

Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista*

SONIA CORRÊA**

ROSALIND PETCHESKY***

RESUMO

Neste artigo as autoras problematizam o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, de maneira a retirá-lo do campo do pensamento individualista. Propõem, então, a sua releitura segundo a perspectiva dos direitos sociais, anunciando uma abordagem feminista desta questão.

Palavras-chave: Direitos sexuais; direitos reprodutivos; feminismo; direitos sociais.

ABSTRACT

Reproductive and Social Rights: a Feminist Perspective

The authors wish rethink the concept of sexual rights and reproductive rights, with the theoretical intention to think these concepts outside the individualist tradition. They want to read this subject under the concept of social rights. They propose a feminism reading of this theoretical field.

Keywords: Sexual rights; reproductive rights; feminism; social rights.

* Este artigo, sob o título "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", foi originalmente publicado em *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, Harvard School of Public Health, 1994. [Tradução de Márcio Acsehrad; revisão técnica de Sonia Corrêa].

** Arquiteta, especialização em antropologia, coordenadora da iniciativa gênero do IBASE, membro da Comissão Nacional de Desenvolvimento e População.

*** Cientista política, professora do Hunter College/Cuny/Nova York, coordenadora do International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG).

RÉSUMÉ

Droits Sexuels et Reproductives: une Perspective Feministe

Les auteurs posent en question le concept de droits sexuels et reproductives, pour le déplacer du champ de la pensée individualiste. Ils proposent, donc, la relecture de ce concept-là par le concept de droits sociaux, enonçant ainsi une perspective féministe là-dessus.

Mots-clé: Droits sexuels; droits reproductives; féminisme; droits sociaux.

Recebido em 10/05/96.

Aprovado em 15/08/96.

Em debates recentes sobre o impacto de políticas populacionais sobre as mulheres, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos é, ao mesmo tempo, mais forte e mais contestado que nunca. Entre os que discordam desse conceito encontram-se os religiosos fundamentalistas, bem como todos aqueles que se opõem aos direitos humanos por associá-los às tradições individualistas derivadas do capitalismo ocidental. Algumas feministas também são céticas quanto à presteza com que os que advogam programas de redução da fecundidade, cuja primeira preocupação não é nem a saúde da mulher nem sua autonomia, têm adotado a linguagem dos direitos reprodutivos para atender a seus próprios interesses.

Como feministas (uma do “Norte” e outra do “Sul”) que têm lutado por e escrito sobre a saúde da mulher no que concerne à questão reprodutiva, estamos conscientes das tensões e múltiplas perspectivas que circundam esse território conceitual. Nosso intuito neste artigo não é impor um conceito, mas explorar uma forma diferente de pensar sobre ele a fim de fazer avançar o debate. Definimos o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura. Este terreno envolve necessariamente as noções essenciais de “integridade corporal” ou “controle sobre o próprio corpo”. No entanto, também estão em questão as relações que se têm com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade e a sociedade com um todo. Em outras palavras, o corpo existe em um universo socialmente mediado.

Ao rever os fundamentos históricos e epistemológicos do conceito nos deparamos, inicialmente, com uma série de críticas que têm sido levantadas com relação ao discurso dos direitos: sua linguagem indeterminada, sua inclinação individualista, sua presunção de universalidade e a dicotomização que apresenta das esferas de “público” e “privado”. Nós argumentamos que, em lugar de abandonar o discurso de direitos, dever-se-ia reconstruí-lo de forma a poder especificar diferenças de gênero, classe, cultura e outras e, ao mesmo tempo, reconhecer as necessidades sociais. Nosso principal argumento é que os direitos sexuais e reprodutivos (ou quaisquer outros), compreendidos como “liberdades privadas” ou “escolhas”, não têm sentido, especialmente para os grupos sociais mais pobres e privados de direitos – quando estão ausentes as condições que permitem seu exercício. Estas condições constituem os *direitos sociais* e envolvem uma política de bem-

estar social, segurança pessoal e liberdade política, elementos essenciais para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe.

Em seguida analisamos as bases éticas dos direitos sexuais e reprodutivos, propondo quatro princípios que seriam seus componentes inegociáveis: integridade corporal, autonomia pessoal,¹ igualdade e diversidade. Ao examinar cada princípio enfatizamos implicações sociais amplas, geralmente minimizadas pelos estudiosos das leis, da ética e da demografia. Os quatro princípios – da forma como os interpretamos – simultaneamente derivam de e promovem interesses societários no sentido de assegurar a existência de cidadãos e cidadãs politicamente responsáveis. Ao vincular direitos sexuais e reprodutivos ao debate sobre desenvolvimento, questionamos a perspectiva legalista dos direitos civis e políticos que tem dominado o campo dos direitos humanos.

Neste contexto de análise são levantadas uma série de interrogações de natureza política: quando são livres as decisões sexuais e reprodutivas e quando são elas tomadas em situação de coerção? Qual a relação entre os direitos e responsabilidades sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens? O posicionamento social e biológico das mulheres quanto à questão reprodutiva deveria dar-lhes algum privilégio na construção desses direitos? Existe um “direito à procriação” ou uma forma “socialmente responsável” de tomar decisões que digam respeito à procriação? Que condições garantem uma tomada de decisão “socialmente responsável”? Quais as obrigações dos governos e organizações internacionais no sentido de assegurar as condições necessárias para “escolhas livres e responsáveis”?

Não estamos sugerindo que direitos sexuais e reprodutivos são absolutos ou que as mulheres têm o direito de reproduzir sob quaisquer circunstâncias, mas sim que as políticas de fortalecimento desses direitos devem ser endereçadas às condições sociais existentes no sentido de modificá-las. Concluimos propondo uma abordagem feminista dos direitos sociais para as políticas populacionais e de desenvolvimento.

¹ Na versão original em inglês utilizamos o termo *personhood*. Muito embora *personhood* possa, em contextos semânticos específicos, ser traduzido por personalidade, optamos por não adotar esta tradução para evitar ambigüidades. Na tradição intelectual brasileira, “personalidade” denota melhor uma certa lógica dos relacionamentos que um atributo dos sujeitos sociais. Na perspectiva desenvolvida neste trabalho, o sentido fundamental de *personhood* é o de “ser respeitada e poder tomar decisões éticas como pessoa humana”. Isto nos fez optar pela noção de autonomia pessoal que – embora não sendo uma tradução perfeita – está consagrada no discurso político do movimento feminista brasileiro.

Premissas Históricas e Epistemológicas

Ao contrário de muitos críticos sociais, não estamos convencidas de que direitos sexuais e reprodutivos (ou direitos humanos) são simplesmente um conceito “ocidental”. Como Kamla Bhasin e Nighat Khan (1986) argumentaram com relação ao feminismo no sul da Ásia, “uma idéia não pode ficar confinada às fronteiras geográficas ou nacionais”. Autores pós-coloniais e governantes do Sul adotaram prontamente, e adaptaram, as teorias de Marx, Malthus e Milton Friedman para servirem a seus próprios interesses. Movimentos democráticos em sociedades pós-coloniais clamam por direitos quando se trata de eleições ou da formação de partidos políticos ou sindicatos. Por que deveriam conceitos como “direitos reprodutivos”, “integridade corporal” e “direitos das mulheres à autodeterminação sexual” ser menos adaptáveis?

Em segundo lugar, assumimos que normas éticas e a própria linguagem estão sempre sujeitas a variações históricas e contestações políticas. O engajamento feminista no debate sobre o significado dos direitos, incluindo aí os direitos sexuais e reprodutivos, é uma parte necessária de nossos esforços para transformar a situação das mulheres enquanto cidadãs, nacional e internacionalmente. Transformar a retórica dos instrumentos legais ou as políticas oficiais pode ser um passo estratégico rumo à transformação das condições de vida das pessoas.

O termo “direitos reprodutivos” é de origem recente, provavelmente norte-americana,² mas suas raízes com relação às idéias de integridade corporal e autodeterminação sexual têm uma genealogia bem mais antiga e culturalmente mais ampla. A idéia de que as mulheres devem ser particularmente capazes de “decidir se, quando e como querem ter seus filhos” teve origem nos movimentos feministas de controle de natalidade que se desenvolveram principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1830, e se espalhou por várias partes do mundo ao longo do último século (Chesler, 1992; Gordon, 1976; Huston, 1992; Jayawardena, 1993; Ramusack, 1989; Weeks, 1981).

² O termo parece ter se originado com a fundação da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos, nos EUA, em 1979. Os ativistas o adotaram na Campanha Internacional pelo Direito ao Aborto, na Europa, no começo dos anos 80. Na Conferência Internacional sobre a Mulher e a Saúde, em Amsterdã, em 1984, a Campanha mudou oficialmente seu nome para Rede Global de Mulheres por Direitos Reprodutivos (Berer, 1993b). Desta forma, o conceito rapidamente se espalhou pelos movimentos de mulheres no Sul (por exemplo, em 1985, sob a influência de membros que haviam participado da conferência de Amsterdã, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu a Comissão sobre os Direitos de Reprodução Humana).

As líderes desses movimentos em países ocidentais, como Margaret Sanger, na América do Norte e Stella Browne, na Inglaterra, relacionaram o problema do “controle da natalidade” não somente à luta das mulheres por emancipação social e política, mas também à sua necessidade de “possuir e controlar” seus corpos e obter conhecimentos sobre sexualidade e satisfação sexual (Sanger, 1920). Em contrapartida, as mulheres que advogavam os direitos femininos na Europa e América do século XIX e as pioneiras na luta pelo controle de natalidade na Ásia, África do Norte e América Latina no século XX foram mais reticentes quanto à sexualidade das mulheres, enfatizando um direito negativo: o de recusarem o sexo e a gravidez indesejados.

Tanto a versão negativa quanto a versão afirmativa das primeiras formulações relativas aos direitos reprodutivos estavam bascadas nos princípios da *igualdade*, *autonomia pessoal* e *integridade corporal*. Ambas partiam de uma mesma premissa: para que as mulheres atingissem uma posição igual a dos homens na sociedade, deveriam ser respeitadas como agentes morais ativos, com projetos e objetivos próprios; elas mesmas deveriam determinar os usos – sexuais, reprodutivos ou outros – de seus corpos (e mentes).³

No final dos anos 70 e início dos 80 deste século, movimentos em prol da saúde das mulheres surgiram na Ásia, América Latina, Europa e América do Norte (DAWN, 1993). Estes movimentos tinham por finalidade fazer com que as mulheres, tanto individualmente quanto em suas organizações coletivas, pudessem determinar suas próprias vidas reprodutivas e sexuais

³ Na verdade, o princípio de “posse do próprio corpo da pessoa” tem raízes mais profundas na história do pensamento libertário europeu. Natalie Zemon Davis indica sua origem em Genebra, no século XVI, quando uma jovem lyonesa, trazida à presença dos anciãos que protestavam por ela ter dormido com seu noivo antes do noivado, pronunciou o que pode ter se tornado um *slogan* popular: “Paris est au roi, et mon corps est à moi” (Paris pertence ao rei, meu corpo pertence a mim). Os Levellers, radicais ingleses do século XVII, desenvolveram a noção de uma “propriedade em uma pessoa”, a qual utilizavam para defender seus membros contra prisões arbitrárias (Petchesky, 1994). Mas, o princípio não tem apenas uma origem européia. O conceito de *Brahmacharya* (“controle sobre o corpo”), usado por Gandhi, tem raízes na tradição ascética hindu e nas admoções Vedas para preservar os fluidos vitais do corpo. Assim como o conceito utilizado pelas feministas do século XIX e da Igreja Católica, o de Gandhi também era teoricamente neutro, exigindo que homens e mulheres se engajassem numa abstinência sexual, exceto para fins de procriação (Fischer, 1962; O’Flaherty, 1980). A lei islâmica vai ainda mais longe no que se refere à posse do corpo. As provisões corânicas não apenas permitem à mulher obter satisfação no casamento, além de condenarem o aborto e a contracepção, mas também permitem que, em caso de divórcio – que pode ser requerido por maridos e esposas – a mulher recobre a posse de seu corpo (Ahmed, 1992; Musallam, 1983; Ruthven, 1984).

em condições ótimas de saúde, e bem-estar econômico e social. Não se imaginava as mulheres como átomos completamente separados dos contextos sociais; ao contrário, buscava-se sempre ligar, conscientemente, o princípio de “direito da mulher de decidir” sobre fecundidade e gravidez às “condições sociais, econômicas e políticas que tomavam tais decisões possíveis” (Rede Global de Mulheres por Direitos Reprodutivos, 1991).

À medida que as mulheres negras nas sociedades do Norte e as mulheres de países do Sul passaram a investir no desenvolvimento dos significados dos direitos sexuais e reprodutivos, estes significados se expandiram. Passaram, desde então, a englobar tanto um espectro de necessidades mais amplas que a regulação da fecundidade (incluindo, por exemplo, mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização indesejada, desnutrição de meninas e mulheres, mutilação genital feminina, violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis), quanto uma melhor compreensão das condições estruturais que restringem as decisões sexuais e reprodutivas (tais como cortes nos investimentos sociais por efeito de programas de ajuste estrutural; falta de transporte, água, estruturas sanitárias; analfabetismo e pobreza). Em outras palavras, o conceito de *direitos* sexuais e reprodutivos está se expandindo para que possa englobar as *necessidades sociais* que impedem uma real escolha sexual e reprodutiva para a maioria das mulheres do mundo, que são pobres (Petchesky e Weiner, 1990).

Na década passada, o vínculo entre direitos reprodutivos e autodeterminação sexual feminina, incluindo o direito ao prazer sexual, ganhou reconhecimento não apenas no Norte, mas também na América Latina, África e Ásia.⁴ Este fato é comprovado pela declaração “Estruturas e Estratégias Institucionais sobre Direitos Reprodutivos” (Fabros, 1991) do Centro de Pesquisas e Recursos da Mulher (CPRM) das Filipinas: “*autodeterminação e prazer sexual são alguns dos primeiros significados da idéia de ‘controle sobre o próprio corpo’ e uma razão primordial para o acesso ao aborto seguro e ao controle da natalidade*”. Ao vincular os direitos *individuais* das mulheres à saúde, bem-estar e a autodeterminação de suas

⁴ Na América Latina, uma nova resolução do Ministério de Saúde Pública da Colômbia ordena que “todas as instituições de saúde garantam à mulher o direito de decidir sobre todos os assuntos que afetem sua saúde, sua vida e sua sexualidade”, e garante o direito “à informação e orientação para permitir o exercício de uma sexualidade livre, gratificante e responsável que não pode estar vinculada à maternidade” (*apud* Cook, 1993a). Na África do Norte, a pesquisa do Dr. Hind Kahitab entre mulheres de regiões rurais do Egito revelou um forte sentimento de “autorização” sexual com relação ao prazer e à gratificação por parte de seus maridos (Khatabb, 1993).

vidas sexuais a mudanças *sociais* necessárias para eliminar a pobreza e dotar as mulheres de autonomia, essa estrutura dissolve as fronteiras entre sexualidade, direitos humanos e desenvolvimento, expandindo a visão que se tem não somente dos direitos sexuais e reprodutivos, mas dos direitos em geral.

Discurso de Direitos: Repensando Direitos Individuais e Sociais

O discurso sobre direitos (humanos) tem sofrido duros ataques nos últimos anos por parte, entre outros, de autores e autoras feministas, marxistas e pós-modernos (Olsen, 1984; Tushnet, 1984; Unger, 1983). Os críticos apontam, em primeiro lugar, para o fato de que o valor e significado dos direitos estão sempre enraizados no contexto social e político; mesmo os regimes patriarcais e autoritários dispõem de noções de direitos e deveres correlativos que podem ser utilizados em favor dos Estados ou dos poderes corporativos em detrimento das aspirações e necessidades dos sujeitos sociais menos favorecidos como, por exemplo, as mulheres. Em segundo lugar, a linguagem dos direitos é indeterminada; se as mulheres exigem seus direitos sexuais e reprodutivos, os parceiros podem igualmente exigir os seus, o mesmo se dando com os fetos (ou aqueles que advogam em seu nome), profissionais de saúde, indústrias farmacêuticas etc. Finalmente, há que se considerar o problema do individualismo e universalidade abstratos tipicamente presentes na linguagem dos direitos. No modelo liberal clássico – que supõe as escolhas e barganhas individuais como sendo potencialmente iguais – as diferenças de condição econômica, raça, gênero ou outra circunstância social que estruturam os limites de escolha das pessoas são tornadas invisíveis (Rosenfeld, 1992).

Estas críticas nos obrigam a uma revisão teórica. Mas, por outro lado, não oferecem uma alternativa de discurso para que os movimentos sociais possam fazer suas reivindicações políticas. Independente de suas debilidades teóricas, o poder polêmico da linguagem dos direitos, como expressão das aspirações por justiça que atravessa culturas e condições políticas e econômicas extremamente heterogêneas, não pode simplesmente ser descartado (Heller, 1992). Na prática, a linguagem dos direitos permanece indispensável, mas requer redefinições radicais.

Ativistas e teóricas feministas têm questionado a universalidade abstrata, o formalismo, o individualismo e o antagonismo presentes na linguagem dos

direitos (Bunch, 1990; Crenshaw, 1991; Friedman, 1992; Nedelsky, 1989; Petchesky, 1994; Schneider, 1991; Williams, 1991). Em sintonia com esforços mundiais pela democratização entre os povos indígenas, minorias étnicas e sexuais, grupos de imigrantes e maiorias oprimidas – que também utilizam a linguagem dos “direitos humanos” – as feministas têm realizado esforços no sentido de modelar o discurso dos direitos em um universo referencial mais inclusivo (Williams, 1991). O objetivo é transformar o modelo liberal clássico dos direitos a fim de: (1) enfatizar a natureza *social*, não somente individual, dos direitos, deslocando o peso das obrigações correlativas da esfera dos agenciamentos individuais para o plano da responsabilidade pública; (2) reconhecer os contextos comunitários relacionais nos quais os indivíduos agem para exercer ou lutar por seus direitos; (3) colocar em primeiro plano a base *substantiva* dos direitos e necessidades humanas e a redistribuição de recursos; e (4) reconhecer os portadores dos direitos em suas identidades múltiplas e autodefiníveis, incluindo gênero, classe, orientação sexual, raça e etnicidade.

Tradicionalmente, o discurso liberal clássico assume uma distinção nítida entre as esferas pública e privada e supõe que os indivíduos agem, fundamentalmente, tendo em vista interesses pessoais estreitos e nunca tomando como referência o bem comum. De acordo com esta visão dualista da sociedade, os direitos existem em um domínio “privado” no qual o Estado deve intervir o mínimo possível para que os “indivíduos” possam maximizar seus interesses de acordo com as demandas do mercado. Teóricas feministas têm amplamente criticado esta suposta divisão entre público e privado, mostrando que ambas as esferas, na maior parte das sociedades, tendem a ser dominadas pelos homens e que a predominância masculina em uma esfera se reflete na outra (Eisenstein, 1983; Elshtain, 1981; Kelly, 1984; Okin, 1979). A construção de uma fronteira legal e normativa entre “público” e “privado” reforça práticas rotineiras de subordinação de gênero – em casa, no lugar de trabalho, nas ruas, nas instituições religiosas –, ocultando o modo pelo qual o trabalho feminino das “donas-de-casa” e “reprodutoras” assegura as bases materiais e emocionais para que a esfera pública siga funcionando adequadamente:

“Para muitas meninas e mulheres, as mais severas violações de seus direitos humanos estão profundamente enraizadas no sistema familiar, regido por normas comunitárias de privilégios masculinos frequentemente justificados por doutrinas religiosas ou apelos a costumes e

tradições. Estas injúrias camufladas são raramente percebidas nas políticas públicas e nos congressos internacionais porque ameaçam a crença coletiva na ‘santidade, harmonia e estabilidade’ da unidade familiar” (Dixon-Mueller, 1993).

Artigos escritos por feministas, bem como ações tomadas em defesa dos direitos das mulheres apóiam-se nessas críticas para desafiar a costumeira relutância de Estados e agências internacionais em intervir em assuntos tradicionalmente definidos como “de família”. Através de campanhas internacionais vigorosas que culminaram na Conferência dos Direitos Humanos das Nações Unidas, ocorrida em Viena, em 1993, as feministas vêm exigindo sanções nacionais e internacionais contra violações dos direitos humanos baseadas em discriminações de gênero. Elas têm demonstrado como tais violações acontecem mais freqüentemente nos domínios privados da família, reprodução e sexualidade (por exemplo, através da violência endêmica contra as mulheres). A inação das autoridades públicas em resposta a essas violações – cometidas por oficiais do Estado, organizações não-governamentais ou cônjuges – constitui, elas argumentam, uma forma de complacência (Bunch, 1990; Cook, 1993b; Copelon, 1994; Freedman e Isaacs, 1993; Heise, 1992).

Ao desnudar a “cidadela da privacidade”, a teoria política e legal das feministas desafia os argumentos da “tradição” e da “cultura local” que têm sido utilizados para restringir a aplicação das normas internacionais de direitos humanos nos contextos nacionais. A desconstrução feminista da divisão público/privado também aponta para um modelo de comportamento sexual e reprodutivo socialmente contextualizado, que contrasta com a suposição do modelo liberal clássico e de vários estudiosos de planejamento familiar e demografia (fazendo eco a Malthus) de que as decisões reprodutivas das mulheres refletem somente interesses pessoais estreitos. Com base em informações sociológicas e antropológicas, elas demonstram, ao contrário, que tais decisões são geralmente tomadas sob enormes pressões da família, da comunidade e da sociedade – que reforçam as normas reprodutivas vigentes –, assim como compromissos internalizados para se agir de forma responsável diante dos outros.

Um modelo social de comportamento humano não considera que os indivíduos tomam decisões em um vácuo ou que as “escolhas” são igualmente “livres” para todos. Identidades grupais e intergrupais complexas (que atravessam gênero, classe, etnicidade, religião, idade, nacionalidade) pressionam as decisões das mulheres em múltiplas direções. Além disto, devido aos

contrastes sociais existentes, os recursos e o espectro de decisão das mulheres diferem muito, afetando sua habilidade de exercer os direitos de que dispõem (Crenshaw, 1991; Eisenstein, 1994; Williams, 1991).

De que forma este modelo de tomada de decisão pessoal interativo e imerso em um contexto social se aplica à realidade dos direitos sexuais e reprodutivos? Informações qualitativas coletadas numa variedade de culturas sugerem que o espectro de situações nas quais as decisões sexuais e reprodutivas são tomadas “livremente” não permite nenhuma classificação simples. Mas “livre” ou “voluntária”, não importa o que signifiquem exatamente estes termos, não têm o mesmo sentido que “isolada” ou “individualista”. Em cada caso concreto devemos examinar múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais envolvidos na tomada de decisão de uma mulher. As decisões das mulheres sobre se desejam ou não levar a cabo uma gravidez são freqüentemente tomadas sob pressões (a favor ou em contrário) de mães, sogras, irmãs, outros parentes, vizinhos; às vezes maridos ou parceiros, às vezes não (Ezeh, 1993; Gilligan, 1982; Jeffery, Jeffery e Lyon, 1989; Khattab, 1992; Petchesky, 1990). Enquanto em alguns casos comunidades ou parentes do sexo feminino atuam como apoio para a liberdade reprodutiva das mulheres – por exemplo, facilitando abortos clandestinos ou o acesso à anticoncepção –, em outros casos podem levantar barreiras diretas e antagonismos. Maridos violentos e ciumentos ou parentes vigilantes podem impedir que a mulher visite clínicas, use preservativos, realize um aborto ou compareça a reuniões sobre a saúde da mulher, constrengendo suas escolhas, e aumentando o risco de gravidez indesejada, mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (Heise, 1992; Protacio, 1990; Ramusubban, 1990). De fato, movimentos religiosos de direita que buscam restaurar os “valores familiares” e as “tradições comunitárias” podem fomentar a desconfiança dos homens e reforçar a díade conjugal, mantendo as mulheres afastadas de seus círculos familiares e de amizade.

Aqui confrontamos o dilema de como criticar os tipos de escolhas disponíveis para as mulheres sem desqualificar as decisões que elas tomam para si, mesmo nos casos em que isto se dá sob severos constrangimentos sociais e econômicos.⁵ O debate acerca da incidência da esterilização feminina no

⁵ A teoria e a prática feministas têm testemunhado uma longa história de divisões quanto a esta questão. Seja o assunto a proteção à legislação trabalhista, a prostituição, a pornografia ou a implementação de métodos contraceptivos entre mulheres pobres ou adolescentes, os conflitos entre “liberais” (que advogam a liberdade de escolha) e “radicais” (que advogam a proteção social ou a proibição legal) têm sido amargos e demorados.

Brasil ilustra bem a questão. Em um contexto de rápido declínio da fecundidade, a esterilização feminina tornou-se um método “favorito”, usado por 44% das usuárias de métodos anticoncepcionais. Em algumas regiões, a taxa de esterilização chega a mais de 64%, como no caso do Nordeste brasileiro, e a média de idade para a esterilização tem caído rapidamente desde o início da década de 80 (15% das mulheres esterilizadas no Nordeste têm menos de 25 anos). Uma complexa combinação de fatores explica esta tendência: preocupação acerca dos efeitos colaterais ou da eficácia da contracepção reversível, o fracasso do sistema de saúde pública em fornecer informações adequadas e acesso a outros métodos, condições econômicas precárias, normas culturais e religiosas que pregam que a esterilização é “menos pecaminosa” que o aborto (Lopez, 1993; Petchesky, 1979).

Ao analisar essa tendência, as feministas brasileiras se vêem diante de um dilema: a urgente necessidade de denunciar as injustiças inerentes às taxas de esterilização – especialmente entre mulheres negras – e a evidência de que muitas mulheres fizeram suas escolhas conscientemente, pagaram pelo procedimento e estão satisfeitas com sua decisão. Por um lado, este é um exemplo de como “escolhas sob constrangimento” resultam de circunstâncias de gênero, pobreza e racismo; a simples noção de que as mulheres em tais condições estão exercendo seus “direitos reprodutivos” distorce o sentido do termo (Lopez, 1993). Por outro lado, a exigência de alguns grupos para que se criem sanções criminais contra a esterilização parece ser uma negação do direito das mulheres à autodeterminação reprodutiva.

Precisamos desenvolver grades de análise que respeitem a integridade das decisões sexuais e reprodutivas das mulheres, e condenem as condições sociais, econômicas e culturais que possam forçá-las a “escolher” um procedimento ou outro. Tais condições prevalecem em um espectro variado de situações, reduzindo as escolhas reprodutivas e criando dilemas para ativistas da saúde da mulher. Mulheres desesperadas por emprego podem expor-se a produtos químicos ou outras toxinas perigosas para a reprodução em seus ambientes de trabalho. Mulheres em situação de dependência econômica e com preferências culturais por filhos homens podem “escolher” o aborto como forma de seleção sexual. Em locais onde a mutilação genital feminina é prática corrente, as mulheres são forçadas a “escolher” para suas filhas entre, por um lado, severos riscos de saúde e incapacidade sexual e, por outro, a impossibilidade de contraírem matrimônio.

Para que as decisões reprodutivas sejam realmente “livres”, e não compelidas pelas circunstâncias ou por desespero, é necessário que existam certas condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos, o que as feministas denominam “autonomia feminina”. Elas incluem fatores materiais e de infra-estrutura, tais como transporte, creches, subsídios financeiros, bem como serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados. A simples ausência de transporte adequado pode significar um aumento da mortalidade materna e dificuldades em usar contraceptivos (McCarthy e Maine, 1992). Mas essas condições também incluem fatores culturais e políticos, tais como acesso à educação, renda, auto-estima, e canais de tomada de decisão. Em locais onde as mulheres não têm educação, treinamento profissional ou outro papel que não o de criar filhos, a gravidez continua sendo sua melhor alternativa (Morsy, 1994; Pearce, 1994; Ravindram, 1993).

Tais condições, ou direitos sociais, são fundamentais para os direitos sexuais e reprodutivos e requerem a responsabilidade de Estados e instituições mediadoras (por exemplo, agências voltadas para políticas de população e de desenvolvimento). Direitos envolvem não somente *liberdades pessoais* (domínio em que os governantes não deveriam interferir), mas igualmente *obrigações sociais* (domínio em que uma ação pública efetiva é necessária para garantir que os direitos serão exercidos por todos e todas). Eles implicam necessariamente responsabilidades públicas e uma renovada ênfase nas relações entre bem-estar pessoal e público, incluindo o apoio público para a promoção da igualdade de gêneros em todos os domínios da vida.

Não estamos sugerindo uma “harmonia mística de interesses” entre mulheres e autoridades públicas, nem tampouco negando que os conflitos entre interesses “públicos” e “privados” continuarão a existir. Em sociedades governadas por valores de mercado competitivo, por exemplo, casais de classe média fazem emergir questões éticas ao explorarem tecnologias reprodutivas a fim de produzirem o “sexo certo” ou a “criança perfeita”. Enquanto isso, sob regimes ditatoriais ou repressivos, o desejo reprodutivo dos indivíduos pode ser sacrificado por um expediente público, haja vista, por exemplo, a campanha antinatalidade na China. Estas realidades nos levam a repensar a relação entre o Estado e a sociedade civil, e a mapear uma estrutura ética para direitos sexuais e reprodutivos no espaço onde o social e o individual estejam relacionados.

O Teor Ético dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

Sugerimos que as bases para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres consistam de quatro princípios éticos: *integridade corporal*, *autonomia pessoal*, *igualdade e diversidade*. Cada um destes princípios pode ser violado através de atos de invasão ou abuso – por oficiais do governo, médicos, parceiros, membros da família etc. –, ou através de omissão, negligência ou discriminação por parte de autoridades públicas, nacionais ou internacionais. Cada um deles também contém dilemas ou contradições que só podem ser resolvidos com base em arranjos sociais radicalmente diferentes daqueles atualmente vigentes na maior parte dos países do mundo.

Integridade Corporal

Talvez mais que os outros três princípios, a *integridade corporal*, ou o direito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo, está na base da noção de liberdade sexual e reprodutiva. Conforme sugerido em nossa introdução, esse princípio está intrinsecamente relacionado com o desenvolvimento histórico das idéias de identidade pessoal (*self*) e de cidadania na cultura política ocidental. Mas ele transcende qualquer cultura ou região particular, na medida em que denuncia toda e qualquer forma de escravidão ou servidão involuntária, tortura, estupro e violência em geral. Como consta da Declaração da Conferência do Ano Internacional da Mulher, ocorrida na Cidade do México em 1975, “o corpo humano, independentemente de ser o de um homem ou o de uma mulher, é inviolável e o respeito por ele é um elemento fundamental da dignidade e liberdade humanas” (*apud* Freedman e Isaacs, 1993).

Afirmar o direito das mulheres de “controlar e de ser donas” de seus corpos não significa que os corpos das mulheres são meros objetos, separados delas mesmas ou isolados das comunidades e redes sociais. Ao contrário, denota a noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem-estar (incluindo aí o prazer sexual) formam a base necessária para a participação ativa na vida social. Integridade corporal, desta forma, não é somente um direito individual, mas social, uma vez que sem ela as mulheres não podem funcionar como membros responsáveis da comunidade (Freedman e Isaacs, 1993; Petchesky, 1990 e 1994). Em suas aplicações específicas, o princípio de integridade corporal nos lembra que enquanto os direitos sexuais

e reprodutivos são necessariamente sociais, eles também são irredutivelmente *pessoais*. Ainda que eles não possam nunca ser alcançados sem a atenção ao desenvolvimento econômico, autonomia política e diversidade cultural, em última instância o seu lugar é no corpo individual das mulheres (DAWN, 1993; Petchesky, 1990).

A integridade corporal inclui tanto “o direito da mulher de *não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva* (por exemplo, através de sexo ou casamento forçados, mutilação genital, acesso negado à regulação da fecundidade, esterilização sem as devidas informações, proibições à homossexualidade) quanto o direito à *integridade de sua pessoa física* (por exemplo, não se submetendo à violência sexual, prisão domiciliar, métodos contraceptivos inseguros, gravidez ou intervenções médicas indesejadas)” (Dixon-Mueller, 1993). Os abusos negativos ocorrem em vários níveis e locais, incluindo não somente relações com parceiros sexuais, parentes e clínicos, mas também campanhas militares ou do governo (por exemplo, programas de redução da fecundidade coercitivos ou o estupro de mulheres como instrumento de “purificação étnica”).

A integridade corporal também implica direitos *afirmativos* para usufruir inteiramente de seu potencial corporal – para a saúde, procriação e sexualidade. Cada um destes aspectos levanta uma série de questões. No que concerne à saúde, o mero termo “integridade” dá uma idéia de *todo* – tratando o corpo e suas necessidades como uma unidade, não como um amontoado de fragmentos ou funções mecânicas.

A Dra. Rani Bang descreve o caso de um distrito do estado de Maharashtra, na Índia, onde 92% das mulheres que fizeram uso de clínicas locais de planejamento familiar apresentavam infecções ginecológicas não tratadas (Bang *apud* Bruce, 1990). Isso não aconteceria se os profissionais de saúde tratassem o corpo das mulheres e sua saúde reprodutiva como um todo. Da mesma forma, programas de planejamento familiar que enfatizam os chamados métodos eficazes de contracepção não se mostram capazes de oferecer às mulheres proteção contra as DSTs e infecções causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), expondo-as à infertilidade e até à morte.

Com base na noção de integridade corporal das mulheres é possível afirmar o direito de evitar ou interromper uma gravidez indesejada. É, sem dúvida, mais complexo afirmar um “direito fundamental à procriação” que estaria baseado na capacidade biológica de reproduzir. Podemos reconhecer que a reprodução biológica tem conseqüências para outros que não apenas

a mulher individual, o homem (seu parceiro) ou a linhagem familiar sem subscrever a proposta dos controlistas segundo a qual as mulheres teriam, diante da crise da sociedade contemporânea (ou diante da crise do planeta!!!), o dever de não reproduzir. Este dever poderia, eventualmente, fazer sentido se todas as mulheres tivessem acesso a recursos suficientes para garantir seu bem-estar, alternativas viáveis de trabalho e uma atmosfera favorável à sua auto-afirmação para além do papel de mães, de maneira que sua sobrevivência e dignidade não dependessem do fato de que elas tenham ou não filhos (Berer, 1990; Freedman e Isaacs, 1993). Mesmo nestas circunstâncias as políticas antinatalistas que se apóiam na coerção e na discriminação seriam inaceitáveis.

Nossa hesitação sobre o “direito à procriação” não se baseia em nenhuma correlação simplista entre crescimento populacional, degradação ambiental e fecundidade feminina. Ao contrário, ela vem do receio sobre o modo como sistemas patriarcais através da história usaram tais reivindicações para confinar e subordinar as mulheres. Direitos de procriação, no entanto, são uma parte importante dos direitos sexuais e reprodutivos. Eles incluem o direito de participar da prática humana básica de criar e educar as crianças; o direito a uma gravidez segura, decente e em boas condições de saúde; o direito das famílias homossexuais de adotar e criar filhos com a mesma dignidade que qualquer outra família. Eles também incluem uma transformação na atual divisão sexual do trabalho de modo que os homens passem a ter tanta responsabilidade pela criação e educação das crianças quanto as mulheres.

Finalmente, o que podemos dizer sobre a capacidade corporal para o prazer sexual e o direito de expressá-lo de formas diversificadas e não-estigmatizadas? Se o princípio de integridade corporal implica um tal direito, como acreditamos, sua expressão certamente se torna mais complexa e cheia de perigos para mulheres e homens no contexto da crescente prevalência de infecções por HIV e por DSTs (Berer, 1993a; DAWN, 1993). Além desses perigos mais imediatos existe um “círculo vicioso” no qual “mulheres sofrendo as conseqüências de doenças sexualmente transmissíveis encontram-se diante de uma circunstância social que aumenta o risco de exposição a infecções sexualmente transmissíveis e suas complicações” (Elias, 1991). Este círculo afeta de forma mais dramática as mulheres da África subsahariana, mas está se tornando um fenômeno mundial. Ele inclui a falta de autodeterminação sexual por parte das mulheres; o alto risco de infertilidade e gravidez ectópica devido a infecções sexualmente transmissíveis; a dependência dos homens e dos parentes para sua sobrevivência; a ameaça de

ostracismo ou rejeição por parte da família ou do parceiro que se segue à infecção ou à infertilidade; a ameaça de desemprego, empobrecimento e prostituição, seguida de uma ainda maior exposição às DSTs e a infecções por HIV (Elias, 1991; Wasserheit, 1993).

A crise global do HIV/AIDS complica mas não diminui o direito de todas as pessoas ao prazer sexual responsável e a um ambiente de apoio cultural e social. Para que mulheres e homens de diversas orientações sexuais possam expressar sua sexualidade sem medo ou risco de exclusão, doença ou morte, é preciso que exista um processo de educação sexual e uma ressocialização de homens e mulheres numa escala sem precedentes. Eis por que a integridade corporal tem necessariamente uma dimensão de direitos sociais que, hoje mais do que nunca, se apresenta como um problema de vida ou morte.

Autonomia Pessoal

Ouvir as mulheres é a chave para se respeitar sua *autonomia pessoal*, moral e legal – isto é, seu direito à autodeterminação. Isto significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade – como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meios das políticas de planejamento familiar e populacional. Ao enfatizar um modelo relacional e interativo de tomada de decisões reprodutivas, nosso conceito de autonomia na tomada de decisões implica o respeito pelo modo como as mulheres tomam decisões, pelas pessoas consultadas e pelos valores envolvidos. Não supõe a solidão ou isolamento das “escolhas individuais”. Nem tampouco exclui o aconselhamento sobre os riscos e opções envolvidos na contracepção, cuidados pré-natais, gravidez, DSTs e HIV, bem como outros aspectos da saúde ginecológica.

No âmbito dos serviços de saúde, o respeito à autonomia pessoal das mulheres requer confiança: é preciso levar a sério os desejos e experiências das mulheres, por exemplo, no que concerne aos efeitos colaterais dos métodos contraceptivos. Quando os médicos trivializam as queixas das mulheres sobre sintomas como dores de cabeça, ganho de peso ou irregularidade menstrual, eles violam este princípio. Estudos qualitativos de práticas clínicas quanto ao uso de Norplant® na República Dominicana, Egito, Indonésia e Tailândia concluíram que as preocupações das mulheres sobre sangramentos irregulares foram frequentemente desconsideradas, e seus pedidos de remoção do implante não foram respeitados (Zimmerman *et alii*, 1990).

O respeito pela autonomia pessoal também requer que as clientes tenham um amplo espectro de opções saudáveis, com informação adequada e sem grandes discrepâncias em termos de custos ou subsídios governamentais. Quando algum método contraceptivo de longo alcance é enfatizado (por exemplo, implantes ou esterilizações) ou o aborto seguro ilegal é negado, a prática clínica manifesta inclinações antinatalistas ou pró-natalistas e o respeito pela autonomia pessoal das mulheres é sistematicamente negligenciado. A “qualidade da atenção”, originada no movimento pela saúde das mulheres e codificada por Judith Bruce, reflete não apenas uma boa prática médica, mas um respeito ético pela autonomia pessoal (Bruce, 1990; DAWN, 1993; Jain, Bruce e Mensch, 1992; Mintzes, 1992).

No âmbito das políticas e programas nacionais e internacionais, tratar as mulheres como pessoas no que se refere a decisões sexuais e reprodutivas significa garantir que as organizações de mulheres estejam representadas e sejam ouvidas nos processos em que as políticas populacionais e de saúde são formuladas e que mecanismos efetivos de prestação de contas (*accountability*), nos quais as mulheres participem, sejam estabelecidos para garantir que não haja abusos. Também significa abandonar objetivos demográficos a serviço do crescimento econômico, cortes de investimentos sociais ou rivalidades nacionalistas ou étnicas e substituí-los por objetivos que visem a saúde e a autonomia das mulheres (ver Jain, Bruce e Mensch, 1992). Políticas demográficas que encorajam o uso de incentivos materiais geralmente têm o efeito de coagir as mulheres, especialmente aquelas que são pobres, a aceitarem métodos de controle da fecundidade que elas tenderiam a rejeitar, violando desta forma sua autonomia quanto à tomada de decisões.

O problema dos “incentivos” é complexo, uma vez que em algumas circunstâncias eles podem expandir as opiniões e a liberdade das mulheres (Dixon-Mueller, 1993). As feministas e ativistas dos direitos humanos tecem críticas pertinentes aos programas que promovem determinados métodos de controle da fecundidade ou campanhas antinatalistas através de doações em dinheiro ou roupas, ou através de cotas e “bônus” para os funcionários das clínicas locais (Freedman e Isaacs, 1993; Ravindran, 1993). Qual seria nossa reação, no entanto, a um sistema de gestão de saúde, gerenciado por mulheres, que fornecesse cuidados às crianças ou transporte gratuito para facilitar o acesso às consultas? Existe uma diferença entre estes dois casos. O primeiro modelo mina a autonomia pessoal das mulheres, enquanto o segundo incorpora condições que favorecem a habilidade das mulheres para exercer seus direitos reprodutivos. Para distinguir condições de apoio à

autonomia dos incentivos coercitivos é preciso garantir que sejam respeitados todos os quatro princípios éticos dos direitos reprodutivos (integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade). Quando mulheres pobres ou presidiárias são obrigadas a comprar outros direitos “à custa de seus ventres”, os “incentivos” se transformam em suborno (Williams, 1991). A posição social das mulheres determina se elas estão ou não aptas a tomar decisões sexuais e reprodutivas com dignidade.

Igualdade

O princípio de *igualdade* se aplica aos direitos sexuais e reprodutivos em duas esferas principais: as relações entre homens e mulheres (sistema de gênero) e as relações entre as mulheres (condições como classe, idade, nacionalidade e outras). O impulso subjacente aos direitos reprodutivos, quando de seu aparecimento, era corrigir a situação adversa em que se encontravam as mulheres por não possuírem controle sobre sua fecundidade e por desempenharem um papel basicamente reprodutivo na divisão sexual do trabalho. “Direitos reprodutivos” constituem uma estratégia entre muitas para equalizar as posições de homens e mulheres nas sociedades. Ao mesmo tempo, a noção contém as sementes de uma contradição, uma vez que só as mulheres podem engravidar. Neste sentido sua situação – e grau de risco – não pode nunca ser equalizada ao papel dos homens na reprodução.

Esta tensão, que as feministas conceitualizaram como o debate *igualdade versus diferença*, torna-se problemática na linguagem neutra dos documentos das Nações Unidas relativos à saúde e aos direitos reprodutivos. Por exemplo, o artigo 16(e) da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres dá a homens e mulheres “*os mesmos direitos* para decidirem livre e responsavelmente sobre o número de filhos que desejam ter e para ter acesso à informação, educação e meios que os permitam exercer estes direitos” (ênfases nossas). Este artigo poderia ser usado para tornar obrigatório o consentimento dos maridos no caso do aborto e do uso da contracepção. Por que deveriam homens e mulheres ter “os mesmos” direitos quanto à reprodução quando são as mulheres que ficam grávidas e, na maioria das sociedades, são as responsáveis diretas pela educação das crianças, e uma vez que um número crescente de mulheres o fazem sem nenhuma ajuda dos parceiros? (A linguagem dos “casais” na literatura sobre planejamento familiar faz surgir o mesmo tipo de questões.)

Se tomarmos o problema da contracepção como ilustração, o princípio de igualdade exigiria que, na medida em que os métodos contraceptivos trazem riscos e benefícios, estes riscos e benefícios fossem distribuídos em uma base justa entre homens e mulheres, assim como entre as mulheres. Isto sugeriria uma política populacional que enfatizasse a responsabilidade masculina na esfera do controle da fecundidade e a pesquisa científica sobre métodos contraceptivos masculinos eficientes. Na verdade, muitas mulheres expressam um sentimento de injustiça quanto ao fato de que se espera que elas arquem com quase todos os riscos médicos e responsabilidades sociais para evitar uma gravidez indesejada (Pies, s/d). Entretanto, esta política poderia também entrar em conflito com o direito básico da mulher de controlar sua própria fecundidade e a necessidade que muitas mulheres sentem de preservar este controle, às vezes em segredo e sem "igual divisão" dos riscos.

Na superfície, este dilema sugere uma contradição entre os princípios da igualdade e da autonomia pessoal. A agenda feminista que privilegia o controle das mulheres quanto aos direitos reprodutivos pareceria reforçar a divisão sexual do trabalho que confina as mulheres ao domínio da reprodução. Ainda assim, a exploração da questão revela que a relutância das mulheres em renunciar aos métodos centrados na mulher, deixando aos homens a responsabilidade sobre o controle da fecundidade tem sua origem no reconhecimento dos "poderes" que operam contra a possibilidade da igualdade entre os gêneros no âmbito das políticas reprodutivas e de saúde. Esta desigualdade de poder inclui os sistemas sociais que não fornecem incentivos econômicos ou educacionais para que os homens se envolvam na criação dos filhos e normas culturais que estigmatizam a sexualidade feminina fora das fronteiras da monogamia heterossexual. Uma política de saúde reprodutiva que encoraje o desenvolvimento e uso de "métodos masculinos" de contracepção pode aumentar o espectro total de "escolhas". Mas a longo prazo isto não irá ajudar as mulheres a obter seus direitos sociais nem a igualdade sexual, caso os problemas estruturais da desigualdade social e entre homens e mulheres não forem solucionados.

Aplicar o princípio de igualdade na implementação dos direitos sexuais e reprodutivos também requer atenção às diferenças entre as mulheres. Isto significa, no mínimo, que riscos e benefícios têm de ser distribuídos em uma base justa e os responsáveis pelas políticas devem respeitar a autoridade das mulheres quanto à tomada de decisão sem discriminação de classe, raça, origem étnica, idade, estado civil, orientação sexual, nacionalidade ou região (Norte-Sul). Retomando o exemplo da contracepção, é evidente que o aces-

so a métodos seguros de controle da fecundidade pode desempenhar um importante papel na melhoria das condições de saúde das mulheres. Mas também é preciso admitir que alguns métodos contraceptivos podem trazer conseqüências negativas para a saúde de algumas delas. Problemas de igual tratamento podem surgir quando certos métodos – particularmente aqueles que trazem riscos médicos ou cujos efeitos a longo prazo não são bem conhecidos – são testados prioritariamente em mulheres pobres de países do Sul ou do Norte. De fato, quando pesquisas clínicas são realizadas entre mulheres urbanas pobres, que tendem a se mudar com frequência e que sofrem com a falta de transporte, as condições necessárias para o acompanhamento médico adequado podem não existir, e desta forma as pesquisas podem, elas mesmas, estar em desacordo com o princípio de igualdade. Da mesma forma, problemas de discriminação surgem quando métodos seguros tais como camisinhas ou diafragmas, pílulas com baixas doses de hormônio ou condições de aborto seguro estão disponíveis apenas para mulheres com suficientes recursos financeiros.

Para que os governos e organizações internacionais promovam os direitos sexuais e reprodutivos de forma a respeitar a igualdade entre mulheres, é preciso que sejam solucionadas, ao menos, as mais gritantes diferenças em poder e recursos que dividem as mulheres dentro de seus países e internacionalmente. No caso dos métodos seguros e eficientes de contracepção, as leis que garantem a “liberdade” para todas as mulheres de escolherem o método que desejam são inúteis quando as mulheres não têm acesso aos serviços de saúde, quando a qualidade dos mesmos é precária, ou nas situações em que faltam os insumos e financiamento adequado para o sistema de saúde pública. As mudanças econômicas e políticas necessárias para que se criem tais condições são um problema não somente de desenvolvimento, mas de *direitos* (sociais); de fato, este é um bom exemplo de por que o desenvolvimento *é* um direito humano e por que os direitos reprodutivos das mulheres são inseparáveis desta equação (Sen, 1992).

Diversidade

Enquanto o princípio de igualdade requer a mitigação das diferenças entre mulheres no âmbito do acesso aos serviços de saúde, o princípio da *diversidade* requer o respeito pelas diferenças entre as mulheres – de valores, cultura, religião, orientação sexual, condições médicas ou familiares etc. A linguagem universalizante dos instrumentos internacionais de direitos

humanos, que reflete a tradição liberal ocidental, necessita ser reformulada para adaptar-se a essas diferenças (ver Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1993a e b). Ao mesmo tempo em que defendemos a aplicabilidade universal dos direitos sexuais e reprodutivos, devemos admitir que tais direitos frequentemente adquirem sentidos ou se traduzem em prioridades diferentes segundo os contextos culturais e sociais.

Diferenças de valores culturais ou religiosos, por exemplo, afetam as atitudes em relação à gravidez e à educação das crianças, influenciando a forma como diversos grupos de mulheres pensam o papel que desempenham na reprodução. Em seu estudo sobre as mulheres de Ile-Ife, Nigéria, a antropóloga Tola Olu Pearce (1994) identificou que na tradição Yoruba, a valorização da fecundidade das mulheres e a subordinação dos desejos individuais ao bem-estar da comunidade fazem com que a idéia do direito de uma mulher de escolher individualmente seja totalmente estranha. Ainda assim, as mulheres Yoruba em Ile-Ife usam métodos de regulação da fecundidade para determinar o espaço entre o nascimento de seus filhos e não há dúvida de que consideram esta decisão como um “direito” coletivo. Uma situação semelhante na qual a ética comunitária governa as decisões reprodutivas das mulheres encontra-se em um estudo de mães solteiras latinas do Harlem (Nova York), que consideram entre seus “direitos reprodutivos” o de receber recursos públicos a fim de ficarem em casa cuidando de seus filhos (Benmayor, Torruellas e Juarbe, 1992).

Valores culturais e religiosos locais também podem moldar as atitudes das mulheres diante das tecnologias médicas ou seus efeitos, tais como sangramentos menstruais irregulares. Agentes envolvidos na disseminação de Norplant® nem sempre compreenderam o sentido que o sangramento menstrual pode ter em culturas locais e a extensão que sangramentos freqüentes – um efeito colateral comum do Norplant® – pode ter na exclusão das mulheres das práticas sexuais, dos rituais ou da vida da comunidade (Zimmerman *et alii*, 1990). Padrões impostos com relação ao que é um sangramento “normal” ou “rotineiro” podem constituir uma violação do princípio de diversidade, assim como das premissas de integridade corporal e de autonomia pessoal.⁶

⁶ Não somente os clínicos, mas também as ativistas feministas podem ser acusados de impor seus próprios valores e de não respeitar a diversidade. Grupos feministas que condenam todas as tecnologias reprodutivas (por exemplo, tecnologias que auxiliam a fertilidade artificialmente) como instrumentos de controle médico sobre as mulheres e contra a “natureza”, ignoram as formas sob as quais estas tecnologias podem expandir os direitos de mulheres em particular (por exemplo, lésbicas querendo engravidar através de inseminação artificial ou fertilização *in vitro*).

É importante distinguir entre o princípio feminista do respeito pela diferença e a tendência de governos predominantemente masculinos e grupos de fundamentalistas religiosos de instrumentalizar a “diversidade” e a “autonomia de culturas locais” como meio para negar a validade universal dos direitos humanos das mulheres.⁷ Em todos os casos citados, as afirmações das mulheres quanto às suas necessidades e valores particulares, ao contrário de negarem a aplicação universal destes direitos, esclarece o que eles significam em culturas específicas. As múltiplas identidades das mulheres – como membros de grupos culturais, étnicos e familiares ou como pessoas com orientações sexuais e religiosas particulares, e assim por diante – desafiam o discurso dos direitos humanos a desenvolver uma linguagem e metodologia que sejam simultaneamente plurais e fiéis aos princípios básicos de igualdade, autonomia pessoal e integridade corporal. Isto quer dizer que o princípio de diversidade nunca é absoluto, mas sempre condicionado a uma concepção de direitos humanos que promova o desenvolvimento das mulheres e respeite sua autodeterminação. Práticas patriarcais tradicionais que subordinam as mulheres – não importa o quão locais, ancestrais ou exercidas pelas próprias mulheres (por exemplo, mutilação genital) – não poderão nunca eludir a responsabilidade social de organizações governamentais e intergovernamentais para reforçar a igualdade, autonomia pessoal e integridade corporal das mulheres através de meios que respeitem as suas necessidades e desejos.

Uma Abordagem Feminista de Direitos Sociais das Políticas Populacionais e de Desenvolvimento

A análise aqui desenvolvida tentou mostrar que as dimensões de liberdade individual e justiça social dos direitos não podem ser consideradas de maneira isolada enquanto os recursos e o poder permanecerem distribuídos desigualmente na maioria das sociedades. As obrigações afirmativas dos Estados e organizações internacionais tornam-se primordiais, já que a capa-

⁷ Parece crucial para nós o reconhecimento de que os movimentos religiosos fundamentalistas estão em ascensão em todas as grandes religiões do mundo – catolicismo, protestantismo, judaísmo, hinduísmo e islamismo. Apesar das vastas diferenças teológicas e culturais, esses fundamentalismos têm em comum uma visão da mulher como instrumento de reprodução, visão esta que está em completo desacordo com qualquer noção de direitos reprodutivos. Em uma excelente discussão sobre o conflito entre a religião e os direitos humanos, Freedman e Isaacs (1993) pecam apenas por enfatizar demasiadamente os países muçulmanos e a lei islâmica.

cidade dos indivíduos de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos depende de uma série de condições que ainda não estão acessíveis para a maioria das pessoas e são impossíveis de serem alcançadas sem apoio público. Neste sentido, falar de “autorização” nos parece excessivamente estreito, já que implica as exigências feitas por indivíduos ao Estado, mas não expressa a idéia de um interesse *público* mútuo em desenvolver cidadãs e cidadãos politicamente responsáveis, educados e autônomos. Da mesma forma, “escolher livre e responsabilmente” – termo ainda presente na maioria dos instrumentos internacionais dirigidos aos que trabalham com planejamento familiar e direitos reprodutivos – é, no mínimo, ambíguo, se não evasivo. O que significa escolher “responsabilmente”? Quem, na verdade, é responsável, e quais são as condições necessárias – sociais, políticas e culturais – para que os indivíduos atuem de forma socialmente responsável? Os deveres correlativos associados aos direitos sexuais e reprodutivos pertencem não somente aos portadores de tais direitos, mas às agências governamentais e intergovernamentais encarregadas de promovê-los.

Políticas e programas de saúde que tratam das mulheres e das questões de reprodução de forma holística, necessitam dos serviços de uma equipe bem treinada e com recursos suficientes para todas as mulheres. Se as mulheres devem estar habilitadas a “falar” nos serviços de saúde e fazer exigências sobre sua saúde sexual e reprodutiva – principalmente em lugares onde a qualidade da atenção é inadequada – elas devem ter uma “cultura de consciência sobre a saúde”, que por sua vez está condicionada à independência econômica e autodeterminação política (Basu, 1990). Em última instância, tais fins são uma questão não tanto de transformações econômicas, mas de valores e prioridades políticas. Como afirmaram os participantes da Reunião de Especialistas sobre Mulher e População, ocorrido em Botswana, em 1992, *“a igualdade para as mulheres não depende do nível de desenvolvimento ou dos recursos econômicos disponíveis, mas da vontade política dos governos e das culturas em que as mulheres têm de viver”*.

Agências governamentais e de população que professam sustentar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres devem fazer mais que simplesmente evitar os abusos. Devem ir além das diretrizes de “qualidade de atenção”, as quais alcançam apenas os serviços de saúde e não as comunidades e a sociedade como um todo. Além disso, elas devem reordenar as políticas econômicas internacionais (incluindo aí os chamados programas de ajuste estrutural), as prioridades orçamentárias nacionais e as políticas de população e saúde, abandonando as prioridades de

investimentos em armamentos e para pagamento da dívida externa de modo a fomentar o bem-estar social e as políticas de saúde. Da mesma forma, devem adotar programas afirmativos que promovam “uma cultura de consciência sobre a saúde e autonomia” entre as mulheres, e uma atitude de respeito, não-violência e responsabilidade entre os homens para com as mulheres e crianças.

O Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento, que aconteceu no Cairo em 1994, ecoa esta perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos sociais. Nas negociações do Cairo a igualdade entre os gêneros e o “empoderamento” (*empowerment*⁸) das mulheres foram tratados com mais visibilidade que os temas demográficos e do crescimento econômico, sendo definitivamente reconhecidos como componentes inegociáveis do desenvolvimento sustentável. O texto adota, por primeira vez, uma definição de direitos reprodutivos e considera o planejamento familiar como apenas um elemento no interior de políticas mais amplas de saúde reprodutiva. O Capítulo VII do Programa de Ação enfatiza a noção de saúde sexual, a sexualidade como elemento das relações humanas e do desenvolvimento pessoal e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Entre 1984 – quando aconteceu a Conferência do México – e 1994 a transformação da linguagem internacional sobre população e desenvolvimento deve ser interpretada como uma consequência direta da força e do impacto global que teve o movimento pela saúde e direitos reprodutivos durante a década. O trabalho dos grupos de saúde da mulher por todo o mundo obteve um importante efeito sobre a *retórica oficial* em fóruns intergovernamentais ligados a questões populacionais. Mas até que ponto podemos esperar que os governos, agências das Nações Unidas e organizações internacionais passem da percepção do problema para a ação efetiva, traduzindo esta retórica em políticas concretas e programas que realmente beneficiem as mulheres?

Muitos grupos de saúde da mulher, tanto no Sul quanto no Norte, têm consciência de que a retórica feminista está sendo usada por agências voltadas para políticas de população internacionais para legitimar e encobrir

⁸ Não existe tradução dicionarizada para o termo *empowerment*. Ele tem sido traduzido por “emancipação” ou “fortalecimento das capacidades”. Entretanto, o movimento feminista considera que estas traduções não denotam o significado contido no termo *empowerment*, de reequilíbrio das relações de poder entre homens e mulheres. Portanto, as feministas têm usado o termo empoderamento como sua tradução.

objetivos que ainda são estreitos. Percebendo que a história das políticas e programas de controle populacional freqüentemente deixam de lado as necessidades das mulheres e os princípios éticos sublinhados acima, as feministas, com razão, temem que a linguagem dos direitos reprodutivos e da saúde possa ser cooptada para manter as políticas como são.

Nossa posição é mais otimista, embora cautelosa. As feministas estão fazendo pressão sobre as agências de planejamento familiar para que admitam as concepções das mulheres do que sejam suas próprias necessidades e direitos sexuais e reprodutivos. Isto deve nos aproximar de mudanças políticas e sociais que dêem autonomia às mulheres. Mas para que isto, de fato, aconteça, outras ações se fazem necessárias por parte das ONGs femininas, incluindo alianças com muitos outros grupos que se preocupam com a saúde, o desenvolvimento e os direitos humanos. Uma dessas ações é a insistência na participação, por parte dos grupos de saúde e direitos das mulheres, em todos os organismos e mecanismos responsáveis por tomadas de decisão e implementação das políticas pós-Cairo. A longo prazo, no entanto, não basta considerar as agências voltadas para políticas de população. Para construir a ponte entre retórica sobre direitos sexuais e reprodutivos e a realidade que a maioria das mulheres enfrenta é preciso uma visão mais ampla. Precisamos integrar (e não subordinar) esses direitos a agendas de saúde e desenvolvimento que irão transformar radicalmente a distribuição de recursos, poder e bem-estar entre os países do mundo (DAWN, 1993; Sen, 1992). Estas são as condições para que se transforme direitos em capacidades vitais. Para as mulheres, o Cairo foi apenas uma estação no meio do caminho.

Referências Bibliográficas:

- AHMED, L. (1992), *Women and Gender in Islam*. New Haven, Yale University Press.
- ASIAN AND PACIFIC Women's Resource Collection Network. (1990), *Asia and Pacific Women's Resource and Action Series: Health*. Kuala Lumpur, Asia and Pacific Development Centre.
- BANG, R. (1989), "High Prevalence of Gynecological Diseases in Rural Indian Women". *Lancet*, nº 337, pp. 85-8.
- BASU, A. M. (1990), "Cultural Influences on Health Care Use: Two Regional Groups in India". *Studies in Family Planning*, nº 21, pp. 275-86.

- BENMAYOR, R.; TORRUELAS, R. M. e JUARBE, A. L. (1992), *Responses to Poverty Among Puerto Rican Women: Identity, Community, and Cultural Citizenship*. New York, Centro de Estudios Puertorriqueños, Hunter College.
- BERER, M. (1990), "What Would a Feminist Population Policy Be Like?". *Women's Health Journal*, n° 18, pp. 4-7.
- BERER, M. (1993a), "Population and Family Planning Policies: Women-centered Perspectives". *Reproductive Health Matters*, n° 1, pp. 4-12.
- BHASIN, K. e KHAN, N. (1986), *Some Questions on Feminism for Women in South Asia*. New Delhi, Kali.
- BRUCE, J. (1990), "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework". *Studies in Family Planning*, n° 21, pp. 61-91.
- BUNCH, C. (1990), "Women's Rights as Human Rights: Toward a Re-vision of Human Rights". *Human Rights Quarterly*, n° 12, pp. 486-98.
- CHESLER, E. (1992), *Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*. New York, Shimon & Schuster.
- COOK, R. J. (1993a), "International Human Rights and Women's Reproductive Health". *Studies in Family Planning*, n° 24, pp. 73-86.
- _____. (1993b), "Women's International Human Rights Law: The Way Forward". *Human Rights Quarterly*, n° 15, pp. 230-61.
- COPELON, R. (1994), "Intimate Terror: Understanding Domestic Violence as Torture", in R. J. Cook (ed.), *International Women's Human Rights*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- CORRÊA, S. (1993), Sterilization in Brazil. Reviewing the Analysis. Mimeo inédito.
- CRENSHAW, K. (1991), "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics", in K. T. Bartlett e R. Kennedy (eds.), *Feminist Legal Theory*. Boulder, Colorado, Westview Press.
- DAWN - Development Alternatives with Women for a New Era. (1993), Population and Reproductive Rights Component: Platform Document/Preliminary Ideas. Mimeo inédito.
- DIXON-MUELLER, R. (1993), *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westport, Connecticut, Praeger.
- EISENSTEIN, Z. (1983), *The Radical Future of Liberal Feminism*. Boston, Northeastern University Press.
- _____. (1994), *The Color of Gender*. Berkeley, University of California Press.
- ELIAS, C. (1991), *Sexually Transmitted Diseases and the Reproductive Health of Women in Developing Countries*. New York, Population Council.

- ELSHTAIN, J. B. (1981), *Public Man, Private Woman*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- EXPERT GROUP Meeting on Population and Women. (1992), Substantive Preparations for the Conference – Recommendations. New York, United Nations Economic and Social Council, outubro.
- EZEH, H. C. (1993), “The Influence of Spouses over each other’s Contraceptive Attitudes in Ghana”. *Studies in Family Planning*, n° 24, pp. 163-74.
- FABROS, M. L. (1991), “The WRRC’s Institutional Framework and Strategies on Reproductive Rights”. *Flights*, n° 4 (official publication of the Women’s Resource & Research Center, Quenzon City, Philippines).
- FISCHER, L. (1962), *The Essential Gandhi*. New York, Vintage.
- FREEDMAN, L. P. e ISAACS, S. L. (1993), “Human Rights and Reproductive Choice”. *Studies in Family Planning*, n° 24, pp. 18-30.
- FREEDMAN, M. (1992), “Feminism and Modern Friendship: Dislocating the Community”, in S. Avineri e A. de-Shalit (eds.), *Communitarianism and Individualism*. New York, Oxford University Press.
- GILLIGAN, C. (1982), *In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- GORDON, L. (1976), *Woman’s Body, Woman’s Rights: A Social History of Birth Control in America*. New York, Penguin.
- HEISE, L. (1992), “Violence against Women: The Missing Agenda”, in M. A. Koblinsky, J. Timyan e J. Gay (eds.), *Women’s Health: A Global Perspective*. Boulder, Colorado, Westview Press.
- HELLER, A. (1992), “Rights, Modernity, Democracy”, in D. Cornell, M. Rosenfeld e D. G. Carlson (eds.), *Deconstruction and the Possibility of Justice*. New York, Routledge.
- HUSTON, P. (1992), *Motherhood by Choice: Pioneers in Women’s Health & Family Planning*. New York, Feminist Press.
- JAYAWARDENA, K. (1993), *With a Different Voice: White Women and Colonialism in South Asia*. London, Zed.
- JAIN, A., BRUCE, J. e MENSCH, B. (1992), “Settings Standards of Quality in Family Planning Programs”. *Studies in Family Planning*, n° 23, pp. 392-5.
- JEFFERY, P., JEFFERY, R. e LYON, A. (1989), *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London, Zed.
- KELLY, J. (1984), *Women, History, and Theory*. Chicago, University of Chicago Press.
- KHATTAB, H. (1992), *The Silent Endurance: Social Conditions of Women’s Reproductive Health in Rural Egypt*. Amman/Unicef, Cairo/Population Council.

- LOPEZ, I. (1993), *Constrained Choices: An Ethnography of Sterilization and Puerto Rican Women in New York City*. Mimeo inédito.
- McCARTHY, J. e MAINE, D. (1992), "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality". *Studies in Family Planning*, n° 23, pp. 23-33.
- MINTZES, B. (ed.). (1992), *A Question of Control: Women's Perspectives on the Development and Use of Contraceptives*. Amsterdam, WEMOS, Women & Pharmaceuticals Project.
- MORSY, S. (1994), "Maternal Mortality in Egypt: Selective Health Strategy and the Medicalization of Population Control", in F. D. Ginsburg e R. Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Stratification of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.
- MUSALLAM, B. F. (1983), *Sex and Society in Islam: Birth Control Before the Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press.
- NATIONAL Research Council. (1989), *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Washington, D. C., National Academic Press.
- NEDELSKY, J. (1989), "Reconceiving Autonomy". *Yale Journal of Law and Feminism*, n° 1, pp. 7-36.
- O'FLAHERTY, W. D. (1980), *Women, Androgyns, and Other Mythical Beasts*. Chicago, University of Chicago Press.
- OKIN, S. M. (1979), *Women in Western Political Thought*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- OLSEN, F. (1984), "Statutory Rape: A Feminist Critique of Rights Analysis". *Texas Law Review*, n° 63, pp. 387-432.
- PEARCE, T. O. (1994), "Women's Reproductive Practices and Biomedicine: Cultural Conflicts and Transformations", in F. D. Ginsburg e R. Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Stratification of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.
- PETCHESKY, R. P. (1979), "Reproductive Choice in the Contemporary United States: A Social Analysis of Female Sterilization", in K. Michaelson (ed.), *And the Poor Get Children*. New York, Monthly Review.
- _____. (1990), *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexually and Reproductive Freedom* (edição revisada). Boston, Northeastern University.
- _____. (1994), "The Body as Property: A Feminist Revision", in F. D. Ginsburg e R. Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Stratification of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.
- _____ e WIENER, J. (1990), *Global Feminist Perspectives on Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York, Reproductive Rights Education

- Project, Hunter College.
- PIES, C. (s/d), *Creating Ethical Reproductive Health Care Policy*. San Francisco, Educational Programs Associates, Inc.
- PROTACIO, N. (1990), *From Womb to Tomb: The Filipino Women's Struggle for Good Health and Justice*. Trabalho apresentado no 4th International Interdisciplinary Congress on Women, New York, Hunter College, 12 de junho.
- RAMASUBBAN, R. (1990), *Sexual Behaviour and Conditions of Health Care: Potential Risks for HIV Transmission in India*. Trabalho apresentado ao International Union for the Scientific Study of Population Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV, Sonderborg, Dinamarca.
- RAMUSACK, B. N. (1989), "Embattled Advocates: The Debate over Birth Control in India, 1920-40". *Journal of Women's History*, n° 1, pp. 34-64.
- RAVINDRAN, T. K. S. (1993), "Women and the Politics of Population and Development in India". *Reproductive Health Matters*, n° 1, pp. 26-38.
- ROSENFELD, M. (1992), "Deconstruction and Legal Interpretation: Conflict, Indeterminacy and the Temptations of the New Legal Formalism", in D. Cornell, M. Rosenfeld e D. G. Carlson (eds.), *Deconstruction and the Possibility of Justice*. New York, Routledge.
- RUTHVEN, M. (1984), *Islam in the World*. New York, Oxford University Press.
- SANGER, M. (1920), *Woman and the New Race*. New York, Truth.
- SCHNEIDER, E. M. (1991), "The Dialectic of Rights and Politics: Perspectives from the Women's Movement", in K. T. Bartlett e R. Kennedy (eds.), *Feminist Legal Theory*, Boulder, Colorado, Westview Press.
- SEN, G. (1992), *Women, Poverty and Population: Issues for the Concerned Environmentalist*. Center for Population and Development Studies, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- TUSHNET, M. (1984), "An Essay on Rights". *Texas Law Review*, n° 62, pp. 1363-403.
- UNGER, R. (1983), "The Critical Legal Studies Movement". *Harvard Law Review*, vol. 96, n° 3, pp. 561-675.
- WASSERHEIT, J. (1993), "The Costs of Reproductive Tract Infections in Women", in M. Beter e S. Ray (eds.), *Women and HIV/AIDS: An International Resource Book*. London, Pandora.
- WEEKS, J. (1981), *Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality since 1800*. New York, Longman.
- WILLIAMS, P. J. (1991), *The Alchemy of Race and Rights*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

WOMEN'S Global Network for Reproductive Rights. (1991), Statement of Purpose. Mimeo.

ZIMMERMAN, M. *et alii*. (1990), "Assessing the Acceptability of Norplant® Implants in Four Countries: Findings from Focus Group Research". *Studies in Family Planning*, n° 21, pp. 92-103.