

Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei

A tradução para português da publicação *Sexual health, human rights and the law* da Organização Mundial de Saúde foi realizada no âmbito do projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva (UFRGS/DESCOL), Instituto Federal do Rio Grande do Sul – Campus Restinga (IFRS Restinga) e Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral (UFPR Litoral).



Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei

A tradução para português da publicação *Sexual health, human rights and the law* da Organização Mundial de Saúde foi realizada no âmbito do projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva (UFRGS/DESCOL), Instituto Federal do Rio Grande do Sul – Campus Restinga (IFRS Restinga) e Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral (UFPR Litoral).



DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

O68 Organização Mundial da Saúde

Saúde sexual, direitos humanos e a lei [e-book] /

Organização Mundial da Saúde; tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro - Porto Alegre: UFRGS, 2020.

43 p. : il.

Título original: Sexual health, human rights and the law

ISBN 978-65-86232-36-3

1. Educação em saúde. 2. Direitos humanos. 3. Saúde reprodutiva. 4. Sexualidade I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. II. Instituto Federal do Rio Grande do Sul. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Oliveira, Daniel Canavese. IV. Polidoro, Maurício.

CDU 614

CATALOGAÇÃO NA FONTE: AMANDA DE ABREU GULARTE CRB10/2500

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2015

Sob o título original *Sexual health, human rights and the law*

© Organização Mundial da Saúde 2015

A Organização Mundial da Saúde concede direitos de tradução e publicação para uma edição em português brasileiro para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva (UFRGS/DESCOL), que é unicamente responsável pela qualidade e fidelidade da versão em português brasileiro. Caso haja inconsistências em relação às versões em inglês e português brasileiro, a versão original em inglês será considerada a versão oficial e autêntica.

Saúde Sexual, direitos humanos e a lei

1. Saúde reprodutiva. 2. Direitos humanos. 3. Serviços de saúde reprodutiva. 4. Sexualidade. 5. Agressões sexuais. 6. Responsabilidade sexual. 7. Doenças sexualmente transmissíveis. 8. Legislação como tópico. I. Organização Mundial da Saúde

© Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva – UFRGS/DESCOL (2020)

A tradução deste documento foi realizada no âmbito do projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva (UFRGS/DESCOL), Instituto Federal do Rio Grande do Sul – Campus Restinga (IFRS Restinga), Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral (UFPR Litoral).

Coordenação: Prof. Dr. Daniel Canavese (UFRGS/DESCOL) e Prof. Dr. Maurício Polidoro (IFRS Restinga). Tradução e adaptação transcultural: Vitor Adriano Liebel. Revisão de tradução e adaptação transcultural: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli (UFPR Litoral) e Profa. Dra. Martha Helena Teixeira de Souza (Universidade Franciscana – UFN). Apoio na adaptação transcultural: Prof. Dr. Daniel Canavese. Diagramação: Marla Pritsch.

ISBN 978-65-86232-36-3

Conteúdo

Agradecimentos	8
Siglas e abreviações	9
Sumário executivo	10
I. Introdução	14
1.1 Sexualidade, saúde sexual e direitos humanos	14
1.2 Leis, direitos humanos e sua importância para a saúde sexual	15
1.3 Implicações jurídicas e políticas	16
II. Metodologia e limitações	18
2.1 Processo	18
2.2 Escopo	18
2.3 Estratégia de pesquisa e fontes de dados	19
2.3.1 Dados sobre direitos humanos, jurídicos e jurisprudenciais	19
2.3.2 Dados de saúde pública	21
2.4 Avaliação crítica e síntese das informações encontradas	21
2.5 Revisão por pares e preparação do documento	22
2.6 Limitações da pesquisa e do relatório	23
III. Serviços de saúde voltados à promoção e proteção da saúde sexual	25
3.1 Introdução	25
3.2 Como criar incentivos a estruturas legislativas e regulatórias e eliminar barreiras aos serviços de saúde sexual	26
3.2.1 Acesso a medicamentos essenciais	27
3.2.2 Objeção de consciência por provedores de atenção à saúde	27
3.2.3 Disponibilidade e qualidade de instalações e provedores de saúde	28
3.2.4 Criminalização de serviços relacionados à saúde sexual	29
3.3 Garantia da qualidade e respeito aos direitos humanos na provisão de serviços de saúde sexual	29
3.3.1 Garantia de privacidade e confidencialidade	29
3.3.2 Incentivo à tomada de decisões informadas	30
3.3.3 Equipe qualificada de cuidado à saúde	31
3.3.4 Qualidade de suprimentos e equipamentos	32
3.4 Eliminação da discriminação no acesso a serviços de saúde – como atender às necessidades específicas de determinadas populações	32
3.4.1 Adolescentes (menos de 18 anos de idade)	33
3.4.2 Estado civil	34
3.4.3 Encarceramento	35

3.4.4	Migrantes e pessoas em busca de asilo	36
3.4.5	Sorologia para HIV	36
3.4.6	Deficiência	38
3.4.7	Orientação sexual e identidade de gênero	38
3.4.8	Pessoas transgênero e com gênero variante	39
3.4.9	Pessoas intersexo	42
3.4.10	Profissionais do sexo	43
3.5	Conclusão	45
3.6	Implicações jurídicas e políticas	46
IV. Informação e educação sobre a saúde sexual		47
4.1	Introdução	47
4.2	Definição de informação e educação sexual	47
4.3	Restrições jurídicas sobre a informação e a educação sexual	48
4.4	Padrões de direitos humanos e proteções jurídicas	49
4.5	Garantia da não arbitrariedade, sem restrições desnecessárias à informação e à educação relacionadas à sexualidade e à saúde sexual para pessoas com menos de 18 anos	50
4.6	Conclusão	51
4.7	Implicações jurídicas e políticas	51
V. Violência sexual e relacionada à sexualidade		52
5.1	Introdução	52
5.2	Saúde, direitos humanos e implicações jurídicas das diferentes formas de violência sexual e relacionada à sexualidade	54
5.2.1	Agressão sexual incluindo estupro	54
5.2.2	Abuso sexual de crianças	55
5.2.3	Casamento forçado e violência sexual e relacionada à sexualidade	56
5.2.4	Violência baseada na expressão ou no comportamento sexual real ou percebido	58
5.2.5	Violência contra profissionais do sexo	61
5.2.6	Tráfico para prostituição forçada	62
5.2.7	Mutilação genital feminina	63
5.2.8	Práticas coercitivas em serviços de saúde que afetam a saúde sexual e a sexualidade	65
5.3	Conclusão	66
5.4	Implicações jurídicas e políticas	67
Referências		68

Agradecimentos

O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (WHO/RHR) agradece a contribuição de várias pessoas e organizações que ajudaram no desenvolvimento deste relatório. Gostaríamos de agradecer especialmente a contribuição das pessoas a seguir no desenvolvimento deste documento:

Desenvolvimento geral: Jane Cottingham e Eszter Kismödi, ex-membros do Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS; em parceria com Sofia Gruskin do Programa de Saúde Global e Direitos Humanos da Universidade do Sul da Califórnia, Los Angeles, Estados Unidos da América (EUA); e Alice M. Miller, Parceria de Justiça na Saúde Global da Faculdade de Direito e da Faculdade de Saúde Pública de Yale, New Haven, EUA.

Rajat Khosla coordenou a finalização do relatório.

Pesquisa jurídica: Hossam Bahgat, Kajal Bhardwaj, Simone Cusack, Vivek Divan, Stefano Fabeni, Alice M. Miller, Charles Ngwena, Esteban Restrepo-Saldarriaga, Mindy Roseman e Johanna Westeson.

Outros colaboradores: Carolina Oyekanmi Brugat, Mauro Cabral, Sonia Correa, Erin Hetherington, Barbara Klugman, Alicia Peters, Stephanie Schlitt, Kristjana Sigurbjörndottir, Jaime Todd-Gher, Carol Vance e Gretchen Williams.

Equipe da OMS: Avni Amin, Claudia García-Moreno, Rajat Khosla.

Parceiros de desenvolvimento e financiadores: Ford Foundation, Nova York, EUA; Open Society Institute, Nova York, EUA; Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Edição: Jane Patten da Green Ink, Reino Unido (greenink.co.uk)

Siglas e abreviações

CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)
CESCR	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights)
DFID	Departamento para Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (United Kingdom's Department for International Development)
GDG	Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes (Guideline Development Group)
GRADE	Classificação de Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
HIV	vírus da imunodeficiência humana
ICPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (International Conference on Population and Development)
DIU	dispositivo intrauterino
LARC	contracepção reversível de longa duração
MSI	Marie Stopes International
PBF	financiamento baseado em desempenho
PSI	Population Services International
SSR	saúde sexual e reprodutiva
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sumário executivo

A saúde sexual hoje é amplamente compreendida como bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade. Ela engloba não só aspectos específicos da saúde reprodutiva, como ter controle sobre a fertilidade individual por meio do acesso à contracepção e ao aborto, e livre de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), disfunção sexual e sequelas relacionadas à violência sexual ou à mutilação genital feminina, mas também a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência. Tornou-se claro que a sexualidade humana inclui diversas formas de comportamentos e expressões e que o reconhecimento da diversidade de comportamentos e expressões sexuais contribui para a sensação geral de bem-estar e saúde das pessoas.

Avanços ao longo das últimas três décadas, particularmente no início da pandemia do HIV, elucidaram o fato de que a discriminação e a desigualdade também são fatores-chave da capacidade das pessoas de conquistar e manter (ou não) a saúde sexual. Por exemplo, pessoas consideradas como tendo características ou práticas sexuais socialmente inaceitáveis, tais como pessoas HIV-positivas, adolescentes solteiros(as) sexualmente ativos(as), profissionais do sexo, migrantes, pessoas intersexo ou com comportamento homossexual sofrem com a marginalização e o estigma, que por sua vez têm um peso enorme sobre a saúde dessas pessoas. Pessoas privadas de ou sem acesso a informações ou serviços relacionados à sexualidade e à saúde sexual também são vulneráveis a problemas de saúde sexual. De fato, a capacidade de indivíduos terem bem-estar e saúde sexual depende do acesso a informações abrangentes sobre sexualidade, conhecimento sobre os riscos enfrentados,

vulnerabilidade às consequências adversas da atividade sexual e acesso a cuidados de saúde sexual de qualidade e a um ambiente que defenda e promova a saúde sexual. Além de serem prejudiciais à saúde sexual, a discriminação e as desigualdades também são violações dos direitos humanos.

Portanto, atingir o mais alto padrão de saúde sexual é uma meta intimamente relacionada ao respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos como o direito à não discriminação, à privacidade e à confidencialidade, a não sofrer violência e coerção, assim como o direito pleno à educação, informação e ao acesso a serviços de saúde. Nas últimas duas décadas, foi desenvolvido um conjunto importante de padrões relacionados a direitos humanos referentes à sexualidade e à saúde sexual. Isso inclui: interpretações do conteúdo de provisões de direitos humanos por parte de órgãos de monitoramento de tratados dos direitos humanos das Nações Unidas; decisões de tribunais nacionais, regionais e internacionais; documentos de consenso internacional; e relatórios do Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito ao Padrão Mais Alto Alcançável de Saúde, entre outros. Esses padrões são operacionalizados pela promulgação e implantação de leis, regulamentos e políticas a nível nacional.

Leis são importantes porque definem as regras sociais e podem oferecer a estrutura de base para implementação de políticas, programas e serviços relacionados à saúde sexual. Elas têm a capacidade de garantir direitos humanos, embora também possam criar limitações. De uma forma ou outra, leis e regulamentos afetam a vivência plena do padrão mais alto alcançável de saúde sexual. A harmonização de leis e padrões de direitos humanos pode incentivar a

promoção da saúde sexual entre e em diversas populações, enquanto o impacto negativo de leis que vão contra os padrões de direitos humanos tem sido cada vez mais documentado. Por exemplo, leis que incentivam a disseminação de informações objetivas e abrangentes sobre sexualidade, quando implantadas para todos(as), fazem com que as pessoas entendam melhor como proteger sua saúde sexual ou o que pode prejudicá-la. Isso inclui dados sobre onde e como encontrar mais informações, orientação e tratamento, se necessário. Por outro lado, leis que restringem o acesso de mulheres e adolescentes a serviços de saúde (por exemplo, exigindo uma autorização de um terceiro para acessar os serviços) e leis que criminalizam determinado comportamento sexual consensual podem excluir ou dissuadir pessoas na busca por informações e serviços necessários aos quais elas têm direito.

Este relatório demonstra a relação entre saúde sexual, direitos humanos e a lei. Com base em uma revisão de evidências provenientes da saúde pública e uma ampla pesquisa sobre direitos humanos no âmbito internacional, regional e nacional, este relatório mostra como Estados de diferentes partes do mundo podem e têm apoiado a saúde sexual por meio de mecanismos jurídicos e de outros tipos que vão ao encontro de padrões de direitos humanos e suas próprias obrigações para com os direitos humanos. Este sumário executivo apresenta alguns exemplos selecionados dentre uma enorme gama disponível no relatório completo.

Remoção de barreiras jurídicas e regulatórias a serviços

Problemas relacionados à saúde sexual são vastos e representam uma carga de doenças significativa em todo o mundo, de modo que o acesso a serviços de saúde adequados para enfrentá-los é essencial. Ao mesmo tempo, o direito ao padrão mais alto de saúde alcançável tem sido definido e elaborado como um conceito que engloba uma variedade de recursos, bens e

serviços que devem estar disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. Essas dimensões ainda precisam ser asseguradas em diversos locais, o que muitas vezes não é possível devido à inadequação do aparato jurídico, incluindo barreiras jurídicas diretas. Dentre diversos exemplos de barreiras jurídicas ao acesso está a proibição ou restrição da disponibilidade de contracepção de emergência ou de prestação de serviços por profissionais da saúde que não sejam médicos. Em diversos países, isso tem sido questionado e alterado de modo a disponibilizar serviços e remédios essenciais.

Como serviços são prestados

Como questões relacionadas à sexualidade e práticas sexuais dizem respeito às vidas privadas das pessoas e podem ser consideradas sensíveis em diversos contextos, as garantias de privacidade, confidencialidade e tomada de decisão informada são especialmente importantes, por exemplo, na prestação de serviços. Quando essas garantias estão abaixo do esperado, as pessoas podem simplesmente não utilizar os serviços de que precisam, com consequências negativas à saúde. Por exemplo, adolescentes costumam evitar serviços em que não há garantia de confidencialidade ou para os quais é necessária uma autorização dos pais. Alguns países têm protegido a garantia de privacidade, confidencialidade e tomada de decisões informadas por meio da lei, reconhecendo a importância dessa dimensão e refletindo os padrões de direitos humanos.

Acesso à educação e informações

O acesso à educação e a informações relacionadas à sexualidade e à saúde sexual é essencial para que as pessoas protejam sua saúde e tomem decisões informadas acerca de suas vidas sexuais e reprodutivas. Evidências apontam que o acesso a essas informações (e a uma educação abrangente para a sexualidade, que não apenas apresente informações, mas também desenvolva habilidades de comunicação

interpessoal) está associado a resultados positivos na saúde. Leis e regulamentos que excluem temas específicos concernentes a informações e à educação para a sexualidade ou que excluem o acesso de determinadas pessoas à educação para a sexualidade têm consequências prejudiciais à saúde sexual.

Órgãos internacionais de direitos humanos têm destacado a importância de os Estados fornecerem educação e informações relacionadas à sexualidade para adultos(as) e adolescentes, especificamente estipulando que os Estados não devem censurar informações sobre saúde sexual com respaldo científico nem restringir ou descrever erroneamente informações de saúde, inclusive educação e informações de caráter sexual. Alguns Estados têm promulgado leis com provisões específicas sobre educação e informações relacionadas à sexualidade pela via do direito à educação; em outros, a restrição de informação sobre, por exemplo, serviços de aborto, tem sido questionada de maneira exitosa no nível regional.

O uso do direito penal

Todos os sistemas jurídicos usam o direito penal para dissuadir, processar e punir comportamentos danosos e proteger indivíduos contra danos. No entanto, o direito penal também é usado em diversos países para proibir o acesso e provisão de determinadas informações e serviços referentes à saúde sexual e reprodutiva, punir a transmissão do HIV e uma ampla diversidade de condutas sexuais consensuais entre pessoas capazes, incluindo relações sexuais fora do matrimônio, comportamento homossexual e trabalho sexual consensual. A criminalização desses comportamentos e ações tem muitas consequências negativas para a saúde, inclusive a saúde sexual. Pessoas com comportamentos sexuais consensuais caracterizados como delitos criminais podem tentar ocultá-los de profissionais da saúde e de outras pessoas

pelo medo de serem estigmatizadas, presas e processadas. Isso leva as pessoas a não usarem serviços de saúde, causando problemas de saúde sérios, como o não tratamento de ISTs e abortos inseguros, devido ao medo de reações negativas ao seu comportamento ou status de saúde. Em várias circunstâncias, quem acessa serviços de saúde relata discriminação e maus tratos por provedores de atenção à saúde.

Órgãos internacionais de direitos humanos têm cada vez mais apontado a necessidade de descriminalizar o acesso e a provisão de determinadas informações e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, além da eliminação de punições pela transmissão do HIV e uma série de condutas sexuais consensuais entre pessoas capazes. Tribunais nacionais de diferentes partes do mundo têm sido essenciais em revogar leis discriminatórias e reconhecer efeitos potencialmente negativos na saúde.

Identidade e expressão de gênero

Poder determinar e expressar sua própria identidade de gênero sem estigma, discriminação, exclusão e violência é uma dimensão importante da saúde, do bem-estar e da vivência plena dos direitos humanos. A possibilidade de pessoas viverem de acordo com o gênero com o qual se identificam, por lei e de fato, tem um efeito benéfico no bem-estar geral, incluindo poder acessar serviços de saúde, sociais e de outros tipos. Para respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos, é necessário que ninguém seja forçado a passar por procedimentos médicos, incluindo cirurgias de redesignação sexual, esterilização ou terapia hormonal, ou ser forçado a se divorciar para ter o reconhecimento jurídico da sua identidade e expressão de gênero. Diversas leis nacionais que antes exigiam procedimentos desse tipo para alterar a identidade têm sido questionadas e alteradas, ou foram promulgadas novas leis alinhadas aos padrões dos direitos humanos.

Violência sexual e relacionada à sexualidade

Todas as formas de violência sexual e relacionada à sexualidade têm diversos efeitos negativos na saúde e no bem-estar. Por exemplo, pessoas em relacionamentos violentos podem não ter a capacidade de exercer escolhas sexuais e reprodutivas, seja pela exposição direta a sexo forçado ou coagido ou porque a pessoa não é capaz de controlar ou negociar o uso regular de contracepção e camisinhas. Isso faz com que elas corram risco de gravidez indesejada (para mulheres) e ISTs, inclusive HIV. A violência por parceiro íntimo durante a gravidez aumenta a probabilidade de aborto intencional e espontâneo, natimorto, parto prematuro e baixo peso ao nascer.

Um exemplo de como a lei pode afetar a saúde sexual é a definição jurídica de estupro, entendido historicamente como uma relação sexual forçada entre um homem contra a vontade de uma mulher que não é sua esposa, envolvendo penetração vaginal com o pênis. Seguindo essa definição, mulheres estupradas por seus maridos, mulheres estupradas analmente, homens e pessoas transgênero não poderiam legitimamente alegar que sofreram estupro. O direito penal internacional evoluiu e agora define o estupro em termos muito mais amplos, englobando diferentes atos invasivos perpetrados por ou contra pessoas de qualquer sexo ou gênero, reconhecendo que o estupro dentro do casamento é um crime em qualquer circunstância. Diversas emendas a leis nacionais têm sido implantadas na última década para adequá-las a esses padrões de direitos humanos. Essas mudanças facilitam o acesso a serviços de saúde necessários para todos (meninas e mulheres solteiras, homens, meninos e pessoas transgênero) e a recursos como devido processo e reparação, que afetam a saúde.

Conclusão

Os Estados têm a obrigação de alinhar suas leis e regulamentos que afetam a saúde sexual aos padrões e leis de direitos humanos. Remover barreiras ao acesso a informações e serviços relacionados à saúde e promulgar leis e regulamentos que promovam e apoiem a saúde sexual são ações que também estão alinhadas à estratégia de saúde reprodutiva global da Organização Mundial da Saúde adotada na Assembleia Mundial da Saúde de 2004.

I. Introdução

A saúde sexual é fundamental para o bem-estar e a saúde física e emocional de indivíduos, casais, famílias e, em última instância, ao desenvolvimento social e econômico de comunidades e países. No entanto, a capacidade de indivíduos alcançarem o bem-estar e a saúde sexual depende de: acesso a informações abrangentes sobre sexualidade; conhecimento sobre riscos enfrentados e vulnerabilidade a consequências adversas da atividade sexual; acesso a cuidados de saúde sexual de qualidade; e um ambiente que defenda e promova a saúde sexual (1). Políticas e leis nacionais que governam a provisão de serviços de saúde (inclusive informações e educação) e leis administrativas, cíveis e penais relacionadas a questões de sexualidade são importantes incentivos ou entraves aos direitos humanos referentes à saúde sexual.

Este relatório explica e debate a relação entre saúde sexual, direitos humanos e a lei. Com base em uma revisão de evidências provenientes da saúde pública e uma ampla pesquisa sobre direitos humanos no âmbito internacional, regional e nacional, este relatório mostra como Estados de diferentes partes do mundo podem e têm apoiado a saúde sexual por meio de mecanismos jurídicos e de outros tipos que vão ao encontro de padrões de direitos humanos e suas próprias obrigações para com os direitos humanos. O relatório é voltado a formuladores de políticas do campo da saúde, provedores de atenção à saúde, organizações não governamentais (ONGs) e outras partes envolvidas na promoção da saúde sexual e dos direitos humanos. Ele tem o objetivo de ajudar governos e formuladores de políticas a melhorarem a saúde sexual por meio de leis e políticas alinhadas às exigências de direitos humanos nacionais e internacionais.

1.1 Sexualidade, saúde sexual e direitos humanos

A saúde sexual foi definida pela primeira vez em uma série de Relatórios Técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1975 como “a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira enriquecedora e que fortaleça a personalidade, a comunicação e o amor” (2). Vinte anos depois, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) incluiu a saúde sexual na definição de saúde reprodutiva, indicando que seu propósito “é o fortalecimento da vida e das relações pessoais, não a mera orientação e cuidado no que diz respeito à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis” (3). Embora a menção à saúde sexual seja importante nesse contexto, incluí-la como parte da saúde reprodutiva significava que todas as dimensões da sexualidade e da saúde sexual humana que vão além da reprodução passaram a receber menos atenção em programas e políticas subsequentes.

Apesar disso, houveram mudanças drásticas na compreensão da sexualidade e do comportamento sexual humano nas últimas três décadas. A pandemia do HIV teve uma grande influência nesse processo, mas não foi o único fator. Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidezes indesejadas, abortos inseguros, infertilidade, violência sexual e disfunção sexual tiveram efeitos prejudiciais na saúde das pessoas, o que tem sido amplamente documentado e destacado em estudos e declarações nacionais e internacionais (4).

Durante o mesmo período, houve um aumento rápido no registro e compreensão da natureza da discriminação e da desigualdade no que diz respeito à sexualidade e à saúde sexual.

Isso inclui informações sobre marginalização, estigmatização e abuso de pessoas consideradas como tendo características ou práticas sexuais socialmente inaceitáveis (por exemplo, ser HIV-positivo, praticar sexo homossexual, ser um(a) adolescente sexualmente ativo(a), um(a) profissional do sexo, uma pessoa transgênero ou intersexo, ou qualquer combinação dessas características) e qual o dano dessa discriminação na saúde das pessoas. Vários casos documentados envolvem violações de direitos humanos, como o direito à saúde, vida, igualdade e não discriminação, privacidade e não sujeição a tratamento inumano e degradante, entre outros. Assim, a conquista da saúde sexual está intimamente ligada à proteção dos direitos humanos.

Nas últimas três décadas, houve uma expansão rápida na aplicação dos direitos humanos ligados a questões de sexualidade e saúde sexual, especialmente no que diz respeito à proteção contra a discriminação e a violência, além da proteção da liberdade de expressão e associação, privacidade e outros direitos das mulheres, homens, pessoas transgênero e intersexo, adolescentes e outros grupos populacionais. Isso resultou na produção de um conjunto importante de padrões de direitos humanos pela promoção da saúde sexual e dos direitos humanos. Os Estados assumiram compromissos jurídicos e políticos pela proteção da saúde das pessoas, inclusive sua saúde sexual, por meio da aplicação de princípios de direitos humanos, expressados na elaboração e implantação de leis e políticas, reconhecendo que os princípios que fundamentam os direitos humanos têm um papel importante na promoção e proteção da saúde sexual.

Foram desenvolvidas definições de sexualidade e saúde sexual (ver Quadro 1) baseadas em evidências de saúde pública, no progresso científico e social, e em um crescente conjunto de padrões internacionais (4).

Definições

Saúde sexual é o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual exige uma abordagem positiva e respeitosa no que tange a sexualidade e relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos.

Sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida; ela engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem sempre todas elas são vividas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais.

1.2 Leis, direitos humanos e sua importância para a saúde sexual

Os direitos humanos são expressos em tratados internacionais e regionais, também chamados de convenções, acordos e cartas, além de também serem incorporados nacionalmente em constituições e leis. Assim, constituições nacionais, leis e decisões tomadas por tribunais supremos nacionais representam o reconhecimento nacional dos padrões de direitos humanos elaborados nesses tratados de direitos humanos internacionais e regionais, que são ratificados pelos Estados. Também é importante ressaltar que leis nacionais costumam oferecer garantias e bases jurídicas para desenvolver políticas, programas e serviços

relacionados à saúde sexual, mas às vezes também impõem limites, exercendo assim um impacto tanto positivo quanto negativo na saúde sexual. Por exemplo, leis que incentivam a disseminação da educação e de informações objetivas e abrangentes sobre sexualidade fazem com que as pessoas entendam melhor como proteger sua saúde sexual ou o que pode prejudicá-la. Isso inclui dados sobre onde e como encontrar mais informações, orientação e tratamento, se necessário. Por outro lado, leis que restringem o acesso de pessoas a serviços de saúde (por exemplo, exigindo uma autorização de um terceiro para acessar os serviços ou criminalizando determinado comportamento sexual consensual) podem excluir pessoas na busca por informações e serviços necessários.

As leis também têm um papel importante para garantir a *accountability* (um princípio-chave dos direitos humanos) em vários níveis, incluindo estabelecer processos transparentes de monitoramento e análise para registrar resultados de saúde em uma população sexualmente diversa ou o impacto de várias intervenções de saúde, entre outros. Esses processos de análise podem ajudar a identificar leis com efeitos danosos e/ou que vão contra os direitos humanos. Leis também podem garantir o acesso à justiça e mecanismos de reparação e compensação para pessoas que tiveram seus direitos humanos violados, um ponto central da *accountability*. Os Estados também precisam garantir que as pessoas estejam protegidas contra violações de direitos humanos por parte de agentes não-estatais. Um exemplo disso seria uma empresa de seguro de saúde que não aceita cobrir determinadas pessoas com base em características como filiação religiosa, gênero, orientação sexual ou status de saúde.

Leis e regulamentos são pertinentes a outro princípio essencial dos direitos humanos: a participação. Foi reconhecido que a participação de populações afetadas em todas

as etapas do processo de tomada de decisões e implementação de políticas e programas é uma pré-condição para o desenvolvimento sustentável e, de fato, evidências mostram que há uma associação entre a participação de populações afetadas e resultados de saúde. Na realidade, várias populações afetadas não têm a capacidade de participar da aferição e elaboração de leis e regulamentos devido a discriminação contínua, comumente associada ao aumento da exposição a doenças e violência. Por exemplo, alguns Estados aplicam restrições jurídicas para que grupos constituídos por pessoas transgênero, lésbicas, gays ou profissionais do sexo não possam ser registrados como associações, enquanto outros promulgam leis que criminalizam o discurso desses mesmos grupos. Todas essas medidas afetam a capacidade deles de trabalharem contra a violência, o HIV/AIDS e outras questões altamente importantes de saúde sexual. Tanto no nível internacional quanto regional, tribunais e órgãos dos direitos humanos consideraram que esse tipo de leis restritivas são violações dos direitos fundamentais de fala, associação e proteção contra a não-discriminação; nessas decisões, é afirmado o princípio básico de garantir direitos para participação na sociedade.

1.3 Implicações jurídicas e políticas

O respeito, a proteção e o cumprimento de direitos humanos, assim como a garantia de ter o mais alto padrão de saúde sexual alcançável, exigem que os Estados alinhem suas leis, regulamentos, políticas e práticas com os padrões internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos (5).

Para apontar ações específicas que podem ser tomadas pelos Estados-membros, cada capítulo deste documento inclui uma seção sobre implicações jurídicas e políticas. As perguntas seguem a estrutura de cada capítulo e abordam: (i) se leis nacionais reconhecem o tópico de saúde e direitos humanos em questão; (ii) se

o tópico ou tópicos específicos no capítulo são abordados pela lei; e (iii) questões gerais levantadas no capítulo. Todas as perguntas são baseadas na lógica da saúde e dos direitos humanos e na noção de *accountability* do Estado.

Para pessoas que trabalham na saúde pública interessadas na saúde sexual em particular, é essencial entender o impacto de leis específicas na saúde em geral e na saúde sexual em particular, além de entender como os padrões de direitos humanos podem ser usados para garantir leis favoráveis e, assim, melhorar a saúde.

Como contribuição ao mandato constitucional da OMS de integrar os direitos humanos em nosso trabalho, este relatório busca demonstrar as relações intrínsecas entre diferentes dimensões da saúde sexual, direitos humanos e a lei, assim ajudando governos e formuladores de políticas de saúde a melhorarem a saúde sexual por meio do alinhamento de leis e políticas às suas próprias obrigações para com os direitos humanos internacionais e constitucionais. A saúde sexual costuma ser uma dimensão negligenciada do espectro do cuidado no domínio da saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente. Este relatório é apresentado como uma ferramenta importante no cumprimento do quinto aspecto da estratégia da saúde global reprodutiva da OMS adotada na Assembleia Mundial da Saúde de 2004: a promoção da saúde sexual (5).

II. Metodologia e limitações

Este relatório é o resultado de uma extensa pesquisa e consultoria global que durou um período de sete anos. A começar pelas definições da OMS sobre saúde sexual e sexualidade (ver Capítulo 1, Quadro 1) e o reconhecimento de que leis e políticas podem afetar a saúde e os direitos humanos, conforme definido na estratégia global de saúde reprodutiva da OMS (5), o objetivo do projeto foi articular os padrões e normas internacionais, regionais e nacionais relevantes de promoção da saúde sexual, além de apresentar exemplos de leis nacionais e jurisprudência que seguem esses padrões, assim como evidências para corroborá-los.

Três considerações importantes que levaram ao desenvolvimento do projeto: (a) aplicação de padrões de direitos humanos estabelecidos por órgãos internacionais, regionais e nacionais fidedignos; (b) jurisprudência e leis nacionais são indicadores válidos de padrões de direitos humanos e definem a estrutura de ações operacionais; e (c) leis e a sua implementação têm impacto na saúde.

2.1 Processo

A OMS convocou uma consulta em Genebra em fevereiro de 2008, convidando diversos especialistas de direito, saúde pública e direitos humanos para definir o escopo, desenho e conteúdo do projeto.

Nove especialistas em direitos humanos das seis regiões da OMS e dois especialistas em direito norte-americano e internacional (ver Agradecimentos) conduziram uma pesquisa sobre jurisprudência e leis relacionadas à sexualidade e à saúde sexual no nível internacional e regional e em países selecionados, com o intuito de analisar e redigir relatórios internacionais/regionais sobre suas descobertas (6–13).

Em maio de 2009, foi feita uma reunião com pesquisadores da área jurídica para aprimorar ainda mais a estratégia de pesquisa, incluindo identificar escopos temáticos, termos de pesquisa, fontes de informação e critérios de inclusão/exclusão para a pesquisa jurídica e jurisprudencial. Foi feita uma reunião de análise em Berkeley, Califórnia, em janeiro de 2010, para examinar descobertas internacionais, regionais e nacionais e para definir parâmetros para assegurar a consistência entre relatórios de pesquisa regionais, assim facilitando a análise inter-regional.

Em paralelo à pesquisa jurídica, foram realizadas revisões de literatura sobre evidências de saúde pública para avaliar o impacto que leis e sua aplicação têm no bem-estar e na saúde sexual no que se refere a cada um dos oito tópicos identificados (ver seção 2.2).

Após as revisões de saúde pública e direito, foi feita uma pequena reunião de especialistas em Genebra em junho de 2011 para elaborar a metodologia de análise inter-regional e o esboço e conteúdo final do relatório.

Entre junho de 2011 e agosto de 2012, um pequeno grupo de especialistas produziu uma versão prévia, que foi apresentada para um grupo maior de especialistas durante uma reunião em setembro de 2012, na OMS de Genebra, para revisão por pares. Os participantes foram convidados com base em suas diversas especialidades regionais e multidisciplinares. Por fim, o relatório foi extensamente revisado com base no feedback de participantes da reunião e de revisores externos.

2.2 Escopo

Durante a consulta com especialistas em 2008, foram definidos oito tópicos para refletir uma abordagem holística da saúde sexual, além de capturar como as leis lidam com essas questões

e como elas estão relacionadas aos padrões dos direitos humanos definidos em documentos internacionais, regionais e jurídicos fidedignos.

Os tópicos foram selecionados considerados os critérios-chave a seguir:

- associação demonstrada com sexualidade, saúde sexual e bem-estar;
- relevância para o quinto pilar da estratégia global de saúde reprodutiva da OMS, a promoção da saúde sexual, e para outros trabalhos da OMS na área da saúde sexual;
- priorização de populações e grupos pobres e socioeconomicamente vulneráveis;
- Interseção dos padrões dos direitos humanos com o conteúdo das leis e a associação delas com a saúde sexual.

Estes foram os oito tópicos identificados:

- i. **Não discriminação**, incluindo a (não) discriminação baseada em sexo, inclusive questões relacionadas a: assédio sexual; idade (com atenção especial a adolescentes); orientação sexual; identidade e expressão de gênero; estado civil; e outros status de saúde ou de outro tipo, como ser migrante ou em privação de liberdade.
- ii. **Penalização da sexualidade/atividades sexuais**, incluindo: a (des)criminalização de atividades homossexuais; (des) criminalização da transmissão (intencional) do HIV; idade de consentimento/ estupro de vulnerável; e atividade sexual em prisões e outras instituições estatais de custódia.
- iii. **Regulamentação estatal do matrimônio e da família**, incluindo: a (des)criminalização do sexo fora do casamento; consentimento matrimonial; condições ligadas à permissão para casar, como testes de virgindade e de HIV/ISTs.
- iv. **Identidade/expressão de gênero**, incluindo: registro de estado civil; (des)criminalização de determinados aspectos da expressão de gênero; acesso a serviços de saúde; (não) discriminação e proteção contra a violência.

- v. **Violência**, incluindo violência por parceiro(a) íntimo(a)/doméstica; violência sexual (incluindo estupro e em diferentes contextos, como matrimônio ou cárcere); mutilação da genitália feminina; violência policial/falha de resposta devido a comportamento/aparência relacionada à sexualidade ou gênero; crimes de ódio; crimes contra a honra; e exploração sexual, inclusive tráfico de crianças e adolescentes.
- vi. **Disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de serviços de saúde sexual**, incluindo: serviços de aborto, contracepção, prevenção, testagem e tratamento de ISTs, além de outros serviços de saúde relevantes; e acesso a serviços apropriados para populações específicas, como pessoas em privação de liberdade, refugiados(as), usuários(as) de drogas injetáveis, adolescentes, militares, pessoas com deficiências físicas e mentais, pessoas traficadas e idosos(as).
- vii. **Informação, educação e expressão relacionadas à sexualidade e à saúde sexual**, incluindo: educação relacionada à sexualidade; informações sobre sexualidade e saúde sexual; expressão erótica; e (des) criminalização da obscenidade/ indecência.
- viii. **Trabalho sexual**, incluindo: (des) criminalização; legalização/regulamentação; e (não) discriminação no acesso a cuidados de saúde e outros serviços.

2.3 Estratégia de pesquisa e fontes de dados

2.3.1 Dados sobre direitos humanos, jurídicos e jurisprudenciais

Foram selecionados e analisados três níveis de fontes documentais: internacionais, regionais e nacionais. As regiões foram definidas de acordo com as regiões da OMS: África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental.

Os pesquisadores de cada região fizeram uma revisão aprofundada tanto das leis regionais de direitos humanos quanto das leis e jurisprudência de países específicos, selecionando exemplos de leis nacionais e decisões de tribunais supremos seguindo os critérios de inclusão/exclusão listados abaixo. Usando como base literatura cinzenta e entrevistas com especialistas, foram identificadas leis nacionais relevantes, que em seguida foram localizadas e, quando necessário, traduzidas.

Fontes de informação

- a. *Fontes internacionais*: Tratados de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU); direito internacional humanitário (principalmente as Convenções de Genebra e seus protocolos); direito internacional penal (principalmente o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional [14], definições de crimes, jurisprudência e estatutos de tribunais ad hoc e híbridos, e o Protocolo das Nações Unidas para Prevenir, Suprimir e Punir do Tráfico de Pessoas [Protocolo de Palermo; 15]); direito dos refugiados (principalmente a Convenção de 1951 relativa à Condição de Refugiados e o Protocolo de 1967, e o Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado [16]); direito internacional do trabalho (principalmente Os tratados da Organização Internacional do Trabalho [OIT]); documentos de consenso político internacional; resoluções do Conselho de Direitos Humanos da ONU; e comentários/recomendações gerais e decisões dos órgãos da ONU de monitoramento de tratados (ver Tabela 1).¹
- b. *Fontes regionais*: tratados regionais de direitos humanos juridicamente vinculativos; outros tratados regionais relevantes juridicamente vinculativos; jurisprudência

relevante de tribunais regionais de direitos humanos e outros órgãos fidedignos; fontes jurídicas secundárias (embora não necessariamente juridicamente vinculativas), como resoluções e declarações regionais por órgãos regionais relevantes fidedignos.

- c. *Fontes nacionais*: constituições; leis nacionais, como códigos civis, códigos penais, leis da família, leis administrativas (se relevante), leis de cuidados de saúde, leis sobre HIV e outras leis relevantes para a saúde sexual e a sexualidade.

Crítérios de inclusão para padrões, leis, jurisprudência em direitos humanos

1. forte proximidade com a sexualidade e a saúde sexual;
2. referência explícita às necessidades de saúde sexual de populações vulneráveis/marginalizadas;
3. reflexo do respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos, seja expressos explicitamente na lei e/ou refletidos em provisões específicas;
4. no nível nacional: apenas leis estatais e decisões de tribunais supremos;
5. em sistemas jurídicos federais: leis federais e leis no nível do Estado;
6. diversos exemplos nacionais na região;
7. fontes primárias identificáveis para o texto de leis e decisões de tribunais.

Crítérios de exclusão para padrões, leis e jurisprudência em direitos humanos

- Políticas e regulamentos de baixo escalão, exceto se tiverem significância especial para entender o conteúdo de uma lei de alto escalão;
- leis ligadas a costumes e religião;
- projetos de leis e leis pendentes;
- medidas de implementação, exceto se dispostas explicitamente em leis e na jurisprudência.

¹ Nota: relatórios de relatores especiais da ONU não foram sistematicamente pesquisados e analisados, mas há referências a alguns dos relatórios mais relevantes no texto.

2.3.2 Dados de saúde pública

Foram conduzidas seis revisões de literatura de saúde pública para elucidar a possível associação (ou falta de associação) entre leis ou políticas específicas e diferentes condições ou resultados de saúde sexual. Essas seis revisões abrangeram: educação, expressão e informações relacionadas ao sexo e à sexualidade; criminalização de comportamento sexual consensual; trabalho sexual; expressão e identidade de gênero; matrimônio; e violência sexual.

Fontes de informação

Foram pesquisadas diversas bases de dados, incluindo PubMed, Web of Science, Popline e Embase, em busca de fontes de dados primários, incluindo estudos e relatórios epidemiológicos de ONGs e outras instituições internacionais ou nacionais. A literatura cinzenta foi revisada para identificar temas e fontes primárias, mas artigos identificados na literatura cinzenta não foram incluídos como fontes de dados. Os artigos identificados foram resumidos em uma revisão de literatura seguindo os seis tópicos, incluindo uma lista de palavras-chaves.

Crítérios de inclusão

- estudos publicados entre 1995 e 2011;
- referências específicas ao tópico definido (por exemplo, educação relacionada à sexualidade);
- descobertas originais com metodologias claras e válidas;
- estudos pautados em dados secundários, métodos pouco claros, amostras pequenas, etc., só foram incluídos caso não houvesse outros dados acerca da área em questão (e foram claramente marcados como fontes menos confiáveis);
- artigos de revisão e revisões sistemáticas só foram incluídos quando era impossível acessar artigos originais ou quando a literatura era ampla demais para uma análise detalhada;

- revisões sistemáticas foram incluídas para fornecer um indicativo geral da relação entre o tópico e a saúde sexual.

Crítérios de exclusão

- artigos de opinião;
- artigos com descrições de programas de intervenção sem uma avaliação rigorosa do impacto na saúde.

2.4 Avaliação crítica e síntese das informações encontradas

Os parâmetros da avaliação crítica e análise dos materiais usados como fonte foram definidos durante a reunião de janeiro de 2010 (ver seção 2.1: Processo).

Padrões de direitos humanos: Os padrões de direitos humanos internacionais e regionais relacionados aos oito tópicos de saúde sexual foram definidos como o referencial ao qual as leis e jurisprudências nacionais seriam avaliadas.

Dados jurídicos e de jurisprudência: As informações jurídicas e jurisprudenciais encontradas foram avaliadas de acordo com sua (i) consonância com padrões de direitos humanos internacionais e regionais fidedignos, e (ii) relevância para a saúde sexual.

Dados de saúde pública: As informações de saúde pública foram avaliadas com base na extensão em que medidas jurídicas (como a descriminalização do trabalho sexual) foram associadas a resultados positivos ou negativos de saúde ligados à sexualidade e ao bem-estar. Dado que leis e sua implementação não podem ser medidas epidemiologicamente, as associações foram avaliadas com base em estudos disponíveis que examinaram esses resultados da maneira mais rigorosa possível.

Para cada tópico de saúde sexual (ver seção 2.2: Escopo) foi definida a seguinte estrutura analítica:

- descrição do tópico a partir de uma perspectiva de saúde e bem-estar;

- identificação dos padrões de direitos humanos internacionais e regionais relevantes para o tópico;
- Impacto documentado (positivo e negativo) de leis referentes ao bem-estar e à saúde sexual;
- Identificação de exemplos jurídicos e jurisprudenciais de diferentes regiões/países, em busca de exemplos que demonstrassem explícita ou implicitamente a proteção dos direitos humanos, assim como do bem-estar e da saúde sexual da população.

Para sintetizar as informações encontradas, foram aplicadas as regras a seguir:

- Foram excluídas do relatório questões para as quais não houvesse claros exemplos, padrões de direitos humanos e/ou relevância para a saúde pública.
- A seleção de exemplos nacionais não teve como objetivo apresentar uma revisão e análise que englobasse todos os países da região.
- A identificação de leis nacionais não indicou a existência de medidas de implementação.
- Leis identificadas durante a avaliação jurídica (baseada nos critérios de inclusão/exclusão) não foram analisadas dentro do contexto nacional, cultural, social ou político; somente o texto preciso das leis foi utilizado.
- A proteção das necessidades de saúde de populações vulneráveis/marginalizadas e os padrões de direitos humanos estabelecidos especificamente para a proteção delas foram integrados de maneira sistemática ao longo deste relatório.
- Foi dada atenção específica às proteções de direitos humanos e da saúde de adolescentes.

A pesquisa aprofundada de leis internacionais, regionais e nacionais específicas e da jurisprudência relacionada à sexualidade e à saúde sexual revelou um número grande de leis que de alguma forma lidam com sexualidade e saúde sexual, em diversos países.

Várias leis analisadas demonstraram ter dimensões negativas: elas estavam claramente associadas a resultados negativos de saúde (por exemplo, a penalização do adultério por açoitamento ou até mesmo pena de morte) ou a violações de direitos humanos (por exemplo, a exclusão de pessoas não casadas de receber informações e serviços relacionados à contracepção) ou, mais frequentemente, a ambas.

No entanto, foram identificados em todas as regiões do mundo exemplos de leis e jurisprudência que atendem aos padrões de direitos humanos e buscam contribuir com a promoção e proteção da saúde sexual. O relatório foca particularmente em apresentar exemplos ilustrativos de materiais jurídicos e jurisprudenciais de diferentes partes do mundo que tenham um efeito demonstradamente positivo na saúde sexual e que cumpram as normas e padrões de direitos humanos internacionais, regionais e/ou nacionais.

2.5 Revisão por pares e preparação do documento

Conforme mencionado na seção 2.1 (Processo), o primeiro relatório completo passou por uma revisão de pares extensa durante uma reunião de especialistas internacionais em setembro de 2012, seguida da análise de revisores(as) externos especializados de diferentes campos.

De acordo com a análise de decisões de tribunais e leis relevantes considerando os critérios-chave listados na seção 2.2 (Escopo), os resultados selecionados pela pesquisa foram agrupados em três capítulos principais, que refletem as maneiras como a saúde sexual está intimamente ligada aos direitos humanos e a lei.

Capítulo 3: Serviços de saúde voltados à promoção e proteção da saúde sexual

Capítulo 4: Informação e educação sobre a saúde sexual

Capítulo 5: Violência sexual e relacionada à sexualidade

Questões referentes à discriminação, saúde e direitos humanos de populações vulneráveis/marginalizadas e a medidas jurídicas específicas, como a aplicação da lei penal ao comportamento sexual consensual, foram integradas ao longo desses três capítulos.

2.6 Limitações da pesquisa e do relatório

Para cada região de cada tópico, foi feita uma seleção de leis que exemplificam a aderência aos padrões de direitos humanos e que são propensas a promover a saúde sexual.

Assim, a menção a uma lei de um país específico não é um indicativo de que não há outros exemplos em outros países. Deve-se ter em mente que leis são complexas e várias leis identificadas em pesquisas regionais e internacionais e apresentadas como positivas também podem ter aspectos negativos.

Este relatório é centrado nos direitos humanos internacionais e na *common law* no formato empregado em nível nacional, embora seja importante ressaltar que leis e mecanismos jurídicos religiosos e baseados em costumes também têm um papel essencial em questões relacionadas à sexualidade e à saúde sexual. Apesar de elas estarem fora do escopo deste relatório, há uma profunda necessidade de encontrar evidências ligadas a esses e outros sistemas de aplicação da justiça, além de a atores comunitários que influenciam o bem-estar e a saúde sexual de populações locais.

O uso de autoridades religiosas da comunidade para reforçar a conformidade com padrões sociais e religiosos de comportamento também precisa ser documentado para proteger melhor as pessoas vulneráveis.

As interseções entre saúde sexual, direitos humanos e a lei são complexos e certamente exigem muito mais do que um relatório para serem articulados, analisados e compreendidos. Esta análise optou como primeiro passo o

enfoque na letra da lei e na estrutura jurídica. A análise concentra-se unicamente no conteúdo formal de estatutos, decisões judiciais ou outras leis devidamente promulgadas. Embora direitos humanos sejam expressos em leis nacionais, o respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos só podem ser alcançados por meio da implementação adequada das leis. No entanto, este relatório não aborda a implementação das leis, porque isso exigiria uma metodologia diferente que deve ser o foco de um relatório futuro. São feitas referências pontuais a políticas e programas (ou seja, evidências da implementação da lei), mas principalmente para explicitar uma questão particular relacionada a um tipo específico de lei. Portanto, o leitor deve ter em mente que o relatório pressupõe que a lei é capaz de promover direitos e incentivar a liberdade, a autonomia, a saúde e o bem-estar de indivíduos, mas que ele também reconhece que a lei por si só tem limitações enquanto ferramenta para atingir metas de desenvolvimento. Este relatório deve ser lido como uma contribuição ao debate sobre como aprimorar e proteger a saúde sexual e os direitos humanos, mas não como uma fórmula para alcançá-los instantaneamente.

A pesquisa e a análise apresentadas no relatório são únicas e inovadoras. Outras organizações da ONU estão examinando as relações entre saúde, direitos humanos e a lei: a Comissão Global sobre HIV e a Lei do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) publicou seu relatório em 2012 (17) e o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (OHCHR, *Office of the High Commissioner for Human Rights*) e os Relatores Especiais das Nações Unidas regularmente apresentam ao Conselho de Direitos Humanos relatórios sobre o impacto de leis e políticas sobre os vários aspectos da saúde sexual. Mesmo assim, este é o primeiro relatório que combina esses aspectos com uma ênfase específica na saúde pública.

Tabela 1: Principais tratados internacionais de direitos humanos e seus protocolos opcionais (e data do início da vigência) relevantes para a proteção dos direitos humanos no contexto da saúde sexual e reprodutiva

Tratado (data de adoção)	Órgão monitor
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (1966)	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
Protocolo Facultativo do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (2008)	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) (1966)	Comitê de Direitos Humanos ²
Protocolo Facultativo do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966)	Comitê de Direitos Humanos
Segundo Protocolo Facultativo do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, relativo à abolição da pena de morte (1989)	Comitê de Direitos Humanos
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ICERD, <i>International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination</i>) (1965)	Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, <i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i>)	Comitê para a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres
Protocolo Facultativo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1999)	Comitê para a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres
Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CAT) (1984)	Comitê contra a Tortura (CAT, Committee Against Torture)
Protocolo Facultativo da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (2002)	Subcomitê da ONU de Prevenção da Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) (1989)	Comitê sobre os Direitos da Criança
Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil (2000)	Comitê sobre os Direitos da Criança
Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento das crianças em conflitos armados (2000)	
Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (ICRMW, <i>International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of their Families</i>)	Comitê para os Trabalhadores Migrantes
Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD, <i>Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i>) (2006)	Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006)	Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

2 O Comitê de Direitos Humanos às vezes também é referido como Comitê de Direitos Civis e Políticos.

III. Serviços de saúde voltados à promoção e proteção da saúde sexual

3.1 Introdução

Problemas de saúde relacionados à sexualidade representam uma carga de doenças significativa em todo o mundo. Isso inclui: morbidade e mortalidade relacionadas ao HIV (18) e outras ISTs (19); morbidade e mortalidade ligadas à falta de acesso a serviços de contracepção e aborto seguro (20); disfunção erétil; sequelas da violência sexual e da mutilação genital feminina; e cânceres do aparelho reprodutor (1).³

Por exemplo, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são uma causa significativa de doença aguda, infertilidade, deficiência de longo prazo e morte, com consequências médicas e psicológicas sérias para milhões de homens, mulheres e adolescentes. Para pessoas com idades entre 15 a 49 anos, há uma estimativa de 448 milhões de novos casos de quatro ISTs curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase) em 2005 (19), e esse número não tem diminuído. Em 2013, estimava-se que haviam 35 milhões de pessoas vivendo com HIV, uma infecção amplamente sexualmente transmissível (18) e, embora a incidência do HIV continue caindo, há uma enorme carga ligada à saúde sexual. Globalmente, a proporção de mulheres que convivem com o HIV permaneceu estável em 50%, embora as mulheres sejam mais afetadas na África subsaariana e no Caribe (18). Desde o início da epidemia de HIV na década de 80, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero têm sido desproporcionalmente afetados pelo HIV. Alguns estudos epidemiológicos com pessoas

transgênero demonstraram uma prevalência desproporcionalmente alta de HIV, entre 8% a 68%, dependendo do contexto em que o estudo foi realizado (21).

O aumento contínuo no uso da contracepção desde a década de 1960 (22) contribuiu para uma redução na mortalidade materna e estima-se que uma em cada três mortes relacionadas à gravidez e ao parto poderiam ser evitadas se todas as mulheres tivessem acesso a serviços contraceptivos (23). O aumento no uso de métodos contraceptivos modernos não seria possível sem a provisão de serviços públicos ou privados, sejam por serviços especializados ou na atenção primária à saúde. Evidências mostram que, para adolescentes, o aumento do acesso a contracepção moderna, especialmente a contracepção de emergência, protege-os contra resultados negativos de saúde, sem levar a relações sexuais indesejadas, relações sexuais sem proteção, diminuição no uso de camisinhas, aumento de ISTs ou aumento da taxa de gravidez (24–26). Estima-se que dobrar o investimento global atual em serviços contraceptivos e de regulação da fertilidade (de modo que mais mulheres tenham melhor acesso aos serviços necessários) reduziria o número de gravidezes indesejadas em mais de dois terços, de 75 milhões para 22 milhões.

Isso também reduziria o número de abortos inseguros em quase três quartos, de vinte milhões para 5,5 milhões, e o número de mortes resultantes de abortos inseguros diminuiria em mais de quatro quintos, de 46.000 para 8.000

³ Algumas das dimensões da saúde sexual se sobrepõem ao que costuma ser englobado na saúde reprodutiva. A contracepção e o aborto em particular são frequentemente considerados como parte da saúde reprodutiva. Eles são incluídos neste relatório sobre a saúde sexual precisamente porque NÃO são sobre reprodução, mas por serem diretamente ligados à sexualidade e à atividade sexual.

(20). Assim, a provisão de serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva permite que as mulheres tenham controle sobre seus corpos no contexto de gravidezes indesejadas, auxiliando na preservação da saúde delas.

Ter acesso a testes, aconselhamento, diagnósticos e tratamentos adequados para aspectos da saúde sexual como disfunção erétil, sequelas da violência sexual, mutilação genital feminina, infecções do trato reprodutivo que não são sexualmente transmissíveis e cânceres sexuais e reprodutivos, também é essencial para a proteção e promoção da saúde sexual, assim como ter acesso a informações e aconselhamentos relacionados à sexualidade (1). Além disso, outras condições de saúde, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, têm efeitos negativos na saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Por exemplo, o câncer testicular pode ameaçar o futuro sexual e reprodutivo de um homem jovem, enquanto o câncer de próstata pode afetar as chances de um homem de meia idade ou idoso ter uma vida sexual. Há diferentes abordagens para remediar disfunções sexuais resultantes dessas condições e elas usualmente exigem alguma interação com o serviço de saúde (27). Por fim, para pessoas com profundo sentimento de que seu gênero não corresponde ao sexo que foi designado no nascimento, o acesso ao tratamento hormonal, à cirurgia de redesignação sexual ou a outro tratamento pode ser necessário para proteger a saúde dessas pessoas, inclusive sua saúde sexual.

Assim, os tipos de serviços de saúde necessários para promover e proteger a saúde sexual incluem: educação sobre saúde sexual e informações sobre prevenção; aconselhamentos sobre sexualidade; identificação e encaminhamento para vítimas de violência sexual e mutilação genital feminina; aconselhamento, testagem, tratamento e acompanhamento voluntários para ISTs, incluindo HIV; triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de cânceres e infecções

do trato reprodutivo e infertilidade associada; diagnóstico e encaminhamento para disfunções sexuais e problemas associados à sexualidade e a relacionamentos íntimos; e abortos seguros e atenção pós-aborto. Esses serviços podem ser integrados como parte da atenção primária à saúde ou oferecidos como serviços à parte, de modo a enfrentar os problemas e preocupações mais significativos no que diz respeito à saúde sexual do país, distrito ou região específica (1).

O respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos reconhecidos internacionalmente, como o direito ao mais alto padrão alcançável de saúde e o direito à não discriminação, exigem que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de alta qualidade e economicamente acessíveis, incluindo aqueles relacionados a sexualidade e saúde sexual, sem discriminação (28–36). O direito ao mais alto padrão alcançável de saúde foi definido e elaborado para abranger uma variedade de recursos, bens e serviços que devem estar disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. (28, 29). Isso também inclui os subentendidos determinantes de saúde, como: acesso a água segura e potável, além de saneamento adequado; provimento adequado de alimentos, nutrição e habitação seguros; condições ambientais e ocupacionais saudáveis; assim como acesso a educação e informações relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (29, 37). Várias constituições nacionais, como a da República da África do Sul (38) e a de Portugal (39), por exemplo, garantem explicitamente o direito ao mais alto padrão alcançável de saúde e a aspectos específicos dele.

3.2 Como criar estruturas legislativas e regulatórias capacitantes e eliminar barreiras aos serviços de saúde sexual

A estratégia global de saúde reprodutiva da OMS destaca que a criação de estruturas legislativas e regulatórias de apoio e a remoção de restrições desnecessárias provenientes de políticas e normas são propensas a contribuir

significativamente ao aprimoramento do acesso a serviços. Para isso, os Estados precisam analisar e, se necessário, alterar leis e políticas para garantir que o acesso equitativo e universal à educação, informações e serviços de saúde sexual e reprodutivo seja facilitado (5).

Em diversos países, várias leis e normas, ou a falta de normas adequadas, ainda geram barreiras ao acesso de pessoas aos serviços de saúde sexual. Os padrões internacionais de direitos humanos exigem que os Estados não apenas se abstenham de ações que interfiram na busca individual de soluções de saúde, mas também removam barreiras legislativas e regulatórias ao acesso de serviços de saúde sexual e reprodutiva, como leis e normas que limitam o acesso a contraceptivos (28, 29, 40). Os Estados precisam garantir que serviços de saúde privados e que recebem apoio do governo (públicos) sejam regulados e monitorados para que estejam aderindo aos padrões de direitos humanos e da saúde (29, 41, 42).

Barreiras à saúde sexual que são suscetíveis à regulação pela lei incluem: acesso a medicamentos essenciais, objeção de consciência por provedores de atenção à saúde, disponibilidade e qualidade de provedores e espaços de atenção à saúde e criminalização de determinados serviços.

3.2.1 Acesso a medicamentos essenciais

Medicamentos essenciais são aqueles que atendem às necessidades prioritárias de atenção à saúde da população. Eles são selecionados de acordo com a relevância para a saúde pública e evidência de eficácia, segurança e custo-benefício relativo (43). O acesso a medicamentos essenciais é garantido como parte do direito à saúde; eles precisam ser disponibilizados no contexto de sistemas de saúde operantes a todo momento, em quantidades adequadas, nos formatos e doses apropriados, com qualidade assegurada e a um preço acessível para indivíduos e a comunidade

(29, 44, 45). Mesmo assim, medicamentos necessários para a promoção da saúde sexual, como antirretrovirais para o HIV, contracepção de emergência ou mifepristona e misoprostol para realização de aborto médico, todos eles incluídos na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (46), costumam não ser disponibilizados (devido a leis de propriedade intelectual) ou serem restringidos ou proibidos por lei. Essa situação foi contestada em vários países, incluindo Colômbia (47), México (48), Peru (49) e Inglaterra e País de Gales (50), resultando na abolição dessas restrições ou proibições. Alguns países declararam a contracepção um “bem público” e oferecem serviços subsidiados ou gratuitos para lidar com esse aspecto da saúde sexual (por exemplo, o Canadá; 51, 52).

3.2.2 Objeção de consciência por provedores de atenção à saúde

Outra grande barreira a serviços de saúde sexual em alguns países é a recusa de alguns provedores de atenção à saúde de prestar serviços de saúde sexual e reprodutiva por objeção de consciência. Ao declarar objeção de consciência, profissionais ou instituições de atenção à saúde se isentam de fornecer ou participar da provisão de determinados serviços por motivos religiosos, morais ou filosóficos. Isso afetou uma ampla variedade de procedimentos e tratamentos, incluindo atenção ao aborto ou pós-aborto, componentes de tecnologias de reprodução assistida ligados à manipulação ou seleção de embriões, serviços contraceptivos (incluindo contracepção de emergência), tratamento em casos de perda inevitável de gravidez ou doença materna durante a gravidez e diagnóstico pré-natal (53). Embora a maior parte dos provedores de atenção à saúde que declare objeção de consciência seja composta por obstetras e ginecologistas, também há objeções desse tipo por farmacêuticos(as), enfermeiros(as), anesthesiologistas e profissionais

de limpeza. Algumas instituições de saúde pública têm se recusado informalmente a oferecer determinados serviços de saúde reprodutiva e apresentando como justificativa as crenças de administradores do hospital (54).

Embora mulheres em busca de serviços de aborto enfrentem outras barreiras regulatórias e no sistema de saúde, a objeção de consciência tem uma especificidade: a tensão entre proteger, respeitar e cumprir os direitos da mulher e o direito do próprio provedor de atenção à saúde de seguir sua consciência moral (55). Essa situação faz com que a saúde das pessoas seja colocada em risco devido à negação dos serviços de que elas precisam (53, 55).

Os padrões internacionais de direitos humanos claramente determinam que, embora o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião seja protegida pela legislação internacional dos direitos humanos, a liberdade de manifestar crenças ou religião está sujeita a limitações que visam proteger os direitos humanos fundamentais de outros (32). Mais especificamente, os padrões de sistemas de saúde e direitos humanos determinam que serviços de saúde devem ser organizados de modo a assegurar que o exercício efetivo da liberdade de consciência dos profissionais de atenção à saúde não impeça que pessoas, em especial mulheres, tenham acesso a serviço aos quais elas tenham direito de acordo com a legislação aplicável (56–60). Portanto, leis e regulamentos não devem permitir que provedores ou instituições de atenção à saúde impeçam o acesso a serviços de saúde legais (28, 61–63). Profissionais de atenção à saúde que optem pela objeção de consciência devem encaminhar as pessoas a um provedor disposto e treinado que atue na mesma instituição de atenção à saúde ou numa que seja facilmente acessível. Quando esse encaminhamento não é possível, o profissional de atenção à saúde que se opuser precisará prestar serviços seguros para salvar a vida do indivíduo ou evitar danos à

saúde da pessoa (59, 60).

Alguns órgãos de direitos humanos têm abordado explicitamente a objeção de consciência no contexto da provisão de serviços contraceptivos, afirmando que, em lugares em que as mulheres não tenham acesso a contraceptivos em farmácias, os farmacêuticos não podem dar preferência a suas crenças religiosas e não podem impô-las a outras pessoas de modo a justificar sua recusa a vender produtos desse tipo (64). Os Estados têm uma responsabilidade particular de garantir que adolescentes não sejam privados de quaisquer informações ou serviços de saúde sexual e reprodutiva devido à objeção de consciência dos provedores (40).

3.2.3 Disponibilidade e qualidade de instalações e provedores

A disponibilidade de instalações e provedores treinados de atenção à saúde para toda a população é essencial para garantir o acesso a serviços de saúde sexual. Algumas leis nacionais estipulam que apenas médicos(as) podem realizar determinados serviços. Na área de saúde sexual, vários serviços não precisam ser realizados necessariamente por um(a) médico(a), mas podem ser feitos de maneira competente por enfermeiros(as), parteiras(os) ou assistentes de enfermagem (65, 66). Especialmente em lugares em que há poucos médicos(as) qualificados, esse tipo de “troca de tarefa” torna os serviços mais acessíveis (67), o que aumenta o acesso e uso de contraceptivos, por exemplo (68–71). Embora os padrões internacionais de direitos humanos enfatizem a importância de provedores(as) de atenção à saúde treinados adequadamente e com habilidades e conhecimentos atuais, eles não especificam o nível de qualificação, de modo que cada país possa regulamentar isso conforme apropriado. Algumas leis nacionais, como na África do Sul (72), criam provisões específicas para diferentes níveis de provedores.

O direito ao padrão de saúde mais alto

alcançável, incluindo de saúde sexual, deixa a cargo dos governantes a garantia da boa qualidade das instalações, bens e serviços de atenção à saúde (29). Além da garantia de confidencialidade, privacidade e consentimento informado (ver seções 3.3.1 e 3.3.2), isso exige que os serviços incluam “equipe médica qualificada, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e dentro da validade, água potável e segura, e sanitização adequada” (29).

3.2.4. Criminalização de serviços relacionados à saúde sexual

Leis que proíbem ou criminalizam o uso de procedimentos médicos específicos são, por definição, uma barreira ao acesso. Essas leis e outras restrições jurídicas podem impedir o acesso a determinados recursos necessários para a saúde sexual e reprodutiva (por exemplo, contraceptivos), tornar ilegal um serviço específico (por exemplo, o aborto) ou banir a provisão de informações sexuais e reprodutivas por meio de programas escolares ou educacionais. Na prática, essas leis afetam uma ampla gama de indivíduos (73, 74). O direito penal também costuma punir a transmissão do HIV e de uma ampla variedade de condutas sexuais consensuais entre pessoas capazes (ver seção 3.4).

É provável que essas restrições jurídicas a serviços de saúde sexual e reprodutiva tenham consequências sérias na saúde (74). Restringir o acesso legal ao aborto, por exemplo, não diminui a necessidade do aborto, mas provavelmente aumenta o número de mulheres que buscam abortos ilegais e pouco seguros, resultando em um aumento na morbidade e na mortalidade. Restrições jurídicas também fazem com que várias mulheres busquem serviços em outros estados ou países (75, 76), o que é oneroso, atrasa o acesso e cria desigualdades sociais (59).

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos e tribunais nacionais têm cada vez mais exigido a remoção de barreiras que

interfiram no acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a criminalização do acesso e da provisão de informações e serviços desse tipo (29, 31, 40, 74, 77). Eles exigem alterações em leis que interferem na vivência dos direitos pelas mulheres (78), inclusive nas leis que criminalizam e restringem procedimentos médicos voltados especificamente a mulheres e que punem mulheres que passam por esses procedimentos (79).

3.3 Garantia da qualidade e respeito aos direitos humanos na provisão de serviços de saúde sexual

Um determinante importante para definir se e até que ponto uma pessoa buscará serviços de saúde quando necessário é a forma como os serviços são prestados. Estudos têm mostrado que a aderência aos padrões de qualidade de cuidados resulta, entre outras coisas, em satisfação das mulheres com os serviços e num aumento no uso de contraceptivos (80–83). Fatores importantes para a qualidade incluem: garantia à privacidade e à confidencialidade; incentivo a tomada de decisões informadas; provedores qualificados de atenção à saúde; e recursos e equipamentos de boa qualidade.

Os órgãos de direitos humanos também têm conclamado que os Estados garantam serviços de saúde de boa qualidade a custos acessíveis, inclusive para adolescentes, prestados de maneira a garantir o consentimento informado, respeitar a dignidade, assegurar a confidencialidade e considerar as necessidades e perspectivas de cada pessoa (28, 31, 37, 40).

3.3.1 Garantia de privacidade e confidencialidade

A saúde sexual engloba questões relacionadas à sexualidade, práticas sexuais, contracepção e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), que são consideradas sensíveis em vários contextos. Várias pessoas podem se recusar a discutir essas questões ou a revelar informações relevantes.

Ao mesmo tempo, profissionais de saúde costumam receber informações confidenciais de pacientes, de modo que o respeito à confidencialidade e à privacidade é essencial. No ambiente de atenção à saúde, caso haja receio de que a confidencialidade e a privacidade não estejam garantidos, é possível que os indivíduos evitem buscar serviços e coloquem sua saúde em risco (28, 84–88).

O direito à privacidade significa que a privacidade dos indivíduos não deve ser sujeitada à interferência arbitrária e criminosa, cabendo à lei protegê-los nesse quesito (89). Várias constituições, regulamentos e leis nacionais garantem o direito à privacidade e à confidencialidade. No entanto, na prática, é possível que isso não se aplique à provisão de serviços de saúde sexual (59, 60, 85, 90). Em sintonia com o compromisso aos direitos humanos e em busca da promoção da saúde e do desenvolvimento de todos, recomenda-se que os Estados respeitem à risca o direito à privacidade e à confidencialidade, incluindo no que envolve orientação, aconselhamento e serviços relativos à saúde sexual. Provedores de atenção à saúde têm a obrigação de manter informações médicas, tanto registros escritos quanto comunicações verbais, sob sigilo. Essas informações só podem ser publicizadas com o consentimento do(a) paciente (28, 29, 40, 59, 60, 65, 84, 91).

3.3.2 Incentivo à tomada de decisões informadas

Como várias decisões relacionadas à saúde sexual podem ter um impacto na capacidade das pessoas de ter uma vida sexual segura e satisfatória e de ter ou não filhos, a tomada de decisões informadas (incluindo a rejeição informada a determinadas intervenções ou medicamentos) é especialmente importante. Indivíduos têm o direito de serem completamente informados sobre qualquer tratamento, intervenção ou outros serviços de

saúde que eles busquem ou aos quais sejam sujeitados. Na área da saúde sexual, a tomada de decisões informadas inclui a compreensão total e o aceite (ou recusa) de um serviço específico, como um teste de diagnóstico para IST ou HIV, ou uma intervenção, como esterilização ou aborto (92). A tomada de decisões informadas envolve vários elementos de direitos humanos que são indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. Além do direito à saúde, esses elementos incluem o direito à autodeterminação, inclusive autodeterminação reprodutiva, não discriminação, segurança e dignidade da pessoa humana, e liberdade de pensamento e expressão (93). Para tomar uma decisão completamente informada e livre, o indivíduo precisa ter uma capacidade de raciocínio adequada e ter consciência de todos os fatos relevantes no ato do consentimento (59, 60, 93).

As pessoas não devem ser pressionadas, forçadas, coagidas ou persuadidas de forma alguma a passar por tratamentos ou intervenções contra sua vontade. Determinadas populações, como pessoas com deficiência, povos indígenas e minoritários, mulheres com HIV, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas transgênero e intersexo, podem estar especialmente vulneráveis a serem coagidas ou persuadidas a realizar determinados procedimentos, como a inserção de um dispositivo intrauterino (DIU) ou esterilização, sem que essa seja uma escolha completamente informada e consentida (91). Crianças especificamente podem ser sujeitadas a determinados procedimentos que afetarão sua saúde sexual e sexualidade no futuro, como crianças com condições intersexuais que são submetidas a cirurgias medicamente desnecessárias para supostamente normalizar o sexo antes que tenham idade suficiente para participar dessa decisão (91), e meninas submetidas a mutilação genital (94) (ver também o Capítulo 5). Os Estados têm a

obrigação de proteger esses indivíduos contra a coerção e a discriminação (29) e de garantir a proteção desses direitos à autonomia, à dignidade e integridade corporal e aos princípios de ação pelo melhor interesse da criança (40).

O direito à tomada de decisões informadas, incluindo a exigência do consentimento informado, pode ser reconhecido em leis nacionais e costuma ser abordado em códigos de ética médica, embora várias leis ou políticas estatais não reconheçam isso explicitamente. Mesmo assim, os Estados têm o dever jurídico de assegurar que esses serviços sejam prestados de forma a apresentar informações de maneira clara e compreensível, incluindo os prováveis benefícios e possíveis efeitos negativos dos procedimentos propostos, assim como alternativas disponíveis (28), de modo que usuários(as) e pacientes possam tomar uma decisão. A censura, omissão ou apresentação deturpada de informações sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva podem resultar na falta de acesso a serviços ou atrasos que, no caso do aborto, por exemplo, aumentam riscos para a saúde das mulheres (59). Os padrões internacionais e regionais de direitos humanos têm afirmado a exigência de informações completas sobre intervenções, inclusive relacionadas à saúde sexual (28, 56, 92).

3.3.3 Equipe qualificada de cuidado à saúde

Provedores de cuidado à saúde sem treinamento adequado não são capazes de prestar serviços de saúde apropriados. No campo da saúde sexual, treinamento específico é necessário especialmente na área de aconselhamento acerca da sexualidade, e em aspectos mais gerais para lidar com os vários tipos de clientes de forma respeitosa e livre de julgamentos, com sensibilidade às dimensões de gênero e direitos humanos (1, 65). Por exemplo, a equipe de saúde que auxiliar no parto de uma mulher que foi infibulada (um tipo de mutilação genital em que os lábios internos e/ou externos da

vulva são cortados e remendados, estreitando o orifício vaginal) precisa de treinamento específico, não apenas para ajudar no parto do bebê e proteger a saúde da mulher, mas também para aconselhar e acompanhar a mulher de maneira culturalmente adequada e alinhada com a ética médica e os direitos humanos (95–97). Provedores de cuidado à saúde sem o treinamento adequado podem não ser capazes ou dispostos a prover a atenção à saúde apropriada para pessoas transgênero (98). Profissionais da saúde podem assumir erroneamente que pessoas com deficiência sejam assexuais ou que pessoas com deficiências intelectuais não possam ser pais ou mães. Treinamentos inadequados ou lacunas no treinamento têm a tendência de ser associados a maus resultados de saúde (99).

Seguindo os padrões de direitos humanos, os Estados precisam garantir que o treinamento de médicos e outros profissionais de saúde e medicina tenham os padrões adequados de instrução, habilidade e códigos éticos de conduta (29). Essas garantias costumam ser feitas por meio de leis e normas nacionais. A diretriz da OMS acerca das competências centrais relacionadas à saúde sexual e reprodutiva enfatiza que todos os trabalhadores da atenção primária à saúde que lidam com a saúde sexual e reprodutiva precisam ser treinados, preparados e auxiliados de maneira adequada para seus trabalhos. Também é necessário que haja uma infraestrutura de apoio e um sistema de supervisão que garantam que esses profissionais de saúde possam manter o nível adequado de competência (65). Isso é especialmente importante em áreas remotas e rurais em que o conhecimento, as habilidades e as atitudes de trabalhadores de saúde possam salvar vidas e em que a falta dessas competências poderia ser um risco à vida (65).

3.3.4 Qualidade de suprimentos e equipamentos

Devido em parte ao alto custo de vários medicamentos necessários na atenção à saúde sexual (ver seção 3.2.1), a ampla disponibilidade de medicamentos mais baratos e com qualidade abaixo do padrão é um risco sério à saúde de várias pessoas (100). Produtos com qualidade abaixo do padrão, que variam de preparações inativas ou ineficazes a misturas de substâncias tóxicas perigosas, têm sido encontrados, por exemplo, entre pílulas contraceptivas (101) e antibióticos, em diferentes partes do mundo (102).

Equipamentos defasados ou antigos também podem ser um risco à saúde caso haja equipamentos mais seguros e eficazes a preços competitivos. Por exemplo, médicos(as) de vários países continuam usando a dilatação e curetagem (D&C) para realizar abortos, embora a aspiração a vácuo (manual ou elétrica) tenha se mostrado um método mais eficiente, menos doloroso e mais fácil de ser realizado, exigindo menos procedimentos de apoio (como anestesia geral) e menos equipamentos hospitalares (como centros cirúrgicos) (59).

3.4 Eliminação da discriminação no acesso aos serviços de saúde – como atender às necessidades específicas de determinadas populações

A inequidade e as desigualdades no acesso à atenção à saúde no mundo são bem documentadas (103). Frequentemente, essas desigualdades estão relacionadas a fatores socioeconômicos, incluindo renda e local de residência (rural ou urbano), mas também podem estar relacionadas a características como viver com uma deficiência. A provisão de serviços relacionados à sexualidade e à saúde sexual inclui dificuldades extras relacionadas a percepções sociais (por parte inclusive dos provedores de atenção à saúde) sobre o que é um comportamento sexual aceitável, o que

muitas vezes é reforçado pelo fato de que leis, políticas e práticas podem excluir dos serviços de saúde determinadas categorias de pessoas.

Leis que impossibilitam o acesso de alguém aos serviços de saúde necessários, inclusive aqueles relacionados a dimensões da saúde sexual, violam os direitos humanos e provavelmente estão associados a problemas de saúde preveníveis (28, 29, 40). Em contraste, uma estrutura de leis e políticas que assegure o acesso aos serviços necessários, até mesmo por grupos marginalizados, tem altas chances de resultar em resultados positivos de saúde. Como exemplo, foi demonstrado que a provisão de informações e serviços de saúde sexual para mulheres profissionais do sexo tem causado um aumento no uso de preservativos e uma redução na prevalência do HIV e de ISTs (104, 105). Essa descoberta tem sido consistente em áreas da África e da Ásia (106). Os padrões internacionais de direitos humanos deixam claro que as bases usadas para proibir a discriminação não são exaustivas e incluem idade, sexo, deficiência, estado civil e familiar, orientação sexual, identidade de gênero e estado de saúde (por exemplo, HIV), sendo que todas essas bases estão intimamente associadas à saúde sexual e que o tratamento igualitário é essencial para populações específicas (ou seja, independente de raça, cor, idioma, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacionalidade, propriedade, local de residência, situação econômica e social), como parte do direito ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva sem discriminação (40, 107, 108). Por exemplo, pessoas com deficiências devem ter acesso a programas e serviços de atenção à saúde gratuitos ou economicamente acessíveis com a mesma qualidade, padrão e abrangência que outras pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva (36).

A direito à não discriminação costuma ser contemplado nas constituições nacionais. Alguns estados elaboraram leis específicas voltadas à não

discriminação, e alguns deles incluem provisões específicas relacionadas à não discriminação em outras leis. No entanto, esses padrões nem sempre são traduzidos em políticas e normas.

Abaixo são apresentados alguns exemplos específicos de barreiras jurídicas permanentes, padrões de direitos humanos e saúde, assim como boas práticas jurídicas, relacionados a adolescentes, pessoas que sofrem discriminação com base no estado civil, pessoas privadas de liberdade, migrantes e pessoas em busca de asilo, pessoas que vivem com HIV, pessoas que vivem com deficiências, lésbicas, gays e transgêneros, pessoas intersexo e de gênero variante, e profissionais do sexo.

3.4.1 Adolescentes (menos de 18 anos de idade)⁴

A decisão de um(a) adolescente de buscar um serviço de saúde para aconselhamento ou atenção à saúde sexual é provavelmente influenciada pelo fato de se ele ou ela terá problemas com seus pais, mães ou guardiões(ãs) ou até mesmo com a lei, em lugares em que a atividade sexual por pessoas abaixo de determinada idade ou fora do casamento é contra a lei. Em várias culturas, as normas sociais proíbem fortemente o sexo antes do casamento, de modo que adolescentes solteiros(as) provavelmente sejam relutantes a buscar cuidado, mesmo que tenham uma úlcera genital dolorosa ou uma gravidez indesejada. Essa situação problemática fica ainda mais complexa devido ao fato de que, em vários países, adolescentes com menos de 18 anos não são reconhecidos(as) pela lei como pessoas competentes para consentir a um tratamento por si mesmas.

Para respeitar e proteger direitos humanos, os Estados precisam garantir que sistemas e serviços de saúde possam atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva específicas de adolescentes, incluindo serviços seguros de aborto e contracepção (40). Os Estados precisam garantir que serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva sejam disponibilizados e acessíveis para adolescentes casados(as) ou não, sem discriminação de qualquer tipo e com consideração especial para áreas e populações socioeconomicamente vulneráveis (31, 40, 84). Os Estados também têm a responsabilidade específica de garantir que adolescentes não sejam privados de quaisquer informações ou serviços de saúde sexual e reprodutiva devido à objeção de consciência dos provedores (ver seção 3.2.2) (40).

Os padrões de direitos humanos a nível internacional, regional e nacional são bem-desenvolvidos no que tange a proteção de adolescentes com menos de 18 anos contra a discriminação no acesso a informações e serviços de saúde sexual. Eles também exigem que os Estados garantam os direitos de adolescentes à privacidade e à confidencialidade por meio da provisão de serviços de saúde sexual e reprodutiva sem o consentimento parental com base no desenvolvimento de suas capacidades (31, 40, 84). Ao mesmo tempo em que pais e mães exigem informações e educação adequadas que reforcem a capacidade de criar relações de confiança com seus filhos e filhas adolescentes, de modo que assuntos de sexualidade e comportamento sexual possam ser discutidos abertamente e que os direitos de adolescentes sejam respeitados (40). Várias leis nacionais refletem os padrões internacionais

⁴ A Organização Mundial da Saúde define adolescentes como pessoas com 10 a 19 anos de idade. Essa definição é amplamente refletida em estatísticas de saúde para as faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19, embora nem todas as estatísticas de saúde relevantes usem essas faixas etárias. Do ponto de vista jurídico, adolescentes com menos de 18 anos de idade são reconhecidos(as) como detentores(as) de todos os direitos humanos, especificamente protegidos pela Convenção dos Direitos da Criança, e elaborados no Comentário Geral nº4 sobre a saúde e o desenvolvimento de adolescentes no contexto da Convenção dos Direitos da Criança (31). Adolescentes com menos de 18 anos tem direito a medidas protetivas especiais e, podem exercer seus direitos progressivamente, de acordo com o desenvolvimento de suas capacidades.

e regionais de direitos humanos que se aplicam a adolescentes, inclusive o direito à confidencialidade para obter preservativos, contraceptivos ou aconselhamento sobre contracepção (por exemplo, África do Sul; 109).

3.4.2 Estado civil

O acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva pode depender do estado civil da pessoa e de como o casamento é regulamentado em um determinado país. Há vários aspectos da regulamentação do casamento que podem afetar o acesso à atenção à saúde a questões relacionadas, como o acesso a registros médicos, seguro de saúde e benefícios sociais.

Vários países ainda têm leis e políticas que proíbem provedores de cuidado à saúde a prestar serviços contraceptivos ou outros serviços de saúde sexual e reprodutiva para mulheres não casadas que busquem esses serviços. Essa barreira aos serviços necessários contribui para a carga de problemas de saúde enfrentada por várias mulheres não casadas (59, 60). Além disso, a exigência de que clientes mulheres sejam casadas pode ser acompanhada da exigência de uma autorização do marido para que a esposa tenha acesso a serviços de aborto e contraceptivos. Os padrões internacionais de direitos humanos especificam que entes estatais não restrinjam o acesso de mulheres a serviços ou clínicas de saúde que prestem esses serviços sob a justificativa de que as mulheres não têm a autorização de maridos, cônjuges, pais, ou autoridades de saúde, ou por não serem casadas (28, 110).

Em contextos em que o comportamento sexual extra ou pré-matrimonial é criminalizado, pessoas que tenham essa conduta correm o risco de estigma, discriminação, violência e prisão, e elas podem evitar ou não ter acesso a serviços de saúde necessários (como contraceptivos, tratamento de ISTs ou serviços de aborto seguros e legais), com efeitos prejudiciais à saúde (23, 111). Isso se aplica especialmente a mulheres, uma vez que

sanções e penalidades são, em alguns locais, significativamente mais sérios para mulheres do que para homens e, mesmo que as penalidades sejam as mesmas, elas têm mais chances de serem usadas para punir mulheres do que homens (112).

Mesmo em casos em que o adultério em si não seja um crime, a reprimenda social ainda pode resultar em consequências sociais e jurídicas para mulheres, como a negação da custódia de crianças ou da herança em casos de divórcio. Em algumas partes do mundo, isso pode levar ao ostracismo social (por exemplo, Sri Lanka; 112, 113).

Órgãos internacionais de direitos humanos incitaram países a eliminar leis que classificam o adultério como um crime, apontando que essas leis incentivam punições que variam de multas a linchamento e morte por apedrejamento ou enforcamento. Eles têm condenado especialmente leis que sentenciam mulheres à morte devido a atividades adúlteras como evidências da discriminação. Eles também têm levantado preocupações sobre os sérios efeitos discriminatórios de leis penais que contemplam a redução da sentença ou exculpação de pessoas que ferem ou matam mulheres supostamente adúlteras (79, 112, 114). Além disso, as diretrizes das Nações Unidas incentivam os Estados a considerar atribuir o status de refugiado(a), incluindo proteções específicas de asilo, a mulheres e meninas que estejam fugindo de penas graves por terem transgredido costumes sociais convencionais, o que pode incluir sanções por sexo fora do casamento (115).

Em vários países de diversas regiões da África, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental, leis que criminalizam o adultério e a fornicação ainda existem e são aplicadas em diferentes graus. No entanto, vários outros países têm descriminalizado o sexo fora do casamento (por exemplo, Argentina e Brasil; 116, 117), e supremos tribunais têm adotado decisões judiciais para descriminalizar o adultério. Por

exemplo, em 1996, a argumentação do Tribunal Constitucional da Guatemala incluiu o fato de que a regulamentação do adultério pelo Código Penal era uma forma de discriminação sexual e, portanto, uma violação da Constituição (118).

Outra dimensão do estado civil que pode impedir o acesso a serviços de saúde é a falta de reconhecimento jurídico de casamentos ou uniões civis por casais do mesmo sexo em pé de igualdade com casais heterossexuais. Isso pode resultar na negação de acesso a serviços de saúde e benefícios relacionados à saúde, porque em vários países o casamento é a base que garante diversos direitos e benefícios sociais.

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos têm cada vez mais reconhecido a proteção de indivíduos contra a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero, de modo a garantir que casais do mesmo sexo que não sejam casados sejam tratados da mesma forma e tenham os mesmos benefícios que casais heterossexuais não casados (13, 119–121). Um número cada vez maior de países tem instituído reformas jurídicas que tornam uniões domésticas ou uniões civis mais igualitárias ao casamento em termos de benefícios e proteção social (122). Uma série de tribunais nacionais têm afirmado por meio de suas decisões que a não discriminação é um aspecto fundamental da personalidade e que o direito à não discriminação e à igualdade implica que a co-habitação de parceiros(as) do mesmo sexo deva ter o mesmo status, direitos e responsabilidades acordados por lei que a co-habitação de casais do sexo oposto (por exemplo, Brasil, Israel, Nova Zelândia, Eslovênia; 123–127).

Vários países do mundo têm legalizado o casamento entre pessoas do mesmo sexo para proteger os direitos humanos fundamentais, incluindo o acesso a serviços de saúde e benefícios sociais (por exemplo, Argentina, Canadá, França, Países Baixos, Nova Zelândia, África do Sul; 128–133).

3.4.3 Encarceramento

Devido ao confinamento compulsório em um local, pessoas na prisão e outras instalações de detenção dependem da autoridade carcerária para ter acesso a serviços de saúde. Atividades sexuais ocorrem em instalações correcionais. Poucos estudos têm examinado o impacto que o acesso a serviços de saúde sexual em penitenciárias tem na saúde pública, mas foi constatado que os altos níveis de discriminação contra pessoas que vivem com HIV motivam pessoas privadas de liberdade a esconderem sua sorologia para HIV (134) e que pessoas com um histórico de encarceramento nos 12 meses anteriores ao início do tratamento antiretroviral altamente ativo (HAART, da sigla em inglês para *highly-active antiretroviral treatment*) são mais propensas a não aderir ao tratamento. Por outro lado, a ampla disponibilidade do HAART no sistema penitenciário dos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, tem resultado em uma redução na mortalidade por AIDS em penitenciárias, com uma redução de 1.010 mortes por 100.000 em 1995 para 12 mortes por 100.000 em 2006 (135, 136). Em relação à contracepção, as evidências disponíveis sugerem que dar acesso a contraceptivos para mulheres privadas de liberdade causa um aumento no uso após elas serem libertadas (137).

Os padrões internacionais de direitos humanos consistentemente reforçam que pessoas privadas de liberdade precisam ter acesso a serviços de saúde preventivos e medicinais, e que as condições de detenção e punição não podem ser prejudiciais à saúde delas (138–143). Eles também incluem cláusulas que afirmam que as regras devem ser aplicadas sem discriminação baseada em sexo (138, 140–143) ou “outro status” (138, 140–142).

3.4.4 Migrantes e pessoas em busca de asilo

Migrantes não documentados são particularmente vulneráveis a violações dos seus direitos a serviços de saúde sexual devido a seu status ilegal, falta de seguro saúde e/ou dificuldades práticas de acesso aos serviços. O medo da deportação pode impedir que migrantes não documentados busquem tratamento. Devido à própria natureza de viver na ilegalidade (e também possivelmente devido a barreiras idiomáticas), migrantes não documentados têm propensão a encontrar dificuldades no acesso a informações sobre serviços e tratamento (ver também o Capítulo 5).

Os padrões internacionais de direitos humanos defendem que a vivência plena de direitos humanos, incluindo o acesso à atenção à saúde, não deve ser limitada a cidadãos dos Estados, mas deve estar disponível a todos os indivíduos independente da nacionalidade ou de serem apátridas, por exemplo, pessoas em busca de asilo, refugiados(as), trabalhadores(as) migrantes e outras pessoas que possam estar no território ou sujeitas à jurisdição do Estado (144). Algumas leis nacionais garantem a atenção emergencial independente da legalidade do status da pessoa (por exemplo, Reino Unido; 145), e há diretrizes políticas internacionais que apoiam fortemente a ampliação de serviços de aconselhamento e testes voluntários e que se opõem de maneira inequívoca à testagem obrigatória ou compulsória para HIV (146).

3.4.5 Sorologia para HIV

Embora ser soropositivo(a) para HIV não seja por si só um indicativo da transmissão sexual da infecção, pessoas soropositivas para HIV são frequentemente discriminadas com base na presunção acerca de suas atividades sexuais,

que muitas vezes são consideradas socialmente inaceitáveis. Além disso, em resposta ao fato de que a maioria das infecções por HIV ocorrem pela via de transmissão sexual (147), vários países criminalizaram a transmissão do, ou exposição ao, HIV (17), reforçando o estigma, a discriminação e o medo, e também desencorajando as pessoas de buscarem testes de HIV (148–150). Isso acaba prejudicando intervenções de saúde pública para combater essa epidemia.

Mesmo quando pessoas que vivem com HIV/AIDS possam, a princípio, acessar informações e serviços de saúde da mesma forma que outras pessoas, o medo da discriminação, o estigma e a violência podem impedi-las de fazer isso. A discriminação contra pessoas que vivem com HIV é ampla e associada a altos níveis de estresse, depressão, ideação suicida, baixa autoestima e menos qualidade de vida (151), além de uma probabilidade menor de buscar serviços relacionados ao HIV e uma probabilidade maior de relatar problemas no acesso à atenção à saúde (152–154).

A transmissão do HIV tem sido criminalizada de diversas maneiras. Em alguns países, leis penais têm sido aplicadas por meio de uma provisão específica no código penal e/ou uma provisão que permite que uma acusação de estupro seja considerada como “estupro com agravante” caso acredite-se que a vítima foi infectada com HIV como resultado do ato. Em alguns casos, a transmissão do HIV é considerada um crime genérico relacionado à saúde pública, havendo punição pela propagação de doença ou epidemia e/ou “lesão pessoal” ou “lesão corporal grave” (155).⁵

Contrário à lógica de prevenção do HIV segundo a qual essas leis têm um efeito dissuasivo e

⁵ Há um debate intenso em tribunais de todo o mundo, com posicionamentos amplamente diversos, acerca de questões sobre se uma pessoa soropositiva para HIV que saiba seu status informou seus parceiros(as) sexuais ou não, se a relação foi protegida ou não, se o acusado(a) teve a intenção específica de infectar o parceiro(a) e se o parceiro(a) não infectado foi efetivamente infectado (156-158).

servem como retribuição, não há evidências que mostrem que a ampla aplicação da lei penal em casos de transmissão do HIV seja uma forma de alcançar a justiça criminal ou metas da saúde pública (150, 159). Ao contrário, leis desse tipo reforçam o estigma, a discriminação e o medo, desencorajando as pessoas de buscarem testes de HIV (148–150) e prejudicando intervenções de saúde pública para combater essa epidemia (160). Desse modo, essas leis podem efetivamente aumentar a transmissão do HIV, em vez de diminuí-la (17, 73, 161).

Mulheres são especialmente afetadas por essas leis porque elas frequentemente descobrem que têm sorologia positiva para HIV antes de seus parceiros homens, porque elas têm mais probabilidade de acessar serviços de saúde (150, 162). Além disso, para várias mulheres, é difícil ou impossível negociar o sexo seguro ou informar seu status para um parceiro(a) por receio de violência, abandono ou outras consequências negativas (150, 163, 164), podendo, assim, serem processadas por não terem informado o status. Leis penais também têm sido usadas contra mulheres que transmitiram HIV para seus filhos(as) em casos em que não foram tomadas as medidas necessárias para evitar a transmissão. Esse uso da lei penal foi fortemente condenado por órgãos de direitos humanos (17).

Vários direitos humanos e órgãos políticos têm expressado preocupação em relação aos efeitos prejudiciais da ampla criminalização da transmissão do HIV (17, 73, 150, 165, 166). As diretrizes políticas internacionais recomendam a não criminalização específica da transmissão do HIV (150). Órgãos de direitos humanos e agências especializadas das Nações Unidas, como a UNAIDS, afirmam que a criminalização da transmissão do HIV em caso de transmissão intencional e maliciosa é a única circunstância em que o uso do direito penal pode ser apropriado quando a questão é o HIV (73, 150). Os Estados têm sido incentivados a limitar a

criminalização aos raros casos de transmissão intencional, em que uma pessoa sabe sua sorologia positiva para HIV, age com a intenção de transmitir o HIV e de fato o transmite.

Órgãos de direitos humanos têm solicitado que os Estados se certifiquem de que o status de saúde real ou percebido de uma pessoa, inclusive a sorologia para HIV, não seja uma barreira para a vivência plena dos direitos humanos. Quando a sorologia para HIV é usada como base para tratamento diferente no acesso à atenção à saúde, educação, trabalho, viagens, previdência social, habitação e asilo, isso resulta na restrição dos direitos humanos e constitui discriminação (107). Os padrões internacionais de direitos humanos defendem que o direito à não discriminação inclui a proteção de crianças que vivem com HIV e de pessoas com conduta homossexual presumida (84). Os padrões de direitos humanos também reprovam a restrição do direito de ir e vir ou o encarceramento de pessoas com doenças transmissíveis (por exemplo, HIV/AIDS) baseados na segurança nacional ou na preservação da ordem pública, exceto se essas medidas sérias forem justificadas (29).

Para proteger o direitos humanos de pessoas que vivem com HIV, os Estados têm sido solicitados a implementar leis que ajudem a assegurar que pessoas que vivem com HIV/AIDS possam acessar serviços de saúde, incluindo a terapia retroviral (35). Isso pode ser feito, como no caso das Filipinas, por meio de medidas que proibam explicitamente hospitais e instituições de saúde de negar a pessoas com HIV/AIDS o acesso a serviços de saúde ou de cobrar mais dessas pessoas para utilizar esses serviços, quando comparado ao preço cobrado de pessoas sem HIV/AIDS (167).

As diretrizes internacionais também sugerem que essas leis devam ser consistentes com as obrigações dos Estados perante os direitos humanos internacionais (150, 168) e que, em vez de aplicar o direito penal para lidar com a transmissão do HIV, os governos devem expandir

programas que comprovadamente reduzam a transmissão do HIV, além de proteger os direitos humanos de pessoas que vivem com o HIV e de pessoas com sorologia negativa para HIV (150).

3.4.6 Deficiência

Pessoas com deficiência enfrentam várias barreiras no acesso a serviços de saúde. Uma pesquisa mundial de saúde mostrou que pessoas com deficiência são duas vezes mais propensas a considerar os equipamentos e habilidades de provedores de atenção à saúde inadequados para atender às necessidades delas, três vezes mais propensas a terem cuidados negados e quatro vezes mais propensas a serem tratadas mal em comparação a pessoas sem deficiência. Elas também tinham 50% mais chance de enfrentar custos catastróficos com saúde. Provedores de atenção à saúde podem considerar que pessoas com deficiência intelectual ou outras deficiências não tenham uma vida sexual, reproduzam ou cuidem de crianças, e portanto não precisariam de serviços de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, ambientes de atenção à saúde podem ser fisicamente inacessíveis e informações de saúde podem estar disponíveis apenas em formatos limitados (99).

Os padrões internacionais de direitos humanos defendem que pessoas com deficiência têm o direito a serviços de saúde, inclusive serviços de saúde sexual e reprodutiva, de maneira igualitária em comparação a outras pessoas, além do direito de ter controle sobre sua própria fertilidade (36, 169). Ressalta-se que informações e educação sobre saúde sexual precisam ser disponibilizadas em formatos acessíveis. Pessoas com deficiência têm o direito à assistência e ao tempo necessário para tomarem decisões informadas sobre questões de saúde sexual e reprodutiva (36). Pessoas com deficiência não devem ser sujeitadas a intervenções involuntárias e/ou forçadas, como esterilização (36, 91).

3.4.7 Orientação sexual e identidade de gênero

Várias pessoas do mundo são estigmatizadas e discriminadas devido a sua real ou pressuposta orientação sexual ou identidade de gênero. Entre outras disparidades, pessoas lésbicas, gays e transgênero são significativamente mais propensas do que a população em geral a serem sujeitadas a violência e abuso, contrair HIV e estar vulneráveis a questões de saúde mental, como depressão e suicídio (73, 74, 121, 170) (ver também o Capítulo 5).

Em contextos em que o comportamento sexual consensual entre pessoas do mesmo sexo é contra a lei, as pessoas podem se sentir inibidas a buscar serviços de saúde por medo de serem presas e processadas (73, 74, 121, 170).

Até mesmo em países em que não é um crime ser gay, quando essas pessoas usam serviços de saúde, pessoas percebidas como lésbicas, gays ou transgênero são muitas vezes discriminadas e tratadas mal por provedores de saúde, reduzindo a probabilidade de elas buscarem serviços no futuro. Entre as práticas discriminatórias e abusos que foram registrados, estão recusa em marcar consultas médicas e receber tratamento, desrespeito grosseiro, violação do sigilo médico, culpabilização em privado e depreciação em público, além de atendimento apressado e inferior (121, 153, 171). Quando provedores de atenção à saúde agem assim, várias pessoas se tornam resistentes a compartilhar informações médicas e pessoais, colocando em risco sua saúde em geral e seu acesso a serviços de saúde, inclusive aqueles relacionados à saúde sexual (21, 172–174). Pessoas gays, lésbicas, transgênero e intersexo (ver também as seções 3.4.8 e 3.4.9) são frequentemente coagidas e forçadas a realizar determinados procedimentos, como esterilização forçada, aborto forçado e/ou exame anal forçado (21, 175–177) (ver também o Capítulo 5).

O direito de todos de viver plenamente o padrão mais alto de saúde alcançável inclui o direito a instalações de atenção à saúde disponíveis e acessíveis para todas as pessoas, sem discriminação de qualquer tipo, incluindo de identidade de gênero e orientação sexual (28, 29, 84). Isso também inclui liberdades como o direito de ter controle sobre o próprio corpo e de não ser sujeito(a) a tratamento médico não consensual, experimentos e tortura (178). Os órgãos de monitoramento do tratado de direitos humanos das Nações Unidas destacam ambas as dimensões e reconhecem que a orientação e a identidade de gênero são bases proibidas de discriminação para alcançar o mais alto padrão de saúde alcançável (40, 107, 179). Os padrões internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos, assim como um conjunto cada vez maior de padrões de saúde que respeitam e protegem os direitos humanos, oferecem referências claras sobre como a saúde e os direitos humanos de pessoas gays, lésbicas, transgênero, com gênero variante e intersexo, devem ser respeitados, protegidos e seguidos (40, 107, 179–185). Nesse aspecto, leis podem ter um papel importante na provisão de proteções e garantias (121).

Os padrões internacionais de direitos humanos pedem explicitamente a descriminalização da atividade sexual consensual entre pessoas do mesmo sexo e têm definido que leis penais desse tipo como violações dos direitos humanos (28, 77, 179–181, 186–193). As consequências da criminalização da atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo para a saúde e o

bem-estar foram descritas em decisões e recomendações globais e nacionais, inclusive o reconhecimento de que a lei penal não tem valor para a saúde pública (17, 108, 194).

Há vários países do mundo que descriminalizaram ou nunca criminalizaram a homossexualidade, a sodomia ou atividades sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo (17, 121). Por exemplo, a Colômbia descriminalizou a atividade sexual consensual entre pessoas do mesmo sexo em 1980 (195), o Chile fez isso em 1998 (196), a Nicarágua em 2008 (197) e Fiji em 2009 (198). A África do Sul está entre os países que protege explicitamente o direito à não discriminação baseada na orientação sexual (194, 199).

3.4.8 Pessoas transgênero e com gênero variante⁶

Pessoas transgênero e pessoas com gênero variante de todo o mundo vivem disparidades significativas de saúde e enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde adequados. Devido à percepção de não conformidade de gênero, essas pessoas são estigmatizadas e discriminadas em quase todas as sociedades, além de muitas vezes sofrerem altos níveis de violência da polícia, gangues, parentes, provedores de atenção à saúde e outros. A estigmatização, discriminação e marginalização e exclusão jurídica, econômica e social impedem o acesso a necessidades como a atenção à saúde, bem-estar social, habitação, educação e trabalho adequados e de boa qualidade. Algumas formas de expressão de gênero são criminalizadas em

6 Este relatório usa os termos “transgênero” e “de gênero variante” para se referir a pessoas que se identificam com um sexo/gênero diferente daquele atribuído no nascimento, ao mesmo tempo que reconhece que, dentre os vários termos usados globalmente, o termo “trans” tem ganhado reconhecimento e popularidade. Em todo o mundo sempre houve pessoas cuja identidade e expressão de gênero diferem das expectativas associadas ao sexo/gênero que lhes foi atribuído no nascimento. Em várias culturas, regiões e sociedades, pessoas podem se identificar como transsexuais, transgênero, travestis e cross-dressers, entre outros. Vários termos culturais e autóctones também são usados para descrever uma ampla variedade de identidades de gênero, incluindo: hijra e aravani (Índia), meti (Nepal), fa’afafine (Samoa, Samoa Americana, Tokelau), transpinay (Filipinas), meme (Namíbia), muxe (México), omeggid (Panamá). Alguém que nasceu homem e que se identifica como mulher pode usar o termo “de homem para mulher”, (MtF, do inglês male-to-female), “mulher trans”, “mulher transgênero”, “transmulher”, “transfeminina” ou simplesmente “mulher” para descrever sua identidade de gênero. Alguém que nasceu mulher e que se identifica como homem pode usar o termo “de mulher para homem”, (FtM, do inglês female-to-male), “homem trans”, “homem transgênero”, “trans-homem”, “transmasculino” ou simplesmente “homem” para descrever sua identidade de gênero.

vários países, e pessoas transgênero e com gênero variante são frequentemente sujeitadas a intervenções médicas compulsórias, sem a chance de escolha e de tomar uma decisão informada. Todos esses fatores afetam a saúde e o bem-estar em geral, incluindo a saúde sexual. Além disso, não poder viver de acordo com o gênero autodeterminado é uma provável fonte de estresse, exacerbando outros problemas de saúde (73, 200, 201).

Quando pessoas transgênero e com gênero variante buscam serviços de saúde, elas frequentemente são rejeitadas ou maltratadas por provedores de atenção à saúde, o que pode fazer com que pessoas transgênero e com gênero variante evitem buscar serviços de saúde (202, 203). Os serviços são particularmente inacessíveis para pessoas pobres (204–209).

Além de exigir acesso a serviços de saúde de que outras pessoas também precisam (inclusive atenção primária, ginecológica, obstétrica, urológica e relacionada ao HIV), pessoas transgênero e com gênero variante também podem precisar de acesso a tipos específicos de serviços de saúde, embora os serviços e a atenção relacionados à transição de gênero só sejam desejados por algumas delas. Algumas pessoas fazem essa transição socialmente por meio da mudança de nome, forma de se vestir e outros aspectos da expressão de gênero, sem quaisquer procedimentos médicos (98, 201, 210, 211). Serviços relacionados à transição de gênero podem incluir terapias hormonais, procedimentos cirúrgicos, aconselhamento psicológico, remoção permanente de pelos e/ou terapia vocal. Dependendo de necessidades individuais, pode ser que pessoas transgênero e com gênero variante precisem de serviços diferentes relacionados à transição, em diferentes momentos de suas vidas (98).

Evidências mostram que, em vários casos, adquirir características sexuais físicas congruentes com a identidade de gênero vivida (como cirurgia de redesignação sexual)

melhora a saúde, bem-estar e qualidade de vida, incluindo melhor autoestima e funcionamento físico, mental, emocional e social (206, 212–219), e algumas evidências mostram um aprimoramento na função e satisfação sexual (218, 220).

Várias pessoas transgênero e com gênero variante precisam percorrer longas distâncias para encontrar clínicas que ofereçam atenção adequada e integral. Embora o número esteja aumentando, pessoas transgênero e com gênero variante têm à sua disposição pouquíssimos serviços de saúde adequados, acessíveis, não discriminatórios, não patologizantes, confidenciais e que ofereçam suporte e priorizem a tomada de decisão informada pelo indivíduo. Profissionais de saúde frequentemente não têm a competência técnica porque, internacionalmente, há pouquíssimos currículos médicos, padrões de saúde e programas de treinamento profissional que tenham incorporado uma abordagem integral da atenção à saúde de pessoas transgênero (98, 201, 208, 210, 211, 221–223).

Reter ou negar acesso a informações e serviços de qualidade relacionados à transição pode ter diversas ramificações ligadas à saúde, incluindo ansiedade, depressão, abuso de substâncias e ideação ou comportamento suicida (98, 224–226). Em lugares em que os serviços de saúde são custosos e não subsidiados, ou são desrespeitosos, pessoas transgênero e com gênero variante podem obter hormônios de qualidade duvidosa fora do sistema de saúde, muitas vezes no mercado alternativo ou pela Internet, e tomá-los sem a devida supervisão de dosagem (208, 227–234). O uso inadequado de hormônios sexuais pode causar vários problemas de saúde, como danos hepáticos, problemas de coagulação sanguínea, trombose venosa profunda, hipertensão e impactos potencialmente danosos durante o crescimento puberal (214, 235, 236). Caso não esteja disponível o cuidado por uma pessoa treinada,

é possível que pessoas desqualificadas sujeitem pessoas transgênero a métodos crassos de castração, com sérios riscos, como estenose uretral, infecção séptica e até mesmo morte (208, 237, 238). Mulheres transgênero também podem optar por injetar silicone solto ou outras substâncias perigosas, como óleo de cozinha, a fim de alcançar o corpo desejado de forma mais rápida e acessível (206).

Outro problema é que o reconhecimento da necessidade de serviços de saúde relacionados à transição nem sempre reflete no financiamento para esse tipo de atenção; seguradoras públicas e privadas muitas vezes não oferecem ou excluem especificamente a cobertura de procedimentos médicos de transição de gênero, havendo variedades substanciais nos tipos de serviços cobertos e suas condições (239–241).

Os padrões de direitos humanos defendem a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de informações de saúde, inclusive para pessoas transgênero e com gênero variante, e exigem que todas as pessoas que busquem serviços sejam tratadas com respeito e dignidade, sem discriminação (29, 40, 107, 242). Alguns padrões regionais defendem especificamente que o desenvolvimento de planos de saúde nacionais, assim como o monitoramento e a avaliação da qualidade de serviços de saúde, levem em consideração as necessidades específicas de pessoas transgênero, incluindo medidas de prevenção do suicídio, pesquisas de saúde, currículos médicos, materiais e cursos de treinamento (175). O acesso e o reembolso da cirurgia de redesignação sexual têm sido abordados especificamente por órgãos profissionais e ligados aos direitos humanos internacionais e regionais (121, 175, 243, 244).

Um número cada vez maior de países tem revisto ou está revendo as leis e regulamentos que regem o acesso a serviços relacionados à transição. Na Argentina, por exemplo, a Lei 2012 inclui provisões que cobrem todos os

custos médicos relacionados a procedimentos e tratamento de pessoas transgênero com base na tomada de decisão informada sem outras exigências (245).

Além disso, o reconhecimento do gênero perante a lei afeta a capacidade das pessoas de viver de acordo com o gênero autodeterminado, incluindo poder mudar o nome e gênero perante a lei, caso queiram. A identidade é necessária para várias atividades da vida, do acesso a serviços de saúde ao cadastro para encontrar habitação, viagens entre fronteiras e cadastro profissional ou educacional (121, 175, 201, 246).

Órgãos de direitos humanos reconhecem que a obstrução da determinação jurídica da identidade de gênero e a imposição de critérios arbitrários, tais como a esterilização, vão contra os direitos humanos, inclusive contra o direito à privacidade e o direito de pessoas transgênero ao desenvolvimento pessoal e à segurança física e moral (121, 175, 178, 247, 248). Eles podem solicitar que os Estados reconheçam o direito de pessoas transgênero mudarem seu gênero perante a lei por meio da garantia da emissão de novas certidões de nascimento (249–251).

Alguns países só permitem a mudança da identidade de gênero perante a lei caso algumas exigências sejam atendidas, como um diagnóstico de saúde mental, estado civil de solteiro(a), ou divorciado(a), e alterações corporais, que muitas vezes incluem procedimentos cirúrgicos, terapia hormonal e esterilização química ou cirúrgica (121, 175, 201).

Em várias partes do mundo, essas exigências têm sido consideradas violações dos direitos humanos e têm sido refutadas com êxito por órgãos nacionais de direitos humanos e órgãos legislativos (por exemplo, Áustria, Alemanha, Itália e Nova Zelândia; 252–256). Os países têm cada vez mais adotado leis que não incluem exigências desse tipo (por exemplo, Argentina, Dinamarca e Malta; 245, 257, 258).

Algumas pessoas transgênero e com gênero variante não se identificam como homens ou mulheres, mas como um terceiro gênero.

O reconhecimento jurídico do fenômeno do terceiro gênero tem sido implementado em vários países do mundo (por exemplo, Nepal e Paquistão; 201, 259–261).

3.4.9 Pessoas intersexo⁷

Pessoas intersexo podem sofrer discriminação e estigma no sistema de saúde, sendo em muitos casos sujeitadas à falta de qualidade nos cuidados, violência institucional e intervenções forçadas ao longo de suas vidas (178, 262, 263).

Uma grande preocupação das pessoas intersexo é que os chamados procedimentos sexuais normalizantes são muitas vezes realizados durante a infância com o intuito de alterar seus corpos, especialmente órgãos sexuais, para conformá-los a normas físicas baseadas no gênero, inclusive por meio de cirurgias repetidas, intervenções hormonais e outras medidas. Como resultado, essas crianças podem ser sujeitadas a intervenções medicamente desnecessárias e frequentemente irreversíveis que podem ter consequências na saúde física e mental delas por toda a vida, inclusive a perda irreversível de todas ou algumas de suas capacidades reprodutivas e sexuais. Os procedimentos médicos também podem ser justificados em casos nos quais as condições representem um risco à saúde ou possam ser consideradas como ameaças à vida. No entanto, esses procedimentos usualmente são propostos com base em evidências frágeis, sem discutir ou considerar soluções alternativas (178, 262, 264–270).

Há cada vez mais preocupações levantadas por pessoas intersexos, seus cuidadores(as), profissionais da área da saúde e órgãos de

direitos humanos, que apontam que essas intervenções muitas vezes ocorrem sem o consentimento informado das crianças envolvidas e/ou sem nem mesmo buscar o consentimento parental informado (178, 262, 264, 270–273). O consentimento parental para intervenções médicas em crianças usualmente é obtido sem a apresentação de informações completas e sem qualquer discussão de alternativas (263, 274).

De acordo com os padrões de direitos humanos, pessoas intersexo devem ser capazes de acessar serviços de saúde da mesma forma que outras pessoas: sem coerção, discriminação e violência (29, 107, 242). Órgãos de direitos humanos e organizações profissionais de ética e saúde têm recomendado que o consentimento livre e informado deve ser garantido em intervenções médicas para pessoas com condições intersexo, incluindo informações completas orais e por escrito sobre o tratamento sugerido, sua justificativa e alternativas (178, 264, 275).

Essas organizações também têm recomendado que profissionais médicos e psicológicos sejam instruídos e treinados em relação à diversidade e integridade sexual, biológica e física, e que informem adequadamente pacientes e seus pais e mães sobre as consequências de cirurgias e outras intervenções médicas, assim como forneçam suporte adicional (91, 176, 264, 268, 271, 276). Também tem sido recomendado o uso de investigações acerca de incidentes relacionados a cirurgias e outros tratamentos médicos de pessoas intersexo sem o consentimento informado, e que provisões legais sejam adotadas para remediar e reparar as vítimas desses tratamentos, inclusive por meio de compensação adequada (91, 264).

⁷ As preocupações de direitos humanos enfrentadas por pessoas intersexo podem ser similares àquelas de pessoas transgênero, mas podem haver diferenças em outras questões. Veja também a seção 3.4.8.

3.4.10 Profissionais do sexo⁸

Em vários países, o trabalho sexual e atividades associadas são criminalizados ou severamente restringidos. A criminalização e aplicação de outras normas punitivas sobre o trabalho sexual incentivam práticas discriminatórias e atitudes sociais estigmatizantes, tornando o trabalho sexual uma prática clandestina e dificultando o acesso a serviços de saúde (73, 277–280).

A criminalização pode ter várias formas. Em alguns países, todos os atos relacionados à troca de sexo por dinheiro são criminalizados, enquanto em outros o ato de efetivamente vender ou comprar sexo não é um crime, mas todos os atos que envolvem isso são, como negociar para fins de prostituição, alugar um cômodo para esse propósito ou manter uma casa de prostituição (17, 281, 282). Além de leis penais, uma ampla variedade de leis administrativas e locais ou municipais relacionadas à “ordem pública” são frequentemente aplicadas a profissionais do sexo; elas podem ser acusadas de crimes como vadiagem, perturbação do sossego, interrupção do tráfego, presença em parques e outros locais públicos após determinado horário, ato obsceno, consumo público de álcool e similares (283).

A criminalização tem um impacto negativo no acesso a serviços de saúde por profissionais do sexo (278, 284–286). Profissionais do sexo podem presumir que os serviços lhes serão, podem ter medo de prisão, acusação e encarceramento caso acessem os serviços, inclusive para o diagnóstico e tratamento de ISTs, inclusive HIV (278, 284–286). Profissionais do sexo podem ter mais dificuldade de obter produtos como preservativos masculinos e femininos, profilaxia pós-exposição após sexo sem proteção ou estupro, tratamento de

drogas e outros serviços de redução de danos (280), assim como serviços de saúde materna, contraceptivos e aborto (170, 287).

Mesmo que profissionais do sexo acessem os serviços, é provável que haja maus-tratos. Pesquisas em países tão diversos como Canadá, Nepal e África do Sul descrevem as experiências de discriminação e estigmatização sofrida por profissionais do sexo por parte de provedores de atenção à saúde, inclusive em clínicas voltadas especificamente a profissionais do sexo (284, 288–290).

Alguns regimes regulatórios impõem verificações de saúde obrigatórias ou cartões de saúde, o que significa que profissionais do sexo precisam fazer consultas médicas após um número determinado de semanas. E caso haja um diagnóstico de IST, o cartão (que lhe permite trabalhar legalmente) pode ser confiscado temporária ou permanentemente (em caso de HIV). Essa situação pode dar a policiais (cujo papel é monitorar a conformidade do trabalho sexual com as normas de saúde) o poder de forçar profissionais do sexo a passar por verificações médicas, além de criar oportunidades para corrupção, chantagem e outros abusos graves do poder policial, incluindo suborno, estupro e detenção arbitrária e estendida para aplicação de multas (290, 291).

Órgãos de direitos humanos internacionais têm conclamado que os Estados garantam, no mínimo: os direitos de todos(as) os(as) profissionais do sexo, sejam homens, mulheres ou pessoas transgênero, a ter acesso a serviços de saúde sexual; que eles(as) estejam livres de violência ou discriminação, seja por agentes do Estado ou pessoas físicas; e que eles(as) tenham acesso à proteção equalitária da lei (15, 28, 73, 292, 293).

⁸ Este relatório usa os termos “trabalho sexual”, “profissionais do sexo” e “pessoas envolvidas com trabalho sexual” para se referir a pessoas que tomam a decisão autônoma de participar do trabalho sexual. Eles não incluem pessoas forçadas a participar de trabalho sexual ou pessoas consideradas traficadas. Esse aspecto é abordado no Capítulo 5. O termo “trabalho sexual” é usado em detrimento de “prostituição” ou “trabalho sexual comercial”. No entanto, quando há referências a leis ou políticas específicas, é utilizada a terminologia da lei.

Diretrizes internacionais publicadas pela OMS em 2012, com o título *Prevenção e tratamento do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo em países de baixa e média renda*, recomendam que todos os países se voltem à descriminalização do trabalho sexual e eliminem a aplicação injusta de normas e leis não penais contra profissionais do sexo. Mais especificamente, recomenda-se que os governos estabeleçam leis anti-discriminatórias e em defesa de outros direitos para proteger contra a discriminação e a violência, além da violação de outros direitos de profissionais do sexo, com o intuito de viabilizar a vivência plena dos direitos humanos deles(as) e reduzir a vulnerabilidade desses(as) profissionais ao HIV e ao impacto da AIDS. As diretrizes também recomendam que leis e normas anti-discriminatórias devem garantir os direitos de profissionais do sexo a serviços sociais, de saúde e financeiros. Os serviços de saúde devem ser disponíveis, acessíveis e aceitáveis para pessoas envolvidas com trabalho sexual, seguindo os princípios de redução do estigma, de não discriminação e do direito à saúde (170).

Há diversas medidas estatais para proteger a saúde e os direitos de profissionais do sexo. Alguns Estados completamente descriminalizaram o trabalho sexual e elaboraram normas que abrangem problemas de saúde e segurança, como a formulação e implementação da saúde ocupacional no espaço de trabalho e padrões de segurança em casas de prostituição, além da provisão de serviços contraceptivos e informações sobre saúde sexual (por exemplo, Austrália; 294, 295). O impacto positivo dessas medidas inclui, por exemplo, o aumento no uso de preservativo entre profissionais do sexo em casas de prostituição (alcançando 100% em alguns casos), redução significativa das taxas de prevalência de ISTs e baixa taxa de infecção

por HIV (294, 296, 297). Tem sido relatado que a descriminalização da prostituição vem tendo um impacto positivo no acesso de profissionais do sexo a serviços de saúde e programas de saúde ocupacional e de segurança (294).

Alguns países ou estados/províncias específicos descriminalizaram algumas ou todas as formas de trabalho do sexo e o legalizaram por meio do reconhecimento do trabalho sexual como uma forma de ocupação e emprego (282). Esses regimes jurídicos têm o intuito de dar a profissionais do sexo o acesso a proteções jurídicas e de outros tipos disponíveis a outros profissionais, tais como proteção pela legislação acerca de saúde ocupacional e segurança, assim como acesso a serviços de saúde e garantias sociais e médicas (por exemplo, Países Baixos, Nova Zelândia; 298, 299). A lei trabalhista também tem sido usada para proteger os direitos humanos de profissionais do sexo, incluindo a proteção contra demissões ilegais e a garantia da proteção durante a maternidade (por exemplo, Colômbia e África do Sul; 300, 301) e acesso a benefícios de previdência social (por exemplo, Colômbia; 300).

Até mesmo em alguns países com leis punitivas e outras regulamentações contra a venda e compra do sexo, houve esforços para limitar os efeitos prejudiciais dessas leis sobre a saúde, a segurança e os direitos de pessoas envolvidas com trabalho sexual, incluindo a proteção contra despejos forçados, violência e brutalidade policial (por exemplo, Bangladesh; 302).

A criminalização do trabalho sexual pode ter um impacto especialmente importante no acesso a serviços de saúde por pessoas com menos de 18 anos envolvidas com trabalho sexual. Embora leis internacionais de direitos humanos, leis trabalhistas internacionais e leis penais internacionais considerem a participação de pessoas com menos de 18 em trabalho sexual um crime (15, 293, 303),

milhões de jovens e crianças estão envolvidas com o setor de sexo para fins comerciais. Vários regimes jurídicos que criminalizam o trabalho sexual funcionam simultaneamente para processar tanto pessoas que coagem crianças e adolescentes quanto as próprias crianças e adolescentes. A aplicação de processos contra pessoas com menos de 18 anos como criminosos(as) funciona apenas para estigmatizar jovens e dificultar ainda mais suas vidas. Os padrões de direitos humanos defendem que os Estados tenham a obrigação de “promulgar e aplicar leis para proibir todas as formas de exploração sexual e relacionadas ao tráfico de pessoas; colaborar com outros Estados para eliminar o tráfico internacional; e fornecer serviços adequados de saúde e aconselhamento para adolescentes que tenham sofrido exploração sexual, garantindo que sejam tratados(as) como vítimas e não criminosos(as)” (31). Estratégias que tenham como objetivo educação e maneiras alternativas de obter renda voltadas a pessoas com menos de 18 anos envolvidas com trabalho sexual são as que têm mais chances de serem produtivas (304).

3.5 Conclusão

Problemas de saúde relacionados à sexualidade representam uma carga de doenças significativa em todo o mundo. O acesso a serviços de saúde sexual adequados é um elemento essencial da resolução de problemas de saúde desse tipo.

Os padrões internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos deixam claro que os Estados precisam garantir o máximo possível que todos tenham acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive de saúde sexual. O Estado é responsável por garantir a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de serviços de saúde, tanto na esfera pública quanto privada. Isso envolve assegurar o acesso por meio da remoção de barreiras políticas e

jurídicas diretas e indiretas como: restrições sobre medicamentos essenciais; recusa de provedores em prestar serviços; restrições sobre provedores de atenção à saúde; criminalização de determinados serviços e procedimentos médicos de saúde sexual; e exigência da autorização de terceiros. O acesso à atenção de qualidade também precisa ser garantido pelo treinamento adequado de provedores de atenção à saúde, pela proteção da privacidade, da confidencialidade e da tomada de decisões informadas, e pela garantia do acesso a medicamentos de boa qualidade e a equipamentos atuais.

A exclusão de qualquer pessoa do acesso a serviços de saúde necessários resulta em problemas de saúde evitáveis. Pessoas que podem ter dificuldade para acessar serviços de saúde sexual necessários incluem adolescentes, pessoas que não são casadas, pessoas encarceradas, migrantes e pessoas em busca de asilo, pessoas que vivem com HIV, pessoas com deficiência, pessoas homossexuais, transgênero e intersexo, e pessoas envolvidas com trabalho sexual. As leis internacionais dos direitos humanos proíbem qualquer discriminação no acesso à atenção à saúde e determinantes de saúde subjacentes. Quase todos os Estados contemplam o direito à não discriminação em suas constituições, sendo que alguns Estados elaboraram leis específicas voltadas à não discriminação e/ou incluíram provisões específicas de não discriminação em outras leis, inclusive no que diz respeito à acessibilidade dos serviços de saúde. No entanto, esses padrões nem sempre são traduzidos em políticas e práticas. Os Estados precisam oferecer garantias jurídicas de acesso à atenção à saúde livre de discriminação e precisam implementá-las por meio de políticas e práticas.

3.6 Implicações jurídicas e políticas

Com base nos padrões de direitos humanos descritos neste capítulo e para proteger o saúde e o bem-estar sexual, as questões a seguir devem ser analisadas por aqueles responsáveis por definir estruturas jurídicas e políticas.

1. As leis, normas e/ou políticas garantem a provisão de serviços de saúde abrangentes no que diz respeito à saúde sexual e relacionada à sexualidade?
2. Os padrões e/ou leis nacionais de direitos humanos garantem:
 - acesso a medicamentos essenciais, incluindo aqueles voltados à saúde e bem-estar sexual?
 - o exercício da objeção de consciência não coloca em risco o acesso das pessoas a serviços de saúde relacionados à sexualidade e à saúde sexual?
 - a provisão de serviços de saúde essenciais para a proteção do padrão mais alto alcançável de saúde sexual?
 - que categorias de provedores de atenção à saúde que fornecem determinados serviços relacionados à sexualidade e à saúde sexual não sejam restringidas caso haja provedores adequadamente treinados que possam realizar esses serviços de modo seguro e eficiente?
 - que os direitos das pessoas à confidencialidade e à privacidade sejam protegidos de maneira explícita?
 - que qualquer consulta, tratamento ou intervenção seja feita com base na tomada de decisão informada por parte dos usuários do serviço de saúde?
 - que a equipe de atenção à saúde seja instruída e treinada para poder fornecer serviços adequados de saúde sexual e relacionados à sexualidade?
 - a disponibilidade e qualidade dos suprimentos e equipamentos necessários para prover serviços relacionados à sexualidade e à saúde sexual?
3. Os padrões e/ou leis nacionais de direitos humanos oferecem garantias ao acesso de serviços de saúde sem discriminação e consideram os direitos e necessidades de atenção à saúde de grupos populacionais específicos, incluindo adolescentes, pessoas que não são casadas ou que a lei impeça casarem, pessoas na prisão ou em outras instalações de detenção, migrantes e pessoas em busca de asilo, pessoas que vivem com HIV, pessoas vivendo com deficiências, pessoas homossexuais, transgênero, intersexo e com gênero variante, e pessoas envolvidas com trabalho sexual?
4. O Estado considerou as consequências negativas à saúde (inclusive saúde sexual) da criminalização da provisão de serviços de saúde sexual e reprodutiva e da criminalização de atividade sexuais consensuais e tomou todas as medidas necessárias para descriminalizar esses atos?
5. O Estado considera que estabelecer e aplicar provisões penais específicas acerca da transmissão do HIV podem ser contra-produtivos à saúde e ao respeito, à proteção e à vivência plena dos direitos humanos, e que a lei penal deve ser aplicada estritamente em casos de transmissão intencional do HIV?
6. As leis e/ou políticas garantem a participação das várias populações afetadas na elaboração de leis, políticas, programas e serviços relacionados a serviços de saúde/informações de saúde e educação/violência?

IV. Educação e informações sobre saúde sexual

4.1 Introdução

Educação e informações, incluindo uma educação abrangente acerca da sexualidade, são cruciais para a saúde sexual em vários quesitos. Elas oferecem às pessoas o conhecimento e a oportunidade de tomar decisões informadas acerca de questões sexuais, incluindo ter e buscar ou não uma vida sexual segura e prazerosa, assim como se proteger do HIV, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez indesejada. A educação e informações sobre sexualidade também ajudam a quebrar o silêncio que envolve a violência sexual e a exploração ou abuso sexual, além de inspirar aqueles(as) que sofrem com problemas relacionados ao sexo ou à sexualidade a buscarem ajuda.

4.2 Definição da educação e de informações sobre sexualidade

Neste relatório, “informações sobre sexualidade” refere-se a informações pertinentes à saúde sexual, incluindo informações sobre sexo e sexualidade, diferentes formas de relacionamento e práticas sexuais, assim como ideias e opiniões que representam diferentes perspectivas da sexualidade. Isso também inclui informações médicas, sociais e científicas, como informações sobre funções e disfunções sexuais, a eficácia e efeitos colaterais de diversos métodos contraceptivos e como se proteger do HIV e outras IST.

A educação abrangente sobre sexualidade é compreendida como a inclusão de informações adequadas para a faixa etária, cientificamente comprovadas e precisas sobre saúde sexual e sexualidade como um aspecto da vivência humana, mas que também abrangem questões de não discriminação e equidade,

tolerância, segurança e respeito ao direito de outras pessoas. A educação abrangente sobre sexualidade é voltada à compreensão dos aspectos positivos da sexualidade, assim como formas de evitar problemas de saúde e saber quando e como buscar ajuda para problemas de saúde, abuso e outras preocupações relacionadas à sexualidade. A educação abrangente sobre sexualidade é feita por professores(as) treinados(as) que usam métodos pedagógicos adequados para a faixa etária e o contexto. Ela é um componente essencial da promoção da saúde e do bem-estar e precisa ser entendida como parte de um sistema mais amplo que inclua o acesso a serviços (1, 305).

Em algumas sociedades, tradições e rituais de transmissão de informações sobre sexualidade a jovens não ocorrem mais. Em outras, discussões abertas sobre sexualidade entre adultos e jovens ou até mesmo entre jovens são enfaticamente desincentivadas. Em várias comunidades, jovens são expostos(as) a várias fontes de informação e valores diferentes (e muitas vezes conflitantes) acerca de sexualidade e gênero, como pais e mães, professores(as), colegas e a mídia (a Internet, cada vez mais). Usualmente, pais e mães são relutantes a participar de discussões sobre questões sexuais com filhos(as) devido a normas culturais, assim como devido a falta de conhecimento ou desconforto (305). Por isso, a provisão da educação e de informações precisas e baseadas em evidências sobre sexualidade e saúde sexual é tão importante.

Evidências de diversos países indicam que informações sobre sexualidade e saúde sexual fornecidas por meio da educação abrangente sobre sexualidade podem melhorar resultados de saúde sexual, inclusive postergando o início da vida sexual, diminuindo o número

de gravidezes indesejadas e aumentando o uso de preservativos e outras formas de contracepção (305–311). Programas de educação sobre sexualidade podem contribuir para a construção de um senso de agência e permitir que as pessoas expressem ideias, emoções, valores, questionamentos e preocupações (312). Programas que são bem projetados e implementados podem melhorar o conhecimento, atitudes e habilidades de jovens acerca da saúde, assim como o acesso a serviços de saúde (305, 313–315). Esses elementos são essenciais para atingir o objetivo principal da educação sobre sexualidade: equipar pessoas com o conhecimento, habilidades e valores para tomar decisões informadas e responsáveis acerca de suas vidas sexuais (305).

Análises de evidências acerca de programas de saúde sexual afirmam a importância do desenvolvimento de habilidades e capacidades, em vez de se concentrar apenas na transferência de conhecimento (310), uma vez que o conhecimento por si só não leva necessariamente à mudança comportamental (308, 309). Por exemplo, demonstrou-se que intervenções que combinam educação, desenvolvimento de habilidades e promoção de contraceptivos reduzem a taxa de gravidezes indesejadas (310), enquanto intervenções em educação complementadas por habilidades de negociação sexual podem aumentar o uso de preservativo a curto prazo (316). A duração e intensidade dos programas e o uso de facilitadores(as) treinados(as) também são importantes para o sucesso (311). Em especial, uma abordagem de educação sobre sexualidade que promova direitos exige a participação e contribuição de jovens, particularmente adolescentes (1).

Na comunidade mais ampla, programas bem projetados de educação e informações sobre sexualidade podem ter um efeito positivo na saúde sexual. Por exemplo, a intervenção comunitária Stepping Stones, da África do

Sul, utiliza abordagens de aprendizagem participativas para desenvolver o conhecimento e habilidades comunicacionais, assim como estimular a reflexão crítica acerca de papéis de gênero, HIV/AIDS e violência de gênero em um contexto comunitário mais amplo. A intervenção mostrou uma redução sustentada na incidência do vírus herpes simplex tipo 2 em homens e mulheres, assim como na incidência de violência de homens contra mulheres, embora não tenha afetado o HIV em mulheres (317–319).

4.3 Restrições jurídicas da educação e de informações sobre sexualidade

Leis podem criar um ambiente propenso à promoção e proteção da saúde, inclusive saúde sexual, mas também podem impor barreiras para pessoas em busca de acesso à educação e a informações sobre sexualidade. Como a sexualidade é considerada um tema sensível em várias sociedades, educação e informações sobre sexualidade são muitas vezes (historicamente e ainda hoje em dia) consideradas “obscenas” e sofrem censuras; em alguns casos, a provisão de informações desse tipo foi ou ainda é criminalizada. Leis que impõem restrições desse tipo são propensas a contribuir com a exposição de pessoas a riscos (às vezes até riscos à vida, como ISTs, incluindo HIV, gravidezes indesejadas e aborto inseguro) que poderiam ser evitados de outra maneira (59, 74).

Um conjunto diverso de leis nacionais oferece a estrutura necessária para reger o que pode ser dito, publicado, apresentado, pesquisado ou expresso de outras formas, assim como o que precisa ser censurado, considerando todas as implicações para a saúde sexual. Essas leis incluem códigos penais, leis de propriedade intelectual e leis administrativas. Para indicar limitações, a lei penal usualmente utiliza termos como “obsceno”, “indecente”, “ofensivo”, “pornográfico”, “lascivo” ou “contra a moral pública” para indicar materiais que não podem ser publicados, distribuídos, comprados ou

vistos/lidos. Essas leis raramente definem o que esses termos abrangem, tornando a interpretação deles subjetiva. Assim, a aplicação dessas leis pode não atender à necessidade das pessoas de ter educação e informações abrangentes sobre saúde sexual (320).

4.4 Padrões de direitos humanos e proteções jurídicas

A liberdade de buscar, receber e passar informações e ideias de todos os tipos, independente de fronteiras, seja oralmente, por escrito ou impresso, na forma de arte ou quaisquer outros meios, é um direito humano fundamental que não pode ser restringido arbitrariamente (89, 321– 323). Os padrões de direitos humanos claramente argumentam que os Estados precisam colocar em domínio público informações sobre interesse público, incluindo informações relacionadas a saúde sexual, e fazer todos os esforços para assegurar o acesso fácil, ágil, eficiente e prático dessas informações (29, 40, 324). Isso inclui o fato de que as pessoas precisam ter a garantia do acesso à educação sobre sexualidade, incluindo informações sobre contraceptivos, que permitem que elas determinem de maneira livre e responsável o número de filhos(as) e qual o período entre uma gravidez e outra, assim como informações que ajudem a assegurar a saúde e o bem-estar das famílias (37, 40, 110, 325, 326). Os Estados também precisam tomar medidas legislativas e de outros tipos para combater práticas prejudiciais, como a mutilação genital feminina (MGF) e o casamento precoce/infantil, incluindo o desenvolvimento da consciência pública em todos os setores da sociedade acerca dessas práticas prejudiciais (37).

Um número cada vez maior de governos ao redor do mundo tem confirmado seu compromisso com a provisão de educação e informações sobre sexualidade como prioridade essencial para atingir metas nacionais de desenvolvimento, saúde e educação. Em 2006,

ministros da saúde africanos adotaram um plano de ação para tornar a saúde sexual e reprodutiva e seus respectivos direitos uma realidade, adotando a provisão de educação relacionada à sexualidade dentro e fora da escola como uma estratégia essencial (327). Dois anos depois, os ministros da saúde e da educação de países da América Latina e do Caribe se juntaram na Cidade do México para assinar uma declaração histórica afirmando o compromisso de implementar a educação sobre HIV e sexualidade em escolas nacionais de toda a região. Essa declaração defende o fortalecimento de uma educação abrangente relacionada à sexualidade e a transformação desse tema em uma área de base para escolas do ensino primário e secundário da região (328).

Alguns Estados promulgaram leis com provisões específicas voltadas à educação e informações sobre sexualidade, baseadas no direito à educação. Em Portugal, por exemplo, uma lei desse tipo entrou em vigor em 1984 (329) e tem sido complementada desde então por várias outras leis e decretos, incluindo uma lei que torna a educação sobre sexualidade compulsória para escolas públicas e particulares de ensino primário, secundário e profissionais (330).

Os padrões regionais e internacionais de direitos humanos definem claramente que os Estados devem evitar censurar, omitir ou apresentar intencionalmente informações errôneas sobre saúde, incluindo educação e informações sobre sexualidade (29, 84, 323, 331). A provisão de informações é uma parte essencial de serviços de saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade. Qualquer obstrução nesse sentido é uma interferência no direito de passar e receber informações, com potencial de causar atrasos ou falta de acesso a serviços, expondo as pessoas a riscos maiores de saúde (59, 60, 332).

Em vários países de diferentes regiões, têm sido promulgadas leis nacionais relacionadas ao HIV/AIDS para especificar o tipo de informação necessária para proteger a saúde

sexual, contrabalanceando a tendência de censurar informações que poderiam sob outras circunstâncias ser consideradas “obscenas”. Algumas dessas leis têm o objetivo de promover a consciência e a educação sobre HIV/AIDS e sua transmissão sexual como parte central da estratégia de combate à epidemia (333, 334). Outras pedem a implantação de programas específicos voltados a grupos vulneráveis e de alto risco, inclusive para pessoas em penitenciárias e prisões, instituições de saúde mental e instituições militares, assim como educação para o público geral pela mídia de massas (335). Algumas leis claramente especificam que materiais que incluam conteúdo relacionado à sexualidade não devem ser considerados prejudiciais ou pornográficos quando seu propósito for a disseminação de ideias científicas, artísticas ou técnicas, ou da educação sobre sexualidade, a função reprodutiva humana e a prevenção de ISTs e da gravidez na adolescência, contanto que os materiais tenham sido aprovados pela autoridade competente (336).

4.5 Garantia da não arbitrariedade, sem restrições desnecessárias à informação e à educação sobre sexualidade e saúde sexual para pessoas com menos de 18 anos de idade

Para a maioria dos jovens, a atividade sexual com parceiros(as) começa com 15 a 19 anos de idade, ou ainda mais cedo, independentemente das leis (337). Portanto, pessoas com menos de 18 anos precisam de educação e informações sobre sexualidade e saúde sexual para apoiá-las na proteção do bem-estar e da saúde física e mental.

Os padrões internacionais de direitos humanos pedem que os Estados forneçam acesso à educação abrangente e cientificamente precisa sobre sexualidade como parte do respeito, proteção e cumprimento de todos os direitos individuais à educação, à saúde e à informação.

Isso inclui informações sobre planejamento familiar e contraceptivos, perigos da gravidez precoce, prevenção do HIV/AIDS e outras ISTs, além de informações voltadas a combater tabus culturais (entre outros) acerca da sexualidade adolescente (31, 34, 40, 84). Os Estados também são encorajados a garantir que os adolescentes sejam ativamente envolvidos no planejamento e na disseminação de informações por meio de diversos canais além de escolas, como organizações juvenis, grupos religiosos, comunitários e de outros tipos e a mídia (31).

Os serviços de saúde são uma fonte importante de informações sobre saúde sexual. Os padrões internacionais e regionais de direitos humanos deixam claro que, em conformidade com a evolução de suas capacidades, crianças devem ter acesso a terapia e aconselhamento confidencial sem precisar do consentimento parental ou de guardião(o) legal, quando os profissionais que trabalham com a criança acreditarem que isso seja para o melhor interesse dela. Os Estados devem rever e considerar permitir que crianças consentam com determinados tratamentos e serviços médicos sem precisar da permissão parental ou de guardião(a), por exemplo para realizar testes de HIV e buscar serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive educação e orientação sobre saúde sexual, contraceptivos e aborto seguro (40, 338, 339).

Agir pensando no melhor interesse da criança é essencial para o padrão de direitos humanos que rege as ações do Estado e de pai/mãe/guardião(o), que também são responsáveis pela educação das crianças (34, 84). Esse padrão implica que, embora o(a) pai/mãe/guardião(o) possa agir para criar seu filho(a) de maneira consistente com sua crença religiosa e cultural, podendo escolher o formato da educação primária, os direitos da criança a ter acesso a informações objetivas e com embasamento científico, condizente com a evolução de suas capacidades, estão atrelados ao dever do Estado

de fornecer educação e informações objetivas para essa criança, por canais formais e informais (84). Esse conjunto de direitos e deveres significa que pais e mães podem compartilhar valores e pontos de vista com seus filhos(as), mas não podem impedir que eles(as) tenham acesso à educação e a informações cientificamente corretas acerca da sexualidade (31, 40, 84, 340). Isso também quer dizer que o(a) pai/mãe/guardião(o) pode enviar o(a) filho(a) para a escola que quiser, com educação pautada por abordagens religiosas ou não, mas as próprias escolas são reguladas pela lei nacional, inclusive no que diz respeito à obrigatoriedade da educação sobre sexualidade (340).

A importância de fornecer educação e informações objetivas e científicas em escolas foi defendida pela Corte Constitucional da Colômbia após um questionamento à Lei Geral da Educação, que torna a educação sobre sexualidade (condizente com a idade dos discentes) uma matéria obrigatória no ensino pré-escolar, básico e médio em todas as escolas públicas e particulares. A Corte enfatizou a necessidade de uma educação abrangente sobre sexualidade para, entre outras coisas, combater informações errôneas proveniente de outras fontes no que diz respeito à sexualidade, o que pode ser prejudicial para as pessoas (341–346).

4.6 Conclusão

O acesso à educação e a informações sobre sexualidade e saúde sexual é essencial para que as pessoas protejam sua saúde e tomem decisões informadas acerca de suas vidas sexuais e reprodutivas. Evidências apontam que o acesso a essas informações (e a uma educação abrangente sobre sexualidade, que não apenas apresente informações, mas também desenvolva habilidades de comunicação interpessoal) está associado a resultados positivos na saúde.

A importância de o Estado fornecer informações e educação abrangente sobre sexualidade é reforçada por padrões internacionais de direitos

humanos que colocam obrigações jurídicas vinculativas aos governos para que eles realizem ações, de modo a assegurar que adultos(as) e adolescentes tenham acesso a informações e educação desse tipo, além de impor a obrigação de não obstruir o acesso a esse conteúdo.

Embora Estados e pais/mães tenham o dever de proteger crianças contra danos, isso precisa ser equilibrado com o dever do Estado de fornecer a crianças informações e educação essenciais para suas vidas, sua saúde e bem-estar sexual, condizente com a evolução de suas capacidades.

4.7 Implicações jurídicas e políticas

Para proteger o bem-estar e a saúde sexual de todos e com base nos padrões de direitos humanos descritos neste capítulo, os questionamentos a seguir devem ser examinados por aqueles responsáveis por definir estruturas jurídicas e políticas facilitadoras em cada país.

1. O Estado reconhece especificamente o direito de buscar, receber e passar informações sobre sexualidade humana e saúde sexual?
2. As leis e políticas garantem a habilidade das pessoas de ter acesso à educação e a informações abrangentes e cientificamente precisas para alcançar e manter a saúde sexual?
3. O Estado proíbe a censura e a retenção ou apresentação errônea intencional de informações científicas precisas relacionadas à saúde sexual?
4. As políticas em vigor oferecem educação e informações abrangentes e cientificamente precisas sobre sexualidade para pessoas com menos de 18 anos de idade, com base em direitos, condizentes com a idade e utilizando diferentes meios?
5. As leis e/ou políticas garantem a participação de várias populações afetadas na elaboração de leis, políticas, programas e serviços relacionados a serviços de saúde/informações e educação sobre serviços de saúde/violência?

V. Violência sexual e relacionada à sexualidade

5.1 Introdução

Durante as últimas três décadas, pesquisas extensas de todas as regiões do mundo têm trazido à luz a amplitude da violência sexual⁹ e da violência relacionada à sexualidade¹⁰ (121, 347–349). A violência sexual tem um impacto profundo na saúde física e mental. Além de danos físicos, ela é associada a um aumento no risco de diversos problemas de saúde sexual e reprodutiva, com consequência imediatas e a longo prazo (350). Pessoas que vivem em relacionamentos violentos, por exemplo, podem não ter a capacidade de exercer escolhas sexuais e reprodutivas, seja porque são sujeitadas diretamente ao sexo forçado ou coagido, ou porque não têm a capacidade de controlar ou negociar o uso de contraceptivos e preservativos (351, 352). Isso coloca-as em risco de gravidez indesejada e aborto inseguro (para mulheres) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), inclusive HIV (349, 353–355). A violência por parceiro íntimo durante a gravidez aumenta a probabilidade de aborto intencional e espontâneo, natimorto, parto prematuro e baixo peso ao nascer (356). Pessoas sujeitadas a violência, incluindo violência sexual e relacionada à sexualidade, têm mais risco de serem acometidas por depressão, transtorno de estresse pós-traumático, problemas relacionados ao sono, transtornos alimentares e estresse emocional (347, 351, 357).

Dados recentes de prevalência global indicam que, no geral, 35% das mulheres do mundo já sofreram violência por parceiro(a) íntimo(a) ou violência sexual por não parceiro(a) ao longo de

suas vidas. Em média, 30% das mulheres que já estiveram em um relacionamento relatam que sofreram alguma forma de violência física ou sexual pelo(a) parceiro(a). Globalmente, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por parceiro(a) íntimo(a) (349). Dados indicam que há uma incidência maior de violência sexual contra mulheres e meninas (350). No entanto, a violência sexual e a violência relacionada à sexualidade podem ser e são dirigidas contra qualquer pessoa: mulheres, homens, meninas, meninos, pessoas transgênero, pessoas intersexo e especialmente contra pessoas em posições de vulnerabilidade, como pessoas envolvidas com trabalho sexual, migrantes, pessoas deslocadas internamente e refugiados, além de pessoas com deficiências. Por exemplo, cada vez mais atenção tem sido dada à violência sexual contra homens em situações de conflito (360, 361). Na última década, a violência sexualizada contra homens e meninos - incluindo estupro, tortura sexual, mutilação genital, humilhação sexual, escravidão sexual, incesto forçado e estupro forçado - foi relatada em 25 conflitos armados ao redor do mundo (362).

A violência sexual e relacionada à sexualidade serve como uma forma de punição e controle que pode ser utilizada por agentes não estatais, como parentes, vizinhos(as) ou colegas de trabalho, e agentes estatais, como policiais, com o intuito de humilhar e prejudicar a reputação da vítima da violência. Essas formas de violência derivam de outras formas de inequidade e servem para reforçar hierarquias de poder baseadas em gênero, classe, raça, etnia, casta,

⁹ A definição de violência sexual é: qualquer ato, tentativa de obter ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas ou atos voltados ao tráfico sexual ou com outro intuito contra a sexualidade da pessoa de modo coercitivo, por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, em qualquer situação, incluindo (mas sem se limitar a) o ambiente doméstico ou de trabalho (348).

¹⁰ O termo “violência relacionada à sexualidade” é usado neste relatório com o significado de violência - sexual ou não - que seja cometida contra uma pessoa devido a suas características ou comportamentos sexuais, ou violência que afete a saúde sexual da pessoa.

orientação sexual, identidade e expressão de gênero ou outras divisões sociais importantes (121, 358). Vítimas de violência sexual podem perceber-se elas mesmas como responsáveis pela violência, ou podem ser consideradas responsabilizadas pela violência por outras pessoas. As vítimas podem sentir vergonha, desonra, humilhação, culpa e estigmatização, o que dificulta a denúncia de casos de violência, assim como a busca por tratamento e atenção a danos físicos e psicológicos relacionados, assim sobrepondo os problemas de saúde. Portanto, a violência sexual é responsável por uma carga de doença significativa (359).

A violência, incluindo a violência sexual e relacionada à sexualidade, é uma violação de direitos humanos fundamentais, mais notavelmente os direitos à vida, a viver livre de tortura e de tratamento desumano e degradante, ao padrão mais alto de saúde alcançável e à integridade corporal, à dignidade e à autodeterminação (29, 40, 78, 292, 363). Especificamente no que diz respeito à violência contra mulheres, os padrões internacionais e regionais de direitos humanos deixam claro que a eliminação da violência contra mulheres é essencial para o desenvolvimento social e individual das mulheres e sua participação plena e igualitária em todos os setores e esferas da sociedade. Órgãos de direitos humanos têm condenado especificamente atitudes tradicionais que subordinam mulheres a homens, particularmente por meio da perpetuação de práticas violentas ou coercitivas que privam mulheres da vivência plena de vários direitos humanos (292).

De acordo com as leis internacionais e regionais de direitos humanos, os Estados têm a responsabilidade de proteger todos os indivíduos de qualquer forma de violência. Alinhado ao conceito de “devida diligência” (“*due diligence*”) dos direitos humanos, que se aplica a todas as pessoas, os Estados precisam adotar as medidas legislativas, administrativas,

sociais e econômicas necessárias para prevenir, investigar e punir atos de violência, incluindo estupro, violência sexual, violência homofóbica, mutilação genital feminina e tráfico para prostituição forçada, sejam perpetrados pelo Estado ou por pessoas físicas (37, 363, 364). Os Estados também devem remediar, compensar e fornecer um mecanismo efetivo para buscar reparação (41, 365, 366, 367).

Vários Estados adotaram legislações nacionais que abordam a questão da violência doméstica e por parceiro(a) íntimo(a), incluindo a violência sexual. Mesmo assim, ainda há leis nacionais que não reconhecem a diversidade de formas e contextos da violência sexual, muitas vezes resultando em consequências negativas para a saúde e os direitos (368). Por outro lado, os padrões internacionais e regionais de direitos humanos agora definem as diversas formas de violência, perpetradores e vítimas, o que é refletido por um número cada vez maior de leis e jurisprudências nacionais, conforme destacado neste capítulo.

Este capítulo concentra-se nas formas de violência diretamente sexuais ou relacionadas à sexualidade, incluindo estupro, abuso sexual infantil, casamento forçado e tráfico de pessoas para prostituição forçada, independentemente do gênero ou sexo da vítima. Ele também aborda outras formas de violência que afetam a integridade corporal e sexual, como a mutilação genital feminina, práticas coercitivas nos serviços de saúde que afetam diretamente a saúde sexual e reprodutiva, e a violência cometida contra pessoas por causa de suas práticas, comportamentos ou expressões sexuais reais ou percebidos, incluindo crimes de ódio e os chamados crimes de honra.

5.2 Saúde, direitos humanos e implicações jurídicas das diferentes formas de violência sexual e relacionada à sexualidade

5.2.1 Agressão sexual incluindo estupro

Uma pessoa que sofreu agressão sexual, incluindo estupro ou relação sexual coagida indesejada, tem pouco ou nenhum controle sobre a situação e as consequências para a saúde sexual dela são sérias: possível gravidez indesejada e necessidade de aborto, que pode ser inseguro; exposição a ISTs, incluindo HIV; e outras morbidades reprodutivas e ginecológicas (369–378). Casos assim usualmente não são denunciados nem documentados, porque pessoas que sofreram agressões sexuais muitas vezes sofrem com os sentimentos de vergonha, culpa ou estresse psicológico. Isso porque as respostas de instituições formais (políticas, judiciário, saúde), assim como de membros da comunidade, são frequentemente discriminatórias e traumatizantes. Por exemplo, pouquíssimos casos de estupro são denunciados à polícia, praticamente impossibilitando estimar a dimensão real do estupro mundialmente (350), embora ele ocorra em todos os países do mundo, dentro e fora do casamento e de relacionamentos íntimos. Ele também está muito presente em tempos de conflito (349).

Historicamente, a compreensão jurídica de agressão sexual e estupro é bastante restrita. O estupro, por exemplo, é tradicionalmente entendido como a relação sexual “criminosa” por um homem com uma mulher que não seja sua esposa, de maneira forçada, contra a vontade dela (379) e envolvendo penetração vaginal com o pênis. Seguindo essa definição, mulheres estupradas por seus maridos, mulheres estupradas analmente, homens e pessoas transgênero não poderiam legitimamente argumentar que foram estuprados(as). Em 2010, as leis penais internacionais elaboraram os elementos do

crime de estupro, radicalmente alterando a compreensão tradicional, e esses elementos têm sido afirmados por diversas leis nacionais. Para que esses elementos sejam considerados, é necessário ter, por exemplo, uma definição mais ampla do que constitui o estupro, que deve englobar a “invasão” coercitiva ou a “conduta que resulte em penetração, de qualquer nível, em qualquer parte do corpo da vítima [...] com órgão sexual, ou no canal genital ou anal da vítima com qualquer objeto ou qualquer outra parte do corpo” (380). A definição de estupro também deve ser ampla o bastante para englobar a neutralidade de gênero, de modo que ela possa ser aplicada a quaisquer pessoas, de qualquer sexo ou gênero (380).

Além disso, as leis internacionais e regionais de direitos humanos agora reconhecem que o estupro pode ocorrer dentro do casamento e é um crime em quaisquer circunstâncias (381). No nível regional, a linguagem empregada no Protocolo da Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África indica claramente que maridos não podem ser considerados imunes, porque os Estados são ordenados a adotar leis que proibem “todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo sexo indesejado ou forçado, independentemente de a violência ocorrer no público ou no privado” (37). Similarmente, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos determinou como inaceitável a ideia de um marido estar imune de processos pelo estupro da esposa, o que condiz não só com o que o Tribunal definiu como um conceito civilizado de casamento, mas também com o direito fundamental do respeito à dignidade humana (382).

Diversas emendas a leis nacionais têm sido implantadas na última década para adequá-las a esses padrões de direitos humanos. Por exemplo, leis que foram adaptadas para reconhecer que o estupro dentro do casamento é um crime (368); que o estupro pode ser cometido por uma pessoa de qualquer gênero

contra qualquer pessoa de qualquer gênero; que qualquer ato de penetração pode ser considerado estupro; que a evidência de força física não é necessária para comprovar o estupro (por exemplo, África do Sul, Tailândia; 383, 384).

De acordo com os padrões internacionais de direitos humanos, a definição de estupro não deve mais exigir que terceiros corroborem o depoimento da vítima (385). Assim, não é mais possível considerar o depoimento das mulheres como indigno de confiança. Vários tribunais e legislaturas nacionais têm removido a exigência de corroboração por terceiro para “comprovar” que o estupro ocorreu. A Suprema Corte da África do Sul, por exemplo, declarou especificamente que essa exigência foi “baseada em uma percepção irracional e obsoleta e em estereótipos injustos de mulheres como vítimas indignas de confiança” (386) e a Corte de Apelações do Quênia considerou que essa exigência representa uma discriminação contra mulheres e vai contra o conceito de igualdade (387).

Pessoas mantidas em detenção, como pessoas encarceradas, podem estar especialmente sujeitas à violência sexual, assim como profissionais do sexo, homossexuais ou pessoas transgênero, assim como agressores(as) sexuais, podem ter um risco maior de sofrer violência sexual por parte de outras pessoas encarceradas e, às vezes, diretamente de guardas penitenciários (388–390). Atitudes discriminatórias contra essas populações por parte de autoridades penitenciárias podem gerar um ambiente de fácil proliferação dessas violações (121, 391).

O estupro em situações de custódia tem sido considerado uma forma de tortura e tratamento cruel, desumano e degradante (390), sendo que o estupro de um(a) detento(a) por um(a) oficial do Estado é considerado uma forma de tratamento especialmente grave e abominável, dada a facilidade com que o(a) agressor(a) pode explorar a vulnerabilidade da vítima (365). Com base nos padrões de direitos humanos, os

Estados devem projetar e implementar medidas adequadas para evitar todo tipo de violência sexual em centros de detenção, garantir que todas as alegações de violência em centros de detenção sejam prontamente investigadas de maneira independente, que perpetradores(as) sejam processados(as) e sentenciados(as) de forma adequada e que as vítimas possam buscar reparação, incluindo a compensação adequada (389, 390).

Alguns países definiram proteções jurídicas específicas contra o estupro em penitenciárias. Nos EUA, por exemplo, após uma coleta de dados que confirmou que abusos sexuais eram um problema significativo em prisões, penitenciárias, centros de detenção de imigrantes e ainda mais em centros de detenção juvenil, vários padrões foram implementados (392), incluindo proibir a contratação ou promoção de profissionais que já tivessem praticado sexo coagido e limitar revistas pessoais por profissionais do sexo oposto (388).

5.2.2 Abuso sexual de crianças

O abuso sexual de crianças (pessoas com menos de 18 anos) ocorre em todas as regiões do mundo e é parte de um fenômeno mais amplo de mau trato infantil (393). Ele é uma violação séria dos direitos da criança à saúde e à proteção. Evidências de diferentes partes do mundo indicam que até 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens relatam que foram abusados sexualmente quando crianças (393, 394). O abuso sexual de crianças não tem sido bem documentado no nível populacional, mas estudos clínicos têm demonstrado efeitos graves na saúde, inclusive na saúde sexual, como ferimentos, ISTs (incluindo HIV), trauma, depressão, ansiedade e até morte. Em crianças mais velhas do sexo feminino, isso pode resultar em gravidez indesejada e aborto inseguro com possíveis complicações (395). Crianças abusadas sexualmente têm um risco maior de ter problemas comportamentais e de saúde

física e mental, incluindo depressão, tabagismo, obesidade, comportamentos sexuais de alto risco, uso prejudicial de álcool e drogas, além de cometer ou ser vítima de violência (368, 372, 393, 396–401).

Entende-se que crianças correm risco de sofrer danos sexuais em parte devido à incapacidade de defenderem seus direitos, mas também em parte devido a desequilíbrios de poder entre pessoas mais jovens e mais velhas. Os padrões internacionais e regionais de direitos humanos oferecem uma base para que os Estados cumpram suas obrigações de implementar medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais adequadas para proteger crianças contra toda forma de violência, injúria ou abuso físico ou mental, incluindo abuso sexual (34, 339, 402) e punir os(as) perpetradores(as) desses para atos e proteger os direitos e interesses das vítimas infantis (403).

Os padrões internacionais também incentivam a participação de crianças, conforme a evolução de suas capacidades, no projeto e implementação de políticas estatais relevantes, ressaltando que a assistência a vítimas deve levar em conta as perspectivas, necessidades e preocupações da criança, além de sempre levar em conta os melhores interesses da criança. Também é importante afirmar que a Convenção sobre os Direitos da Criança deixa claro que o objetivo não é “criminalizar atividades sexuais de jovens adolescentes que estejam descobrindo sua sexualidade e participando de experiências sexuais uns com os outros no contexto do desenvolvimento sexual. Também não tem o objetivo de englobar atividades sexuais entre pessoas com idades e níveis de maturidade semelhantes” (402).

No contexto dos direitos do adolescente à saúde e ao desenvolvimento, órgãos internacionais de direitos humanos exigem que os Estados assegurem a garantia de provisões jurídicas específicas de acordo com a lei nacional, incluindo a possibilidade de acessar serviços

de saúde sem consentimento parental. Essas provisões devem refletir de perto o reconhecimento da condição de pessoas com menos de 18 anos de idade como detentoras de direitos, em conformidade com a evolução de suas capacidades, idade e maturidade (31, 40).

5.2.3 Casamento forçado e violência sexual e relacionada à sexualidade

Em vários países, crianças e adultos (especialmente mulheres) podem não ser capazes de casar livremente com seu total consentimento por motivos relacionados à história de subordinação, falta de independência econômica, tradição sócio-cultural ou interesse da família (292). Práticas relacionadas ao casamento forçado incluem casamento infantil ou precoce, casamento forçado em situações de guerra, situações de conflito e pós-conflito, herança de viúva (“*widow inheritance*”) e casamento forçado com sequestrador ou estuprador.

Todas essas práticas têm um efeito prejudicial na saúde e no bem-estar das pessoas envolvidas e violam direitos humanos fundamentais. Os padrões internacionais de direitos humanos são inequívocos: “o casamento só deve ser celebrado com o consentimento livre e total dos(as) pretendentes cônjuges”(32, 89, 326, 404, 405). Órgãos de direitos humanos têm frequentemente condenado o casamento forçado e precoce como uma violação dos direitos das mulheres e têm afirmado que o direito da mulher de escolher quando, se e com quem casar precisa ser protegido e imposto pela lei (37, 110).

Casamento infantil e precoce. A prática do casamento infantil ou precoce é amplamente difundida e ocorre em todas as regiões do mundo. Isso priva os indivíduos de viverem livres de todas as formas de violência e tem consequências prejudiciais para a vivência plena dos direitos humanos, como o direito à educação e o direito ao padrão mais alto de

saúde alcançável, incluindo de saúde sexual e reprodutiva (406, 407).

No casamento, jovens mulheres e meninas em especial têm o risco de sofrer abuso sexual, estupro, maternidade prematura e violência doméstica, com todos os traumas fisiológicos e psicológicos associados (348). Adolescentes e crianças casadas tem menos capacidade do que seus cônjuges adultos de negociar sexo ou de tomar decisões livres e informadas que afetem sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso a serviços de saúde para contracepção e para prevenção e tratamento de ISTs (408, 409).

O casamento precoce é muitas vezes conectado à gravidez precoce, uma vez que em vários países há pressão considerável para que meninas se tornem mães logo após o casamento (410, 411). Há consideráveis riscos de saúde ligados à gravidez precoce em meninas adolescentes. O parto decorrente da gravidez precoce é quase sempre associado com um estado socioeconômico mais baixo, acesso reduzido a atenção neonatal e estado nutricional precário, que podem levar a resultados negativos de saúde infantil e materna (412–417). Eles incluem um aumento no risco de: anemia, trabalho de parto prematuro, complicações no parto (incluindo fístula obstétrica), morte materna, baixo peso ao nascer e morte neonatal (412, 414, 418–420).

Os documentos de consenso e padrões internacionais e regionais de direitos humanos exigem a eliminação do casamento precoce e forçado (37, 110, 406, 421). Eles pedem o reconhecimento da idade mínima para casamento, que deve ser de 18 anos para homens e mulheres (37, 110, 339) e a obrigatoriedade do registro oficial de todos os casamentos (339). Eles reconhecem a necessidade de esforços coletivos de governos, legisladores(as), autoridades judiciais, agentes da lei, lideranças tradicionais e religiosas, sociedade civil, mídia, setor privado e outras partes envolvidas relevantes para lidar com as

raízes dessa prática (406).

A maioria dos países tem implementado uma estrutural jurídica que propicia a proteção de crianças e a eliminação do casamento precoce, definindo 18 anos como a idade mínima para o casamento, em conformidade com os padrões de direitos humanos. No entanto, até mesmo nesses países, a conformidade é muitas vezes precária por diversos motivos, como a falta de registro total dos nascimentos, que é necessário para definir a idade das pessoas casando, ou porque várias famílias continuam investidas financeiramente ou materialmente em práticas de casamento precoce (419). As cortes nacionais estão cada vez mais reagindo a essa prática, defendendo os direitos fundamentais de mulheres de consentir com o casamento (422, 423). Por exemplo, a Corte da Sharia na Nigéria determinou que o casamento de uma menina adolescente realizado sem o consentimento dela constitui uma violação dos direitos à liberdade e à dignidade de acordo com a Constituição Nigeriana e vai contra o entendimento deles da Lei da Sharia (423).

Casamento forçado em situações de conflito.

Casamentos forçados surgem em situações de guerra, conflito e pós-conflito em que mulheres, às vezes muito jovens, são capturadas por combatentes e forçadas a viver como suas “esposas” (parceiras sexuais e/ou domésticas), essencialmente como escravas. Órgãos de direitos humanos têm clamado pela eliminação de práticas desse tipo. Em Serra Leoa, por exemplo, o casamento forçado tem sido julgado como um crime contra a humanidade e reconhecido como “resultando no sofrimento grave ou em danos físicos, mentais ou psicológicos para a vítima” (424).

Herança de viúva (“widow inheritance”).

Em alguns locais, a herança de viúva também é uma infração do consentimento livre e total de mulheres ao casamento. Casamentos desse tipo, baseados em práticas religiosas e leis consuetudinárias, ocorrem em partes da Ásia

(425) e África (426), embora estejam em declínio (427). Uma viúva sobrevivente, seja menor de idade ou adulta, é “herdada” por um parente do sexo masculino (muitas vezes o irmão) do cônjuge falecido, assim como outros bens e propriedades, de modo que ela se torna esposa dele. Muitas vezes, essa é a condição imposta à viúva para que ela possa permanecer na própria casa ou receber suporte de parentes do marido (427). Assim, ela precisa ter um relacionamento sexual com um cônjuge que ela não escolheu, o que constitui uma forma de sexo coagido, com várias possíveis consequências negativas para a saúde sexual e reprodutiva (428).

De acordo com as leis de direitos humanos, os Estados têm a obrigação de eliminar qualquer prática segundo a qual uma viúva é herdada por outra pessoa (429) e os Estados precisam garantir que “viúvas não sejam sujeitadas ao tratamento desumano, humilhante ou degradante” e que uma “viúva tenha o direito de casar novamente e, nesse caso, com uma pessoa que ela escolha” (37).

Casamento com sequestrador ou estuprador.

Mulheres também podem ser forçadas a casar contra sua vontade ou sem consentimento livre e total em lugares em que as leis permitem a mitigação (ou anulação total) de penas para um sequestrador ou estuprador caso ele concorde em casar com a mulher que ele sequestrou ou estuprou. Essas leis são discriminatórias e danosas para o bem-estar da mulher sequestrada ou estuprada, uma vez que ela é obrigada a aceitar como marido uma pessoa que a agrediu. Embora vários países tenham leis desse tipo, há algumas reformas positivas condizentes com as proteções internacionais dos direitos humanos, como na Etiópia, onde o Código Penal de 1957 foi reformado em 2005 para remover o inocentamento de um estuprador por meio do subsequente casamento com a vítima (430).

5.2.4. Violência baseada na expressão ou no

comportamento sexual real ou percebido

A violência cometida contra pessoas por causa de sua expressão ou comportamento sexual real ou percebido tem sido registrada em todas as regiões do mundo (121). Entre esses comportamentos sexuais ou formas de expressão sexual estão: ter um(a) parceiro(a) do mesmo sexo, sexo fora do casamento, trabalho sexual, comportamento percebido como afeminado em homens, contato sexual com pessoas vistas como socialmente inferiores ou membros de grupos inimigos, comportamento considerado desonroso para um grupo de pares e desobediência sexual. Esses comportamentos são percebidos como não conformes e transgressões de normas ou códigos sociais ou morais, e a violência é usada para punir pessoas por essa conduta. A punição violenta pode ser física ou psicológica e os efeitos incluem: ferimentos, habilidade reduzida de acessar tratamentos para esses ferimentos, humilhação, desempoderamento e aumento da carga de doença (121).

Violência baseada em orientação sexual ou identidade de gênero.

Há uma documentação cada vez maior de violência contra pessoas que tem (ou que são suspeitas de ter) relacionamentos homossexuais e contra pessoas transgênero. No momento, é impossível estimar a amplitude dessa violência, porque poucos Estados têm sistemas de monitoramento, registro e denúncia de incidentes desse tipo. Mesmo em locais que contam com sistemas assim, os incidentes podem não ser denunciados ou ser denunciados erroneamente por falta de confiança das vítimas na polícia, proveniente do medo de represálias ou ameaças à privacidade, ou são estigmatizadas (121).

A violência homofóbica e transfóbica pode ter várias formas, incluindo assédio e *bullying* em escolas, a chamada “violência urbana” e outros ataques espontâneos em ambientes públicos (121). A violência homofóbica e transfóbica pode envolver um alto nível de crueldade e

brutalidade, incluindo espancamento, homicídio, tortura, estupro e outros tipos de agressão sexual (73, 121, 178, 201, 431, 432). Atos violentos podem ser cometidos por membros da família e amigos(as), colegas de escola, provedores de atenção à saúde, colegas de trabalho, policiais ou outros (98, 121, 175, 201, 202, 207, 229, 433, 434).

Já foram documentadas violência e tortura graves em ambientes de atenção à saúde, incluindo negação do tratamento médico, abuso verbal, humilhação pública e uma variedade de procedimentos forçados, como esterilização e avaliação psiquiátrica. Outros tipos de violência perpetrados por profissionais de saúde e outros oficiais do Estado incluem o exame anal forçado para processos por suspeita de atividades homossexuais, exames invasivos de virgindade, terapia hormonal e a chamada cirurgia de normalização do sexo e terapia reparativa. Esses procedimentos são raramente necessários do ponto de vista médico, podendo causar danos sérios, cicatrizes, perda de sensação sexual, dor, incontinência e depressão crônica, já tendo sido criticados pela falta de embasamento científico, possíveis danos e contribuição à estigmatização (178).

Pessoas lésbicas, gays e transgênero podem estar sujeitas a violência e abuso mais graves por pessoas encarceradas e agentes penitenciários quando estiverem em detenção ou sob cuidado do Estado (121, 228, 229, 232, 435). Há registros de incidentes em que pessoas foram sujeitadas à vitimização por agentes policiais e penitenciários e nos quais as autoridades não tomaram as medidas razoáveis para evitar a violência contra detentos(as) percebidos(as) como pessoas lésbicas, gays ou transgênero (121).

A criminalização do comportamento sexual homossexual e do comportamento não conformativo ao gênero, assim como leis e regulamentações discriminatórias, podem criar e intensificar o estigma, a discriminação e a violência, que têm efeitos diretos e muito além de danos imediatos à saúde de pessoas

lésbicas, gays, transgênero, com gênero variante e intersexo. Leis penais, regulamentações sobre a decência públicas e sistemas de policiamento têm sido usados para assediar, prender, torturar, estuprar e abusar pessoas percebidas como parte desses grupos (121, 435–437).

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos exigem cada vez mais o respeito e a proteção dos direitos humanos de pessoas lésbicas, gays, transgênero, com gênero variante e intersexo, incluindo o respeito ao direito à vida, à liberdade e à segurança, a ter uma vida livre da tortura e do tratamento e da discriminação desumana e degradante, o direito à privacidade, à liberdade de expressão, à associação e agregação pacífica e ao direito ao padrão mais alto alcançável de saúde (107, 121, 175, 183, 184, 242, 363, 434, 438). Eles também reconhecem que o estigma, a discriminação, a marginalização e a violência relacionados à orientação sexual e à identidade e expressão de gênero são usualmente exacerbados por outras características e fatores pessoais, como raça, etnia, religião, status socioeconômico e status de migração ou residência em situações de conflito, tendo assim defendido a eliminação de vários tipos de discriminação (107, 178, 210, 242 [parágrafo 18]).

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos têm claramente condenado crimes violentos perpetrados contra pessoas devido a sua orientação sexual e/ou identidade e expressão de gênero, inclusive por parte de agentes da lei, assim como o fracasso dos Estados de combater esse tipo de crime legislativamente (121, 439). Eles têm exigido que os Estados garantam que atos de violência desse tipo e violações de direitos humanos sejam investigados e que seus perpetradores sejam levados à justiça (184, 440). Órgãos de direitos humanos defendem que os Estados adotem legislações e políticas públicas contra a discriminação e a violência baseadas na identidade e expressão de gênero (121, 434).

Eles também têm exigido a implementação de medidas especiais (inclusive o treinamento adequado de agentes da lei e oficiais de justiça) para proteger pessoas encarceradas contra crimes motivados por viés ligado à orientação sexual ou à identidade de gênero (390, 440).

Vários países de todas as regiões abordam em suas legislações a discriminação e a violência baseadas na orientação sexual e identidade de gênero (121, 175). Alguns incluíram provisões legislativas para lidar com crimes motivados pela orientação sexual e identidade de gênero, tendo incluído crimes de ódio e crimes motivados por viés ligado à orientação sexual e identidade de gênero em seus estatutos criminais de ódio (por exemplo, Austrália, EUA; 441, 442). Por exemplo, a lei anti-discriminação da Sérvia define o princípio fundamental da equidade entre pessoas de diferentes sexos e gêneros, além de incluir a orientação sexual e a identidade de gênero nas bases da não discriminação (443). Ela especifica que os direitos relativos ao gênero ou à mudança de gênero não podem ser negados pública ou privadamente, além de proibir qualquer violência física, exploração, expressão de ódio, menosprezo, suborno e assédio relacionados ao gênero (443).

Crimes e homicídios de honra. Em algumas regiões, parentes ou membros da comunidade podem matar pessoas por considerar que elas causaram vergonha ou desonra à família, muitas vezes por transgredirem normas de gênero ou por comportamento sexual, incluindo atividade homossexual real ou presumida (444–447). Os crimes de honra documentados são usualmente cometidos contra mulheres devido a relações com um parceiro que é considerado um par inaceitável ou pelo sexo real ou presumido antes do casamento; uma estimativa sugere que pelo menos 5 mil mulheres de todo o mundo são assassinadas por parentes a cada ano nesses chamados homicídios de honra (448). No entanto, crimes assim também são cometidos contra homens e pessoas transgênero. Muitas

vezes, esses crimes permanecem impunes e, ocasionalmente, até sancionados pela lei.

Órgãos internacionais de direitos humanos têm afirmado que esses crimes violam os direitos à vida, à igualdade perante a lei e à proteção igualitária pela lei. Eles também recomendam de maneira contundente que os Estados promulguem legislações “para remover a defesa da honra relacionada à agressão e ao assassinato de parentes do sexo feminino” (292). No nível nacional, alguns países mudaram suas leis para refletir esses padrões de direitos humanos. Por exemplo, na Turquia, os chamados crimes de honra eram anteriormente tolerados e até perdoados pelo Estado, mas agora o Código Penal foi alterado para considerar a “honra” como um elemento agravante do homicídio em vez de um fator mitigador perante um tribunal penal, sinalizando que essas noções são uma violação dos direitos humanos (449).

Elegibilidade para asilo. Pessoas que fugiram de seus países por medo de crimes de ódio ou homicídios de honra podem ser elegíveis para asilo em Estados que ratificaram a Convenção dos Refugiados de 1951. De acordo com essa Convenção, os Estados não podem expulsar ou devolver um(a) refugiado(a) a um local em que sua vida esteja ameaçada devido a questões de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou pertencimento a um grupo social específico (450). Pessoas que tenham receio de crimes de ódio ou homicídio de honra, inclusive devido a sua orientação sexual ou identidade de gênero, e que não podem pedir proteção do Estado contra esse tipo de dano podem ser consideradas membros de um “grupo social específico” (451). A União Europeia, por exemplo, emitiu uma diretiva legalmente vinculativa fornecendo proteção a refugiados(as) com embasamento similar (452) e algumas leis e políticas nacionais também refletem essa proteção (por exemplo, EUA; 453).

A diretriz das Nações Unidas emitida a Estados-membros relativa à Convenção dos

Refugiados e ao Protocolo de 1967 também oferecem a possibilidade de reivindicação por mulheres, homens e pessoas transgênero baseada no medo de perseguição baseada em violência sexual e relacionada à sexualidade (115, 451). A diretriz de 2008 emitida pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) recomenda que os Estados-membros considerem rever leis para apoiar o status de refugiado, incluindo asilo, para pessoas perseguidas por sua conduta sexual, independentemente de sua natureza e de ela ser real ou percebida. Perseguição inclui processos sob leis nacionais, especialmente quando as punições incluírem ameaças à vida e à integridade corporal ou contribuírem para a discriminação, e se aplica a pessoas que podem ser perseguidas devido a conduta homossexual (451).

5.2.5 Violência contra pessoas envolvidas com trabalho sexual

Em todo o mundo, pessoas envolvidas com trabalho sexual são sujeitadas a altos níveis de assédio e violência (454). Esse tipo de violência é usualmente perpetrado por agentes da lei e clientes (ou pessoas se passando por clientes), cafetões, gerentes de espaços de trabalho sexual e parceiros(as) íntimos(as) (455–458). O assédio e violência policial, incluindo coerção para oferecer sexo à polícia em troca de soltura da detenção ou para evitar multas (290, 457, 459), são relatados por pessoas envolvidas com trabalho sexual em várias regiões (289, 460–463). Por isso, pessoas envolvidas com trabalho sexual relatam que provavelmente não solicitariam ajuda à polícia caso fossem estupradas ou sofressem outras formas de violência (461, 464). Assim, elas recebem pouca proteção da polícia e têm pouca esperança de que a violência e outros crimes contra elas serão investigados (284, 462, 465–468).

Esse ambiente de violência impune gera diversas vulnerabilidades. Primeiro, mesmo que haja

preservativos disponíveis, pessoas envolvidas no trabalho sexual podem não conseguir usá-las, seja porque a relação sexual é coagida (estupro) ou porque a lei ou a polícia cria uma situação em que não é possível negociar o uso de preservativo. Em alguns lugares, o mero fato de carregar preservativos pode ser usado para corroborar processos criminais ligados ao trabalho sexual (469, 470). Em segundo lugar, o policiamento agressivo pode fazer com que profissionais do sexo se afastem de áreas familiares com redes de suporte informais, de modo que eles(as) acabam mais isolados(as), com menos capacidade de negociar com clientes, mais vulneráveis à violência (277, 455, 457, 459, 463, 471, 472) e com menos acesso a serviços de saúde (285, 473, 474). Em qualquer lugar em que o trabalho sexual é efetivamente criminalizado, o fato de os clientes saberem que não podem ser denunciados à polícia por um(a) profissional do sexo torna o(a) profissional mais vulnerável à violência (461, 464).

Alguns estudos mostram que, em lugares que a indústria de espaços de trabalho sexual é regulada legalmente (de modo a garantir as condições de segurança e saúde de profissionais do sexo e clientes), a violência contra pessoas envolvidas com trabalho sexual é dramaticamente menor nesses ambientes do que em outros espaços (475, 476), além de minimizar a corrupção e o crime organizado (477). Essas condições de segurança podem incluir a exigência de botões de alarme facilmente acessíveis em todos os cômodos usados para trabalho sexual (478) e garantia de que o(a) profissional do sexo possa recusar os serviços sexuais caso acredite que uma determinada situação seja potencialmente insegura (295).

Os padrões de direitos humanos exigem a não discriminação e a proteção de pessoas envolvidas com trabalho sexual contra a violência (73). Os Estados precisam garantir, no mínimo, que mulheres envolvidas no trabalho

sexual não sofram violência ou discriminação, seja por agentes estatais ou pessoas físicas, e que elas tenham acesso a proteção igualitária pela lei. As necessidades de saúde e direitos de mulheres envolvidas com trabalho sexual precisam de atenção especial, particularmente quando a ilegalidade delas torna-as vulneráveis à violência (28, 73, 292). De acordo com os padrões e leis internacionais de direitos humanos, o movimento forçado ou fraudulento para fins de trabalho sexual é proibido e constitui uma violação dos direitos humanos (15, 293).

5.2.6 Tráfico de pessoas para prostituição forçada

O tráfico de pessoas para prostituição forçada¹¹, assim como para outros tipos de trabalho forçado, ocorre em todas as regiões do mundo. Isso foi reconhecido como uma grave violação dos direitos humanos e tem um amplo impacto conhecido na saúde geral e sexual das pessoas traficadas. As estatísticas precisas sobre a magnitude do tráfico de humanos são nebulosas, em boa parte devido às diferentes definições que continuam sendo usadas em alguns países para definir sua natureza ilegal. No entanto, o tráfico de adultos e crianças para prostituição forçada ou outras formas de trabalho forçado tem sido documentado em mais de 137 países do mundo (479).

De acordo com as leis internacionais, o crime de tráfico é definido como “o recrutamento, transporte, transferência, retenção ou recebimento de pessoas, por meio de ameaça, força ou outro tipo de coerção, abdução, fraude, enganação, abuso de poder ou da posição de vulnerabilidade ou da provisão ou recebimento de pagamentos ou benefícios para conseguir o consentimento de uma pessoa para ter controle de outra pessoa para fins de

exploração. Exploração inclui, no mínimo, a exploração da prostituição de outras pessoas e outras formas de exploração sexual, serviços ou trabalho forçados, escravização ou práticas análogas, servidão ou remoção de órgãos” (15). Os padrões das Nações Unidas deixam para os Estados decidirem se a compra e venda não coagida de sexo devem ser criminalizadas ou não. No entanto, esses padrões claramente definem que o movimento de pessoas com menos de 18 anos para fins de prostituição constitui um crime de tráfico (15).

Além do trauma físico e mental de serem traficadas, pessoas traficadas para prostituição forçada são expostas a sexo coagido e forçado e não são capazes de recusar sexo nem usar ou negociar o uso de preservativos, o que constitui um risco de contrair ISTs, incluindo HIV (480–484), e problemas ginecológicos, como corrimento vaginal, infecção e dor pélvica, além de dores de cabeça, dores nas costas, fadiga, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (480, 482–484). Pessoas traficadas para outros fins, como trabalho doméstico, também podem ser abusadas sexualmente, o que é uma tática comum usada por traficantes para intimidar pessoas traficadas em qualquer setor de trabalho (479). Devido à sua situação de isolamento e muitas vezes ilegalidade, pessoas traficadas usualmente não têm a chance de transitar livremente ou buscar informações. Além disso, é possível que serviços sociais e de saúde, incluindo serviços de saúde sexual, sejam negados a elas (480, 484). A relutância ou incapacidade de pessoas traficadas notificar ou denunciar qualquer forma de abuso às autoridades, por medo das consequências ligadas ao status de ilegalidade ou imigração irregular, aumenta ainda mais a vulnerabilidade delas (480). Assim como outras formas de violência sexual, há mais dados disponíveis sobre

¹¹ O tráfico de pessoas para prostituição forçada não equivale ao trabalho sexual consentido entre adultos. O trabalho sexual refere-se a um acordo contratual em que serviços sexuais são negociados entre adultos de maneira consentida e sob os termos acordados entre vendedor(a) e comprador(a) (17).

mulheres e meninas do que homens, meninos e pessoas transgênero.

Quase todos os Estados criminalizam algumas formas de tráfico de pessoas e a maioria das formas de trabalho forçado. Leis como, por exemplo, na Tailândia, exigem a provisão de suporte específico para pessoas traficadas, incluindo provisão de alimento, abrigo, tratamento médico, reabilitação física e mental, educação, treinamento e assistência jurídica (485).

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos e outras instituições das Nações Unidas têm exigido que os Estados tomem todas as medidas adequadas para suprimir qualquer forma de tráfico, incluindo a promulgação de leis para penalizar traficantes de pessoas (15) com atenção especial para mulheres (34, 37, 326, 486). Leis internacionais de direitos humanos também deixam claro que quaisquer medidas adotadas para evitar o tráfico não devem restringir os direitos fundamentais das pessoas traficadas, como o direito à não-discriminação (15). Para proteger a saúde sexual e os direitos humanos das pessoas traficadas para prostituição forçada ou outro tipo de trabalho forçado, os Estados precisam oferecer proteção jurídica e de outros tipos, como serviços de saúde médica e psicológica (incluindo informações, atenção e aconselhamento relacionados à saúde sexual) para essas pessoas traficadas (15, 28, 487, 488). Órgãos de direitos humanos também têm clamado pela reparação de pessoas traficadas, incluindo o direito delas a indenizações. Isso deve incluir o acesso a informações e assistência jurídica, além de regularização do status de residência (489).

Várias crianças do mundo são coagidas ou traficadas para prostituição (490), que não é apenas uma causa de problemas sérios de saúde, mas também uma grave violação dos direitos da criança. Os padrões internacionais e regionais de direitos humanos destacam que os Estados precisam proteger crianças contra toda forma de exploração e abuso sexual, do

uso exploratório de crianças na prostituição ou outras práticas sexuais ilegais, e clamam para que os estados priorizem ações voltadas a isso (34, 37, 303, 403).

5.2.7 Mutilação genital feminina

A mutilação genital feminina (MGF), um procedimento que envolve a remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outros danos a órgãos genitais femininos por motivos não médicos, foi classificada como um tipo de violência contra meninas (292). Um número estimado de 100 a 140 milhões de meninas e mulheres de todo o mundo já passaram por procedimentos desse tipo e estima-se que 3 milhões de meninas correm o risco de passar por MGF a cada ano (94). A MGF tem sido registrada em todas as partes do mundo, mas essa prática é mais prevalente nas regiões do oeste, leste e nordeste da África, alguns países da Ásia e do Oriente Médio e entre determinadas comunidades de imigrantes da América do Norte e da Europa (94).

A MGF não tem benefícios conhecidos para a saúde. Ao contrário, sabe-se que ela é danosa de diversas formas para meninas e mulheres, incluindo efeitos negativos na sexualidade e na saúde sexual (94). A remoção ou dano ao tecido genital saudável e normal interfere no funcionamento natural do corpo e causa várias consequências imediatas e a longo prazo para a saúde. Quase todas que passaram por MGF sentem dor e sangramento decorrentes do procedimento. A intervenção em si pode ser traumática e as meninas frequentemente são imobilizadas fisicamente durante o procedimento (491, 492). Mesmo que o procedimento seja realizado em um hospital, ele pode resultar em dores severas, choque, sangramento excessivo, dificuldade de urinar, infecções, trauma psicológico e morte (94). Consequências de longo prazo podem incluir dor crônica, infecções, redução do prazer sexual e consequências psicológicas, como transtorno

de estresse pós-traumático (94). Mulheres que passaram pela MGF são mais propensas a sentir dores durante uma relação sexual, sentir significativamente menos satisfação sexual e são duas vezes mais propensas a reportar falta de desejo sexual em comparação com mulheres que não passaram pelo procedimento (493).

A MGF é usada para controlar a sexualidade feminina (94). Algumas das justificativas específicas apresentadas para FGM estão ligadas à adequabilidade de meninas para o casamento e são consistentes com as características consideradas necessárias para que uma menina se torne uma esposa apropriada. Há uma crença recorrente de que essa prática garante e preserva a virgindade da menina ou mulher (492, 494–496). Em algumas comunidades, acredita-se que ela limita o desejo sexual, assim garantindo a fidelidade matrimonial e evitando comportamento sexual considerado desviante e imoral (495, 497–499). A MGF também é considerada como uma forma de tornar as meninas limpas e belas. Acredita-se que a remoção de partes da genitália elimina partes vistas como masculinas, como o clitóris (496, 498, 500) ou, no caso da infibulação, serve para atingir maciez, considerada algo belo (495, 496). Algumas mulheres afirmam acreditar que a MGF aumenta o prazer sexual masculino (501). Qualquer forma de MGF reflete a inequidade profundamente enraizada entre os sexos e constitui uma forma extrema de discriminação contra mulheres e meninas.

A MGF tem sido reconhecida como uma forma de violência e prática danosa que viola princípios, normas e padrões bem-definidos dos direitos humanos, incluindo os princípios de igualdade e não-discriminação com base no sexo, o direito à vida (quando o procedimento resulta em morte) e o direito a viver livre de tortura e tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante (94). Os padrões internacionais e regionais de direitos humanos caracterizam a MGF como uma forma de

violência de gênero e conclama que os Estados tomem medidas apropriadas e eficazes para eliminar todas as formas de MGF (37, 339, 502), incluindo legislativamente e garantindo que os perpetradores sejam levados a julgamento (503). As medidas também devem incluir a criação de consciência do público em todos os setores da sociedade, incluindo por meio de programas educacionais e de extensão, e que a provisão de suporte a vítimas de MGF e de outras práticas danosas inclua serviços de aconselhamento, jurídicos, vocacionais e de saúde (37). A medicalização da MGF, ou seja, sua prática por qualquer provedor de atenção à saúde, também deve ser proibida (37, 504).

Um número cada vez maior de países africanos tem legislação voltada a abordar a MGF, assim como programas e políticas que envolvem educação comunitária e que incentivam uma mudança social positiva (94). No entanto, medidas jurídicas incluem punições em diferentes níveis e poucas condenações têm ocorrido, sendo que nem todas as leis impõem ao Estado o dever de educar e incentivar a conscientização sobre os efeitos prejudiciais dessa prática (10).

Em lugares em que a MGF é uma problema para comunidades de imigrantes, como na Europa, América do Norte e Pacífico Ocidental, predomina a forte condenação por parte dos Estados e a tolerância zero para a MGF dentro do país anfitrião (8, 9, 13). Como na África, a maioria das iniciativas contra a MGF na Europa ocorrem pela via do direito penal, com sentenças severas de encarceramento, que podem incentivar a prática clandestina e o aumento do estigma para meninas e mulheres (505). Há alguns trabalhos de prevenção em andamento, por exemplo, por meio de leis de proteção à criança (13). Em vários países, especialmente na Europa e na América do Norte, pode ser dado asilo a meninas ou mulheres que poderiam de outro modo ser forçadas a passar pela MGF (13, 506, 507).

5.2.8 Práticas coercitivas em serviços de saúde que afetam a saúde sexual e a sexualidade

Práticas coercitivas em serviços de saúde relacionados à saúde sexual têm sido documentadas em várias partes do mundo.

Elas incluem o uso de coerção para provisão de métodos contraceptivos como implantes e esterilização, aborto forçado (508) e procedimentos como testes de virgindade ou testagem forçada de sorologia para HIV. Os casos de esterilização ou testes de virgindade forçados e coagidos são destacados neste relatório para demonstrar as dimensões de saúde e a gama de padrões de direitos humanos que tem sido elaborados para enfrentar o problema.

Esterilização coagida e forçada. A esterilização é uma das formas de contracepção mais usadas no mundo. Quando realizada conforme padrões clínicos apropriados e com consentimento informado, métodos de esterilização como vasectomia e laqueadura tubária são métodos seguros e eficazes para eliminar a fertilidade permanentemente. Como qualquer outro método contraceptivo, a esterilização deve ser feita apenas com o consentimento total, livre e informado da pessoa. No entanto, em alguns países, pessoas de grupos populacionais específicos, incluindo pessoas com deficiências, pessoas que vivem com HIV, pessoas de minorias étnicas, pessoas transgênero e pessoas intersexo, continuam sendo esterilizadas sem seu consentimento livre e informado. Outras pessoas também sofrem o risco de esterilização coercitiva, como pessoas com dependência de substâncias e pessoas envolvidas com trabalho sexual. Mulheres e meninas continuam sendo afetadas de maneira desproporcional (91). A esterilização coercitiva foi usada como instrumento de controle da população, especialmente durante o período entre as

décadas de 1960 e 1990. Apesar de acordos internacionais, em que os Estados acordaram apoiar o princípio da escolha voluntária no planejamento familiar, ainda há contextos em que pessoas de grupos socialmente marginalizados são sujeitadas à esterilização involuntária como parte de estratégias governamentais voltadas à diminuição do crescimento populacional (91).

Órgãos internacionais de ética e direitos humanos têm condenado explicitamente políticas e programas populacionais coercitivos. Eles observam que decisões relacionadas à esterilização não devem ser sujeitadas a exigências arbitrárias impostas por um órgão governamental (78, 509, 510) e que as obrigações dos Estados de proteger pessoas contra tratamentos desse tipo se estende à esfera privada, inclusive em locais em que essas práticas são realizadas por pessoas físicas (363). A esterilização coercitiva e/ou forçada de mulheres também têm sido caracterizada como uma forma de discriminação e violência contra a mulher (28, 292, 509, 511, 512) e uma violação dos direitos delas à saúde, informação e privacidade, assim como dos direitos delas de decidirem sobre o número e o intervalo de tempo entre filhos(as), sobre quando constituir uma família e de viverem livres de tortura ou tratamento desumano e degradante (40, 169, 292, 389, 513–518). Órgãos de direitos humanos também têm reconhecido que a esterilização coagida pode constituir tortura e outro tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante, e que a esterilização coagida cometida como parte de ataques generalizados ou sistemáticos em qualquer população civil constitui um crime contra a humanidade (14, 519).

Testes de virgindade feminina. Em algumas partes do mundo, a virgindade feminina é considerada uma pré-condição para o casamento e algumas tradições matrimoniais incluem práticas para confirmar que a noiva é virgem. Isso muitas vezes é feito por meio da tradição de exibir às famílias da noiva e do noivo os lençóis manchados de sangue após a noite de núpcias (520). Testes de virgindade abrangem uma variedade de práticas para testar se uma menina ou mulher teve relações sexuais, de acordo com a crença de que a virgindade feminina pode ser verificada de maneira confiável e livre de ambiguidades. Esses testes podem ser altamente invasivos e não são somente degradantes, humilhantes e dolorosos para as mulheres envolvidas, mas também prejudiciais para sua saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, a ênfase na virgindade pode afastar atenção da necessidade de práticas de sexo seguro e informações sobre riscos de saúde sexual; o sexo anal pode substituir o sexo vaginal antes do casamento, porque ele parece “seguro” do ponto de vista de que aparenta preservar a virgindade e evita a gravidez, mas pode ser inseguro em termos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo o HIV. Além disso, testes de virgindade feminina são uma violação do direito à não-discriminação, do direito à integridade física e psicológica, do direito ao respeito pela vida privada e do direito da não sujeição a tratamento cruel, desumano e degradante (56, 521, 522). Alguns cortes nacionais têm defendido esses padrões de direitos humanos. No Nepal, por exemplo, a Suprema Corte reconheceu o direito das mulheres de controlar os próprios corpos quando anulou a Ordem do Teste de Virgindade da Corte do Distrito de Kathmandu em 1998 (523).

5.3 Conclusão

A violência sexual e a violência relacionada à sexualidade ocorrem em todas as partes do mundo. Algumas pessoas podem ser especialmente vulneráveis a violências desse tipo, incluindo mulheres, crianças, pessoas sob custódia, pessoas com deficiências e/ou pessoas cuja orientação sexual ou identidade de gênero real ou percebida é considerada inaceitável. A violência de qualquer forma é prejudicial à saúde mental e física, assim como a outros aspectos do bem-estar.

A violência sexual e relacionada à sexualidade inclui, mas não se limita a, agressão sexual e estupro, casamento forçado e precoce, tráfico de pessoas para prostituição forçada, práticas tradicionais danosas como MGF e homicídios de honra. Violências assim ocorrem em ambientes pessoais íntimos, como no contexto doméstico e matrimonial, e também são usadas como armas de guerra em situações de conflito. Muitas vezes, elas são cometidas por pessoas em posições de autoridade e que são responsáveis pela segurança e bem-estar de outras pessoas, como em centros de detenção. Em contextos de atenção à saúde, a violência que afeta a saúde sexual inclui esterilização forçada e testes forçados de virgindade. Provedores de atenção à saúde podem cometer a violência em pacientes devido à orientação sexual ou identidade de gênero real ou percebida do(a) paciente.

Diferentes formas de violência sexual e relacionada à sexualidade são violações de direitos humanos. Em conformidade com os padrões de direitos humanos, os Estados precisam adotar medidas legislativas, administrativas, sociais, econômicas e de outros tipos para prevenir, investigar e punir atos de violência, incluindo toda forma de violência sexual, seja perpetrada pelo Estado ou por pessoas físicas, e precisam dar suporte e assistência a vítimas de violência, incluindo acesso a serviços de saúde. Os Estados também

devem remediar, compensar e fornecer mecanismos efetivos para buscar reparação. Essa obrigação se aplica no que diz respeito a todas as pessoas, independentemente de sexo, gênero, idade, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil ou de outro tipo, e independentemente da pessoa que cometeu a violência, em qualquer contexto. As leis podem ter um papel importante no aumento do reconhecimento de todas as formas de violência como violações de direitos humanos e crimes. Elas podem ser cruciais para definir garantias e estruturas de modo que as ações governamentais possam prevenir, eliminar e lidar com as consequências da violência, e diversos países de diferentes regiões têm desenvolvido leis alinhadas a esses padrões de direitos humanos.

5.4 Implicações jurídicas e políticas

Com base nos padrões de direitos humanos descritos neste capítulo e para proteger o saúde sexual e o bem-estar, as questões a seguir devem ser analisadas por aqueles responsáveis por definir estruturas jurídicas e políticas.

1. O Estado tem adotado todas as medidas legislativas e de outros tipos necessárias para prevenir, investigar e punir atos de violência, incluindo todas as formas de violência sexual, sejam elas perpetradas pelo Estado ou por pessoas físicas? Há provisões para que o Estado forneça remediações, compensação e mecanismos para buscar reparação para todas as pessoas?
2. As leis nacionais incluem uma definição ampla de agressão sexual e estupro que inclua linguagem com neutralidade de gênero (cometida por pessoa de qualquer gênero contra pessoa de qualquer gênero) e que reconheça que a agressão sexual e o estupro podem ocorrer em relações matrimoniais e situações de custódia, e que o depoimento de terceiros não é necessário para comprovar o crime?
3. As leis nacionais fornecem proteção específica contra o abuso sexual para crianças?
4. Seja ela especificamente sexual ou não sexual, a violência cometida contra pessoas percebidas como transgressoras de normas sexuais e/ou de gênero é reconhecida como uma violação dos direitos humanos? O Estado oferece proteções para todas as pessoas de modo não-discriminatório?
5. As leis contêm provisões que garantam a proteção dos direitos humanos para pessoas envolvidas com trabalho sexual?
6. O Estado tem adotado medidas jurídicas para penalizar traficantes de pessoas, inclusive para fins de prostituição forçada, e também para fornecer medidas protetivas e serviços de saúde para vítimas de tráfico?
7. O Estado tem adotado medidas apropriadas e eficazes para eliminar a MGF, tanto legislativamente quanto por meio de campanhas educativas e de conscientização pública? O Estado oferece suporte a vítimas de MGF, incluindo serviços de aconselhamento, jurídicos, vocacionais e de saúde, assim como outras medidas para proteger meninas e mulheres sob risco, incluindo a proibição da medicalização dessa prática?
8. O Estado reconhece que a esterilização forçada ou outros procedimentos coagidos ou forçados que afetam a saúde sexual e reprodutiva são uma violação de direitos humanos? O Estado adotou medidas para proteger pessoas contra intervenções forçadas desse tipo?
9. As leis e/ou políticas garantem a participação de várias populações afetadas na elaboração de leis, políticas, programas e serviços relacionados a serviços de saúde/informações e educação sobre serviços de saúde/violência?

Referências

1. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series, No. 572. Geneva: World Health Organization; 1975.
3. Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD). New York (NY): United Nations; 1994.
4. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
5. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: World Health Organization; 2004.
6. Baghat H, Boutros M. Using human rights for sexuality and sexual health: Eastern Mediterranean region. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2010.
7. Bhardwaj K, Divan V. Sexual health and human rights: a legal and jurisprudential review of select countries in the SEARO region – Bangladesh, India, Indonesia, Nepal, Sri Lanka and Thailand. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2011 (http://www.ichrp.org/files/papers/182/140_searo_divan_bhardwaj_2011.pdf, accessed 5 February 2015).
8. Cusack S. Advancing sexual health and human rights in the Western Pacific. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2010 (http://www.ichrp.org/files/papers/179/140_Simone_Cusack_Western_Pacific_2010.pdf, accessed 5 February 2015).
9. Miller AM, Roseman MJ, Friedman C. Sexual health and human rights: United States and Canada. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2010 (http://www.ichrp.org/files/papers/178/140_Miller_Roseman_Friedman_uscan_2010.pdf, accessed 30 June 2013).
10. Ngwena C. Sexual health and human rights in the African region. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2011 (http://www.ichrp.org/files/papers/185/140_Ngwena_Africa_2011.pdf, accessed 5 January 2015).
11. Restrepo-Saldarriaga E. Advancing sexual health through human rights in Latin America and the Caribbean. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2010 (http://www.ichrp.org/files/papers/183/140_Restrepo_LAC_2011.pdf, accessed 21 January 2015).
12. Roseman M, Miller A. International legal norms/standards related to sexual health. Working paper commissioned by the World Health Organization. 2011 (unpublished).
13. Westeson J. Sexual health and human rights: European region. Working paper commissioned by the World Health Organization. International Council on Human Rights Policy; 2010 (http://www.ichrp.org/files/papers/177/140_Johanna_Westeson_Europe_2010.pdf, accessed 5 February 2015).
14. Rome Statute of the International Criminal Court. New York (NY): United Nations; 1998.
15. Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime. New York (NY): United Nations; 2000.
16. Handbook and guidelines on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2011.
17. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York (NY): United Nations Development Programme; 2012.
18. Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2013.
19. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis. Geneva: World Health Organization; 2011.
20. Guttmacher Institute. Facts on investing in family planning and maternal and newborn health. New York (NY): Guttmacher Institute; 2010.
21. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendation for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2011.

22. Feyisetan B, Caseterline C. Fertility preferences and contraceptive change in developing countries. New York (NY): Population Council; 2004.
23. Reducing risks by offering contraceptive services. New York (NY): United Nations Population Fund; 2011 (<http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/mothers/pid/4382>, accessed 1 May 2014).
24. Harper CC, Cheong M, Rossa CH, Darney PD, Raine TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005;106(3):483-91.
25. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17(2):87-96.
26. Krishnamurti T, Eggers SL, Fischhoff B. The impact of over-the-counter availability of « Plan B » on teens' contraceptive decision making. *Soc Sci Med.* 2008;67(4):618-27.
27. Cancer information sheet: sex, erectile dysfunction and prostate cancer. Dublin: Irish Cancer Society; 2011.
28. General Recommendation No. 24: Article 12: Women and health. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1999 (A/54/38/Rev.1, Chapter I).
29. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the Covenant). New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C.12/2000/4).
30. General Comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2005 (E/C.12/2005/4).
31. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/4).
32. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York (NY): United Nations; 1966.
33. Resolution 34/180: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Thirtyfourth session of the General Assembly, 18 December 1979. New York (NY): United Nations; 1979.
34. Convention on the Rights of the Child. General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989. New York (NY): United Nations; 1989 (Entry into force 2 September 1990).
35. Political Declaration on HIV/AIDS. United Nations General Assembly resolution 60/262 of 15 June 2006. New York (NY): United Nations; 2006.
36. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York (NY): United Nations; 2007.
37. African Commission on Human and People's Rights. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Maputo: African Union; 2003 (http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf, accessed 5 February 2015).
38. Constitution of the Republic of South Africa. No. 108 of 1996. Republic of South Africa; 1996.
39. Constituição da República Portuguesa [Constitution of the Portuguese Republic]. República Portuguesa; 2005 (in Portuguese).
40. General Comment No. 15: The rights of the child to the highest attainable standard of health. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2013 (CRC/C/GC/15).
41. General Comment No. 31: The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2004 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.13).
42. Views on Communication No. 17/2008: Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil. Geneva: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2011 (CEDAW/C/49/D/17/2008).
43. Medicines: essential medicines. Fact sheet No. 325. Geneva: World Health Organization; 2010.
44. Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet.* 2006;368:305-11.
45. The selection and use of essential medicines. Technical Report Series, 920:54. Geneva: World Health Organization; 2003.
46. WHO Model List of Essential Medicines. 17th list. Geneva: World Health Organization; 2011.
47. Sentencia del 5 de junio de 2008. Exp. 11001-03-24-000-2002-00251-01, Boletín No. 25 - Junio 16/08. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 2008 (in Spanish).

48. *Controversia Constitucional 54/2009*, decided on 27 May 2010 (Section IV). Estados Unidos Mexicanos Suprema Corte de Justicia (Supreme Court of the United Mexican States); 2010 (in Spanish).
49. *Sentencia 7435-2006-PC/TC*, decided on 13 November 2006. República del Perú Tribunal Constitucional [Constitutional Tribunal of the Republic of Peru]; 2006 (in Spanish).
50. *Smeaton v. Secretary of State for Health*. EWHC 610 (Admin), decided on 18 April 2002. England and Wales High Court of Justice; 2002.
51. *Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6)*. Canada; 1985.
52. *European standards on subsidizing contraceptives*. Fact sheet. Center for Reproductive Rights; 2009.
53. Chavkin W, Leitman L, Polin K, for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(Suppl 3):S41–S56.
54. Zampas C, Andion-Ibanez X. Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice. *Eur J Health Law*. 2012;19(3):231–56.
55. Johnson BR Jr, Kismödi E, Dragoman MV, Temmerman M. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(Suppl 3):S60–S62.
56. *Yazgül Yılmaz v. Turkey*. Application No. 36369/06, decided on 1 February 2011. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2011.
57. *P. and S. v. Poland*. Application No. 57375/08, decided on 30 October 2012. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2012.
58. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidelines on conscientious objection. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;92(3):333–4.
59. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, revised edition*. Geneva: World Health Organization; 2012.
60. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services*. Geneva: World Health Organization; 2014.
61. *Concluding observations: Poland*. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2007 (CEDAW/C/POL/CO/6).
62. *Concluding comments: Slovakia*. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2008 (CEDAW/C/SVK/CO).
63. *Concluding observations: Portugal*. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2008 (CEDAW/C/PRT/CO/7).
64. *Pichon and Sajous v. France*. Application No. 49853/99, Admissibility decision, decided on 2 October 2001. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2001.
65. *Sexual and reproductive health core competencies in primary health care*. Geneva: World Health Organization; 2011.
66. *Task shifting to improve access to contraceptive methods*. Geneva: World Health Organization; 2013.
67. *Increasing women's use of the IUD for family planning*. Program Brief No. 9. New York (NY): Population Council; 2008.
68. Farr G, Rivera R, Amatya R. Non-physician insertion of IUDs: clinical outcomes among TCu380A insertions in three developing-country clinics. *Adv Contracept* 1998;14(1):45–57.
69. Lassner KJ, Chen CHC, Kropsch LA, Oberle MW, Lopes IM, Morris L. Comparative study of safety and efficacy of IUD insertions by physicians and nursing personnel in Brazil. *Bull Pan Am Health Organ*. 1995;29(3):206–15.
70. Wright NH, Sujpluem C, Rosenfield AG, Varakamin S. Nurse-midwife insertion of copper T in Thailand: performance, acceptance, and programmatic effects. *Stud Fam Plann*. 1977;8(9):237–43.
71. Wright KL. IUD insertion by nurse-midwives increases use. *Network*. 2003;23(1):13.
72. *Law No. 92 of 1996: Choice on Termination of Pregnancy Act*. 1996. Republic of South Africa; 1996.
73. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Anand Grover. New York (NY): United Nations; 2010.
74. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011.
75. Joyce TJ, Henshaw SK, Dennis A, Finer LB, Blanchard K. The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review. New York (NY): Guttmacher Institute; 2009.
76. Payne D. More British abortions for Irish women. *BMJ*. 1999;318(7176):77.
77. *Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: Chile*. Third periodic report. New York (NY): United Nations; 2007 (CRC/C/CHL/CO/3).

78. General Comment No. 28: The equality of rights between men and women. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).
79. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Twenty-second session and twenty-third session. New York (NY): United Nations; 2000 (A/55/38 (Supp) Chapter IV. Consideration of reports submitted by States Parties under article 18 of the Convention. Section B.2. Initial and second periodic reports of Jordan).
80. Arends-Kuening M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007; 39(1):1-26.
81. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.
82. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2003;29(2):76-83.
83. Sanogo D, RamaRao S, Jones H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7(2):57-73.
84. General Comment No. 3: HIV/AIDS and the rights of the child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/03).
85. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and law. Oxford: Clarendon Press; 2003.
86. Klein J, Wilson K, McNulty M. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health.* 1999;25:120-30.
87. Lehrer JA, Pantell JA, Tebb K, Shafer MA. Forgone health care among US adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern. *J Adolesc Health.* 2007;40(3):218-26.
88. Reddy DM, Fleming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. *JAMA.* 2002;288(6):710-4.
89. International Covenant on Civil and Political Rights. New York (NY): United Nations; 1966.
90. Cook RJ, Dickens BM. Considerations for formulating reproductive health laws, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2000.
91. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: World Health Organization; 2014.
92. Views on Communication 4/2004: Ms. A. S. v. Hungary. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2006 (CEDAW/C/36/D/4/2004).
93. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. New York (NY): United Nations; 2009.
94. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2008.
95. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol.* 2006;108(1):55-60.
96. Effects of female genital mutilation on childbirth in Africa. Policy Brief. Geneva: World Health Organization; 2008.
97. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2011.
98. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012 (http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3926<http://www.wpath.org/>, accessed 22 January 2015).
99. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.
100. Cottingham J, Berer M. Access to essential medicines for sexual and reproductive health care: the role of the pharmaceutical industry and international regulation. *Reprod Health Matters.* 2011;19(38):69-84.
101. World Health Assembly discusses the issue of quality medicines. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition; 2011 (<http://www.rhsupplies.org/nc/sp/news/newsview/article/world-health-assemblydiscusses-the-issue-of-quality-medicines.html>, accessed 5 February 2015).
102. Fake antibiotics found in six states. Partnership for Safe Medicines; 2011 (<http://www.safemedicines.org/2011/05/fake-antibiotics-found-in-sixstates-246.html>, accessed 5 February 2015).
103. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

104. Reza-Paul S, Beattie T, Syed HUR, et al. Declines in risk behaviour and sexually transmitted infection prevalence following a community-led HIV preventive intervention among female sex workers in Mysore, India. *AIDS*. 2008;22 (Supplement 5):S91–S100.
105. Ramesh BM, Beattie TSH, Shajy I, et al. Changes in risk behaviours and prevalence of sexually transmitted infections following HIV preventive interventions among female sex workers in five districts in Karnataka state, south India. *Sex Transm Infect*. 2010;86 (Supplement 1):117–24.
106. Foss AM, Hossain M, Vickerman PT, et al. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sex Transm Infect*. 2007;83(7):510–516.
107. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
108. Views on Communication No. 488/1992: Toonen v. Australia. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 1994 (CCPR/C/50/D/488/1992).
109. Law No. 38 of 2005: Children's Act, 2005, amended by No. 41 of 2007: Children's Amendment Act, 2007. Section 134. Republic of South Africa; 2005.
110. General Recommendation No. 21: Equality in marriage and family relations. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1994 (A/49/38).
111. How to get to zero: faster, smarter, better. World AIDS day report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2011.
112. Joint Statement by the United Nations Working Group on discrimination against women in law and in practice: Adultery as a criminal offence violates women's human rights. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2012.
113. Wijesundera v. Wijekoon. C.A. 15/86, decided on 5 and 6 June 1990. Democratic Socialist Republic of Sri Lanka Court of Appeal; 1990.
114. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Twenty-fourth and twenty-fifth session. New York (NY): United Nations; 2001 (A/56/38 (Supp) Chapter IV. Consideration of reports submitted by States Parties under article 18 of the Convention. Section B.1. Initial periodic report of Burundi and Section B.5. Third and combined fourth and fifth periodic reports of Egypt).
115. Guidelines on international protection: gender-related persecution within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2002.
116. Law 24.453 of 1995. Argentina; 2005.
117. Law 11.106. Brazil; 2005.
118. Expediente 936-95, decided on 7 March 1996. República de Guatemala Corte de Constitucionalidad [Guatemala Constitutional Court]; 1996 (in Spanish).
119. Karner v. Austria. Application No. 40016/98. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2003.
120. Views on Communication No. 941/2000: Young v. Australia. Geneva: United Nations Human Rights Committee (CCPR/C/78/D941/2000).
121. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011.
122. Discrimination on the basis of sexual orientation and gender identity (Doc. 12087). Strasbourg; Council of Europe, Parliamentary Assembly; 2009.
123. El Al Israel Airlines Ltd. v. Yonatan Danilowitz. Case No. 721/94, decided on 30 November 1994. Israel Supreme Court; 1994.
124. Justiça Federal da República Federativa do Brasil. Resolução No. 175 de 14 de maio de 2013 [Resolution No. 175 of 14 May 2013]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2013 (in Portuguese).
125. Public Act 1993 No. 82: Human Right Act 1993. New Zealand; 1993.
126. Public Act 2004 No. 102: Civil Union Act 2004. New Zealand; 2004.
127. Decision U-I-425/06-10 of 2 July 2009. Republic of Slovenia Constitutional Court; 2009.
128. Boletín Oficial de la República Argentina Buenos Aires, jueves 22 de julio de 2010 [Official Bulletin of the Republic of Argentina, Buenos Aires, Thursday 22 July 2010]. Buenos Aires: República Argentina; 2010 (in Spanish).
129. Minister of Home Affairs and Another v. Fourie and Another (CCT 60/04) [2005] ZACC 19. Constitutional Court of South Africa; 2005.

130. Wet van 21 december 2000 tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met de openstelling van het huwelijk voor personen van hetzelfde geslacht (Wet openstelling huwelijk) [Law of 21 December 2000 amending Book 1 of the Dutch Civil Code in connection with the opening of marriage to same-sex couples (Act opening marriage)]. The Netherlands: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2001 (in Dutch).
131. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. NOR: JUSC1236338L [Law No. 2013-404 of 17 May 2013 opening marriage to same-sex couples]. France; 2013 (in French) (<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/5/17/JUSC1236338L/jo/texte>, accessed 5 May 2014).
132. Halpern et al. v. Attorney General of Canada (2003) O.J. No. 2268. Toronto: Court of Appeal for Ontario; 2003.
133. Public Act 2013 No. 20: Marriage (Definition of Marriage) Amendment Act 2013. Date of assent 19 April 2013. New Zealand; 2013.
134. Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care*. 2009;21(6):708–14.
135. Maruschak LM. HIV in prisons and jails 1999. NCJ 187456. Washington (DC): Bureau of Justice Statistics Bulletin; 2001.
136. Maruschak LM. HIV in prisons, 2006. Statistical tables, NCJ 222179. Washington (DC): Bureau of Justice Statistics; 2008.
137. Clarke JG, Hebert MR, Rosengard C, Rose JS, DaSilva KM, Stein MD. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. *Am J Public Health*. 2006;96(5):834–9.
138. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. New York (NY): United Nations; 1977.
139. Code of Conduct for Law Enforcement Officials. New York (NY): United Nations; 1979.
140. United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (“The Beijing Rules”). New York (NY): United Nations; 1985.
141. Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. New York (NY): United Nations; 1988 (Principles 24 and 25).
142. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. New York (NY): United Nations; 1990.
143. United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty. New York (NY): United Nations; 1990.
144. General Comment No. 15: The position of aliens under the Covenant. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 1986 (HRI/GEN/1/Rev.1 at 18 (1994)).
145. “Will I have to pay?” London: National AIDS Trust; 2007 (<http://www.nat.org.uk/Media%20library/Files/PDF%20documents/2009/Feb/Will%20I%20Have%20to%20Pay%20April%202007-1.pdf>, accessed 5 February 2015).
146. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Policy statement on HIV testing and counselling in health facilities for refugees, internally displaced persons and other persons of concern to UNHCR. Geneva: UNHCR; 2009.
147. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2010.
148. Burris S, Cameron E. The case against criminalization of HIV transmission. *JAMA*. 2008;300(5):578–81.
149. Cameron E, Burris S, Clayton M. HIV is a virus, not a crime. *HIV/AIDS Policy & Law Review/Canadian HIV/AIDS Legal Network*. 2008;13(2-3):64–8.
150. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Development Programme. Policy Brief: Criminalization of HIV transmission. Geneva: UNAIDS; 2008.
151. Wingwood GM, DiClemente RJ, Mikhail I, McCree DH, Davies SL, Hardin JW, et al. HIV discrimination and the health of women living with HIV. *Women and Health*. 2007;46(2-3):99–112.
152. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, et al. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDs*. 2007;21(8):584–92.
153. Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2009;24(10):1101–8.
154. Wang Y, Zhang KN, Zhang KL. HIV/AIDS related discrimination in health care service: a cross-sectional study in Gejiu City, Yunan Province. *Biomed Environ Sci*. 2008;21(2):124–8.
155. Ahmed A, Kaplan M, Symington A, Kismödi E. Criminalising consensual sexual behaviour in the context of HIV: consequences, evidence, and leadership. *Glob Public Health*. 2011;6(Suppl3):S357–69.

156. *Mr S v. Mr S2 and Ms R*, Order of Geneva Court of Justice, decided on 23 February 2009. Geneva: Geneva Court of Justice; 2009.
157. CRI-2004-085-009168. New Zealand: District Court Wellington; 2005.
158. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle [People not suffering from another STI and who are following an effective antiretroviral treatment do not sexually transmit HIV]. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2008;89:5 (in French).
159. Wolf L, Vezina R. Crime and punishment: Is there a role for criminal law in HIV prevention policy? *Whittier Law Rev*. 2004;(25):821–86.
160. Dodds C, Weatherburn P, Bourne A, Hammond G, Weait M, Hickson F, et al. Sexually charged: the views of gay and bisexual men on criminal prosecutions for sexual HIV transmission. London: Sigma Research; 2009.
161. Grierson J, Power J, Croy S, Clement T, Thorpe R, McDonald K, et al. HIV Futures 6: Making positive lives count. The Living with HIV Program. Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University; 2006.
162. Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission. New York (NY): Open Society Institute; 2008.
163. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV positive diagnosis: disclosure and violence. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):111–20.
164. AIDS discrimination in Asia. Global Network of People Living with HIV; 2004 (<http://www.gnplplus.net/esources/aids-discrimination-in-asia/>, accessed 1 May 2014).
165. First Global Parliamentary Meeting on HIV/AIDS, Manila, Philippines, 28–30 November 2007. Final Conclusions. Geneva: Inter-Parliamentary Union; 2007.
166. Ending overly broad criminalization of HIV nondisclosure, exposure and transmission: critical scientific, medical and legal considerations. Guidance Note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2013.
167. Republic Act 8504: The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998. Republic of the Philippines; 1998.
168. International guidelines on HIV/AIDS and human rights – 2006 consolidated version. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); 2006.
169. General Comment No. 5: Persons with disabilities. New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 1994 (E/1995/22).
170. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012.
171. Rutledge SE, Abell N, Padmore J, McCan TJ. AIDS stigma in health services in the Eastern Caribbean. *Social Health Illn*. 2009;31(1):17–34.
172. Johnson CA. Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa. New York (NY): International Gay and Lesbian Human Rights Commission; 2007.
173. Niang CI, Diagne M, Niang Y, Moreau AM, Gomis D, Diouf M, et al. Meeting the sexual health needs of men who have sex with men in Senegal. New York (NY): Population Council; 2002.
174. Wells H, Polders L. Gay and lesbian people's experience of the health care sector in Guateng. Arcadia, South Africa: OUT LGBT Well-being; 2007.
175. Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe, 2nd edition. Strasbourg: Council of Europe; 2011.
176. European Commission Directorate-General for Justice. Trans and intersex people – discrimination on the grounds of sex, gender identity, and gender expression. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union; 2012.
177. Trans people across the world face substantial barriers to adequate health and health care. New York (NY): Open Society Foundations; 2013.
178. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. New York (NY): United Nations General Assembly; 2013.
179. Concluding observations: Combined fourth, fifth, sixth and seventh periodic reports: Uganda. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2010 (CEDAW/C/UGA/CO/7).
180. Recommendation 1474 (2000) on the situation of lesbians and gays in Council of Europe Member States. Strasbourg: Council of Europe, Parliamentary Assembly; 2000.
181. Resolution of 26 April 2007 on homophobia in Europe. P6_TA(2007)0167. European Parliament; 2007.

182. *Caso Atala Riffo y niñas v. Chile* (Fondo, reparaciones y costas), decided on 24 February 2012. San José, Costa Rica: Inter-American Court of Human Rights; 2012.
183. General Assembly Resolution: Human rights, sexual orientation and gender identity. 3 June 2008. Washington (DC): Organization of American States; 2008 (OAS/AG/RES.2435 (XXXVIII-O/08)).
184. General Assembly Resolution: Human rights, sexual orientation and gender identity. 4 June 2009. Washington (DC): Organization of American States; 2009 (OAS/AG/RES.2504 (XXXIX-O/09)).
185. Human rights, sexual orientation and gender identity. Resolution adopted 15 June 2011. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011.
186. Recommendation CM/REC(2010)5 on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity. Strasbourg: Council of Europe, Committee of Ministers; 2010.
187. Recommendation 924 (1981) on discrimination against homosexuals. Strasbourg: Council of Europe, Parliamentary Assembly; 1981.
188. *Dudgeon v. the United Kingdom*. Application No. 7525/76, decided on 22 October 1981. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1981.
189. Concluding observations of the Human Rights Committee: Chile. Fifth periodic report. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2007 (CCPR/C/CHL/CO/5).
190. Concluding observations of the Human Rights Committee: Uzbekistan. Third periodic report. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2008 (CCPR/C/UZB/CO/3).
191. Concluding observations of the Human Rights Committee: Grenada. New York (NY): United Nations Human Rights Committee; 2010 (CCPR/C/GRD/CO/1).
192. Concluding observations of the Human Rights Committee: El Salvador. Sixth periodic report. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2010 (CCPR/C/SLV/CO/6).
193. Concluding observations of the Human Rights Committee: Togo. Fourth periodic report. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2011 (CCPR/C/TGO/CO/4).
194. National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v. Minister of Justice and Others. Case CCT 11/98, decided 9 October 1998. Republic of South Africa, Constitutional Court; 1998.
195. Decreto 100 de 1980: Por el cual se expide el nuevo Código Penal, el 23 de enero 1980. [Decree 100 of 1980 whereby the new Penal Code is issued, 23 January 1980]. República de Colombia; 1980 (in Spanish).
196. Ley 1047, 23 December 1998. República de Chile; 1998 (in Spanish).
197. Código penal, Ley No. 641, 5 mayo 2008. [Penal Code, Law No. 641, 5 May 2008]. República de Nicaragua; 2008 (in Spanish).
198. Crimes Decree 2009 (Decree No. 44 of 2009). Republic of Fiji; 2009.
199. Constitution of the Republic of South Africa. Republic of South Africa; 1996.
200. Hill DB. Genderism, transphobia, and gender bashing: A framework for interpreting anti-transgender violence. In: Wallace B, Carter R, editors. A multicultural approach for understanding and dealing with violence: a handbook for psychologists and educators. Thousand Oaks (CA): Sage Publishing; 2001.
201. United Nations Development Programme. Discussion paper: Transgender health and human rights. New York (NY): United Nations Development Programme; 2013.
202. Grossman AH, D'Augelli AR, Salter NP. Male-to-female transgender youth: gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *J GLBT Fam Stud*. 2006;2(1):71-92.
203. Sugano E, Nemoto T, Operario D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS Behav*. 2006;10(2):217-25.
204. Castagnoli C. Transgender persons' rights in the EU Member States. Brussels: Directorate General for Internal Policies, Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Civil Liberties, Justice and Home Affairs, European Parliament; 2010.
205. Eliason MJ, Hughes T. Treatment counselor's attitudes about lesbian, gay, and transgendered clients: urban vs rural settings. *Subst Use Misuse*. 2004;39(4):625-44.
206. Guevara AL. The hidden HIV epidemic: transgender women in Latin America and Asia, compilation of epidemiological data. Buenos Aires: International HIV/AIDS Alliance; 2009.
207. Ojanen T. Sexual/gender minorities in Thailand: identities, challenges and voluntary-sector counselling. *Sex Res Soc Policy*. 2009;6(2):4-34.
208. Sood N. Transgender people's access to sexual health and rights: a study of law and policy in 12 Asian countries. Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW); 2009.
209. Best practices guide to trans health care in the national health system. Spanish Network for Depathologization of Trans Identities; 2010.

210. Transforming health. International rights based advocacy for trans health. New York (NY): Open Society Foundations; 2013.
211. Transgender Health Program guidelines for transgender care. Vancouver Coastal Health; 2012 (<http://transhealth.vch.ca/resources/careguidelines.html>, accessed 5 May 2014).
212. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res.* 2010;19(7):1019–24.
213. De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* 2005;34(6):679–90.
214. Hembree W, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer 3rd WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132–54.
215. Monstrey S, Ceulemans P, Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual. *Semin Plast Surg.* 2011;25(3):229–44.
216. Pfäfflin F, Junge A. Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991. Dusseldorf: Symposium Publishing; 1998 [Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier] (<http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>, accessed 10 January 2015).
217. Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Ann Plast Surg.* 2007;58(4):427–33.
218. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental and sexual health among transsexual women. *Sex Med.* 2009;6(3):752–60.
219. Clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the USA. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2008.
220. Lobato et al. 2005. Cited in: Todahl JL, Linvirole D, Bustin A, Wheeler J, Gau J. Sexual assault support services and community systems: understanding critical issues and needs in the LGBTQ community. *J Violence Against Women.* 2009;15(8):952–76. doi:10.1177/1077801209335494.
221. Bockting WO, Robinson BE, Rosser BRS. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care.* 1998;10:505–26.
222. Lombardi EL, van Servellen G. Building culturally sensitive substance use prevention and treatment programs for transgendered populations. *J Subst Abuse Treat.* 2000;19:291–6.
223. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health.* 2001;91:869–72.
224. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van der Waal H, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med.* 2008;5:1892–7.
225. Giordano S. Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *J Med Ethics.* 2008;34(8):580–4.
226. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, Becker J. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res.* 2010;47(1):12–23.
227. Cameron L. Sex workers, transgender people and men who have sex with men: Thailand. New York (NY): Open Society Institute, Sexual Health and Rights program; 2006.
228. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health.* 2001;91(6):915–21.
229. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth: invisible and vulnerable. *J Homosex.* 2006;51(1):111–28.
230. McGowan K. Transgender needs assessment. New York (NY): The HIV Prevention Planning Unit of the New York City Department of Health; 1999.
231. Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *Am J Public Health.* 2009;99(4):713–9.
232. Teh YK. Mak nyahs (male transsexuals) in Malaysia: the influence of culture and religion on their Identity. *Int J Transgenderism.* 2001;5(3).
233. Winter S. Thai transgenders in focus: demographics, transitions and identities. *Int J Transgenderism.* 2006;9(1):15–27.
234. Xavier JM, Simmons R. The Washington Transgender Needs Assessment Survey. Washington (DC): US Helping Us – People Into Living, Inc., and the Administration for HIV/AIDS, Department of Health, District of Columbia; 2000 (<http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>, accessed 5 February 2015).

235. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2011;13(4):165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873.
236. Shumer DE, Spack NP. Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: guidelines, barriers and areas of controversy. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20(1):69–73.
237. Bockting WO, Robinson BE, Forberg J, Scheltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care*. 2005;17(3):289–303.
238. McGovern SJ. Self-castration in a transsexual. *J Accid Emerg Med*. 1995;12(1):57–8.
239. Sex reassignment surgery (SRS): backgrounder. In: Egale Canada Human Rights Trust [website]. Toronto: Egale Canada Human Rights Trust; 2004 (<http://egale.ca/all/sex-reassignment-surgery-srsbackgrounder/>, accessed 5 February 2015).
240. Landén M, Wålinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(4):284–9.
241. Position statement on access to care for transgender and gender variant individuals. American Psychiatric Association; 2012 (http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Position%20Statements/ps2012_TransgenderCare.pdf, accessed 5 February 2015).
242. General Recommendation 28: Core obligations of States Parties under Article 2 of the Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2010 (CEDAW/C/20107477GC.2).
243. Resolution on transgender and gender identity and gender expression non-discrimination. American Psychological Association; 2008 (www.apa.org/about/policy/chapter-12b.aspx#transgender, accessed 5 February 2015).
244. Van Kück v. Germany. Application No. 35968/97, decided on 12 June 2003. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2003.
245. Ley 26743: Derecho a la identidad de género. [Law No. 26743: Right to gender identity]. República Argentina; 2012 (in Spanish).
246. Köhler R, Richer A, Ehrt J. Legal gender recognition in Europe: toolkit. *Transgender Europe*; 2013 (http://www.tgeu.org/sites/default/files/Toolkit_web.pdf, accessed 5 January 2015).
247. B v. France. Application No. 13343/87, decided on 25 March 1992. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1992.
248. Goodwin v. United Kingdom. Application No. 28957/95, decided on 11 July 2002. Strasbourg: European Court of Human Rights; 2002.
249. Decision T-594/93, decided 15 December 1993. Constitutional Court of Colombia; 1993.
250. Concluding observations: Ireland. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2008 (CCPR/C/IRL/CO/3).
251. Concluding observations: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2008 (CCPR/C/GBR/6).
252. VwGH 2702.2009, 2008/17/0054, decided 27 February 2009. Austrian Administrative High Court; 2009.
253. 1 BvL 10/05. (27 May 2008). Federal Constitutional Court of Germany; 2008.
254. 1 BvR 3295/07. (11 January 2011). Federal Constitutional Court of Germany; 2011.
255. Decision No. 161 of 1985. Italian Constitutional Court; 1985.
256. Michael v. Registrar-General of Births, Deaths and Marriages, 9 June 2008. New Zealand Family Court; 2008 (FAM-2006-004-002325).
257. Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister. 2014 LOV nr 752 af 25/06/2014 [Law amending the law on the central registry of persons]. Denmark: Økonomi-og Indenrigsministeriet; 2014 (in Danish).
258. Gender Identity Act. 30/10/2014. Malta; 2014.
259. Sexual orientation, gender identity and justice: a comparative law casebook. Geneva: International Commission of Jurists; 2011.
260. Supreme Court of Nepal. Sunil Babu Pant and others v. Government of Nepal and others. Writ No. 917, 21 December 2007 [English translation]. *NJA Law Journal*. 2008:261–86.
261. Dr. Mohammad Aslam Khaki and Anr. V. Senior Superintendent of Police (Operation) Rawalpindi and Ors. Constitution Petition No. 43 of 2009, decided on 22 March 2011. Supreme Court of Pakistan; 2011.
262. Karkazis K. Fixing sex: intersex, medical authority, and lived experience. Durham (NC): Duke University Press; 2008.
263. Parens E, editor. Surgically shaping children: technology, ethics and the pursuit of normality. Baltimore (MA): Johns Hopkins University Press; 2006.
264. Concluding observations: Germany. Geneva: United Nations Committee against Torture; 2011 (CAT/C/DEU/CO/5).

265. Cools M et al. Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers. *Endocr Rev*. 2006;27(5):S468–484.
266. Crouch NS, Creighton SM. Long-term functional outcomes in female genital reconstruction in childhood. *BJU Int*. 2007;100:403.
267. Goran LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(1):19–25.
268. Shifting the paradigm of intersex treatment. Rohnert Park (CA): Intersex Society of North America; Undated (<http://www.isna.org/compare>, accessed 5 February 2015).
269. Karkazis K, Rossi W. Disorder of sex development: optimizing care. *Pediatr Rev*. 2010;31:e82–e85.
270. Tamar-Mattis A. Sterilization and minors with intersex conditions in California law. *California Law Review Circuit*. 2012;3(1):126–35.
271. Intersexualität. Stellungnahme des Deutschen Ethikrats. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2012.
272. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011 (A/HRC/19/41).
273. Wisniewski A, Mazur T. 46,XY DSD with female or ambiguous external genitalia at birth due to Androgen Insensitivity Syndrome, 5-Reductase-2 Deficiency, or 17-Hydroxysteroid Dehydrogenase Deficiency: a review of quality of life outcomes. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2009;567430.
274. Murphy C, Allen L, Jamieson MA. Ambiguous genitalia in the newborn: an overview and teaching tool. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(5):236–50.
275. On the management of differences of sex development: ethical issues relating to “intersexuality”. Berne: Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics NEK-CNE; 2012 (Opinion 20/2012).
276. Intersex: treatment (updated 14 April 2014). In: University of Maryland Medical Center [website]. Baltimore (MD): University of Maryland Medical Center; 2014 (<http://www.umm.edu/ency/article/001669trt.htm>, accessed 4 February 2015).
277. Betteridge G. Sex, work, rights: reforming Canadian criminal laws on prostitution. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2005.
278. Day SE, Ward H. British policy makes sex workers vulnerable. *BMJ*. 2007;334(7586):187. doi:10.1136/bmj.39104.638785.59.
279. Reckart ML Sex-work harm reduction. *Lancet*. 2005;366:2123–34.
280. UNAIDS Guidance note on HIV and sex work. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2009.
281. Burris S, Overs C, Wait M. Laws and practices that effectively criminalise people living with HIV and vulnerable to HIV. Paper prepared for First Meeting of the Global Commission on HIV and the Law, 6–7 October 2010, New York (NY).
282. Mossman E. International approaches to decriminalising or legalising prostitution. Wellington, New Zealand: Ministry of Justice; 2007.
283. The report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and sex work. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2011.
284. Benoit C, Millar A. Dispelling myths and understanding realities: working conditions, health status and exiting experiences of sex workers. British Columbia, Canada: Prostitutes Empowerment, Education and Resource Society; 2001.
285. Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW; Maka Project Partnership. Mapping violence and policing as an environmental – structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in streetlevel sex work. *Int J Drug Policy*. 2008;19(2):140–7.
286. Tucker JD, Ren X. Sex worker incarcerations in the People's Republic of China. *Sex Transm Infect*. 2008;84:34–5. doi:10.1136/sti.2007.027235.
287. United Nations Population Fund (UNFPA) Namibia, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Namibia. Sex work, HIV and access to health services in Namibia: national meeting report and recommendations. Windhoek: UNFPA/Namibia; 2011.
288. Ghimire L, van Teijlingen E. Barriers to utilisation of sexual health services by female sex workers in Nepal. *Glob J Health Sci*. 2009;1(1):12–22.
289. Pauw L, Brenner L. “You are just whores – you can't be raped”: barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Cult Health Sex*. 2003;5(6):465–81.
290. Eight working papers/case studies: examining the intersections of sex work law, policy, rights and health. New York (NY): Open Society Institute; 2006.

291. Simsek S, Kisa A, Dziegielewski SF. Sex workers and the issues surrounding registration in Turkey. *J Health Soc Policy*. 2003;17(3):55–69.
292. General Recommendation No. 19: Violence against women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1992 (A/47/38).
293. Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the sale of children, child prostitution and child pornography. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2000 (A/RES/54/263; entered into force 18 January 2002).
294. Brothels Task Force. Report of the Brothels Task Force. Sydney: New South Wales Government; 2001.
295. 295. Prostitution Control Regulations 2006, S.R. No. 64/2006. State of Victoria, Commonwealth of Australia; 2006.
296. O'Connor CC, Berry G, Rohrsheim R, Donovan B. Sexual health and the use of condoms among local and international sex workers in Sydney. *Genitourin Med*. 1996;72:47–51.
297. Pyett PM, Haste BR, Snow J. Risk practices for HIV infection and other STDs among female prostitutes working in legalized brothels. *AIDS Care*. 1996;8(1):85–94.
298. Dutch Policy on Prostitution. Questions and answers 2012. Dutch Ministry of Foreign Affairs; 2012 (http://www.minbuza.nl/binaries/content/assets/minbuza/en/import/en/you_and_the_netherlands/about_the_netherlands/ethical_issues/faq-prostitutie-pdf--engels.pdf-2012.pdf, accessed 5 May 2014).
299. Prostitution Reform Act 2003. Public Act 2003 No. 28. New Zealand; 2003.
300. Sentencia T-629/10, decided on 13 August 2010. República de Colombia Corte Constitucional [Constitutional Court of the Republic of Colombia]; 2010 (in Spanish).
301. *Kylie v. Commission for Conciliation Mediation and Arbitration and Others*. Case No. CA10/08, decided on 26 May 2010. South Africa Labour Appeals Court; 2010.
302. *Bangladesh Society for the Enforcement of Human Rights and Others v. Government of Bangladesh and Others*. Case 53 DLR (2001) 1. Dhaka: High Court Division, Bangladesh Supreme Court; 2000.
303. Convention 182: Worst forms of child labour. Geneva: International Labour Organization; 1999.
304. Profiting from abuse. An investigation into the sexual exploitation of our children. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2001.
305. International technical guidance on sexuality education. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2009.
306. Kirby D. The impact of schools and school programs on adolescent sexual behaviour. *J Sex Res*. 2002;39(1):2733.
307. Kirby D. Sex and HIV programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40:206–17.
308. Lazarus JV, Sihvonen-Riemenschneider H, Laukamm-Josten U, Wong F, Liljestrand J. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croat Med J*. 2010;51(1):74–84.
309. Michielsen K, Chersich MF, Luchters S, De Koker P, Van Rossem R, Temmerman M. Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *AIDS*. 2010;24(8):1193–202.
310. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;4. doi:10.1002/14651858.CD005215.pub2.
311. Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezo J, et al. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *J Adol Health*. 2004;34(1):3–26.
312. Morris R. Research and evaluation in sexuality education: an allegorical exploration of complexities and possibilities. *Sex Educ*. 2005;5(4):405–22.
313. Adamchak S. Youth peer education in reproductive health and HIV/AIDS. Youth issues paper 7. Arlington (VA): Family Health International/YouthNet; 2006.
314. Fischer S, Pedersen K, editors. Evidence-based guidelines for youth peer education. Research Triangle Park (VA): Family Health International; 2010.
315. Svenson G, Burke H. Formative research on peer education program productivity and sustainability. Youth research working paper No. 3. Arlington (VA): Family Health International/YouthNet; 2005.
316. Shepherd J, Peersman G, Weston R, Napuli I. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Educ Res*. 2000;15(6):681–94.
317. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A, et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;337:a506.

318. Jewkes R, Wood K, Duvury N. "I woke up after I joined Stepping Stones": meanings of an HIV behavioural intervention in rural South African young people's lives. *Health Educ Res.* 2010;25(6):1074–84.
319. Wallace T. *Evaluating Stepping Stones: a review of existing evaluations and ideas for future M&E work.* Johannesburg: Action Aid; 2006.
320. Bianco M, Mariño A. *EROTICS: an exploratory research on sexuality and the internet – policy review.* Association for Progressive Communications, Women's Networking Support Program; 2008 (http://www.genderit.org/sites/default/upload/APCEROTICS_PolicyReview.pdf, accessed 5 February 2015).
321. *The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights.* New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 1985 (E/CN.4/1985/4, Annex (1985)).
322. *American Declaration of the Rights and Duties of Man.* Washington (DC): Organization of American States; 1948.
323. *American Convention on Human Rights.* San José, Costa Rica: Organization of American States; 1969.
324. *General comment No. 34: Freedoms of opinion and expression.* Geneva: United Nations Human Rights Committee; 2011 (CCPR/C/GC/34).
325. *Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Twentieth session and twenty-first session.* New York (NY): United Nations; 1999 (A/54/38/Rev.1 (Supp) Chapter IV. Consideration of reports submitted by States Parties under article 18 of the Convention. Section B.1. Initial periodic report of Kyrgyzstan).
326. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.* New York (NY): United Nations; 1979.
327. *African Union. Maputo plan of action for the operationalisation of the continental policy framework for sexual and reproductive health and rights 2007–2010.* Addis Ababa: African Union; 2006 (AU Doc. Sp/MIN/CAMH/5(I)).
328. *Ministers of Health and Education in Latin America and the Caribbean. Ministerial declaration: preventing through education. First meeting of Ministers of Health and Education to stop HIV and STIs in Latin America and the Caribbean, 1 August 2008, Mexico City.*
329. *Lei n.º 3/84, de 24 de Março, Educação sexual e planeamento familiar [Law No. 3/84 on sexual education and family planning].* Portugal; 1984 (in Portuguese).
330. *Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar [Law No. 60/2009 on sexuality education].* Portugal; 2009 (in Portuguese).
331. *Caso Ríos y otros v. Venezuela (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas),* decided on 28 January 2009. Washington (DC): Inter-American Court of Human Rights; 2009 (Series C No. 194).
332. *Open Door and Dublin Well Woman v. Ireland.* Application Nos. 14234/88 and 14235/88. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1992.
333. *HIV/AIDS Prevention and Control Act, No. 14 of 2006.* Republic of Kenya; 2006.
334. *The HIV/AIDS (Prevention and Control) Act. 2008.* United Republic of Tanzania; 2008.
335. *Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA [General Act on the Fight against HIV/AIDS and the Promotion, Protection, and Defense of Human Rights in the HIV/AIDS Field of Guatemala] Decreto 27-2000 [Decree 27-2000].* República de Guatemala; 2000 (in Spanish).
336. *Código penal federal [Federal Penal Code].* Estados Unidos Mexicanos; 1931 (in Spanish).
337. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. *Sexual behaviour in context: a global perspective.* *Lancet.* 2006;386(9548):1706–28.
338. *European Social Charter. Council of Europe Treaty Series No. 35.* Turin: Council of Europe; 1961.
339. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child.* Addis Ababa: Organization of African Unity; 1990 (OAU Doc CAB/LEG/24.9/49 (1990)).
340. *Kjeldsen, Busk Madsen and Pederson v. Denmark,* Appl. Nos. 5095/71, 5920/72, 5926/72. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1976.
341. *Sentencia No. T-440/92,* decided on 2 July 1992. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 1992 (in Spanish).
342. *Sentencia No. T-337/95,* decided 26 July 1995. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 1995 (in Spanish).
343. *Sentencia No. T-293/98,* decided 9 June 1998. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 1998 (in Spanish).

344. Sentencia No. T-368/03, decided 8 May 2003. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 2003 (in Spanish).
345. Sentencia No. T-220/04, decided 8 March 2004. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 2004 (in Spanish).
346. Sentencia No. T-251/05, decided 17 March 2005. República de Colombia Consejo de Estado [Council of State of the Republic of Colombia]; 2005 (in Spanish).
347. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
348. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
349. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2013.
350. Jewkes R, Sen P, García-Moreno C. Sexual violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
351. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
352. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*. 2001;11:244-58.
353. Fonck K, Els L, Kidula N, Ndinya-Achola J, Temmerman M. Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. *AIDS Behav*. 2005;9:335-9.
354. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363:1415-21.
355. Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, Sweat MD. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health*. 2002;92:1331-7.
356. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
357. Violence against women. Fact sheet No. 239. Geneva: World Health Organization; updated 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>, accessed 5 February 2015).
358. Sokoloff NJ, Dupont I. Domestic violence at the intersections of race, class, and gender: challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence Against Women*. 2005;11(1):38-64.
359. García-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ*. 2011;89:2.
360. Oosterhoff P, Zwanikken P, Ketting E. Sexual torture of men in Croatia and other conflict situations: an open secret. *Reprod Health Matters*. 2004;12(23):68-77.
361. Russell W. Sexual violence against men and boys. *Forced Migr Rev*. 2007;27:22-3.
362. Human Security Centre. Human Security Report 2005: War and peace in the 21st century. New York (NY): Oxford University Press; 2005.
363. General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties. Geneva: United Nations Committee Against Torture; 2008 (CAT/C/GC/2).
364. Declaration on the elimination of violence against women. New York (NY): United Nations General Assembly; 1993.
365. Aydin v. Turkey. Application No. 23178/94, decided on 25 September 1997. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1997.
366. Ana, Beatriz and Celia González v. Mexico, Case 11.565, Report No. 53/01 (Merits), decided on 4 April 2001. Washington (DC): Inter-American Commission on Human Rights; 2001 (OEA/Ser.L/V/II.11 Doc.20 rev. at 1097(2001)).
367. Caso Velasquez-Rodriguez v. Honduras, decided on 29 July 1988. San José, Costa Rica: Inter-American Court of Human Rights; 1988.
368. Heise L. What works to prevent partner violence: an evidence overview. London: STRIVE Research Consortium; 2011.
369. Caceres CF. Assessing young people's nonconsensual sexual experiences: lessons from Peru. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, editors. Sex without consent: young people in developing countries. London: Zed Books; 2005.
370. Caceres CF, Marin BV, Hudes ES, et al. Young people and the structure of sexual risks in Lima. *AIDS*. 1997;11(suppl.1):S67-77.

371. Erulkar AS. The experience of sexual coercion among young people in Kenya. *Int Fam Plan Perspect*. 2004;30(4):182–9.
372. Gupta A, Ailawadi A. Childhood and adolescent sexual abuse and incest: experiences of women survivors in India. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, editors. *Sex without consent: young people in developing countries*. London: Zed Books; 2005.
373. Koenig MA, Zablotska I, Lutalo T, Nalugoda F, Wagman J, Gray R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, editors. *Sex without consent: young people in developing countries*. London: Zed Books; 2005.
374. Mpangile GS, Leshabari MT, Kihwele DJ. Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI, Indriso C, editors. *Abortion in the developing world*. New Delhi: Vistaar Publications; 1999.
375. Mulugeta E, Kassaye, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Med J*. 1998;36:167–74.
376. Silberschmidt M, Rausch V. Adolescent girls, illegal abortions and “sugar-daddies” in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents. *Soc Sci Med*. 2001;52:1815–26.
377. Worku A, Addisie M. Sexual violence among female high school students in Debarq, north west Ethiopia. *East Afr Med J*. 2002;79(2):96–9.
378. Zierler S, Feingold L, Laufer D, Velentgas P, Kantrowitz-Gordon I, Mayer K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health*. 1991;81(5):572–5.
379. Garner BA, editor. *Black’s Law Dictionary*. Boston (MA): West Publishing Company; 2009.
380. *Elements of crimes*. The Hague: International Criminal Court, Assembly of States Parties; 2011 (Official Records ICC-PIDS-LT-03-002/11_Eng).
381. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Twenty-sixth and twenty-seventh session. New York (NY): United Nations; 2002 (A/57/38 (Supp)). Chapter IV. Consideration of reports submitted by States Parties under article 18 of the Convention. Section B.4. Third and fourth period reports of Sri Lanka).
382. *C.R. v. the United Kingdom*. Application Nos. 20166/92 and 20190/92, decided on 22 November 1995. Strasbourg: European Court of Human Rights; 1995.
383. Criminal Code Amendment Act (No. 19) B.E. 2550, 2007. Social Division, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Kingdom of Thailand; 2007 (<http://www.mfa.go.th/humanrights/implementation-of-un-resolutions/62-thailands-implementation-of-general-assemblyresolution-61143->, accessed 5 May 2014).
384. Criminal Law (Sexual Offences and Related Matters) Amendment Act, No. 32 of 2007. Republic of South Africa; 2007.
385. Rules of procedure and evidence. New York (NY): International Criminal Court, Assembly of States Parties; 2002 (Official Records ICC-ASP/1/3).
386. *S v. J* 1998 (4) BCLR 424. Republic of South Africa Supreme Court of Appeal; 1998.
387. *Mukungu v. Republic* (2003) AHRLR 175 (KeCA 2003). Republic of Kenya Court of Appeal; 2003.
388. National Prison Rape Elimination Commission Report. United States of America National Prison Rape Elimination Commission; 2009.
389. Consideration of reports submitted by States Parties under Article 19 of the Convention: Conclusions and recommendations of the Committee against Torture – United States of America. Second periodic report. Geneva: United Nations Committee against Torture; 2006 (CAT/C/USA/CO/2).
390. General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties. Geneva: United Nations Committee Against Torture; 2007 (CAT/C/GC/2).
391. Stotzer RL. Comparison of hate crimes rates across protected and unprotected groups. Los Angeles (CA): The Williams Institute, UCLA School of Law; 2007.
392. Prison Rape Elimination Act of 2003, Public Law 108-79-SEPT. 4, 2003. United States of America Congress; 2003.
393. Child maltreatment. Fact sheet No. 150. Geneva: World Health Organization; 2010.
394. Jejeebhoy SJ, Bott S. Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: an overview. In: Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S, editors. *Sex without consent: young people in developing countries*. London: Zed Books; 2005:3–45.
395. Child sexual abuse: a silent health emergency. WHO Regional Committee for Africa. Brazzaville: World Health Organization; 2004.
396. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Fam Plann Perspect*. 1992;24:4–11.
397. Ellsberg MC. Sexual violence against women and girls: recent findings from Latin America and the Caribbean. In: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, editors. *Sex without consent: young people in developing countries*. London: Zed Books; 2005.

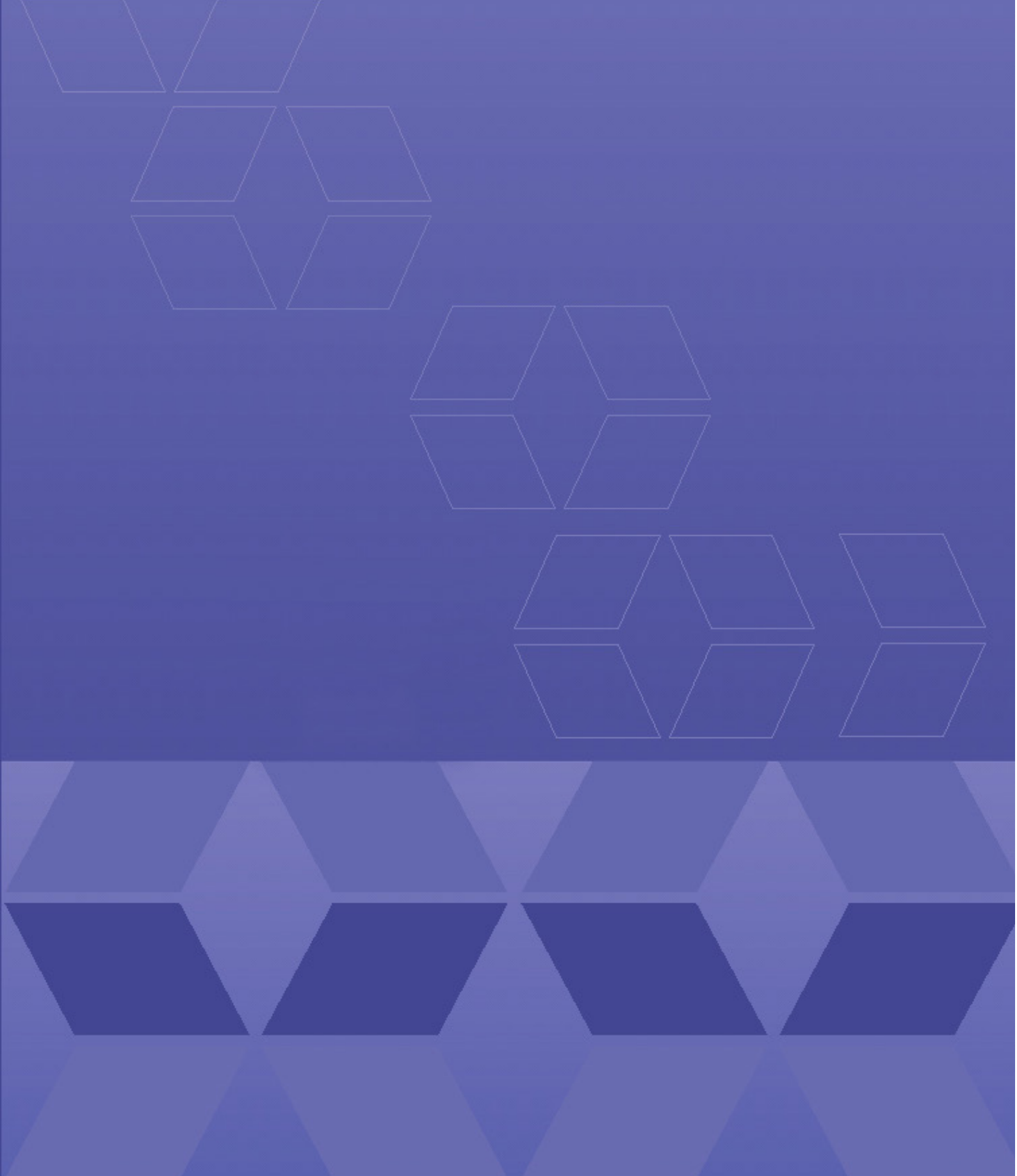
398. Hanwerker WP. Gender power differences between parents and high-risk sexual behaviour by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *J Womens Health*.1993;2(3):301-16.
399. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and reproductive health: a focus on research*. New York (NY): Population Council; 1995.
400. Somse P, Chapko MK, Hawkins RV. Multiple sexual partners: results of a national HIV/AIDS survey in the Central African Republic. *AIDS*. 1993;7(4):579-83.
401. Stewart L, Sebastiani A, Delgado G, López G. Consequences of sexual abuse of adolescents. *Reprod Health Matters*. 1996;4(7):129-34.
402. Council of Europe Convention on the protection of children against sexual exploitation and sexual abuse. Treaty Series No. 201. Lanzarote: Council of Europe; 2007.
403. Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the sale of children, child prostitution and child pornography. New York (NY): United Nations General Assembly; 2000 (Annex II).
404. Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948.
405. Convention on Consent to Marriage, Minimum Age for Marriage and Registration of Marriages (1962). General Assembly resolution 1763 A (XVII) adopted 7 November 1962, entry into force 9 December 1964. New York (NY): United Nations; 1962.
406. Strengthening efforts to prevent and eliminate child, early and forced marriage: challenges, achievements, best practices and implementation gaps. Geneva: Human Rights Council; 2013.
407. Report of the Secretary General: Forced marriage of the girl child. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2007.
408. Child Marriage Fact Sheet. New York (NY): United Nations Population Fund; 2005.
409. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report of the Secretariat. Sixty-Fifth World Health Assembly A65/13. Geneva: World Health Organization; 2012.
410. Clark S. Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann*. 2004;35(3):149-60.
411. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *Int Fam Plan Perspect*. 2006;32(2):79-88.
412. Borja J, Adair LS. Assessing the net effect of young maternal age on birthweight. *Am J Hum Biol*. 2003;15(6):733-40.
413. Choe MK, Thapa S, Mishra V. Early marriage and early motherhood in Nepal. *J Biosoc Sci*. 2005;37(2):142-62.
414. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakcief M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(1):19-24.
415. Koniak-Griffin D, Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001;15(2):1-17.
416. Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Salaiah D, Silverman JG. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under 5 in India: cross sectional study of a nationally representative sample. *BMJ*. 2010;340:b4258.
417. Shawky S, Milaat W. Cumulative impact of early maternal marital age during the childbearing period. *Paediatr Perinat Ep*. 2001;15(1):27-33.
418. Senderowitz J. Adolescent health: Reassessing the passage to adulthood. World Bank Discussion Paper No. 272. Washington (DC): World Bank; 1995.
419. Early marriage, child spouses. *Innocenti Digest No. 7*. Florence: United Nations Children's Fund; 2001.
420. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternalperinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):342-9.
421. Resolution adopted by the General Assembly 60/141. The girl child. New York (NY): United Nations General Assembly; 2006.
422. Case No. 255711, heard 21 February 2001. Algerian Supreme Court; 2001.
423. Karimotu Yakubu v. Alhaji Paiko, CA/K/80s/85. Kaduna State, Nigeria: Federal Republic of Nigeria Court of Appeal; 1985.
424. Prosecutor v. Alex Tamba Brima, Brima Bazzy Kamara and Santigie Borbor Kanu. Appeals Chamber of the Special Court for Sierra Leone; 2008 (<http://www.refworld.org/docid/467fba742.html>, accessed 5 February 2015).
425. Agarwal B. *A field of one's own: gender and land rights in South Asia*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
426. Banda F. *Women, law and human rights: an African perspective*. Portland (OR): Hart Publishing; 2005.
427. Ewelukwa UU. Post-colonialism, gender, customary injustice: widows in African societies. *Hum Rights Quart*. 2002;24(2):424-86.
428. *Understanding and addressing violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2012.

429. Supplementary Convention on the Abolition of Slavery, the Slave Trade, and Institutions and Practices Similar to Slavery. Geneva: United Nations Economic and Social Council; 1956.
430. The Criminal Code: Federal Negarit Gazeta under Proclamation No. 414/2004, came into force as of 9 May 2005. Federal Democratic Republic of Ethiopia; 2004.
431. Hate crimes in the OSCE region – incidents and responses. Annual Report for 2006. Warsaw: Organization for Security and Cooperation in Europe/Office for Democratic Institutions and Human Rights; 2007.
432. Trans murder monitoring project reveals more than 800 reported murders of trans people in the last four years. Press release March 2012. Transgender Europe; 2012 (<http://www.tgeu.org/node/290>, accessed 5 February 2015).
433. Sandfort TG, Melendez RM, Diaz RM. Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in Latino gay and bisexual men. *J Sex Res.* 2007;44(2):181–9.
434. Human rights, sexual orientation and gender identity. Washington (DC): Organization of American States; 2013 (OAS/AG/RES.2653 (XLI-O/11)).
435. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2001;42(1):89–101.
436. Lahir A. Vulnerability of male and transgender sex workers to STIs/HIV in the context of violence and other human rights violations. Presentation given at the 8th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Sri Lanka, 2007.
437. Moradian A. The complexities of human sexuality, and Islamic laws and regulations in Iran. Chicago (IL): The Chicago School of Professional Psychology; 2009.
438. Concluding observations: Poland. New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/POL/CO/5).
439. Resolution adopted by the Human Rights Council. Human rights, sexual orientation and gender identity. New York (NY): United Nations General Assembly; 2014.
440. Resolution 1728 (2010): Discrimination on the basis of sexual orientation and gender identity. Strasbourg: Council of Europe Parliamentary Assembly; 2010.
441. Sentencing Act No. 49 of 1991. State of Victoria, Commonwealth of Australia; 1991.
442. Matthew Shepard and James Byrd, Jr., Hate Crimes Prevention Act of 2009, 18 U.S.C. § 249. United States Department of Justice; 2009.
443. The Law on the Prohibition of Discrimination [Unofficial translation from Serbian by Labris Serbia]. Serbia; 2009.
444. In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. New York (NY): United Nations General Assembly; 2006.
445. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Yakin Ertürk. Addendum: Mission to Turkey. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2007.
446. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Yakin Ertürk. Addendum: Mission to Sweden. Geneva: United Nations; 2007.
447. They want us exterminated: murder, torture, sexual orientation and gender in Iraq. Human Rights Watch Report 17 August 2009. New York (NY): Human Rights Watch; 2009.
448. The state of the world population: Chapter 3: ending violence against women and girls. New York (NY): United Nations Population Fund; 2000.
449. Turkish Penal Code, Law No. 5237. Republic of Turkey; 2004.
450. Convention relating to the Status of Refugees. New York (NY): United Nations; 1951.
451. UNHCR guidance note on refugee claims relating to sexual orientation and gender identity. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2008.
452. Council Directive 2004/83/EC of 29 April 2004 on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content of the protection granted (Official Journal L304/12). European Union; 2004.
453. *Geovanni Hernandez-Montiel v. INS*, 225 F.3d 1084, decided on 24 August 2000. United States of America, Court of Appeals for the 9th Circuit; 2000.
454. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014;104(5):e42–54. doi:10.2105/AJPH.2014.301909.
455. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *BMJ.* 2001;322:524–5.
456. Panchanadeswaran S, Johnson SS, Srikrishnan AK, Zelaya Ca, Solomon S, Go VF, Celentano D. A descriptive profile of abused female sex workers in India. *J Health Popul Nutr.* 2010;28(3):211–20.

457. Rhodes T, Simic M, Baros S, Platt L, Zikic B. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: a qualitative study. *BMJ*. 2008;337:a811.
458. Violence against sex workers and HIV prevention. Information Bulletin Series No. 3. Geneva: World Health Organization and The Global Coalition on Women and AIDS; 2005.
459. Gould C, Fick N. Selling sex in Cape Town: sex work and human trafficking in a South African city. Pretoria: Institute for Security Studies (ISS) and Sex Worker Education and Advocacy Taskforce (SWEAT); 2008.
460. Allinot S, Boer J, Brunemeyer N, Capler R, Cristen Gleeson DJ, Jacox K, et al. Voices for dignity: a call to end the harms caused by Canada's sex trade laws. Pivot Legal Society Sex Work Subcommittee; 2004.
461. Blankenship KM, Koester S. Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *J Law Med Ethics*. 2002;30(4):548-59.
462. Crago AL, Rakhmetova A, Klaradafov M, Islamova S, Maslove I. Central and Eastern Europe and Central Asia: police raids and violence put sex workers at risk of HIV. *HIV/AIDS Policy Law Rev*. 2008;13(2-3):71-2.
463. Mayhew S, Collumbien M, Qureshi A, Platt L, Rafiq N, Faisal A, et al. Protecting the unprotected: mixed method research on drug use, sex work and rights in Pakistan's fight against HIV/AIDS. *Sex Transm Infect*. 2009;85(Suppl 2):ii31-6.
464. Ngo Anh D, McCurdy SA, Ross MW, Markham C, Ratliff EA, Pham Hang TB. The lives of female sex workers in Vietnam: findings from a qualitative study. *Cult Health Sex*. 2007;9(6):555-70.
465. Jeffrey LA, Sullivan B. Canadian sex work policy for the 21st century: Enhancing rights and safety, lessons from Australia. *Can Pol Sci Rev*. 2009;3(1):57-76.
466. Karandikar S, Moises P. From client to pimp: male violence against female sex workers. *J Interpers Violence*. 2010;25:257-73.
467. Lutnick A, Cohan D. Criminalization, legalization or decriminalization of sex work: what female sex workers say in San Francisco, USA. *Reprod Health Matters*. 2009;17(34):38-46.
468. Miller J. Violence and coercion in Sri Lanka's commercial sex industry. *Violence Against Women*. 2002;8:1044-73.
469. Memorandum of support for New York State Bill S.323/A.1008. Ending the use of condom possession as evidence of prostitution. New York (NY): Human Rights Watch; 2012.
470. Wurth MH, Schleifer, McLemore M, Todrys KW, Amon JJ. Condoms as evidence of prostitution in the United States and the criminalization of sex work. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(1):10.7448/IAS.
471. Alexander P. Sex work and health: a question of safety in the workplace. *J Am Med Womens Assoc*. 1998;53(2):77-82.
472. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV prevention strategies and policy. *Am J Public Health*. 2009;99(4):659-65.
473. Pitcher J, Campbell R, Hubbard P, O'Beill M, Scouler J. Living and working in areas of street sex work: from conflict to coexistence. York, United Kingdom: Joseph Rowntree Foundation and The Policy Press; 2006.
474. Yi H, Mantell JE, Wu R, Lu Z, Zeng J, Wan Y. A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China. *Psychol Health Med*. 2010;15(2):172-87.
475. Brents BG, Hausbeck K. Violence and legalized brothel prostitution in Nevada: examining safety, risk and prostitution policy. *J Interpers Violence*. 2005;20(3):270-95.
476. Seib C, Fischer J, Najman JM. The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia. *Soc Sci Med*. 2009;68:473-8.
477. Regulating prostitution: an evaluation of the Prostitution Act 1999 (QLD). Australia: Queensland Crime and Misconduct Commission; 2004.
478. Operating a licensed sex work business: guide for licensees and approved managers. Melbourne, Australia: Victorian Consumer and Business Center; 2001.
479. Trafficking in persons: global patterns. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2006.
480. Gupta J, Raj A, Decker MR, Reed E, Silverman JG. HIV vulnerabilities of sex-trafficked Indian women and girls. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;107(1):30-4.
481. Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Maheshwari A, Willis BM, Raj A. HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *JAMA*. 2007;298(5):536-42.
482. Zimmerman C, Hossain M, Yun K, Roche B, Morison L, Watts C. Stolen smiles: the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and The European Commission's Daphne Programme; 2006.

483. Zimmerman C, Hossain M, Yun K, Gajdadziev V, Guzun N, Tchomarova M, et al. The health of trafficked women: a survey of women entering posttrafficking services in Europe. *Am J Public Health*. 2008;98(1):55–9.
484. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M, Watts C. Trafficking in persons: a health concern? *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1029–35.
485. Anti-Trafficking in Persons Act B.E. 2551 (2008). Kingdom of Thailand; 2008.
486. Recommended principles on human rights and human trafficking. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2002 (E/2002/68/Add.1).
487. Recommended Principles and Guidelines on Human Rights and Human Trafficking. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2002.
488. Council of Europe Convention on action against trafficking in human beings. Council of Europe Treaty Series No. 197. Warsaw: Council of Europe; 2005.
489. Report of the Special Rapporteur on trafficking in persons, especially women and children Joy Ngozi Ezeilo. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2011.
490. The state of the world's children 2012. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2012.
491. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*. 2000;27:227–34.
492. Talle A. Female circumcision in Africa and beyond: the anthropology of a difficult issue. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, editors. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick: Rutgers University Press; 2007:91–106.
493. Berg R, Denison E. Does female genital mutilation/ cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Social Policy*. 2012;9(1):41–56.
494. Berggren V, Yagoub AE, Satti AM, Khalifa MA, Aziz FA, Bergstrom S. Postpartum tightening operations on two delivering wards in Sudan. *Br J Midwifery*. 2006;14:1–4.
495. Gruenbaum E. Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Med Anthropol Q*. 2006;20:121.
496. Talle A. Transforming women into "pure" agnates: aspects of female infibulation in Somalia. In: Broch-Due V, Rudie I, Bleie T, editors. *Carved flesh, cast selves: gender symbols and social practices*. Oxford: Berg;1993:83–106.
497. Abusharaf RM. Virtuous cuts: female genital circumcision an African ontology. *Differences, a Journal of Feminist Cultural Studies*. 2001;12:112–40.
498. Ahmadu F. Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, editors. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy and change*. Boulder (CO): Lynne Rienner; 2000.
499. Hernlund Y. Cutting without ritual and ritual without cutting: female circumcision and the re-ritualization of initiation in the Gambia. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, editors. *Female "circumcision" in Africa: culture, change and controversy*. Boulder (CO): Lynne Rienner; 2000:235–52.
500. Johansen REB. Experiencing sex in exile: can genitals change their gender? In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, editors. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick: Rutgers University Press; 2007:248–77.
501. Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al-Said SS, Hasan SS, Lithell UB, et al. Male complications of female genital mutilation. *Soc Sci Med*. 2001;53:1455–60. doi:10.1016/S0277-9536(00)00428-7.
502. General Recommendation No. 14: Female circumcision. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 1990 (A/45/38).
503. Protocol on gender and development of the Southern African Development Community. Johannesburg: Southern African Development Community; 2008.
504. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2010.
505. Legislative reform to support the abandonment of female genital mutilation/cutting. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2010.
506. Kim Y. Asylum law and female genital mutilation: recent developments. CRS Report for Congress. Washington (DC): Congressional Research Service; 2008.
507. Executive Office for Immigration Review, Board of Immigration Appeals. Matter of S-A-K and H-A.H., Respondents. Washington (DC): United States Department of Justice; 2008 (24 I&D Dec. 464 (BIA 2008)).
508. Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet*. 2012;380:172–80.
509. Guidelines on ethical issues in the management of severely disabled women with gynecological problems. London: International Federation of Gynaecology and Obstetrics; 2011.

510. WMA statement on forced and coerced sterilisation. Adopted by 63rd WMA General Assembly, Bangkok Thailand, October 2012. World Medical Association (WMA); 2012 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s21/index.html>, accessed 5 February 2015).
511. General Comment No. 13: The right of the child to freedom from all forms of violence. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2011 (CRC/C/GC/13).
512. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Ms Radhika Coomaraswamy. Addendum 4: Policies and practices that impact women's reproductive rights and contribute to, cause or constitute violence against women. New York (NY): United Nations Commission on Human Rights; 1999.
513. General Comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights. New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2005 (E/C.12/2005/4).
514. Concluding Observations: Spain. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2011 (CRPD/C/ESP/CO/1).
515. Concluding Observations: Argentina. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2012 (CRPD/C/ARG/CO/1).
516. Concluding Observations: China. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2012 (CRPD/C/CHN/CO/1).
517. Concluding Observations: Hungary. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2012 (CRPD/C/HUN/CO/1).
518. Concluding Observations: Peru. Geneva: United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2012 (CRPD/C/Per/CO/1).
519. Interim report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak. New York (NY): United Nations; 2008.
520. Baldizzone T, Baldizzone G. Wedding ceremonies: ethnic symbols, costume and rituals. Paris: Flammarion; 2001.
521. Concluding Observations: Combined third and fourth periodic report of Jordan. Geneva: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2007 (CEDAW/C/JOR/CO/4).
522. Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: South Africa. Combined second, third and fourth periodic reports. Geneva: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2011 (CEDAW/C/ZAF/CO/4).
523. Supreme Court of Nepal. NKP 2055 (1998) vol. 8, p. 476. Cited in: Chagai RP. Judicial response to reproductive rights: experience of public interest litigation in Nepal. *J Health Stud.* 2008;1(2):24–47.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Departamento de Saúde Coletiva
Grupo de Pesquisa - Saúde, Ambiente e
Desenvolvimento (SAD)
www.sad.eco.br e www.ufrgs.br

