam remédios, como antidepressivos e até antirretrovirais. Uma interna grávida, que relatou estar com um feto morto, não foi atendida no hospital e aguardava a expulsão espontânea do feto. No Pará, mulheres aprisionadas em contêineres de aço, sob o sol da região norte do país, são atendidas apenas quando gritam ou batem nas celas. Durante as missões, a Relatoria observou mulheres dormindo no chão, com a presença de ratos, banheiros estragados, inexistência de água encanada, lixo pelos corredores, janelas quebradas. Muitas não possuem advogado e nem defensor público, ou então não conseguem comparecer a audiências judiciais por falta de transporte.

Segundo ainda este Relatório, as mulheres privadas de liberdade no Brasil tem baixa escolaridade, baixa renda, inseridas no mercado do trabalho informal. Muitas foram presas quando levavam drogas, a pedido dos parceiros, o que sugere uma situação de subordinação de gênero. Constatou-se ainda a situação de descaso com a saúde das mulheres com HIV se torna ainda mais grave pela superpopulação, precariedade das instalações, dificuldade de acesso a insumos de prevenção e de higiene, violência e assistência deficitária à saúde. As visitas aos presídios foram definidas a partir de denúncias recebidas por movimentos sociais e entidades feministas.

Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em prisões - O desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à dignidade das mulheres privadas de liberdade mantém-se como prática inclusive no Estado de São Paulo, o mais populoso e desenvolvido do Brasil, onde uso de algemas em mulheres em trabalho de parto em hospitais foi denunciado em novembro de 2011 pela Associação dos Juízes pela Democracia (AJD)⁶⁵ iv após inúmeros relatos elaborados pelo movimento de mulheres. No Brasil, o uso de algemas somente é lícito em casos absolutamente excepcionais e determina a aplicação de penalidades nos casos de abuso e constrangimento físico e moral dos presos ou presas, segundo a Súmula Vinculante nº 11 do Supremo Tribunal Federal.

Em seu posicionamento a Associação de Juízes pela democracia argumenta que: a) algemar mulheres durante o parto constitui, inquestionavelmente, atentado à dignidade humana (art. 1º da Constituição Federal), desrespeito à integridade moral das mulheres (art. 5º XLIX, da Constituição Federal) e ofensa à especial proteção à maternidade e à infância, instituída como direito social (art. 6º da Constituição Federal); (b) constitui descumprimento da garantia à mulher de assistência apropriada em relação ao parto, instituída

⁶⁴Relatorias de Direitos Humanos. Plataforma Dhesca Brasil. In: <http://www.dhescbrasil.org.br/index.php>.

⁶⁵ Juízes pedem fim do uso de algemas em partos de detentas em São Paulo (<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2011/11/juizes-pede-fim-do-uso-de-algemas-em-partos-de-detentas-em-sao-paulo>).

no art. 12, § 2º da Convenção da ONU relativa aos direitos políticos da mulher (1952); (c) submete também o recém-nascido a discriminação em razão do parentesco, com violação das garantias e direitos constitucionais de proteção à infância (art. 227 da Constituição Federal); (d) subverte a lógica constitucional de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (art. 196 da Constituição Federal); (e) representa flagrante descumprimento do dever de atendimento individualizado e tratamento diferenciado a que fazem jus as gestantes nos termos da Lei Federal nº 10.048/00 e, ainda; (f) desvela evidente violação do artigo 143 da Constituição de São Paulo, que determina que a política penitenciária estadual deve observar as regras da ONU para o tratamento de presos, dentre as quais se destaca a regra nº 11 das “Regras de Bangcoc”, segundo a qual a presença de pessoal penitenciário e de segurança, durante o atendimento médico, observará a dignidade da presa.

ⁱ Colaboraram para este Relatório:

Carmen Hein de Campos – Cladem/Brasil - Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero; Beatriz Galli – IPAS; Telia Negrão – Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Coletivo Feminino Plural; Alessandra Nilo – Gestos Soropositividade Comunicação e Gênero – Laccaso; Fernanda Tussi – Coletivo Feminino Plural e Campanha Women Won’t Wait; Renata Jardim – Coletivo Feminino Plural e Núcleo de Pesquisa sobre Corpo e Sexualidade da UFRGS; Maria José Araújo – Relatora de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos da Plataforma Dhesca Brasil; Jussara Reis Prá – Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero da UFRGS; Maria do Espírito Santa Tavares dos Santos – Conselheira da Rede Feminista de Saúde no Conselho Nacional de Saúde; Margareth Arilha - Comissão de Cidadania e Reprodução; Maria Luisa Pereira de Oliveira – Rede Feminista de Saúde, Plataforma Dhesca Brasil e Maria Mulher Organização de Mulheres Negras; Ingrid Leão – Cladem/Brasil; Thais Gava – ECOS – Comunicação e Sexualidade; Tamara Gonçalves - Cladem/Brasil; Thais Lapa - Cladem/Brasil.