



GÊNERO E DIREITOS REPRODUTIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ana Cláudia Jaquetto Pereira ¹
Sarah de Freitas Reis ²

O conceito de “direitos reprodutivos” incorporado em iniciativas governamentais desde meados dos anos 1990 popularizou-se mundialmente a partir da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. O Programa de Ação da Conferência do Cairo, como ficou conhecido o evento, define os direitos reprodutivos como aqueles que se ancoram no reconhecimento do direito de todo casal ou indivíduo decidir de forma livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, de ter acesso a informações e meios para tanto e de usufruir do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Eles incluem ainda o direito a decidir sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência³.

O mesmo documento disseminou internacionalmente o conceito de “saúde reprodutiva”, que surgiu na década de 1980, definindo-o como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças, em todas as áreas relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”⁴. Segundo o Programa de Ação, ele refere-se à possibilidade de uma vida sexual satisfatória e segura e à capacidade de decidir *se, como e quando se reproduzir*.

O documento final elaborado na Conferência do Cairo refletiu em grande medida as posições dos movimentos feministas articulados em nível internacional, que tiveram um papel muito ativo em sua preparação⁵. Com isso, lograram assegurar que os conceitos desenvolvidos no Programa de Ação garantissem os direitos reprodutivos em diversos contextos sócio-culturais, políticos e econômicos, contemplando não apenas problemas de saúde, como também relações assimétricas de poder⁶, especialmente as relações de gênero. Desta forma, a Conferência contribuiu

¹ Mestre e Doutoranda em Ciência Política pelo IUPERJ/UFRJ. Contato: anaclaudiapereira@gmail.com.

² Bacharel em Relações Internacionais pela Unesp-Marília e Assessora Técnica do CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Contato: sarah.reis@gmail.com

³ FNUAP. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* - 1994. [S. l.]: 1995.

⁴ FNUAP. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* - 1994. [S. l.]: 1995.

⁵ BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Org.). *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Editora 34, 1998, pp. 23-35.

⁶ FIGUEROA PEREA, J. G. Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud reproductiva. In: WELT, C. (org.). *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después del Cairo -94*. México: PROLAP/UNAM, 1997, p. 159-201.



para divulgar uma noção de “saúde reprodutiva” calcada na promoção de equidade de gênero e no direito da mulher ao próprio corpo⁷.

A primeira conferência mundial sobre população e desenvolvimento, realizada em Bucareste, em 1974, foi palco de polarizações entre o grupo “controlista” – que se fundava em teses neomalthusianas⁸ para defender ações governamentais que controlassem o aumento da população no chamado Terceiro Mundo – liderados pelos Estados Unidos, e o “natalista” – que acreditavam na necessidade de promover o povoamento dos espaços vazios de seus territórios – composto por alguns países latino-americanos e africanos e pela União Soviética. Na Conferência do México, em 1984, a mesma política foi retomada. A saúde e a autonomia das mulheres, porém, ganhou maior destaque com o fortalecimento de atores que se opunham às estratégias de controle populacional, defendendo uma idéia de “planejamento familiar” centrada na busca pelo bem-estar social e saúde da mulher⁹.

A preocupação com a saúde e com as assimetrias de gênero que afetam os direitos reprodutivos das mulheres foi uma tendência acentuada na Conferência do Cairo, contribuindo para uma alteração do teor do debate sobre este tema que, desde a década de 1960, estava em curso no Brasil. Contrastando com os discursos oficiais ambíguos e difusos de períodos anteriores, na década de 1960 os ideais de controle demográfico ganharam força no país, respaldados, por um lado, pela *Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF)* e, por outro, pela política dos Estados Unidos de condicionar ajuda econômica à adoção de programas de redução do crescimento populacional¹⁰

¹¹.

No Brasil, alguns setores dos movimentos feministas e o movimento da Reforma Sanitária – que muitas vezes estavam inter-relacionados – tiveram um papel fundamental na superação de políticas controlistas, que desrespeitavam a autonomia reprodutiva, e a consequente consolidação de políticas de direitos reprodutivos ao longo dos anos 1980. Ambos estiveram presentes na formação

⁷ ALVARENGA, A. T. de ; Schor, Néia. Contracepção feminina e política pública no Brasil. *Saúde e Sociedade*, n. 7, v. 1, 1998, pp. 87-110.

⁸ O termo “neomalthusiano” refere-se a idéias baseadas no pensamento do inglês Thomas Malthus. Este economista tornou-se famoso por propor em seus estudos que a população mundial cresce em progressão geométrica, enquanto a produção de alimentos cresce em progressão aritmética. Conseqüentemente, melhorias na vida da população pobre seriam sempre efêmeras, uma vez que fariam acompanhar um aumento populacional que corroeria os benefícios introduzidos (Malthus, 2005).

⁹ ALVES, J. A. L. *Relações Internacionais e Temas Sociais*. Brasília: IBRI, 2001. pp. 154-155.

¹⁰ No entanto, já no período colonial havia no país esforços governamentais de regulação da fecundidade, caracterizados por uma tendência dissimulada a um natalismo voltado à melhoria da raça brasileira. A inclinação natalista ficou mais visível na era Getúlio Vargas, com a instituição de benefícios como o auxílio-natalidade (Fonseca Sobrinho, 1991).

¹¹ FONSECA SOBRINHO, D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos, 1991.



do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que inaugurou um novo paradigma de saúde da mulher. Instituído diretrizes pragmáticas para a rede pública destinadas a atender a mulher em várias etapas de sua vida, inclusive a reprodutiva, o programa rompeu com o formato materno-infantil, que pressupunha a vocação feminina para a maternidade e a tratava como um evento isolado na vida das mulheres¹². A mesma articulação influenciou o texto da Constituição de 1988, o qual define o planejamento familiar autônomo, no parágrafo 7º do Artigo 226, como um direito de todos os cidadãos e atribui ao Estado a responsabilidade de “propiciar recursos educacionais e científicos” para seu exercício¹³.

A garantia constitucional não se traduziu imediatamente na institucionalização de uma política de planejamento familiar. Um dos maiores problemas denunciados pelos movimentos feministas era a ausência de regulamentação formal para as esterilizações de mulheres – que atingiam proporções altíssimas quando comparada a outros países e eram incentivadas por médicos e organizações privadas – criada apenas em 1997. A despeito da garantia do direito ao planejamento familiar incluída na Constituição, o Código Penal proibia até então lesões corporais que acarretassem perda de função de órgãos (artigo 129), considerando a esterilização uma mutilação ilegal. Ainda assim, o Brasil apresentava, já naquela época, uma das maiores proporções de esterilizações voluntárias, atingindo 27% das mulheres entre 15 a 44 anos, em união e usuárias de métodos contraceptivos¹⁴. Em 1996, pesquisas indicaram o aumento desta incidência para 40,1%. Numerosos estudos acadêmicos e relatórios da sociedade civil chamaram a atenção para estes dados, denunciando a baixa oferta de métodos contraceptivos reversíveis no sistema de saúde pública, a prevalência de mulheres pobres entre as esterilizadas e a prestação de informações incorretas sobre a reversibilidade da laqueadura de trompas por parte de profissionais de saúde¹⁵.

As propostas do Programa de Ação da Conferência do Cairo, em 1994, confluíram com as demandas feitas pelos movimentos feministas ao Estado brasileiro, contribuindo para um enfraquecimento do debate controle de natalidade *versus* planejamento familiar. A Lei nº 9.263/96, também conhecida como Lei de Planejamento Familiar, entrou em vigor em 1997, regulamentando

¹² LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. *Homens, Feminismo e Direitos Reprodutivos no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008. P. 135. COSTA, A. M.; Guilherm, D.; Silver, L. D. Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, n. 6, v. 1, 2006. pp. 75-84. COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, n. 4, v. 2, 1996, pp. 209-215.

¹³ Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

¹⁴ ARRUDA, J. M.; Rutemberg, N.; Morris, L.; Ferraz, E. *A Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar/PNSMIPF*, Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM/IDR, 1987.

¹⁵ BEMFAM; DHS. *Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996, 1997*. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1997. VIEIRA, E. M.; Ford, N. J. The provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low income women. *Social Science & Medicine*: Oxford: Elsevier, v. 40, n. 10, 1996. Pp. 1427-1432.



o exercício dos direitos reprodutivos em termos similares aos definidos no âmbito da Conferência, inserindo-os em um entendimento integral da saúde e proibindo prática de controle demográfico. As esterilizações durante o parto foram proibidas, salvo raras exceções, e o serviço passou a ser obrigatório na rede de saúde pública¹⁶. Desde então, os esforços dos movimentos feministas têm se concentrado em promover a descriminalização do aborto e garantir que as leis se transformem em políticas efetivas.

Apesar dos progressos na regulamentação do planejamento familiar, esta corrente não conseguiu escapar de uma tendência comum a controlistas e natalistas: o foco sobre o corpo das mulheres e a escassa preocupação com a aplicação de medidas contraceptivas à população masculina. Desta forma, concepções tradicionais sobre os papéis de gênero foram perpetuadas.

Os diversos documentos internacionais, as políticas públicas adotadas no Brasil e o debate público sobre direitos sexuais e reprodutivos são permeados por discursos sobre o “ser homem” e o “ser mulher” que pressupõem e prescrevem comportamentos e formas de viver a experiência corporal, sexual e reprodutiva. Em sua forma hegemônica, estes discursos têm sido marcados pelo que Linda Nicholson¹⁷ chama de “determinismo biológico”: a categoria “mulher” aparece fundada em fatos biológicos, e é a partir deles, mais especificamente da “sexualidade feminina” e da maternidade, que são desenhadas as concepções de feminilidade e a abordagem das políticas de saúde voltada às pessoas do sexo feminino. As opções, preferências e direitos de homens e mulheres se limitam a associar a posse de um pênis à sexualidade masculina heterossexual e a posse de uma vagina e de um útero à sexualidade feminina heterossexual e destinada à maternidade. O resultado é que as demais formas de vivenciar a sexualidade e de entender a reprodução são marginalizadas, concebidas como desviantes ou, até mesmo, como inaceitáveis.

Na verdade, a definição do feminino e do masculino a partir do sexo deriva de relações sociais, e não exatamente de dados biológicos, como esclareceu a antropóloga Gayle Rubin em sua conceituação do sistema sexo/gênero. Tal sistema é composto pelas “combinações por meio dos quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e pelo qual satisfaz estas necessidades sexuais transformadas”¹⁸. Este sistema apresenta-se, portanto, como uma variedade de práticas, significações, normas e valores sociais que dão sentido à diferença

¹⁶ BRASIL. *Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º. Do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>. Acesso em 06/11/2009.

¹⁷ NICHOLSON, L. *Interpretando o gênero*. Revista Estudos Feministas, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

¹⁸ RUBIN, G.. *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. Nueva Antropología, México D. F., v. 7, n. 30, 1986. P. 88. Tradução nossa.



sexual biológica em um contexto de sociedade, criando narrativas e sentidos para os impulsos sexuais, a reprodução humana e o relacionamento entre as pessoas¹⁹.

Nas sociedades contemporâneas, a atuação humana que dá significado à sexualidade biológica institui desigualdades entre homens e mulheres, separando-os entre “gênero produtivo” e o “gênero reprodutivo”, respectivamente. Desta forma, ao sexo feminino caberiam as experiências reprodutivas e atividades de cuidado não-remuneradas, relacionadas à produção da vida humana, perspectiva que acaba por naturalizar a inclinação das mulheres à maternidade e ao amor pelas crianças. Ao sexo masculino, corresponderiam as atividades de produção de riqueza e sua administração, tornando-o responsável por prover materialmente o setor de produção humana a partir de estratégias racionais e da participação no mundo externo ao lar²⁰.

Esta polarização também se reflete nas políticas de saúde. O Governo Lula – que, desde seus documentos e programas de governo já explicitava compromissos com a ampliação dos direitos reprodutivos – trouxe elementos novos no que se refere à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, exemplificado pela elaboração do Programa Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), e da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento pela realização da terceira edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006). Somam-se a estes documentos e regulamentações as menções ao tema dos direitos sexuais e reprodutivos presentes no I e no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e as atividades desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em vigor desde 1983, além de declarações públicas do ministro da Saúde sobre a necessidade de se discutir a legalização do aborto²¹. E somente em 2009, com o lançamento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, a promoção dos direitos reprodutivos dos homens passou a ser enfatizada e a inspirar diretrizes de atuação no contexto do SUS.

Os avanços descritos acima representam uma transição gradual no conceito de mulher sobre o qual se apóiam as políticas de direitos reprodutivos, ao menos no que se refere ao desenho das políticas públicas. A promoção dos direitos reprodutivos como direitos humanos e a ênfase nas relações de gênero embutida em sua definição permitiram que a imagem da mulher que embasava as visões controlistas e natalistas fosse *lenta e parcialmente* substituída pela tendência de

¹⁹ BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: RODRÍGUES, Regina (Ed.). Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio. Santiago: Isis International, 1992. p. 111-128. P. 114.

²⁰ LYRA-DA-FONSECA, Ibidem; IZQUIERDO, M. Uso y abuso del concepto de género. In: VILANOVA, Mercedes (Org.). Pensar las diferencias. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994. p. 31-53.

²¹ TEMPORÃO, J.. *Temporão diz que discussão sobre aborto é machista*. Folha de S. Paulo. Autor: Gabriela Guerreiro, 2007. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u92083.shtml>. Acesso em 12 de agosto de 2009.



fortalecimento do discurso da mulher como um sujeito de direito, capaz de escolher de forma autônoma. Em que pesem esses avanços, a descriminalização do aborto não só não tem avançado, como também tem enfrentado sérias ameaças de retrocessos do arcabouço legal existente, e a garantia efetiva do acesso de toda a população a serviços de saúde e informações sobre métodos contraceptivos são metas distantes. Além disso, a escassa referência à garantia dos direitos reprodutivos dos homens indica uma tendência à conservação de uma imagem de masculinidade ainda distante das atividades de cuidado e reprodução da vida. Com isso, o ônus da reprodução e seu controle continua a recair sobre as mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada pelo ministro da Saúde José Gomes Temporão em agosto de 2009, lida com o desafio de criar políticas reprodutivas ancoradas em uma análise sócio-cultural dos comportamentos atribuídos aos homens. Nas poucas linhas dedicadas ao tema são enumeradas as principais questões a serem abordadas pelo governo: a necessidade de tratar a paternidade não apenas como obrigação, mas também como um direito do homem a participar de todos os processos compõe, inclusive, a decisão sobre ter ou não filhos; o direito de adolescentes e jovens à paternidade, assegurando condições para que eles façam escolhas autônomas e sem interferências preconceituosas dos operadores de saúde; o reconhecimento dos direitos sexuais das pessoas idosas; e o respeito à pluralidade de vivenciar a sexualidade. Desta forma, ela apresenta um primeiro esforço, ainda embrionário, de questionamento dos estereótipos do homem provedor, propondo políticas que combatam sua crença de invulnerabilidade e respeitem existências masculinas que se distanciem do padrão dominante na sociedade.

Contudo, o fato de as inovações serem visíveis no âmbito discursivo não assegura sua tradução em medidas efetivas. A análise dos recursos orçamentários para a implementação dessas políticas (Saúde da Mulher e Saúde do Homem) pode trazer elementos relevantes para o debate. Estudiosos/as de políticas públicas e orçamento com enfoque de gênero têm destacado com frequência a importância de se analisar a dimensão do gasto público junto com o desenho das políticas, o que pode revelar em que medida essas políticas estão, efetivamente, se traduzindo em ações concretas na realidade da população.

Para a Saúde da Mulher, tomamos como referência a ação 6175 – Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que atualmente faz parte do Programa 1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde, por ser esta a única



ação orçamentária explicitamente orientada nesse sentido²². Parece haver outros recursos utilizados para a promoção da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. No entanto, o Ministério da Saúde não disponibilizou, até o momento, informações detalhadas que nos permitam identificar quais são esses recursos, o que inviabiliza uma análise mais abrangente.

No caso da Saúde do Homem, nossa referência é a ação 8752 – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem, que faz parte do mesmo programa orçamentário (Programa 1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde) e que, segundo as informações disponíveis, é a única ação específica nesse sentido.

De forma geral, podemos afirmar que os montantes gastos nessas políticas representam uma porcentagem ínfima do volume total de recursos aplicados em Saúde no Brasil. Dados apontam que em 2008 e 2009, por exemplo, os recursos gastos com a ação específica de Saúde da Mulher representaram 0,004% do total gasto com a Saúde no país. Em outras palavras, gastou-se com Saúde cerca de 25 mil vezes mais do que o valor gasto com a ação específica de Saúde da Mulher.

Quando tomamos em consideração os recursos orçamentários autorizados (ou seja, previstos para determinado ano) em contraste com os recursos efetivamente pagos naquele mesmo ano, verificamos um desnível significativo: no que se refere à Saúde da Mulher, de 2003 a 2010 apenas 28% dos recursos disponibilizados (autorizados) foram efetivamente gastos (pagos), como mostra a tabela a seguir.

Tabela 1 – Execução 2003-2010* da ação 6175 – Atenção Integral à Saúde da Mulher.
(R\$ 1,00)

Ano	Recursos autorizados	Recursos pagos	Execução (% Pago/Aut)
2003	17.109.108	11.874.151	69%
2004	9.393.067	3.947.388	42%
2005	9.135.750	274.694	3%
2006	9.909.233	4.629.027	47%
2007	8.041.097	239.197	3%
2008	16.126.295	1.696.069	11%
2009	8.747.000	1.983.580	23%
2010*	9.500.000	248.694	3%

²² Estas análises se basearam nos seguintes documentos: Plano Plurianual 2008-2011 (Lei nº 11.653/2008) e consultas à página do Orçamento Mulher no SIGA Brasil (http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/_PS_ORCMULHER/Execucao).



TOTAL	87.961.550	24.892.801	28%
--------------	-------------------	-------------------	------------

Fontes: SIGA Brasil (www.senado.gov.br/siga, Orçamentos Temáticos, Orçamento Mulher) e CFEMEA (Série Histórica 1995-2005). Elaboração Própria.

* Valores corrigidos pelo IPCA (Ref. 2009)

**Recursos pagos até 30 de Junho/2010

A situação não é muito diferente na execução da Atenção à Saúde do Homem. Como se vê pela tabela abaixo, a execução em três anos chegou apenas a 21% dos valores autorizados:

Tabela 2 – Execução 2008-2010* da ação 8752 – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem. (R\$ 1,00)

	Recursos autorizados	Recursos Pagos	Execução (% Pago/Aut)
2008	3.942.378	1.296.541	33%
2009	4.695.000	651.718	14%
2010**	5.100.000	875.884	17%
TOTAL	13.737.378	2.824.143	21%

Fontes: SIGA Brasil (www.senado.gov.br/siga, Orçamentos Temáticos, Orçamento Mulher). Elaboração Própria.

* Valores corrigidos pelo IPCA (Ref. 2009)

**Recursos pagos até 30 de Junho/2010

Longe de serem novidade, essas constatações há muito são discutidas entre estudiosos/as da temática: Diane Elson²³ aponta que frequentemente existem importantes brechas entre o planejado e o executado em termos de recursos públicos. Isso pode ser um indicativo de falta de prioridade²⁴ a essas políticas públicas, ou mesmo, um indicador da capacidade técnica e administrativa do governo²⁵.

²³ ELSON, D. *Iniciativas de Presupuestos Sensibles al Género: dimensiones claves y ejemplos prácticos*. Seminario: Enfoque de género en los presupuestos. Gobierno de Chile, PNUD, CEPAL, Unifem, GTZ. Santiago, 2002. Disponível em:

<http://www.presupuestoygenero.net/index.php?option=com_sobi2&sobi2Task=sobi2Details&catid=10&sobi2Id=207&Itemid=200020>. Acesso em: 01/07/2010.

²⁴ No Brasil, a falta de prioridade é evidenciada pelo contingenciamento – estratégia de retenção de recursos das políticas públicas para formação de reservas geralmente destinadas ao cumprimento de metas fiscais (superávit primário) e para o pagamento da dívida pública. Dados da Auditoria Cidadã da Dívida apontam que, em 2009, cerca de 35% do Orçamento Geral da União foi utilizado para o pagamento dos juros e “rolagem” da dívida. Apenas a título de comparação, os gastos com a função Saúde representaram apenas 4,64% do total do Orçamento Geral da União no mesmo ano.

²⁵ ANDÍA, B.; BELTRÁN, A. *Documento Metodológico sobre el Análisis Del Presupuesto Público con Enfoque de Género: sistematización de las experiencias en la Región Andina*. Unifem Andina, 2003. Disponível em:



Ademais, faltam indicadores apropriados para a mensuração da implementação dessas políticas. Tomando novamente o caso do Programa 1312 (Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde), verificamos no Planejamento Governamental²⁶ que há indicadores relacionados à mortalidade materna, infantil e neonatal, ou seja, excluem-se desses indicadores outros aspectos relacionados à saúde da mulher que não estejam necessariamente ligados à maternidade. Essa é uma questão de gênero importante, já que “as mulheres aparecem na lista de indicadores quando são mães, e não como indivíduos”²⁷. Ainda, merece destaque o fato de que o referido programa não aponta indicadores para medir o alcance das ações adotadas para promoção da saúde do homem.

A ausência de indicadores adequados é, por si só, um indicador importante, já que revela a falta de critérios objetivos para avaliação dos gastos públicos e de diretrizes para o monitoramento das políticas públicas. Com isso, as políticas de saúde repetem um padrão corriqueiro das políticas públicas no Brasil: a ausência de parâmetros de avaliação, falta de transparência, escassa possibilidade de controle social e inexistência de variáveis de sexo e cor em seus indicadores. Logo, o próprio governo não dispõe de informações cruciais, que permitiriam sugerir correções, ajustes e mudanças no programa²⁸. Nesse ponto, entendemos que ainda há um desafio a superar para que tenhamos um planejamento orçamentário condizente com as diretrizes das políticas estabelecidas.

Considerações Finais

Em alguns momentos, o governo Luiz Inácio Lula da Silva tem buscado evidenciar em documentos e falas relacionados às políticas de saúde um grau elevado de comprometimento com a desconstrução de estereótipos de gênero, a garantia da autonomia reprodutiva das mulheres e o incentivo da participação de homens em atividades de cuidado não-remuneradas. Entretanto, o desenho das políticas públicas e os recursos a elas destinados se revelam insuficientes para avançar questões de direitos sexuais e reprodutivos no país.

A permissividade do Poder Executivo em relação às ameaças à legislação que permite o aborto em casos de gravidez provocada por estupro e risco de vida à mãe, a falta de empenho em

http://www.gender-budgets.org/index.php?option=com_joomdoc&task=doc_download&gid=107&Itemid=189. Acesso em: 01/07/2010.

²⁶ O Plano Plurianual 2008-2011 (Lei nº 11.653/08) é a Lei que estabelece o planejamento governamental de médio prazo, inclusive prevendo metas de atendimento (metas físicas) e metas financeiras para os programas e ações governamentais a serem desenvolvidos no período.

²⁷ CAVENAGHI, S. (org.) *Gênero e Raça no Ciclo Orçamentário e Controle Social de Políticas Públicas: indicadores de gênero e raça no PPA 2008-2011*. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), 2008.

²⁸ Idem, *Ibidem*.



garantir a realização do aborto legal na rede pública de saúde e em promover a descriminalização do aborto e o enfraquecimento das ações orçamentárias no campo da Saúde da Mulher atingem diretamente direitos reprodutivos das mulheres que há muito são reivindicados pelos movimentos feministas. Mesmo sem superar estes problemas, o governo federal lançou uma política de saúde voltada aos homens, que, pelo que sugerem os dados disponíveis, não chega a executar plenamente.

A falta de transparência compromete não só o controle social das políticas públicas como a própria avaliação do governo. Ademais, o caráter pontual das ações identificadas e sua inserção em um programa governamental amplo e desprovido de indicadores adequados pode inviabilizar o monitoramento dessas ações e a sua orientação para a efetiva promoção das diretrizes estabelecidas nas políticas. Há, também, uma aparente falta de priorização dessas ações, que resulta em uma baixa execução orçamentária ao longo dos anos, o que provavelmente prejudica o cumprimento dos objetivos com os quais estão relacionadas.

Todos esses elementos concorrem para mostrar, em análise preliminar, que ainda são grandes os desafios para fazer valer, na vida de mulheres e homens, as diretrizes estabelecidas nas políticas e que, em última instância, deveriam fazer cumprir os compromissos governamentais em termos de direitos e saúde sexual e reprodutiva. Podemos ainda afirmar que a abordagem deste tema a partir de elementos discursivos e do exame das políticas públicas é ainda rara e, por isso mesmo, demanda esforços e reflexões.

Bibliografia

ALVARENGA, A. T. de ; Schor, Néia. Contracepção feminina e política pública no Brasil. *Saúde e Sociedade*, n. 7, v. 1, 1998, pp. 87-110.

ALVES, J. A. L. *Relações Internacionais e Temas Sociais*. Brasília: IBRI, 2001.

ANDÍA, B.; BELTRÁN, A. (2003). *Documento Metodológico sobre el Análisis Del Presupuesto Público con Enfoque de Género: sistematización de las experiencias en la Región Andina*. Unifem Andina, 2003. Disponível em: http://www.gender-budgets.org/index.php?option=com_joomdoc&task=doc_download&gid=107&Itemid=189. Acesso em: 01/07/2010.

ARILHA, Margareth. *O masculino em conferências e programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ARRUDA, J. M.; Rutemberg, N.; Morris, L.; Ferraz, E. *A Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar/PNSMIPF*, Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM/IDR, 1987.



AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. *Gráfico do Orçamento Geral da União - executado em 2009*. Disponível em: <http://www.divida-auditoriacidadada.org.br/config/graficoorcamento2009.jpg/image_view>. Acesso em: 01/07/2010.

BEMFAM; DHS. *Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996, 1997*. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1997.

BRASIL. *Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º. Do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>. Acesso em 06/11/2009.

BRASIL. *Plano Plurianual 2008-2011 (Lei nº 11.653/2008)*. Brasília, 2008.

BARBIERI, Teresita. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: RODRÍGUES, Regina (Ed.). *Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio*. Santiago: Isis International, 1992. p. 111-128.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Org.). *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Editora 34, 1998, pp. 23-35.

CAVENAGHI, S. (org.) *Gênero e Raça no Ciclo Orçamentário e Controle Social de Políticas Públicas: indicadores de gênero e raça no PPA 2008-2011*. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), 2008.

COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, n. 4, v. 2, 1996, pp. 209-215.

COSTA, A. M.; Guilherm, D.; Silver, L. D. Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, n. 6, v. 1, 2006. pp. 75-84.

ELSON, Diane. *Iniciativas de Presupuestos Sensibles al Género: dimensiones claves y ejemplos prácticos*. Seminario: Enfoque de género en los presupuestos. Gobierno de Chile, PNUD, CEPAL, Unifem, GTZ. Santiago, 2002. Disponível em: <http://www.presupuestoygenero.net/index.php?option=com_sobi2&sobi2Task=sobi2Details&catid=10&sobi2Id=207&Itemid=200020>. Acesso em: 01/07/2010.

FIGUEROA PEREA, J. G. Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud reproductiva. In: WELT, C. (org.). *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de el Cairo -94*. México: PROLAP/UNAM, 1997, p. 159-201.

FONSECA SOBRINHO, D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos, 1991.

FNUAP. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - 1994*. [S. l.]: 1995.

IZQUIERDO, Maria Jesús. Uso y abuso del concepto de género. In: VILANOVA, Mercedes (Org.). *Pensar las diferencias*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994. p. 31-53.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. *Homens, Feminismo e Direitos Reprodutivos no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008.



MALTHUS, T. *An essay on the principle of population*. Nova York: Cosimo, 2005.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 9, v. 3, 2001. pp. 77-82.

NICHOLSON, Linda. *Interpretando o gênero*. *Revista Estudos Feministas*, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

TEMPORÃO, José Gomes. *Temporão diz que discussão sobre aborto é machista*. Folha de S. Paulo. Autor: Gabriela Guerreiro, 2007. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u92083.shtml>. Acesso em 12 de agosto de 2009.

ROCHA, M.I.B. *Política demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade*. Campinas: Nepo/Unicamp, 1993. 148 p. (Textos NEPO, 25).

RUBIN, Gayle. *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. Nueva Antropología, México D. F., v. 7, n. 30, 1986.

SIGA Brasil. *LOA – Despesa Execução - Orçamento Mulher*. Disponível em: http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/_PS_ORCMULHER/Execucao. Acesso em: 04/07/2010.

VIEIRA, E. M.; Ford, N. J. The provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low income women. *Social Science & Medicine*: Oxford: Elsevier, v. 40, n. 10, 1996. Pp. 1427-1432.