



PARLAMENTO EUROPEU

2009 - 2014

Documento de sessão

A7-0306/2013

26.9.2013

RELATÓRIO

sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos
(2013/2040(INI))

Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros

Relatora: Edite Estrela

ÍNDICE

	Página
PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU.....	3
EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS.....	22
OPINIÃO MINORITÁRIA.....	30
PARECER DA COMISSÃO DO DESENVOLVIMENTO	31
RESULTADO DA VOTAÇÃO FINAL EM COMISSÃO	35

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU

sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos (2013/2040(INI))

O Parlamento Europeu,

- Tendo em conta a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, nomeadamente os artigos 2.º e 25.º,
- Tendo em conta o artigo 2.º, n.º 2, e os artigos 3.º e 12.º do Pacto Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, aprovado em 1966, nos termos da interpretação constante do Comentário Geral n.º 14 da Comissão das Nações Unidas para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais,
- Tendo em conta o artigo 2.º, o artigo 12.º, n.º 1, e o artigo 16.º, n.º 1, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), de 1979, que se referem à saúde, ao casamento e à vida familiar das mulheres, bem como as Recomendações Gerais n.º 21 (de 1994) e n.º 24 (de 1999),
- Tendo em conta os artigos 2.º, 12.º e 24.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, adotada em 1989, que se referem à não-discriminação, ao direito da criança a ser ouvida e à proteção da saúde materna e da saúde dos recém-nascidos e das crianças, a par do desenvolvimento da educação e os serviços de planeamento familiar,
- Tendo em conta a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 13 de setembro de 1994), os documentos finais das suas conferências de revisão, a resolução da Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas (CIPD +5), realizada em junho de 1999, e a Resolução 65/234 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o seguimento da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento para além de 2014 (dezembro de 2010),
- Tendo em conta a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim, aprovadas pela Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, em 15 de setembro de 1995, e as suas Resoluções de 18 de maio de 2000, sobre o seguimento dado à Plataforma de ação de Pequim¹, de 10 de março de 2005, sobre o seguimento dado ao programa de ação da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres – Plataforma de Ação (Pequim+10)² e de 25 de fevereiro de 2010 sobre Pequim + 15 – Plataforma de Ação das Nações Unidas para a Igualdade de Género³,
- Tendo em conta os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) adotados na Cimeira do Milénio das Nações Unidas, em setembro de 2000,
- Tendo em conta as declarações parlamentares de compromisso sobre a "Implementação do

¹ JO C 59 E de 23.2.2001, p. 133.

² JO C 320 E de 15.12.2005, p. 12.

³ JO C 348 E de 21.12.2010, p. 11.

Programa de Ação da CIPD" de Otava (2002), Estrasburgo (2004), Banguercoque (2006), Adis Abeba (2009) e Istambul (2012),

- Tendo em conta o Relatório das Nações Unidas do Relator Especial sobre "O Direito à Educação", (A/65/162 (2010)),
- Tendo em conta a Estratégia Global de Saúde das Mulheres e das Crianças da Organização Mundial de Saúde, lançada em 2010,
- Tendo em conta o documento lançado em 2010 pelo Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa e pelo centro federal alemão de educação em matéria de saúde (BZgA), intitulado «Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists» (Normas para a educação sexual na Europa: um quadro para os legisladores, autoridades de educação e de saúde e especialistas),
- Tendo em conta o n.º 16 do Relatório Intercalar das Nações Unidas do Relator Especial sobre "o direito de todos usufruírem do mais elevado nível de saúde física e mental", (A/66/254 (2011)),
- Tendo em conta o Relatório das Nações Unidas do Relator Especial sobre "o direito de todos usufruírem do mais elevado nível de saúde física e mental", (A/HRC/17/25 (2011)),
- Tendo em conta o Relatório do Alto Comissário da ONU para os Direitos Humanos, de 17 de novembro de 2011, sobre "Leis e práticas discriminatórias e atos de violência contra indivíduos com base na sua orientação sexual e identidade de género" (A/HRC/19/41),
- Tendo em conta a Resolução n.º 21/6 da Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, de 21 de setembro de 2012, sobre "Mortalidade Materna Evitável e Morbilidade e Direitos Humanos",
- Tendo em conta o relatório do Fundo da População das Nações Unidas intitulado «O Estado da População Mundial em 2012: por escolha, e não por acaso», de 14 de novembro de 2012,
- Tendo em conta os n.ºs 45-50 do Relatório das Nações Unidas do Relator Especial sobre "Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes", (A/HRC/22/53 (2013)),
- Tendo em conta a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e a jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, em particular o respetivo artigo 9.º, referente à liberdade de crença e de consciência,
- Tendo em conta a Resolução 1399 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa de 2004 sobre a "Estratégia Europeia de Promoção da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos",
- Tendo em conta a Resolução 1607 da Assembleia Parlamentar do Conselho de Europa de 2008 sobre o "Acesso ao Aborto Legal e Seguro na Europa",

- Tendo em conta os artigos 2.º, 5.º e 152.º do Tratado CE,
- Tendo em conta os artigos 8.º, 9.º e 19.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, que dizem respeito ao combate à discriminação em razão do sexo e à proteção da saúde humana,
- Tendo em conta a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia,
- Tendo em conta o Consenso Europeu sobre o Desenvolvimento (2005),
- Tendo em conta as conclusões do Conselho sobre o papel da UE na área da saúde mundial adotadas na 3011.ª reunião do Conselho dos Negócios Estrangeiros, em 10 de maio de 2010,
- Tendo em conta o Regulamento (CE) n.º 1567/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de julho de 2003, relativo à ajuda para políticas e ações em matéria de saúde reprodutiva e sexual e direitos conexos nos países em desenvolvimento¹,
- Tendo em conta o Regulamento (CE) n.º 1922/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de dezembro de 2006, que cria um Instituto Europeu para a Igualdade de Género²,
- Tendo em conta o Regulamento (CE) n.º 851/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de abril de 2004, que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças³,
- Tendo em conta as suas resoluções de 29 de setembro de 1994, sobre os resultados da Conferência Mundial do Cairo sobre População e Desenvolvimento⁴, e de 4 de julho de 1996, sobre o seguimento da referida Conferência⁵,
- Tendo em conta a sua resolução, de 3 de julho de 2002, sobre saúde e direitos em matéria de sexualidade e de reprodução⁶,
- Tendo em conta a sua resolução, de 10 de fevereiro de 2004, sobre a proposta de Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças⁷,
- Tendo em conta a sua resolução, de 4 de setembro de 2008, sobre a mortalidade materna, nas vésperas da iniciativa de alto nível da ONU sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, realizada em 25 de setembro de 2008⁸,
- Tendo em conta a sua resolução de 5 de abril de 2011, sobre as prioridades e a definição

¹ JO L 224 de 6.9.2003, p. 1.

² JO L 403 de 30.12.2006, p. 9.

³ JO L 142 de 30.4.2004, p. 1.

⁴ JO C 305 de 31.10.1994, p. 80.

⁵ JO C 211 de 22.7.1996, p. 31.

⁶ JO C 271 de 12.11.2003, p. 219.

⁷ JO L 142 de 30.4.2004, p. 1.

⁸ JO C 295 de 4.12.2009.

de um novo quadro político comunitário em matéria de combate à violência contra as mulheres¹,

- Tendo em conta a sua resolução, de 13 de março de 2012, sobre a igualdade entre as mulheres e os homens na União Europeia - 2011²,
 - Tendo em conta o Relatório do Alto Comissário da ONU para os Direitos Humanos sobre "Leis e práticas discriminatórias e atos de violência contra indivíduos com base na sua orientação sexual e identidade de género" (A/HRC/19/41),
 - Tendo em conta o artigo 48.º do seu Regimento,
 - Tendo em conta o relatório da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros e o parecer da Comissão do Desenvolvimento (A7-0306/2013),
- A. Considerando que os direitos sexuais e reprodutivos são Direitos Humanos, cujas violações constituem uma infração aos direitos das mulheres e das jovens à igualdade, à não discriminação, à dignidade, à saúde e à proteção contra um tratamento desumano e degradante;
- B. Considerando que o artigo 8.º do TFUE estabelece que, na realização de todas as suas ações, a União terá por objetivo eliminar as desigualdades e promover a igualdade entre homens e mulheres;
- C. Considerando que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos afetam todo o ser humano em todas as fases da vida, sendo, por conseguinte, uma preocupação ao longo da vida tanto para as mulheres como para os homens, e que os programas em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) têm de ser adaptados às diferentes necessidades e desafios enfrentados pelas pessoas em momentos distintos das suas vidas;
- D. Considerando que o artigo 168.º do TFUE refere que a União deve agir em conformidade para assegurar um elevado nível de proteção de saúde e melhoria da saúde pública;
- E. Considerando que as mulheres e os homens, independentemente da idade, sexo, raça, etnicidade, classe social, casta, afiliação religiosa, estado civil, ocupação, deficiência, estado quanto ao VIH (ou a doenças sexualmente transmitidas), origem nacional, condição de imigrante, língua, orientação sexual ou identidade de género, têm o direito de fazer as suas próprias escolhas informadas e responsáveis no que toca à saúde sexual e reprodutiva e devem dispor de todos os meios e possibilidades para tal;
- F. Considerando que a desigualdade de género é uma das principais razões do défice em matéria de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos adolescentes, e as perceções estereotipadas sobre a feminilidade e a masculinidade, em geral, e as perceções sobre a sexualidade das mulheres e das jovens, em particular, constituem um obstáculo estrutural ao respeito da SDSR;
- G. Considerando que o Relatório de 2010 do Relator Especial das Nações Unidas sobre "O

¹ Textos aprovados, P7_TA(2011)0127.

² JO C 251 E de 31.8.2013, p. 1.

Direito à Educação" declara que o direito a uma educação sexual abrangente faz parte dos Direitos Humanos;

- H. Considerando que a gravidez não planeada e indesejada constitui ainda uma realidade problemática para muitas mulheres na União Europeia, incluindo as adolescentes;
- I. Considerando que, em quase um terço dos Estados-Membros, os contraceptivos não são abrangidos pelo sistema público de seguro de saúde, o que constitui um sério entrave ao acesso aos mesmos por parte de determinados grupos de mulheres, nomeadamente as mulheres com rendimentos baixos, as adolescentes e as mulheres que vivem uma relação violenta;
- J. Considerando que as mulheres são desproporcionadamente afetadas pela privação de SDSR, devido à natureza da reprodução humana e ao contexto económico, legal, social e de género em que ela ocorre;
- K. Considerando que uma educação sexual abrangente, adequada a cada idade, fundamentada, cientificamente exata e de carácter não preconceituoso, a existência de serviços de planeamento familiar de qualidade e o acesso à contraceção contribuem para evitar a gravidez não planeada e indesejada, reduzem a necessidade de um aborto e contribuem para a prevenção do VIH e das doenças sexualmente transmitidas; considerando que ensinar os jovens a assumir a responsabilidade pela sua saúde sexual e reprodutiva produz efeitos positivos a longo prazo, que perduram ao longo da sua vida e têm uma incidência positiva na sociedade;
- L. Considerando que, segundo o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), morrem todos os anos 287 000 mulheres em resultado de complicações relacionadas com a gravidez e o parto;
- M. Considerando que, de acordo com as estimativas, cinco milhões de jovens entre os 15 e os 24 anos e 2 milhões de adolescentes entre os 10 e os 19 anos vivem com o VIH¹ e, por norma, não têm acesso e não utilizam os serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços relacionados com o VIH, pois os mesmos raramente atendem de uma forma abrangente às necessidades específicas dos jovens em termos de saúde sexual e reprodutiva;
- N. Considerando que, a despeito dos compromissos internacionais, existem disparidades nos padrões de saúde sexual e reprodutiva entre os Estados-Membros e no interior de cada um deles, bem como desigualdades ao nível dos direitos sexuais e reprodutivos usufruídos pelas mulheres na Europa, nomeadamente em termos de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, à contraceção e ao aborto, em função do país de residência, do rendimento, da idade, da condição de migrante e de outros fatores;
- O. Considerando que as mães adolescentes têm menos probabilidade de concluir o ensino secundário e são mais propensas a viver em situação de pobreza;
- P. Considerando que as mulheres migrantes, refugiadas e em situação não regularizada

¹ UNICEF, Oportunidades na crise: prevenir o VIH desde o início da adolescência até à jovem idade adulta, 2011.

enfrentam situações de insegurança social e económica, em que as preocupações com a saúde sexual e reprodutiva são amiúde minimizadas ou ignoradas;

- Q. Considerando que a oposição à SDSR tem vindo a aumentar na Europa e no mundo, com o propósito de negar às mulheres e aos homens os direitos sexuais e reprodutivos basilares, que todos os Estados-Membros da UE se comprometeram a proteger em acordos internacionais;
- R. Considerando que a SDSR são fatores fundamentais em matéria de igualdade de género, erradicação da pobreza, crescimento económico e desenvolvimento;
- S. Considerando que as mulheres e os homens devem partilhar equitativamente as responsabilidades na prevenção da gravidez indesejada e que os contraceptivos são utilizados sobretudo pelas mulheres;
- T. Considerando que a prevenção da gravidez indesejada não se limita apenas à prestação de informação e de serviços contraceptivos, mas engloba também a oferta de uma educação sexual abrangente, bem como assistência material e financeira às mulheres grávidas que carecem dessa ajuda;
- U. Considerando que o acesso ao aborto seguro se encontra proibido, salvo em circunstâncias muito excecionais, em três dos Estados-Membros da UE (Irlanda, Malta e Polónia); considerando que, em vários Estados-Membros, o acesso ao aborto, ainda que legal, é cada vez mais difícil devido a obstáculos regulamentares ou práticos, tais como o abuso da objeção de consciência, os períodos obrigatórios de espera e o aconselhamento tendencioso, e que outros Estados-Membros da UE ponderam a hipótese de restringir o acesso aos serviços de interrupção voluntária da gravidez;
- V. Considerando que as condições socioeconómicas e de trabalho das mulheres e dos jovens casais impedem, muitas vezes, que estes optem pela maternidade e paternidade;
- W. Considerando que a mortalidade materna continua a ser uma preocupação em alguns Estados-Membros e um desafio no âmbito da política europeia de desenvolvimento;
- X. Considerando que a violência sexual constitui uma violação grave dos direitos humanos com um impacto devastador na sexualidade, dignidade, bem-estar psicológico, autonomia e saúde reprodutiva das mulheres e das jovens; que as práticas tradicionais prejudiciais, tais como a mutilação/excisão genital feminina e os casamentos precoces e forçados, têm um efeito nocivo no bem-estar e autoestima pessoal, relações sexuais, gravidez e parto, constituindo um risco para a saúde das mulheres ao longo das suas vidas, bem como para as comunidades e, globalmente, para a sociedade;
- Y. Considerando que a violência sobre as mulheres, nomeadamente a violência doméstica e a violação, é um fenómeno comum e que um número crescente de mulheres está em risco de contrair VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas em resultado de comportamentos sexuais de alto risco dos seus parceiros; considerando que esta violência também é praticada contra as mulheres grávidas, aumentando a probabilidade de aborto espontâneo, nado-morto ou aborto;

- Z. Considerando que as disparidades nas taxas de interrupção voluntária da gravidez entre os Estados-Membros e os problemas generalizados de saúde reprodutiva em certas regiões da UE indiciam a necessidade de uma disponibilização não discriminatória de serviços de qualidade, aceitáveis, acessíveis e a preços razoáveis, incluindo o planeamento familiar e os serviços específicos para jovens, a par de uma educação sexual abrangente;
- AA. Considerando que os cortes orçamentais na saúde pública restringem ainda mais o acesso aos serviços e cuidados de saúde;
- AB. Considerando que as mulheres e jovens que se prostituem, utilizam drogas e/ou são transexuais estão mais expostas às doenças sexualmente transmitidas, nomeadamente o VIH, e que as suas necessidades em matéria de SDR são amiúde negligenciadas;
- AC. Considerando a existência de estudos que demonstraram que a educação sexual abrangente e serviços de planeamento familiar de qualidade aumentam, de facto, a probabilidade de um comportamento responsável, seguro e respeitador aquando e depois da primeira atividade sexual;
- AD. Considerando que lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais (LGBTI) continuam atualmente a ser alvo de discriminação, violência e de caracterizações preconceituosas da sua sexualidade e identidades de género em todos os Estados-Membros;
- AE. Considerando que é necessário prestar atenção não só à interrupção da gravidez indesejada, mas também, e especialmente, à sua prevenção; considerando que a prevenção da gravidez indesejada não se limita apenas à prestação de informação e de métodos contraceptivos, mas engloba também a oferta de uma educação sexual abrangente, bem como assistência material e financeira às mulheres grávidas e aos casais que carecem dessa ajuda;
- AF. Considerando que os jovens estão, desde muito cedo, amplamente expostos a conteúdos pornográficos, nomeadamente através da Internet, seja em casa ou no ambiente escolar;
- AG. Considerando que os abortos em condições inadequadas colocam gravemente em risco a saúde física e mental da mulher e, inclusive, a sua vida;
- AH. Considerando que a sexualização das jovens nos meios de comunicação social é um fenómeno com consequências no desenvolvimento afetivo e na vida sexual não só das mulheres, mas também dos homens, e que contribui para a persistência de estereótipos de género, discriminações e da violência de género;
- AI. Considerando que a prática da esterilização forçada ou sob coação de mulheres de etnia cigana e portadoras de deficiências, bem como pessoas transexuais, ainda ocorre em alguns Estados-Membros;
- AJ. Considerando que o intercâmbio de práticas de excelência entre os Estados-Membros permite encontrar as soluções mais adequadas e salvaguardar melhor os interesses de todos os cidadãos da UE;

AK. Considerando que existem exemplos de Estados-Membros que combinam a legislação liberal sobre o aborto com uma educação sexual eficaz, serviços de planeamento familiar de elevada qualidade e disponibilidade de diferentes contraceptivos, conjugando taxas mais baixas de abortos e taxas de natalidade mais elevadas;

Política em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos na União Europeia em geral

1. Reafirma que «a saúde é um direito humano fundamental indispensável ao exercício dos outros Direitos Humanos» e que a UE não poderá alcançar os mais elevados padrões de saúde que é possível atingir, se a SDSR de todos não forem integralmente reconhecidos e promovidos;
2. Salienta que as violações da SDSR têm uma incidência direta na vida das mulheres e das jovens, na independência económica das mulheres, no usufruto dos serviços sociais, no acesso das mulheres aos níveis de tomada de decisão e na sua participação na vida pública, na vulnerabilidade das mulheres face à violência masculina, no acesso das mulheres à educação bem como no usufruto da vida privada e, por conseguinte, afetam a sociedade no seu conjunto;
3. Realça que a emancipação das mulheres e das jovens é fundamental para quebrar o ciclo de discriminação e de violência e para a promoção e proteção dos direitos humanos, incluindo a saúde sexual e reprodutiva;
4. Reconhece que a SDSR são um elemento essencial da dignidade humana, que deve ser abordado no contexto mais amplo da discriminação de carácter estrutural e das desigualdades de género; exorta os Estados-Membros a salvaguardar a SDSR por intermédio da Agência dos Direitos Fundamentais e do Instituto Europeu para a Igualdade de Género (IEIG), nomeadamente, através da garantia da existência de programas e serviços de saúde reprodutiva, incluindo cuidados e medicamentos essenciais de planeamento familiar voluntário e saúde materna e neonatal, e através da vigilância das políticas e/ou da legislação suscetíveis de violar a SDSR;
5. Exorta os Estados-Membros a disponibilizarem serviços de qualidade em matéria de saúde sexual e reprodutiva, que sejam adaptados às necessidades de grupos específicos sem discriminação alguma ou receios de juízos de valor (por exemplo, os jovens e grupos vulneráveis); sublinha que os referidos serviços devem também ter em vista e facilitar o papel ativo dos homens e dos rapazes na partilha das responsabilidades pelos comportamentos sexuais e respetivas consequências;
6. Salienta que as políticas da UE e dos Estados-Membros devem assegurar o respeito, a proteção e o cumprimento da SDSR para todos, promovendo a compreensão da sexualidade humana como um aspeto positivo da vida e criando uma cultura de aceitação, respeito, não-discriminação e contra a violência;
7. Salienta que a UE, a nível interno e, quando relevante, nas suas políticas externas, deve assegurar a alteração, promulgação ou revogação de leis e políticas a fim de respeitar e proteger a SDSR e permitir a todos o seu exercício sem discriminação alguma;
8. Sublinha que as escolhas reprodutivas e os serviços de saúde relativos à fertilidade devem

ser disponibilizados num contexto não discriminatório e insta os Estados-Membros a assegurarem o acesso aos tratamentos de fertilidade e à procriação medicamente assistida também para as mulheres solteiras e lésbicas;

9. Salienta que as barrigas de aluguer representam uma mercantilização do corpo feminino e das crianças, constituindo uma ameaça à integridade física das mulheres e aos direitos humanos;
10. Salienta que a esterilização forçada ou sob coação de qualquer pessoa, nomeadamente transexuais, representa uma violação dos direitos humanos e da integridade física dessas pessoas e exorta os Estados-Membros a procederem à abolição de quaisquer leis vigentes que prevejam a esterilização;
11. Lamenta profundamente que a proposta de um novo Programa de Saúde para o Crescimento, 2014-2020, não mencione a SDSR e exorta a Comissão Europeia a proceder à sua inclusão na próxima Estratégia de Saúde Pública da UE;
12. Insta os Estados-Membros a assegurar uma distribuição geográfica adequada de pontos de serviços de saúde de qualidade bem como opções de transporte de qualidade e seguras, a fim de garantir um acesso equitativo a toda a população, nomeadamente às mulheres e às jovens que vivem nas zonas rurais;
13. Observa que, embora a formulação e a execução das políticas em matéria de SDSR recaia sob a alçada dos Estados-Membros, a UE pode exercer a sua competência ao nível da conceção de estratégias e iniciativas políticas na área da saúde pública e da não-discriminação, devendo integrar nestas áreas as questões relacionadas com a SDSR, de modo a apoiar uma melhor aplicação e sensibilização no que respeita à legislação e às políticas em matéria de direitos sexuais e reprodutivos, e fomentar o intercâmbio de práticas de excelência entre os Estados-Membros;
14. Insta os Estados-Membros a disponibilizarem o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva através de uma abordagem assente em direitos e sem discriminação alguma em razão de origem étnica, situação em matéria de habitação, condição de migrante, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de género, saúde ou estado civil;
15. Realça que as políticas em matéria de SDSR têm de ter em conta grupos específicos e os riscos associados às suas identidades ou à sua situação, em especial as mulheres pertencentes a minorias étnicas ou grávidas ou lésbicas, bissexuais ou transexuais, as crianças e os jovens, as pessoas LGBTI, as pessoas que se prostituem, os reclusos, os migrantes e os consumidores de drogas injetáveis;
16. Solicita aos governos dos Estados-Membros e dos países candidatos que desenvolvam uma política nacional de elevada qualidade relativa à saúde sexual e reprodutiva em colaboração com organizações pluralistas da sociedade civil, prestando informações circunstanciadas sobre as possibilidades efetivas e responsáveis do planeamento familiar, a fim de garantir um acesso equitativo a uma ampla variedade de métodos contraceptivos de elevada qualidade e promover a consciência da fertilidade;
17. Insta a UE e os seus Estados-Membros a compilar e monitorizar dados e estatísticas mais

abrangentes sobre indicadores de saúde sexual e reprodutiva (doenças sexualmente transmitidas, taxas de contraceção e de interrupção voluntária da gravidez, necessidades não atendidas de contraceção, gravidez na adolescência, etc.), discriminados, no mínimo, por sexo e idade;

18. Manifesta a sua preocupação com as restrições ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e aos contraceptivos nos países candidatos à adesão; solicita aos governos desses países que adotem medidas legislativas e políticas destinadas a garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e que procedam a uma recolha sistemática da informação necessária para melhorar a situação da saúde sexual e reprodutiva;
19. Exorta os Estados-Membros a garantir um financiamento sustentável aos serviços públicos e às organizações da sociedade civil que prestam serviços no domínio da saúde sexual e reprodutiva;
20. Exorta os Estados-Membros a trabalhar com a Comissão, o Instituto Europeu para a Igualdade de Género (IEIG) e a sociedade civil para elaborar uma estratégia europeia de promoção da SDSR e para apoiar a elaboração e execução de estratégias nacionais abrangentes em matéria de saúde sexual e reprodutiva; sugere que sejam conferidas competências ao IEIG para recolher, analisar e compilar dados e práticas de excelência de toda a Europa, para melhor compreender os obstáculos à incorporação de programas de prevenção e tratamento em matéria de saúde sexual e reprodutiva nos sistemas cuidados básicos de saúde;
21. Salienta que as atuais medidas de austeridade impostas aos Estados-Membros pelas instituições da UE têm um impacto negativo, sobretudo no caso das mulheres, em termos de qualidade, de custos e de acesso nos serviços públicos de saúde, na informação e nos programas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, bem como nas organizações de planeamento familiar, nas ONG prestadoras de serviços e na independência económica das mulheres; realça que os Estados-Membros devem tomar todas as medidas necessárias para garantir que o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva não seja posto em causa;
22. Exorta os Estados-Membros a desenvolver uma estratégia atinente à SDSR com um orçamento atribuído, um plano de execução e um sistema de acompanhamento conexo;
23. Realça a importância vital do acesso das mulheres a controlos ginecológicos e mamografias anuais, pelo que é inadmissível que os Estados-Membros reduzam as prestações neste âmbito com a desculpa da crise e dos cortes orçamentais;
24. Convida os Estados-Membros a partilhar as suas práticas de excelência e pacotes de medidas relativas às políticas de saúde sexual e reprodutiva;
25. Exorta os Estados-Membros e os países candidatos, tendo em conta o impacto da crise financeira e económica no setor da saúde pública, a disponibilizar, de forma gratuita ou financeiramente acessível, informação e serviços contraceptivos específicos e outros serviços em matéria de saúde sexual e reprodutiva, tais como controlos ginecológicos e mamografias anuais, e medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças

sexualmente transmitidas, que incluam o aconselhamento profissional de elevada qualidade, acessíveis a todos os segmentos da população, nomeadamente mulheres residentes em zonas rurais, jovens, minorias étnicas, migrantes, pessoas portadoras de deficiência e pessoas socialmente excluídas;

26. Salienta que a SDR são direitos fundamentais das mulheres e dos homens, não devendo ser restringidos por motivos religiosos, por exemplo, através da celebração de concordatas;
27. Insiste em que conceder a liberdade fundamental às mulheres, às jovens e aos casais de tomarem decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva, nomeadamente se desejam ter filhos e em que momento, cria oportunidades para desenvolver atividades educativas e laborais que contribuem para a igualdade de género, a redução da pobreza e o desenvolvimento inclusivo e sustentável; nota que a possibilidade de escolha de ter menos filhos, com um maior intervalo entre os nascimentos, permite, potencialmente, que as famílias invistam mais na educação e na saúde de cada filho;

Gravidez não planeada e indesejada: o acesso à contraceção e a serviços seguros de interrupção voluntária da gravidez

28. Salienta que se reveste de enorme importância para o desenvolvimento individual, social e económico que as mulheres disponham do direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o momento em que os têm e o intervalo entre os nascimentos, conforme estipula a legislação internacional em matéria de direitos humanos;
29. Salienta que o planeamento familiar voluntário contribui para prevenir a gravidez não planeada e indesejada e reduz a necessidade de interrupção voluntária da gravidez;
30. Insta os Estados-Membros a absterem-se de impedir as mulheres grávidas que tencionem interromper a gravidez de viajar para outros Estados-Membros ou jurisdições onde o procedimento é legal;
31. Exorta os Estados-Membros a promoverem a investigação científica sobre os métodos de contraceção controlados pelos homens e pelas mulheres, a fim de facilitar a partilha de encargos da responsabilidade pela contraceção;
32. Sublinha que a interrupção voluntária da gravidez não deverá, em caso algum, ser fomentada como método de planeamento familiar;
33. Considera que os Estados-Membros devem adotar políticas e medidas destinadas a prevenir o recurso ao aborto por razões sociais e económicas, apoiando as mães e os casais com dificuldades;
34. Recomenda que, para evitar os abortos clandestinos que colocam gravemente em risco a saúde física e mental das mulheres, os serviços de alta qualidade de interrupção voluntária da gravidez, como preocupação inerente aos direitos humanos e à saúde pública, sejam legais, seguros e universalmente acessíveis nos sistemas de saúde pública dos

Estados-Membros, incluindo a mulheres não residentes, que procuram estes serviços noutros países devido a políticas restritivas em matéria de aborto nos seus países de origem;

35. Salienta que a interrupção voluntária da gravidez, mesmo quando é legal, é muitas vezes evitada ou adiada por obstáculos no acesso a serviços adequados, tais como o recurso generalizado à objeção de consciência, períodos de espera clinicamente desnecessários ou um aconselhamento tendencioso; frisa que os Estados-Membros devem regular e monitorizar o recurso à objeção de consciência nas profissões-chave, a fim de assegurar que a prestação de cuidados de saúde reprodutiva seja salvaguardada como um direito do indivíduo, paralelamente à garantia do acesso a serviços de natureza legal e da existência de sistemas de encaminhamento públicos adequados e de qualidade; salienta que o direito à objeção de consciência constitui um direito individual e não uma política coletiva e que os serviços de aconselhamento devem ser confidenciais e isentos de juízos de valor; manifesta preocupação pelo facto de o pessoal médico ser coagido a recusar prestar serviços em matéria de saúde sexual e reprodutiva em hospitais e clínicas na UE geridas por instituições de índole religiosa;
36. Exorta os Estados-Membros a adotar disposições destinadas a dar resposta às necessidades específicas das pessoas em risco de marginalização e exclusão social e económica, em particular no que se refere às jovens residentes em zonas rurais, onde o acesso aos métodos de contraceção modernos poderá ser mais restrito devido a dificuldades económicas e sociais, sobretudo tendo em conta a atual situação de crise económica;
37. Exorta os Estados-Membros a velarem por que os profissionais de saúde que prestam serviços de interrupção voluntária de gravidez e serviços conexos não são alvo de processos ou penalizados ao abrigo de instrumentos do direito penal, em razão de terem prestado esses serviços;
38. Assinala que, nos países onde não existe facilidade de acesso ao aborto, se fomenta a desigualdade e a discriminação, já que, perante uma situação de interrupção voluntária da gravidez, existem duas classes de mulheres: as mulheres de primeira, que têm dinheiro para pagar a viagem e as despesas para abortar de forma livre e legal, com todas as garantias sanitárias, em qualquer um dos países da Europa onde o aborto seja acessível e legal, e as mulheres de segunda, que têm de recorrer à prática do aborto clandestino, como se fossem criminosas, colocando em grave risco a saúde e a vida;
39. Apela aos governos dos Estados-Membros e dos países candidatos para que se abstenham de processar as mulheres que realizaram um aborto ilegal;
40. Recomenda que os Estados-Membros continuem a prestar as informações e os serviços indispensáveis à manutenção de um baixo nível de mortalidade materna e envidem esforços adicionais no sentido de reduzir a mortalidade materna e garantir a prestação de cuidados de qualidade a nível pré e pós-natal;

Educação sexual abrangente e serviços destinados à juventude

41. Exorta os Estados-Membros a garantir o acesso universal a informações, educação e

serviços completos em matéria de SDR; exorta-os ainda a garantir que essa informação abranja uma variedade de métodos modernos de planeamento e aconselhamento familiar, o atendimento especializado aquando do nascimento e o direito de acesso a cuidados de emergência do foro ginecológico e obstétrico, e a assegurar que também contemple as operações de mudança de sexo e se revista de caráter não preconceituoso e cientificamente exato no que respeita aos serviços de interrupção voluntária da gravidez;

42. Frisa que a participação dos jovens, em cooperação com outras partes interessadas, especialmente os pais, no desenvolvimento, na aplicação e na avaliação dos programas é fundamental para a eficácia de uma educação sexual abrangente; incentiva o recurso à educação entre pares em matéria de educação sexual como uma boa forma de propiciar a autonomia individual; solicita aos Estados-Membros e aos países candidatos à adesão que recorram a outros métodos para chamar a atenção dos jovens, tais como campanhas publicitárias, marketing social para o uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos, e iniciativas como serviços confidenciais de ajuda por telefone;
43. Convida os Estados-Membros a assegurarem que a educação sexual seja obrigatória para todos os alunos nas escolas primárias e secundárias e que seja concedido espaço suficiente nos programas escolares a esta disciplina; assinala a importância de os programas de educação sexual serem revistos e atualizados regularmente, colocando a tónica especialmente em temas como o respeito pela mulher e a igualdade de género;
44. Frisa que a educação sexual deve ser concebida e aplicada de uma forma holística, baseada em direitos e positiva, sublinhando o desenvolvimento de competências de vida e incluindo tanto os aspetos psicossociais como biomédicos da SDR; sublinha que a educação sexual deve ser dada numa atmosfera segura, isenta de tabus e interativa entre alunos e educadores;
45. Sublinha que as necessidades dos adolescentes no domínio da saúde sexual e reprodutiva diferem das dos adultos; insta os Estados-Membros a certificarem-se de que os adolescentes tenham acesso a serviços de fácil utilização, nos quais os seus problemas e o seu direito à confidencialidade e à privacidade sejam devidamente tidos em conta;
46. Exorta os Estados-Membros a disponibilizarem serviços de saúde sexual e reprodutiva adaptados aos adolescentes, de acordo com a idade, a maturidade e as capacidades de desenvolvimento, não-discriminatórios entre as e os adolescentes, e independentemente de estado civil, deficiência ou orientação/identidade sexual, os quais devem ser acessíveis sem a autorização dos pais ou dos tutores;
47. Insta os Estados-Membros a garantirem a todas as crianças e adolescentes (dentro e fora da escola) uma educação sexual e de relacionamento obrigatória, ministrada num quadro comum a rapazes e raparigas, adequada a cada idade e sensível às questões de género;
48. Solicita aos Estados-Membros que desenvolvam e coloquem em prática programas e cursos de educação e especializações obrigatórias após a licenciatura sobre temas relativos à SDR, destinados a estudantes de medicina e prestadores de cuidados de saúde, a fim de assegurar um futuro aconselhamento de qualidade a mulheres e casais com base nas suas condições de saúde e necessidades pessoais e profissionais e tendo em conta os seus planos de constituir família;

49. Exorta os Estados-Membros a adotar medidas para suprimir todos os obstáculos ao acesso das e dos adolescentes a métodos de contraceção seguros, eficazes e a preços acessíveis, nomeadamente preservativos, e a facultar informação clara sobre contraceptivos;
50. Recorda aos Estados-Membros que devem assegurar que as crianças e os jovens usufruem do direito de procurar, receber e transmitir informações relacionadas com a sexualidade, nomeadamente a orientação sexual, a identidade de género e a expressão de género, de uma forma adequada a cada idade e sensível às questões de género;
51. Insiste em que os Estados-Membros adotem medidas destinadas a ajudar jovens ou menores de idade que estejam grávidas ou já sejam mães a lidar com os problemas da maternidade precoce e, assim, prevenir casos de mortes de recém-nascidos;
52. Salienta que a educação sexual tem de abarcar a luta contra os estereótipos, os preconceitos e qualquer forma de violência de género e contra as mulheres e as jovens, lançar luz sobre a discriminação no domínio do género e da orientação sexual, procedendo à sua denúncia, e os obstáculos estruturais a uma igualdade substantiva, nomeadamente a igualdade entre mulheres e homens, e dar ênfase ao respeito mútuo e à responsabilidade partilhada;
53. Sublinha que a educação sexual deve incluir informação não-discriminatória e transmitir uma imagem positiva das pessoas LGBTI, a fim de apoiar e proteger eficazmente os direitos dos jovens LGBTI;
54. Salienta, neste contexto, que a educação sexual é particularmente necessária, uma vez que os jovens têm um acesso precoce a conteúdos pornográficos e degradantes, nomeadamente através da Internet; frisa que a educação sexual deve fazer parte de uma iniciativa mais ampla de acompanhamento do desenvolvimento afetivo dos jovens, a fim de lhes permitir construir relações que assentem no respeito pelo outro sexo; convida os Estados-Membros a realizarem campanhas de sensibilização, destinadas aos pais e a adultos que tenham jovens sob a sua responsabilidade, sobre os efeitos nefastos da pornografia para os adolescentes;
55. Chama a atenção dos Estados-Membros para o facto de que uma educação sexual completa e que integre a dimensão afetiva das relações é fundamental, tendo em conta o fenómeno de sexualização das jovens nos conteúdos audiovisuais e digitais, aos quais os jovens têm amplo acesso;
56. Convida os Estados-Membros a atribuírem mais importância à prevenção das doenças sexualmente transmitidas, nomeadamente o VIH, no âmbito da educação sexual, promovendo comportamentos sexuais sem risco e facilitando o acesso aos meios de proteção;

Prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmitidas (DST)

57. Insta os Estados-Membros a garantirem o acesso imediato e universal ao tratamento das DST de forma segura e não preconceituosa;
58. Exorta os Estados-Membros a preservar e aumentar a qualidade e o nível de informação

disponibilizada ao público em geral, e a reforçar as políticas tendo em vista a sensibilização para as doenças sexualmente transmitidas, nomeadamente o VIH/SIDA, com base nas últimas descobertas e práticas sanitárias, para os seus mecanismos de transmissão, assim como para os métodos de prevenção, e para as formas de evitar gravidezes não desejadas;

59. Convida os Estados-Membros a disponibilizar atividades de prevenção para além do aconselhamento e dos testes voluntários;
60. Exorta a Comissão e os Estados-Membros a abordarem a especificidade da SDR das pessoas que vivem infetadas com VIH/SIDA, colocando a ênfase nas necessidades das mulheres e dos grupos de risco, em que se incluem os homens que praticam atos sexuais com outros homens, as pessoas na prostituição, os reclusos, os migrantes e os consumidores de drogas injetáveis, nomeadamente integrando o acesso a exames e tratamentos e invertendo os fatores socioeconómicos subjacentes que contribuem para o risco de as mulheres e os grupos de risco contraírem VIH/SIDA, como a desigualdade de género e a discriminação;
61. Insta a UE a promover e investir na investigação e no desenvolvimento de tecnologias de prevenção, diagnósticos e tratamentos novos e melhorados, aceitáveis, económicos, acessíveis e de qualidade, que tenham como prioridade o VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas, bem como as doenças tropicais negligenciadas, de forma a reduzir o peso destas doenças na saúde materna e infantil;
62. Insta os Estados-Membros a instaurar estratégias inclusivas, eficazes de prevenção do VIH e a suprimir regulamentos e leis que penalizam e estigmatizam as pessoas que vivem com o VIH/SIDA, por exemplo, leis que criminalizam a transmissão ou a exposição de alguém ao VIH, dado que estas leis são consideradas ineficazes e até mesmo contraproducentes para a prevenção do VIH;
63. Exorta a Comissão Europeia e os Estados-Membros a simplificar o acesso à informação, às vacinas e aos cuidados adequados a fim de prevenir a transmissão do VIH às crianças durante a gravidez, bem como a assegurar o tratamento imediato logo após o nascimento;

Violência relacionada com os direitos sexuais e reprodutivos

64. Condena qualquer violação da integridade física das mulheres, bem como quaisquer práticas nocivas destinadas a controlar a sexualidade feminina e a autodeterminação reprodutiva, em particular a mutilação genital feminina; sublinha que estas práticas constituem graves violações dos direitos humanos, que os Estados-Membros têm a responsabilidade de resolver com urgência;
65. Recomenda aos Estados-Membros que se certifiquem que as mulheres e os homens de todos os grupos sociais e étnicos expressam o seu consentimento informado relativamente a todos os serviços e procedimentos médicos, como os serviços contraceptivos, a esterilização e a interrupção voluntária da gravidez; exorta os Estados-Membros a instituírem procedimentos que asseguram a proibição de tratamento desumano e degradante em contexto de cuidados de saúde reprodutiva, dando-se uma atenção particular aos centros de detenção, aos estabelecimentos prisionais e às instituições

psiquiátricas e de cuidados aos idosos;

66. Relembra que a violência sexual ou o controlo sexual exercido contra as mulheres, como a violação, incluindo a violação conjugal, mutilação genital feminina, o abuso sexual, o incesto, a exploração sexual, o assédio sexual e os casamentos precoces/infantis têm um impacto prejudicial de longo prazo na saúde sexual e reprodutiva das mulheres e das jovens, bem como na sua autoestima e emancipação; exorta os Estados-Membros a abordarem a necessidade de proteger as mulheres e as raparigas destes abusos e a disponibilizarem serviços às vítimas, apoiando-se em programas educativos, quer no plano nacional, quer à escala europeia, e a centrarem-se em medidas que logrem tal desiderato mediante a aplicação de penas severas aos perpetradores dos abusos, incluindo a criminalização da coação sexual;
67. Exorta os Estados-Membros a assinarem e ratificarem a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica;
68. Exige aos Estados-Membros e aos países candidatos que as mulheres que tenham engravidado em resultado de violação, ou cuja gravidez coloque gravemente em risco a saúde e a vida, possam abortar com todas as garantias sanitárias e legais, sem restrições de qualquer tipo;
69. Insiste na necessidade de os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva serem consagrados nos instrumentos internacionais existentes em matéria de direitos humanos e nos documentos primordiais de consenso político; lamenta que a posição da UE, formulada na preparação para a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), que reconheceu os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva como um problema-chave transversal a outros aspetos do desenvolvimento, não tenha sido refletida no documento final das Nações Unidas, devido à ausência de uma voz europeia unificada;
70. Apela aos Estados-Membros para que garantam a integração dos processos CIPD+20, Pequim+20 e Rio+20 no quadro pós-2015;

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos e ajuda pública ao desenvolvimento (APD) de carácter oficial

71. Recorda aos Estados-Membros que os investimentos em matéria de saúde reprodutiva e planeamento familiar estão entre os mais rentáveis em termos de desenvolvimento e são das formas mais eficazes de promover o desenvolvimento sustentável de um país;
72. Destaca a importância da educação e da sensibilização no domínio da saúde sexual e reprodutiva como parte integrante da agenda relativa à saúde das mulheres nos países em desenvolvimento;
73. Solicita que a Comissão permita uma orientação específica relativa à SDSR, nos termos das linhas temáticas do Instrumento de Cooperação para o Desenvolvimento, bem como um financiamento suficiente para a agenda mais abrangente sobre a SDSR em todos os instrumentos adequados;

74. Relembra a necessidade premente de pessoal qualificado na área da saúde nos países em desenvolvimento e de prevenir a fuga de cérebros de profissionais de saúde qualificados através de incentivos financeiros e do apoio à formação; assinala a importância da existência de serviços de saúde integrados relacionados com o VIH e a SDR, assim como do envolvimento a todos os níveis, aquando da criação de serviços de saúde, da sociedade civil, das autoridades locais, comunidades, organizações sem fins lucrativos no domínio da saúde pública e das organizações de voluntários; insiste, em particular, na necessidade de facilitar o acesso a cuidados de saúde relacionados com a SDR nas zonas rurais e isoladas;
75. Apoiar a Recomendação 1903 (de 2010) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa no sentido de se destinar 0,7% do rendimento nacional bruto à ajuda pública ao desenvolvimento (APD); exorta a UE a honrar este compromisso através do financiamento e da execução dos instrumentos europeus de ação externa para o período 2014-2020 e do Fundo Europeu de Desenvolvimento;
76. Recorda que as epidemias que afetam gravemente alguns países em desenvolvimento parceiros da UE, nomeadamente o VIH, são um travão considerável do desenvolvimento;
77. Exorta as organizações que recebem fundos da UE relativos ao VIH/SIDA e/ou à proteção da saúde a desenvolverem uma estratégia clara, concisa e transparente sobre a forma de integrarem a SDR e a prevenção primária do VIH nas suas intervenções;
78. Insta a UE a garantir que a cooperação europeia para o desenvolvimento adote uma abordagem baseada nos direitos humanos e confira uma ênfase inequívoca e explícita, dotada de objetivos palpáveis em matéria de SDR, dando particular atenção aos serviços de planeamento familiar, à mortalidade infantil e materna, ao aborto seguro, aos contraceptivos, à prevenção e luta contra o VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas, bem como à eliminação de práticas como a mutilação genital feminina, o casamento precoce e/ou forçado, o aborto seletivo em função do sexo do feto e as esterilizações forçadas;
79. Apela às delegações da UE para, em colaboração com os governos relevantes, elaborarem e executarem políticas que incidam na valorização das mulheres e das jovens na sociedade, com vista a lutar contra a desigualdade de género, a discriminação das mulheres e das jovens, bem como as normas sociais que permitem a preferência pelos filhos do sexo masculino, e que estão na origem da seleção pré-natal do sexo, do infanticídio feminino e do aborto de fetos femininos, assim como do casamento forçado e prematuro e da mutilação genital feminina; sublinha que os esforços para limitar as práticas seletivas em função do sexo não podem dificultar ou limitar o direito de acesso das mulheres às tecnologias e aos serviços legítimos de saúde sexual e reprodutiva;
80. Exorta a que o fornecimento de ajuda humanitária da UE e dos seus Estados-Membros seja de facto excluído das restrições à ajuda humanitária impostas pelos EUA ou por outros doadores, nomeadamente assegurando o acesso ao aborto para as mulheres e jovens que sejam vítimas de violações durante conflitos armados;
81. Exorta a Comissão e o Serviço Europeu de Ação Externa (SEAE) a abordarem, durante os diálogos sobre direitos humanos, a questão dos obstáculos enfrentados pelas pessoas

quando tentam aceder aos serviços de saúde reprodutiva e exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos;

82. Recorda que a aplicação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), estabelecido no Cairo em 1994, reconhece que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para alcançar um desenvolvimento sustentável;
83. Exorta, por isso, a Comissão a manter, entre as suas prioridades no domínio do desenvolvimento, a eliminação de todos os entraves ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, abertos a todos, aceitáveis e a preços razoáveis, a serviços de saúde pré-natal e materna, incluindo o planeamento familiar voluntário, o aborto seguro e serviços abertos aos jovens, combatendo, ao mesmo tempo, a discriminação em razão do sexo que conduz à realização de abortos seletivos e não desejados em função do sexo da criança, à esterilização forçada e à violência sexual, e assegurando o fornecimento do material necessário aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, aos serviços de saúde pré-natal e materna e à prevenção, ao tratamento e à prestação de cuidados e de apoio no que se refere ao VIH, sem qualquer discriminação;
84. Insta a UE e os seus Estados-Membros a garantir que o processo de reexame operacional da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD+20) resulte num reexame completo de todos os aspetos relacionados com o pleno usufruto dos direitos sexuais e reprodutivos, que reafirme uma abordagem firme e progressiva dos direitos sexuais e reprodutivos para todos, que seja coerente com as normas internacionais de direitos humanos e reforce a obrigação dos governos de prestar contas pela realização dos objetivos acordados; solicita, em particular, à UE e aos seus Estados-Membros que assegurem que o processo de reexame seja conduzido de forma participativa e ofereça a oportunidade às diferentes partes interessadas, incluindo a sociedade civil, assim como mulheres, adolescentes e jovens, de participar de forma significativa; recorda que o enquadramento para tal reexame deve imperativamente basear-se nos direitos humanos e prestar uma atenção particular aos direitos sexuais e reprodutivos;
85. Solicita à Comissão e ao SEAE, e em particular às delegações da UE no terreno, que tenham plenamente em conta a SDSR, bem como os serviços de saúde pré-natal e materna dado serem fatores importantes para um desenvolvimento inclusivo e sustentável no âmbito do desenvolvimento humano, da governação, da igualdade de géneros, dos direitos humanos e da autonomia dos jovens e das mulheres em cada país, bem como para o atual processo de programação da UE para o período 2014-2020;
86. Exorta a UE a garantir que a dinâmica populacional, bem como as relações do desenvolvimento inclusivo e sustentável e a SDSR sejam uma prioridade na definição do quadro de desenvolvimento mundial pós-2015, no qual todos os indivíduos poderão usufruir dos seus direitos humanos, incluindo a SDSR, independentemente do seu estatuto social, idade, orientação sexual, identidade de género, raça, etnia, deficiência, religião ou crença; insiste na necessidade de a UE ter uma voz unificada, coerente e de referência nesta matéria;
87. Relembra que, em todo o mundo, as mulheres com gravidezes não desejadas devem ter acesso facilitado a informação fiável e a aconselhamento de apoio; relembra que devem

ser ainda oferecidos serviços de saúde e assistência abrangentes e de qualidade;

88. Apela à UE e aos Estados-Membros para que mantenham os seus compromissos relativos à execução plena e efetiva do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, bem como dos resultados das conferências de revisão;
89. Exorta a Comissão e o SEAE a apoiarem a responsabilização e a liderança dos governos nacionais, das autoridades locais e da sociedade civil no que se refere à garantia e promoção da SDSR, que constituem direitos universais e devem basear-se em responsabilidades partilhadas;
90. Solicita que o Parlamento Europeu aborde as violações dos direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva no seu relatório anual sobre os Direitos Humanos e a Democracia no Mundo e a Política da União Europeia nesta matéria;
91. Encarrega o seu Presidente de transmitir a presente resolução ao Conselho e à Comissão.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Anualmente, o PNUD elabora uma classificação dos países de acordo com o seu nível de desigualdade de género. O Índice de Desigualdade de Género assenta nas desigualdades de género em três aspetos da vida: a saúde reprodutiva, a capacitação e o mercado de trabalho¹. O presente relatório centra-se no primeiro aspeto e nos direitos correspondentes, não apenas como uma questão no âmbito dos Direitos Humanos, mas também como meio para alcançar a igualdade de género.

Integrando o grupo dos países mais desenvolvidos do mundo, os Estados-Membros (EM) ocupam as posições cimeiras na classificação global dos países em função do estado de saúde reprodutiva das suas populações². No entanto, os dados disponibilizados pelos Estados-Membros revelam uma disparidade gritante no plano da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em toda a Europa.

Em múltiplas ocasiões, o Parlamento Europeu (PE) manifestou o seu apoio ao investimento em saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR). A forte posição da UE nesta matéria só será possível com o impulso enérgico desta instituição.

O presente relatório surge num momento deveras importante. O atual contexto político e económico ameaça a observância da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Devido à atual crise financeira, à recessão económica e aos concomitantes cortes nos orçamentos dos Estados, verifica-se uma tendência entre os Estados-Membros para acelerar a privatização e diminuir o acesso e o nível qualitativo dos serviços de saúde³. Além disso, emergiram em toda a Europa posições marcadamente conservadoras em relação à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Como claramente se demonstra em países como a Espanha e a Hungria e em fóruns regionais como a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, o Comité Europeu dos Direitos Sociais e até mesmo o PE, a oposição ao direito à escolha está a tornar-se cada vez mais forte e ativa. Perante esses ataques, é mais importante do que nunca que o PE defenda os direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos e apresente uma síntese útil da atual situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na Europa.

Saúde sexual e reprodutiva

A OMS declara que "a saúde reprodutiva aborda os processos, as funções e os sistemas de reprodução em todas as fases da vida. [Ela] implica, por conseguinte, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual responsável, satisfatória e segura e que disponham da capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes querem fazê-lo. Implícito nisto está o direito de os homens e as mulheres serem informados e terem acesso

¹ Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas (2011), Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 2011, Sustentabilidade e Equidade – um Futuro Melhor para Todos, nota 3.

² Tal como demonstram os dados dos indicadores usados para calcular o Índice de Desigualdade de Género: FDNU (2011), Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 2011, Sustentabilidade e Equidade – um Futuro Melhor para Todos, Anexo Estatístico, Tabela 4.

³ Resolução do Parlamento Europeu, de 12 de março de 2013, sobre o impacto da crise económica na igualdade de género e nos direitos da mulher.

a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de regulação da fertilidade, correspondentes às suas escolhas, bem como o direito de acesso a serviços de saúde adequados, que permitam que as mulheres tenham uma gravidez e um parto em segurança e proporcionem aos casais a melhor oportunidade de terem um bebê saudável."¹

A saúde sexual é definida como "um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relativo à sexualidade; não se trata apenas da ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais satisfatórias e seguras, livres de coação, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas têm de ser respeitados, protegidos e acatados."²

Direitos sexuais e reprodutivos

A saúde sexual e reprodutiva é salvaguardada por direitos sexuais e reprodutivos. Tal como reconhece o artigo 96.º da Plataforma de Ação de Pequim (1995), esses direitos baseiam-se nos direitos humanos à igualdade e à dignidade.

Os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito a cuidados de saúde maternos e ao planeamento familiar, abarcam liberdades e prerrogativas ligadas a muitos dos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais já instituídos. Embora não intermutáveis, os direitos reprodutivos constituem um aspeto dos direitos sexuais, da mesma forma que os direitos sexuais são parte integrante dos direitos reprodutivos.³

Mortalidade Materna

Embora a maioria dos Estados-Membros continue a manter baixas taxas de mortalidade materna (entre 2 e 10 óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos)⁴, em alguns Estados-Membros esses índices são significativamente mais elevados (34 na Letónia, 27 na Roménia, 21 na Hungria e 20 no Luxemburgo). Há um grupo de Estados-Membros que, no período de 1990 a 2010, apresenta tendências encorajadoras, como é o caso, por exemplo, da taxa de mortalidade materna (TMM) na Roménia, que diminuiu de 170 para 27, na Letónia, que diminuiu de 54 para 34, na Bulgária, que diminuiu de 24 para 11, e na Lituânia, que diminuiu de 34 para 8. No entanto, e em simultâneo, há outros Estados-Membros que denotam tendências preocupantes e flutuações: a taxa estimada de mortalidade materna do Luxemburgo aumentou gradualmente de 6, em 1990, para 20, em 2010, ao passo que a Hungria conseguiu reduzir a sua TMM de 23, nos anos noventa, para 10, já no decurso da primeira década do século XXI, para assistir novamente à respetiva subida para 21, em 2010.⁵

¹ Comité de Política Global da OMS (1994), Documento de Trabalho sobre Saúde, População e Desenvolvimento, apresentado à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de setembro de 1994, p. 24, n.º 89.

² OMS (2006), A Definição de Saúde Sexual: Relatório de uma Consulta Técnica sobre Saúde Sexual, 28-31 de janeiro de 2002, Genebra.

³ A. E. Yamin (ed.), *Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2005.

⁴ Pressupõe-se que "os países com 1-10 mortes por cada 100.000 nascimentos se encontram, em essência, ao mesmo nível e que as diferenças são aleatórias": ver nota 1.

⁵ Grupo Inter-Agências das Nações Unidas para o Cálculo da Mortalidade Materna (2012), Tendências da Mortalidade Materna entre 1990 e 2010: estimativas da OMS, da UNICEF, do Fundo das Nações Unidas para a

Na sua resolução, de 13 de dezembro de 2012, referente ao Relatório Anual sobre os Direitos Humanos e a Democracia no Mundo (2011) e a política da União Europeia nesta matéria, o Parlamento Europeu recordou que a prevenção da mortalidade e da morbilidade maternas requer a efetiva promoção e proteção dos Direitos Humanos das mulheres e das jovens, em particular, do seu direito à vida, à educação, à informação e à saúde. O PE frisou que a UE tem, por conseguinte, de desempenhar um papel importante no contributo para a diminuição das complicações evitáveis que podem ocorrer antes, durante e após a gravidez e o parto.

Recolha de dados

Muitos Estados-Membros não reúnem os dados indispensáveis à plena aferição da saúde reprodutiva e sexual. Por exemplo, mais de dois terços de Estados-Membros não dispõe de qualquer informação sobre a percentagem de mulheres grávidas que foram a, pelo menos, uma consulta pré-natal e mais de um quarto de Estados-Membros não possui dados sobre a percentagem de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado¹. Embora a compilação desses dados possa ser considerada redundante por alguns países altamente desenvolvidos, eles são, não obstante, importantes indicadores que permitem a monitorização consistente dos padrões de saúde reprodutiva. É necessário que os Estados-Membros compilem e monitorizem os dados e as estatísticas mais abrangentes sobre os indicadores de saúde sexual e reprodutiva (DST, taxas de contraceção e de interrupção voluntária da gravidez, necessidades não atendidas no campo da contraceção, gravidez na adolescência, ...), no mínimo, discriminados por sexo e por idade. A fim de obter uma melhor perspetiva da situação em toda a UE, deveriam ser conferidas competências ao Instituto Europeu para a Igualdade de Género para assegurar a recolha e a análise de dados e de práticas de excelência.

Educação sexual

Na maioria dos Estados-Membros, a educação sexual é obrigatória nos termos da legislação nacional, embora o conteúdo e a qualidade variem. De acordo com um estudo recente, as melhores práticas de educação sexual encontram-se nos países do Benelux nos países nórdicos, em França e na Alemanha. Os Estados-Membros da Europa oriental e meridional ou não têm programas de educação sexual, ou, se os têm, são insuficientes.²

As maiores taxas de natalidade na adolescência, de interrupção voluntária da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) tendem a estar associadas a estar ligadas a uma educação sexual defeituosa ou insuficiente. Os dados atuais da UE são congruentes com esta premissa, como se pode ver pelas taxas de natalidade na adolescência e de interrupções voluntárias da gravidez que são mais elevadas nos Estados-Membros da Europa Oriental³.

Embora a tendência genérica aponte para a melhoria progressiva dos programas de educação sexual, a partilha de objetivos comuns e de práticas de excelência entre os Estados da União

População e do Banco Mundial.

¹ FDNU (2011), Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 2011, Sustentabilidade e Equidade: um Futuro Melhor para Todos, Anexo Estatístico, Tabela 4.

² K. Beaumont, M. Maguire, E. Schulze, Parlamento Europeu (2013), *Políticas de Educação Sexual na União Europeia*, disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

³ Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Doenças Sexualmente Transmissíveis na Europa, 1990-2010 (junho de 2012).

Europeia serviria para facilitar a harmonização dos padrões da educação sexual e contribuiria para uma maior igualdade da saúde sexual e reprodutiva de toda a juventude europeia.

Taxas de natalidade na adolescência e de gravidez indesejada

As taxas de natalidade na adolescência¹ variam consideravelmente entre os Estados-Membros. As percentagens mais baixas de natalidade na adolescência (entre os 5 e os 9 nascimentos por ano) registam-se atualmente na Holanda, na Eslovénia, na Dinamarca, na Suécia, em Chipre, na Itália, no Luxemburgo e na Finlândia. A maioria dos Estados-Membros apresenta taxas de natalidade na adolescência um pouco mais elevadas (entre 10 e 20 nascimentos): é o caso da Alemanha, da Áustria, de França, da Bélgica, da Grécia, de Espanha, da República Checa, da Letónia, da Polónia, de Portugal, da Irlanda, da Lituânia, da Hungria e de Malta. As mais elevadas taxas de natalidade na adolescência são as que se registam na Eslováquia (22), na Estónia (24), no Reino Unido (26), na Roménia (40) e na Bulgária (44).

Apesar das tendências encorajadoras registadas em alguns Estados-Membros, a disparidade gritante entre as taxas de natalidade na adolescência da Holanda, que é de 5, e do Reino Unido, que é de 26, ou da Bulgária, que é de 44, mostra que grande parte da juventude da União Europeia ainda não possui as aptidões e os conhecimentos necessários para fazer escolhas responsáveis na esfera sexual e reprodutiva.

Além da natureza não planeada da maioria das gravidezes na adolescência e da falta de preparação geral das jovens para a maternidade, a natalidade adolescente acarreta amiúde consequências duradouras. Regra geral, as questões de saúde relacionadas com a gravidez ocorrem mais durante a gravidez na adolescência do que durante a gravidez adulta (por exemplo, aborto, morte neonatal). Existem estudos que também sugerem que as mães adolescentes têm menos probabilidade de concluir o ensino secundário e são mais propensas a viver em situação de pobreza. Além disso, os filhos das adolescentes nascem frequentemente com menos peso do que o normal e padecem de problemas de saúde e de desenvolvimento².

As mulheres adultas também enfrentam o problema da gravidez indesejada, que pode ocorrer por múltiplas razões: falha da contraceção, utilização imprópria ou inconsistente de métodos contraceptivos, parceiros sexuais que se opõem ao uso de anticoncepcionais, relações sexuais forçadas, violação ou razões de saúde. Tal como afirma a OMS, "até mesmo uma gravidez planeada pode tornar-se indesejada, caso as circunstâncias mudem."³

Aborto

Há vinte Estados-Membros em que o aborto é legal. Dos sete restantes, três (a Grã-Bretanha, a Finlândia e Chipre) permitem uma interpretação ampla das razões restritivas, ao passo que em três dos outros Estados-Membros (a Irlanda, a Polónia e o Luxemburgo) uma interpretação restritiva dos fundamentos de limitação e uma generalizada falta de vontade, ou

¹ Número anual de nascimentos de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos por cada 1000 raparigas dessa faixa etária.

² Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Doenças Sexualmente Transmissíveis na Europa, 1990-2010 (junho de 2012).

³ OMS (2012), Saúde Sexual e Reprodutiva: Factos e Números sobre o Aborto na Região Europeia.

o medo de fazer um aborto, conduzem a que, na prática, não haja abortos legais. Malta é o único Estado-Membro a proibir o aborto legal, sem exceções¹. Na maioria dos Estados-Membros, o limite do tempo de gestação para a realização de um aborto situa-se nas 12 semanas. Os preços cobrados pela realização de um aborto apresentam enormes variações de Estado-Membro para Estado-Membro; nos países em que a segurança social abrange a interrupção voluntária da gravidez, geralmente só são abrangidos aqueles que são realizados por razões médicas. Alguns Estados-Membros impõem um período de espera obrigatório e às menores que pretendam abortar poderá ser exigida uma declaração de consentimento dos pais² às menores que pretendam interromper a gravidez.

Há que notar que, mesmo nos países em que o aborto é legal, são levantados cada vez mais obstáculos à concretização da interrupção voluntária da gravidez. As mulheres têm de enfrentar o recurso não regulamentado à objeção de consciência dos prestadores de cuidados de saúde reprodutiva, períodos de espera de carácter obrigatório ou um aconselhamento tendencioso³. A prática da objeção de consciência negou a muitas mulheres a possibilidade de acederem a serviços de saúde reprodutiva, como sejam a informação, o acesso e a aquisição de meios contraceptivos, de testes pré-natais e de interrupção voluntária da gravidez efetuada dentro da lei. Existem notícias provenientes da Eslováquia, da Hungria, da Roménia, da Polónia, da Irlanda e da Itália, segundo as quais cerca de 70% dos ginecologistas e 40% dos anestesistas declaram ser objetores de consciência à prestação de serviços de interrupção voluntária da gravidez. Estas barreiras entram em clara contradição com os padrões dos Direitos Humanos e com as normas médicas internacionais⁴.

Muitas mulheres, residindo em países com políticas restritivas em matéria de aborto, deslocam-se a outros Estados-Membros para levar a cabo uma interrupção voluntária da gravidez, não obstante esta prática representar um elevado encargo financeiro para determinados grupos e haver a possibilidade de uma ação judicial no país de residência. Para além disso, esta prática dificulta a recolha de dados fidedignos sobre o aborto. Viajar para fazer um aborto legal é também o recurso utilizado por muitas mulheres que habitam nas zonas rurais de alguns Estados-Membros⁵. Na prática, a proibição afeta mais especificamente as mulheres já marginalizadas — aquelas que não se podem deslocar com facilidade a outros países da UE em busca de serviços de interrupção voluntária da gravidez, como as que vivem com dificuldades financeiras, as requerentes de asilo, as que se encontram sob os cuidados ou a custódia do Estado, etc. —, circunstância que muito contribui para o aumento das desigualdades na União no domínio da saúde.

Os Estados-Membros com o número mais baixo de abortos comunicados⁶ são a Alemanha, a Grécia, a Dinamarca e Portugal (com uma variação entre 7 e 9 abortos realizados legalmente

¹ Vide Revisão Intercalar de Além de 2014 da CIPD das Nações Unidas (julho de 2012), perfis de aplicação por país, Federação Internacional do Planeamento Familiar (maio de 2012), Legislação sobre o Aborto na Europa.

² FIPP (maio de 2012), Legislação sobre o Aborto na Europa.

³ Christine McCafferty, Relatório do Conselho da Europa, *O Acesso das Mulheres a Assistência Médica Legal: o Problema do Uso não Regulamentado da Objeção de Consciência*, 20.7.2010, e Resolução 1763 (2010) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa.

⁴OMS (2ª ed., 2012), Aborto Seguro: orientação técnica e política para os sistemas de saúde.

⁵ FIPP (maio de 2012), Legislação sobre o Aborto na Europa.

⁶ Os dados relativos à Áustria, a Chipre, ao Luxemburgo e a Malta não estão disponíveis. Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas: Divisão de População (março de 2011), Políticas Mundiais relativas ao Aborto, 2011.

por cada 1000 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos), ao passo que os Estados-Membros com o número mais elevado de abortos comunicados são a Estónia, a Roménia, a Bulgária, a Letónia, a Hungria e a Suécia (com uma variação entre 21 e 35 abortos), seguidos pelo Reino Unido (17) e pela França (18)¹.

Por causa das potenciais consequências na saúde pública, de se proibir a interrupção voluntária da gravidez, parece evidente que a interdição não conduzirá à redução da taxa do aborto; pelo contrário, seria, aliás, mais eficaz prevenir as gravidezes precoces e indesejadas². Por fim, se é certo que quase não existe relação entre a legalização do aborto e a respetiva incidência, há uma forte correlação entre a legalização do aborto e a respetiva segurança. Para além disso, e de acordo com a OMS, "o custo da realização de um aborto seguro corresponde [. . .] a um décimo do custo do tratamento das consequências de um aborto inseguro."³

Convém também notar que a atual ênfase nas políticas familiares devido à crise demográfica tem impactos diretos e indiretos nas escolhas políticas efetuadas no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Parece reinar a ideia de que proibir o aborto aumentaria os nascimentos e legalizá-lo constituiria um fator de decréscimo da população. Esta ideia não é sustentada por dados palpáveis e, pela nossa parte, acreditamos que a taxa de natalidade na Europa seria incentivada de forma mais eficaz se as mães e os pais conseguissem conciliar melhor a sua vida privada e profissional.

Doenças sexualmente transmissíveis

A União Europeia procede ao rastreio sistemático de algumas DST: o VIH, a sífilis, a sífilis congénita, a gonorreia, a clamídia e o linfogranuloma venéreo (LGV). De acordo com a Decisão n.º 2119/98/CE, os Estados-Membros devem apresentar dados relativos a todas as variáveis obrigatórias; no entanto, isso nem sempre acontece na prática, para além do facto de certos sistemas nacionais de vigilância das DST não serem abrangentes. Consequentemente, comparar e identificar tendências pode ser um exercício baseado em dados insuficientes ou inexistentes.

A taxa média anual de novos casos de VIH nos Estados-Membros é de 5,7 por 100.000 habitantes, tendo as percentagens mais baixas sido comunicadas, em 2010, pela Eslováquia (0,5) e pela Roménia (0,7), e as mais altas pela Estónia (27,8), pela Letónia (12,2), pela Bélgica (11) e pelo Reino Unido (10,7). A partir dos dados agregados por faixa etária, 11% dos novos casos de VIH ocorreram entre os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos⁴.

É importante que a Comissão Europeia (CE) e os Estados-Membros abordem a especificidade da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que vivem infetadas com VIH/SIDA, bem como as respetivas necessidades, como parte de uma abordagem holística à contenção da epidemia. Este desígnio pode ser concretizado mediante a expansão do acesso a programas de saúde sexual e reprodutiva, a integração do acesso a testes e tratamentos do

¹ Excluindo os Estados-Membros com as políticas mais restritivas (Irlanda, Polónia, Luxemburgo e Malta).

² FIPP (maio de 2012), Legislação sobre o Aborto na Europa.

³ OMS (2012), Saúde Sexual e Reprodutiva: Factos e Números sobre o Aborto na Região Europeia.

⁴ Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (CEPCD)/Gabinete Regional da OMS para a Europa, A Vigilância do VIH/SIDA na Europa, 2011.

VIH/SIDA, o apoio recíproco, o aconselhamento e a prestação de serviços preventivos e a inversão de fatores socioeconómicos subjacentes que contribuam para o risco de as mulheres contraírem VIH/SIDA, como a desigualdade de género, a discriminação e a falta de proteção dos Direitos Humanos.

Violência relacionada com os direitos sexuais e reprodutivos

Estima-se que, ao longo da vida, sete em cada dez mulheres sejam objeto de violência física e/ou sexual. A violência de género é uma forma de discriminação que seriamente inibe seriamente a capacidade de as mulheres desfrutarem de direitos e liberdades em pé de igualdade com os homens. A violência sexual desencadeia um impacto devastador ao longo da vida sobre a saúde psicológica e física e sobre o bem-estar das vítimas e sobreviventes. Respeitar e promover a saúde sexual e reprodutiva, bem como proteger e fazer cumprir os direitos reprodutivos, é uma condição necessária para se alcançar a igualdade de género e a capacitação das mulheres, a fim de que elas possam usufruir de todos os seus direitos humanos e liberdades fundamentais, prevenindo e mitigando a violência contra a população feminina.

Também deverá ser dada particular atenção às práticas tradicionais nocivas, como a mutilação genital feminina/a excisão e o casamento precoce e forçado, porque tais práticas podem acarretar um efeito negativo, não só no bem-estar, nas relações sexuais, na gravidez e no parto, mas também nas próprias comunidades.

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na ajuda pública ao desenvolvimento de carácter oficial

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são elementos basilares da dignidade e do desenvolvimento humano e um esteio fundamental do progresso social e económico. Há dados coligidos recentemente que demonstram a persistência de graves desafios no domínio da saúde sexual e reprodutiva em todo o mundo e, mais especificamente, nos países em desenvolvimento.

A UE, para além de assumir compromissos políticos firmes, deve também ter um papel como ator político na esfera do desenvolvimento em prol da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. A UE desempenha um importante papel no fomento, na execução e na defesa da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos a nível internacional, designadamente no quadro do desenvolvimento pós-2015, no sentido de garantir que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da população constituam uma prioridade no quadro do desenvolvimento global pós-2015 e no seguimento da Conferência Rio+20.

Os Estados-Membros devem contribuir para acelerar o progresso no sentido da consecução do Objetivo de Desenvolvimento do Milénio n.º 5 e dos seus dois desígnios, abordando de forma abrangente a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil. Esta vertente poderá abranger a disponibilização de planeamento familiar, de cuidados pré-natais, de assistência qualificada ao parto, de emergência obstétrica e prestação de cuidados aos recém-nascidos, de prestação de cuidados após o parto e de métodos de prevenção e tratamento de doenças e infeções sexualmente transmissíveis, como o VIH. Os Estados-Membros devem promover igualmente sistemas que garantam a igualdade de acesso a serviços integrados de prestação de cuidados

de saúde acessíveis, equitativos e de qualidade, neles incluindo os cuidados preventivos e clínicos adaptados às especificidades de cada comunidade.

A Comissão Europeia pode desempenhar um papel de suma importância, assegurando que a cooperação europeia para o desenvolvimento adote uma abordagem baseada nos Direitos Humanos, com uma ênfase explícita e objetivos palpáveis no domínio da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

OPINIÃO MINORITÁRIA

de Anna Zaborska

A presente resolução não vinculativa viola o Tratado da UE e não pode ser utilizada para introduzir o direito ao aborto ou para impedir a plena aplicação da iniciativa de cidadania europeia (2012/000005). Nenhum tratado internacional juridicamente vinculativo, nem o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, nem o direito internacional consuetudinário podem ser invocados por estabelecerem ou reconhecerem o direito ao aborto. Todas as instituições, órgãos e agências da UE devem manter uma posição de neutralidade relativamente à questão do aborto. O Tribunal de Justiça Europeu confirma (processo C-34/10) que todo o óvulo humano, desde a fase da fecundação, constitui um embrião humano que deve ser protegido. A Declaração dos Direitos da Criança da ONU estabelece que todas as crianças têm direito a proteção jurídica, tanto antes como depois do nascimento. Não deve ser concedida ajuda da União a quaisquer autoridades ou organizações que promovam, apoiem ou participem na gestão de qualquer ação que envolva o aborto. O direito humano à objeção de consciência deve ser defendido, a par da responsabilidade do Estado de garantir que os pacientes sejam capazes de aceder a cuidados médicos em caso de emergência pré-natal e de cuidados de saúde materna. Nenhuma pessoa, hospital ou instituição pode ser coagido, responsabilizado ou discriminado de forma alguma pela sua recusa em executar, acolher, assistir ou praticar qualquer ato que possa causar a morte de um embrião humano.

10.7.2013

PARECER DA COMISSÃO DO DESENVOLVIMENTO

dirigido à Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros

sobre direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva
(2013/2040(INI))

Relator de parecer: Michael Cashman

SUGESTÕES

A Comissão do Desenvolvimento insta a Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros, competente quanto à matéria de fundo, a incorporar as seguintes sugestões na proposta de resolução que aprovar:

1. Insiste em que o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e direitos conexos é um direito humano fundamental, e exorta a Comissão a assegurar que a cooperação para o desenvolvimento e o futuro quadro para o desenvolvimento global adotem uma abordagem assente nos direitos humanos e na igualdade de género, coloquem a ênfase, de forma determinada e clara, nos direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva e fixem objetivos concretos e indicadores mensuráveis nesta matéria, dando prioridade à autonomia das mulheres e dos jovens e à igualdade de género;
2. Exorta, por isso, a Comissão a manter, entre as suas prioridades no domínio do desenvolvimento, a eliminação de todos os entraves ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, abertos a todos, aceitáveis e a preços razoáveis, a serviços de saúde pré-natal e materna, incluindo o planeamento familiar voluntário, o aborto seguro e serviços abertos aos jovens, combatendo, ao mesmo tempo, a discriminação em razão do sexo que conduz à realização de abortos seletivos e não desejados em função do sexo da criança, à esterilização forçada e à violência sexual, e assegurando o fornecimento do material necessário aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, aos serviços de saúde pré-natal e materna e à prevenção, ao tratamento e à prestação de cuidados e de apoio no que se refere ao VIH, sem qualquer discriminação;
3. Solicita que a Comissão permita uma orientação específica relativa aos direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, nos termos das linhas temáticas do Instrumento de Cooperação para o Desenvolvimento, bem como um financiamento suficiente para a agenda mais abrangente sobre direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva em todos os instrumentos adequados;
4. Apela aos Estados-Membros para que garantam a integração dos processos CIPD+20, Pequim+20 e Rio+20 no quadro pós-2015;

5. Reconhece que o acesso universal a cuidados e serviços de saúde de qualidade, incluindo no domínio da saúde sexual e reprodutiva e da saúde pré-natal e materna, bem como à educação contribui para o desenvolvimento inclusivo e sustentável e para a diminuição da mortalidade infantil e materna, bem como para a autonomia das mulheres e dos jovens, constituindo, por isso, uma estratégia a favor do desenvolvimento e da saúde pública extremamente eficaz em termos de custos;
6. Insiste na necessidade de os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva serem consagrados nos instrumentos internacionais existentes em matéria de direitos humanos e nos documentos primordiais de consenso político; lamenta que a posição da UE, formulada na preparação para a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), que reconheceu os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva como um problema-chave transversal a outros aspetos do desenvolvimento, não tenha sido refletida no documento final das Nações Unidas, devido à ausência de uma voz europeia unificada;
7. Exorta a UE a garantir que a dinâmica populacional, bem como as relações do desenvolvimento inclusivo e sustentável e os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva sejam uma prioridade na definição do quadro de desenvolvimento mundial pós-2015, no qual todos os indivíduos poderão usufruir dos seus direitos humanos, incluindo os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, independentemente do seu estatuto social, idade, orientação sexual, identidade de género, raça, etnia, deficiência, religião ou crença; insiste na necessidade de a UE ter uma voz unificada, coerente e de referência nesta matéria;
8. Insiste em que conceder a liberdade fundamental às mulheres, às jovens e aos casais de tomarem decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva, nomeadamente se desejam ter filhos e em que momento, cria oportunidades para desenvolver atividades educativas e laborais que contribuem para a igualdade de género, a redução da pobreza e o desenvolvimento inclusivo e sustentável; nota que a possibilidade de escolha de ter menos filhos, com um maior intervalo entre os nascimentos, permite, potencialmente, que as famílias invistam mais na educação e na saúde de cada filho;
9. Apela à UE e aos Estados-Membros para que mantenham os seus compromissos relativos à execução plena e efetiva do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, bem como dos resultados das conferências de revisão;
10. Solicita à Comissão e ao Serviço Europeu para a Ação Externa (SEAE) e, em particular, às delegações da UE no terreno, que tenham plenamente em conta os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, bem como os serviços de saúde pré-natal e materna dado serem fatores importantes para um desenvolvimento inclusivo e sustentável no âmbito do desenvolvimento humano, da governação, dos direitos humanos e da autonomia dos jovens e das mulheres em cada país, bem como para o atual processo de programação da UE para o período 2014-2020;
11. Apela às delegações da UE para, em colaboração com os governos relevantes, elaborarem e executarem políticas que incidam na valorização das mulheres e das jovens na sociedade, com vista a lutar contra a desigualdade de género, a discriminação das mulheres e das jovens, bem como as normas sociais que permitem a preferência pelos

filhos do sexo masculino, e que estão na origem da seleção pré-natal do sexo, do infanticídio feminino e do aborto de fetos femininos, assim como do casamento forçado e prematuro e da mutilação genital feminina; sublinha que os esforços para limitar as práticas seletivas em função do sexo não podem dificultar ou limitar o direito de acesso das mulheres às tecnologias e aos serviços legítimos de saúde sexual e reprodutiva;

12. Exorta as organizações que recebem fundos da UE relativos ao VIH/SIDA e/ou à proteção da saúde a desenvolverem uma estratégia clara, concisa e transparente sobre a forma de integrarem os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva e a prevenção primária do VIH nas suas intervenções;
13. Exorta a Comissão e o SEAE a apoiarem a responsabilização e a liderança dos governos nacionais, das autoridades locais e da sociedade civil no que se refere à garantia e promoção dos direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, que constituem direitos universais e devem basear-se em responsabilidades partilhadas;
14. Apela à UE para que promova a investigação e o desenvolvimento de novas e melhoradas tecnologias de prevenção, de diagnóstico e de tratamento abertas a todos, aceitáveis e a preços razoáveis, no domínio da saúde sexual e reprodutiva, das doenças relacionadas com a pobreza e das doenças tropicais negligenciadas, que comprometem gravemente os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva nas famílias de baixo e médio rendimento e que, quando consideradas em conjunto, se encontram entre as causas principais de mortalidade materna e infantil;
15. Solicita que o Parlamento Europeu aborde as violações dos direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva no seu relatório anual sobre os Direitos Humanos e a Democracia no Mundo e a Política da União Europeia nesta matéria;
16. Relembra que, em todo o mundo, as mulheres com gravidezes não desejadas devem ter acesso facilitado a informação fiável e a aconselhamento de apoio; relembra que devem ser ainda oferecidos serviços de saúde e assistência abrangentes e de qualidade.

RESULTADO DA VOTAÇÃO FINAL EM COMISSÃO

Data de aprovação	9.7.2013
Resultado da votação final	+ : 18 - : 6 0 : 0
Deputados presentes no momento da votação final	Thijs Berman, Michael Cashman, Véronique De Keyser, Nirj Deva, Leonidas Donskis, Mikael Gustafsson, Miguel Angel Martínez Martínez, Gay Mitchell, Norbert Neuser, Bill Newton Dunn, Maurice Ponga, Jean Roatta, Michèle Striffler, Keith Taylor, Ivo Vajgl, Anna Záborská, Iva Zanicchi
Suplente(s) presente(s) no momento da votação final	Emer Costello, Santiago Fisas Aixela, Enrique Guerrero Salom, Edvard Kožušník, Isabella Lövin, Cristian Dan Preda
Suplente(s) (nº 2 do art. 187º) presente(s) no momento da votação final	Jan Kozłowski

RESULTADO DA VOTAÇÃO FINAL EM COMISSÃO

Data de aprovação	18.9.2013
Resultado da votação final	+ : 17 - : 7 0 : 7
Deputados presentes no momento da votação final	Regina Bastos, Edit Bauer, Emine Bozkurt, Andrea Češková, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Zita Gurmai, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Sophia in 't Veld, Livia Járóka, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Astrid Lulling, Ulrike Lunacek, Elisabeth Morin-Chartier, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Joanna Senyszyn, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Marina Yannakoudakis, Anna Záborská, Inês Cristina Zuber
Suplente(s) presente(s) no momento da votação final	Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Nicole Kiil-Nielsen, Christa Kläß, Katarína Neved'alová, Antigoni Papadopoulou, Michèle Striffler
Suplente(s) (nº 2 do art. 187º) presente(s) no momento da votação final	Eva Lichtenberger