



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

Violência contra a mulher e a violação dos direitos humanos[☆]

Mario Francisco Giani Monteiro* e Alba Zaluar

Núcleo de Pesquisas da Violência (NUPEVI)/Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 11 de outubro de 2012

Aceito em 9 de novembro de 2012

On-line em 18 de julho de 2013

Palavras-chave:

Mortalidade

Violência contra mulheres

Direitos humanos

R E S U M O

A violência contra a mulher tem sido descrita como provavelmente a mais vergonhosa violação dos direitos humanos. É essencial resolver esse problema para a realização do terceiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sobre a igualdade de gênero e o respeito à vida, à integridade física, ao ir e vir e demais direitos fundamentais das mulheres. O objetivo deste trabalho é estimar e analisar as diferenças microrregionais das taxas de mortalidade por agressões a mulheres de 15 a 29 anos, grande parte com conotação de gênero, e produzir um mapa com as taxas de mortalidade por microrregião do Brasil. Foram estimadas as taxas médias anuais de mortalidade específica por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos nas 558 microrregiões do Brasil para um período de cinco anos de exposição, de 2002 a 2006, divididas em quatro categorias de análise: menos de 3 óbitos/100.000, de 3 a 6/100.000, de 6 a 9/100.000 e mais de 9/100.000. De 2002 a 2006 foram registrados 8.665 óbitos de mulheres de 15 a 29 anos em consequência de agressões. Das 558 microrregiões, 69 tiveram uma taxa maior do que 9/100.000, o que corresponde a 12,4% das microrregiões e demonstra uma grande desigualdade de riscos entre as microrregiões.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

Violence against women and human rights violation

A B S T R A C T

Violence against women has been described as perhaps the most shameful human rights violation. It is essential to solve this problem for the realization of the third Millennium Development Goal (MDG) on gender equality and respect for life, and other fundamental rights of women. The objective of this work is to estimate and analyze the micro-regional differences in mortality rates for aggression on women aged 15 to 29 years, mostly with gender connotation, and produce a map with mortality rates for Brazilian micro regions. We have estimated the average annual rates of specific mortality by aggression/100.000 women 15 to 29 years in 558 Brazilian Micro Regions for a five years period of exposure, from 2002 to 2006, divided into four categories for analysis: less than 3 deaths/100 000, 3 to 6/100.000,

Keywords:

Mortality

Violence against women

Human rights

[☆] Trabalho feito no NUPEVI, no Instituto de Medicina Social na UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: mario.f.monteiro@hotmail.com (M.F.G. Monteiro).

6 to 9/100.000 and more than 9/100.000. From 2002 to 2006 there were 8665 deaths in women 15 to 29 years as a result of aggression. Of the 558 micro regions, 69 had a rate greater than 9.0/100,000, accounting for 12.4% of the micro regions, showing large regional differences.

© 2012 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Introdução

A violência contra a mulher tem sido descrita como provavelmente a mais vergonhosa violação dos direitos humanos.¹ É essencial resolver esse problema para a realização do terceiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sobre a igualdade de gênero e o respeito à vida, à integridade física, ao ir e vir e demais direitos fundamentais das mulheres, bem como os seguintes ODMs:

- Quarto objetivo ODM – reduzir a mortalidade na infância;
- Quinto objetivo ODM – melhorar a saúde materna e;
- Sexto objetivo ODM – combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

É também uma questão vital para a paz e a segurança. Embora seja reconhecido como necessário, o investimento em serviços de prevenção e atenção às vítimas continua em grande medida sendo insuficiente. Mulheres são vítimas de morte violenta, seja diretamente – assassinato – ou indiretamente, em razão de suicídio e outras causas externas de morte. Essa violência também afeta a sobrevivência de crianças que dependem dos cuidados delas.¹

A violência contra a mulher, mesmo a que não é fatal, pode ter efeitos tanto de longo prazo quanto de curto prazo. Algumas vezes o resultado pode ser letal, como, por exemplo, no caso de violência sexual que pode resultar em gravidez indesejada, que, por sua vez, leva à prática do aborto inseguro, que resulta no falecimento da vítima. Mulheres que vivem com parceiros violentos podem não ter escolha no uso de métodos anticoncepcionais por imposição do parceiro. Além disso, a violência física pode ainda provocar abortos espontâneos e o aumento do risco de infecções por doenças sexualmente transmissíveis, como, por exemplo, HIV/AIDS.¹

A violência contra as mulheres é uma experiência generalizada em todo o mundo, com sérias implicações para a saúde pública, na medida em que pode levar diretamente a traumatismos sérios, incapacitações e óbitos, assim como, indiretamente, a uma variedade de problemas de saúde. Mudanças fisiológicas induzidas pelo estresse, pelo uso de substâncias ou falta de controle sobre a fertilidade e pela autonomia pessoal têm sido observadas frequentemente em relacionamentos abusivos. As mulheres que sofreram abusos têm altas taxas de gravidez não desejada, de abortos, de desfechos neonatais e infantis adversos, de infecções sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV) e de transtornos mentais (como depressão, transtornos de ansiedade, do sono e alimentares) em comparação com as que não sofreram abusos.² Grande parte da violência contra as mulheres é perpetrada por parceiros íntimos masculinos.^{2,3}

O estudo da OMS sobre saúde da mulher publicado em 2005⁴ considera que a violência contra as mulheres é tanto

causa como consequência da desigualdade de gêneros, o que produz um círculo vicioso que afeta tanto elas quanto os parentes que estão sob os cuidados delas. Por isso é essencial que sejam feitos tanto programas de prevenção primária que levem em conta a desigualdade de gênero e abordem as múltiplas causas dessa violência quanto mudanças na legislação e nos serviços que deem assistência a mulheres que sofrem violências.

A preocupação da ONU com esse tema foi também confirmada em 25/11/2011 no Dia Internacional para Eliminação da Violência contra a Mulher, quando o secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon,⁵ fez um apelo para que governos e parceiros em todo o mundo aproveitem a energia, as ideias e a liderança dos jovens para ajudar a pôr fim a esse tipo de violência, em busca de um mundo mais justo, pacífico e equitativo:

A violência contra mulheres e meninas tem muitas formas e é generalizada em todo o mundo. Ela inclui estupro, violência doméstica, assédio no trabalho, abusos na escola, mutilação genital e a violência sexual em conflitos armados. Ela é predominantemente causada por homens. Seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a perversidade dessa violência deve chocar a todos. A violência – e, em muitos casos, a simples ameaça – é uma das barreiras mais significantes para a plena igualdade das mulheres.

O objetivo deste trabalho é estimar e analisar as diferenças microrregionais das taxas de mortalidade por agressões a mulheres de 15 a 29 anos, grande parte com conotação de gênero, e produzir um mapa com as taxas de mortalidade por microrregião do Brasil.

Métodos

Por ter como unidade de análise as microrregiões do Brasil, este estudo pode ser classificado como ecológico (segundo a epidemiologia), no qual os objetos de análise são as taxas de mortalidade da população feminina de 15 a 29 anos em consequência de agressões, de 2002 a 2006 no Brasil.

Fontes dos dados

Os dados de mortalidade foram obtidos pelo programa Tabnet, desenvolvido pelo Datasus/Ministério da Saúde. A fonte dos dados de óbitos em consequência de agressões, por microrregião, é o Ministério da Saúde/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extbr.def>

A fonte dos dados sobre população residente de mulheres de 15 a 29 anos, para os anos intercensitários de 2002 a 2006: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus, baseadas nos censos demográficos do IBGE de 2000 e 2010. Disponível em URL:

Tabela 1 – Microrregiões da Região Norte com taxas médias anuais acima de 9 óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos no período de 2002 a 2006

Microrregiões com taxas acima de 9/100.000	Óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos
<i>Região Norte</i>	
14003 Caracarái	17,8
15020 Marabá	12,0
11003 Ariquemes	11,3
17004 Rio Formoso	11,3
11001 Porto Velho	11,0
11007 Vilhena	10,7
15016 Tucuruí	10,6
11004 Ji-Paraná	10,1
15021 Redenção	9,7
15018 S. Félix do Xingu	9,6
13008 R. Preto da Eva	9,1
15022 Conceição do Araguaia	9,1

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>.

Estimativas das taxas de mortalidade por 100.000 mulheres de 15 a 29 anos

As taxas específicas de mortalidade por agressões por microrregião (T-Micro) correspondem à taxa média anual de mortalidade por agressões na população feminina de 15 a 29 anos, para um período de cinco anos de exposição, de 2002 a 2006, e foram estimadas com a equação:

$$T_MICRO_X = \text{óbitos por agressões a mulheres de 15-29 anos na microrregião X, de 2002 a 2006} / \text{população de mulheres de 15-29 anos na mesma microrregião X, nos anos de 2002 a 2006 multiplicado por 100.000.}$$

O mapa foi gerado com o programa Tabwin e as taxas médias anuais, de 2002 a 2006, específicas de mortalidade por agressões por microrregião (T-Micro_X) foram categorizadas em quatro níveis:

- até 3 óbitos por agressão por 100.000 mulheres de 15 a 29 anos;
- mais de 3 até 6;
- mais de 6 até 9;
- mais de 9 óbitos por agressão por 100.000 mulheres de 15 a 29 anos.

Resultados

De 2002 a 2006 foram registrados 8.665 óbitos de mulheres de 15 a 29 anos em consequência de agressões, com uma média de 6,8 óbitos por agressão por 100.000 mulheres de 15 a 29 anos. Das 558 microrregiões, 69 tiveram uma taxa maior do que 9/100.000, o que corresponde a 12,4% das microrregiões (fig. 1).

As tabelas 1-5 mostram que as 69 microrregiões com taxas mais elevadas distribuíram-se em todas as grandes regiões da seguinte maneira: 12 na Região Norte, 10 na Região Nordeste, 19 na Região Sudeste, sete na Região Sul e 21 na Região Centro-Oeste. Não devemos, no entanto, ignorar que a fragilidade de

Tabela 2 – Microrregiões da Região Nordeste com taxas médias anuais acima de 9 óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos no período de 2002 a 2006

Microrregiões com taxas acima de 9/100.000	Óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos
<i>Região Nordeste</i>	
26017 Recife	15,2
27013 Penedo	14,2
23033 Brejo Santo	10,5
26018 Suape	10,4
27008 Serr. Quilombos	9,9
26008 Vale do Ipojuca	9,5
27002 Sert. S.Franc. AL	9,5
26005 Petrolina	9,4
29004 Juazeiro	9,3
27011 Maceió	9,2

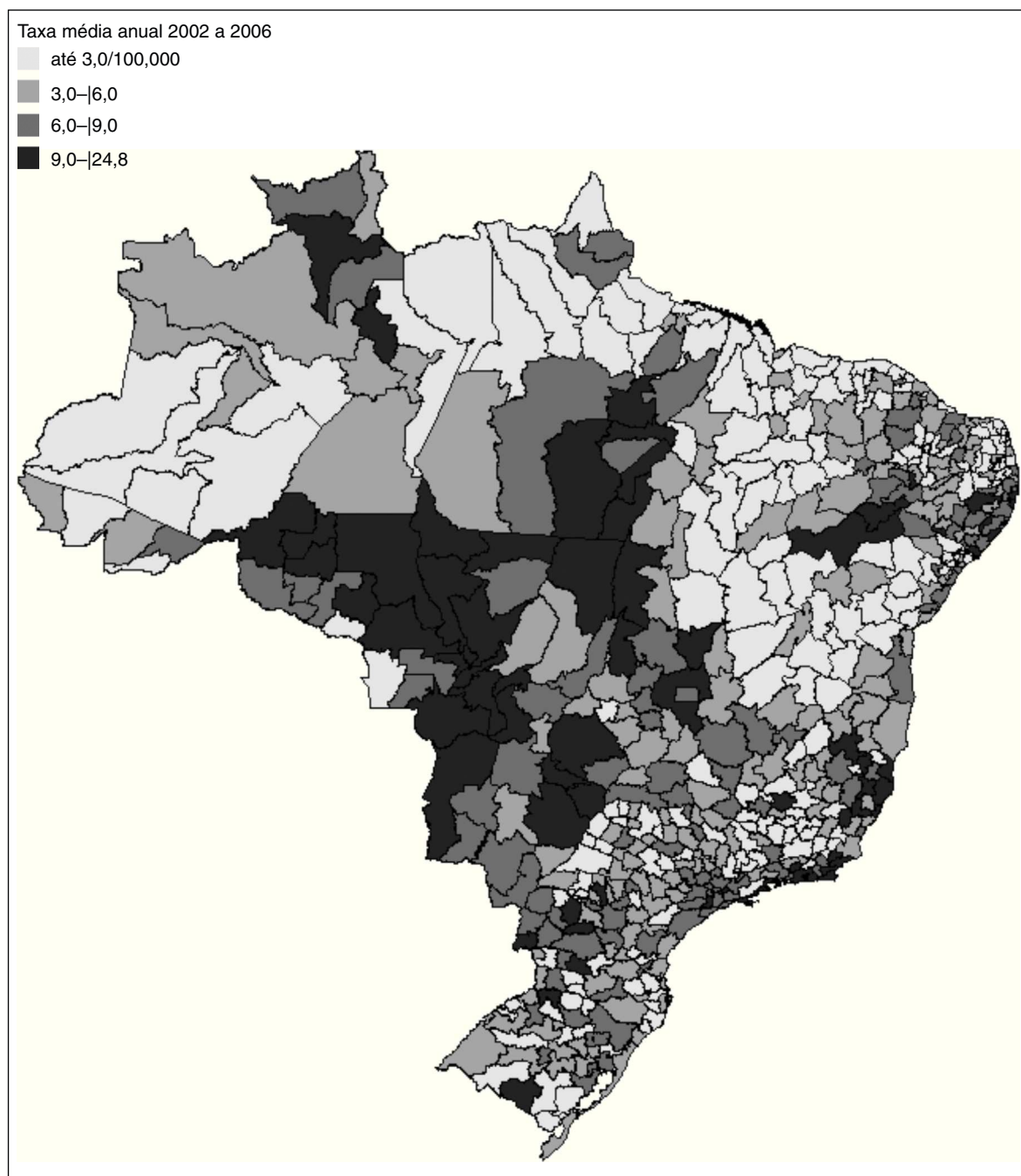
Tabela 3 – Microrregiões da Região Sudeste com taxas médias anuais acima de 9 óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos no período de 2002 a 2006

Microrregiões com taxas acima de 9/100.000	Óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos
<i>Região Sudeste</i>	
33009 Bacia de S. João	24,8
33004 Macaé	20,1
32009 Vitória	19,8
35054 Caraguatatuba	16
32005 São Mateus	15,2
32006 Linhares	13,9
35060 Itapac. Serra	13,2
31030 B. Horizonte	12,9
31015 Teófilo Otoni	12
33013 Baía I. Grande	12
32001 Barra S. Franc.	11,7
32003 Colatina	11,3
33008 S. M. Madalena	11,1
33010 Lagos	10,9
33018 Rio de Janeiro	10,9
35059 Guarulhos	10,4
33014 Vassouras	10
32007 Afonso Cláudio	9,8
32011 Alegre	9,2

algumas taxas de mortalidade estimadas pode estar associada com a qualidade do registro de óbitos; em algumas microrregiões o sub-registro de óbitos pode resultar em taxas mais baixas do que as de outras microrregiões onde o registro de óbitos é de boa qualidade. Assim, nem todas as microrregiões com taxas mais elevadas foram identificadas.

Tabela 4 – Microrregiões da Região Sul com taxas médias anuais acima de 9 óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos no período de 2002 a 2006

Microrregiões com taxas acima de 9/100.000	Óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos
<i>Região Sul</i>	
41030 Palmas	16,8
43003 Fred. Westphalen	12,2
41011 Londrina	11,5
43031 Campanha Merid.	11,2
41028 Pitanga	10,9
41005 Campo Mourão	10,1



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Dasis – SIM

Figura 1 – Distribuição das taxas médias anuais de mortalidade em consequência de agressão por 100.000 mulheres de 15 a 29 anos. Brasil por microrregião no quinquênio 2002 a 2006.

Quarenta microrregiões, mais da metade das microrregiões de alto risco (taxas acima de 9/100.000), estão nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste. Já a Região Sul é a que tem o menor número de microrregiões com taxas mais altas.

Discussão

O Brasil é um país conhecido pela sua diversidade ecológica e suas desigualdades sociais que se refletem nos riscos de

mortalidade. A pobreza e o analfabetismo são mais altos no Norte e Nordeste do país, de onde se originaram grandes correntes migratórias, durante os últimos 30 anos, na direção de Sudeste e do Centro Oeste.

Observa-se na [figura 1](#) uma diferença significativa entre as quatro categorias de risco encontradas: a categoria mais elevada (> 9 mortes/100.000) é três vezes maior do que a categoria mais baixa (< 3 mortes/100.000).

As desigualdades econômico-sociais são sobretudo regionais no Brasil. As taxas de analfabetismo e de pobreza são bem

Tabela 5 – Microrregiões da Região Centro Oeste com taxas médias anuais acima de 9 óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos no período de 2002 a 2006

Microrregiões com taxas acima de 9/100.000	Óbitos por agressão/100.000 mulheres de 15 a 29 anos
<i>Região Centro-Oeste</i>	
50007 Três Lagoas	22,3
51009 Norte Araguaia	18,4
51004 Parecis	16,5
51015 Alto Paraguai	15,5
50005 Cassilândia	14,2
50006 Paranaíba	14
51002 Alta Floresta	13,2
51003 Colíder	12,2
51001 Aripuanã	11,9
52012 Ent. Brasília	11,6
50001 Baixo Pantanal	11,4
52001 S. Miguel Arag.	11,3
51021 Rondonópolis	10,3
52005 Chap. Veadeiros	10,2
51019 Primavera Leste	10,1
51016 Rosário Oeste	9,9
52013 SO de Goiás	9,8
51018 Alto Pantanal	9,6
51005 Arinos	9,4
51006 A. Teles Pires	9,2
51017 Cuiabá	9,2

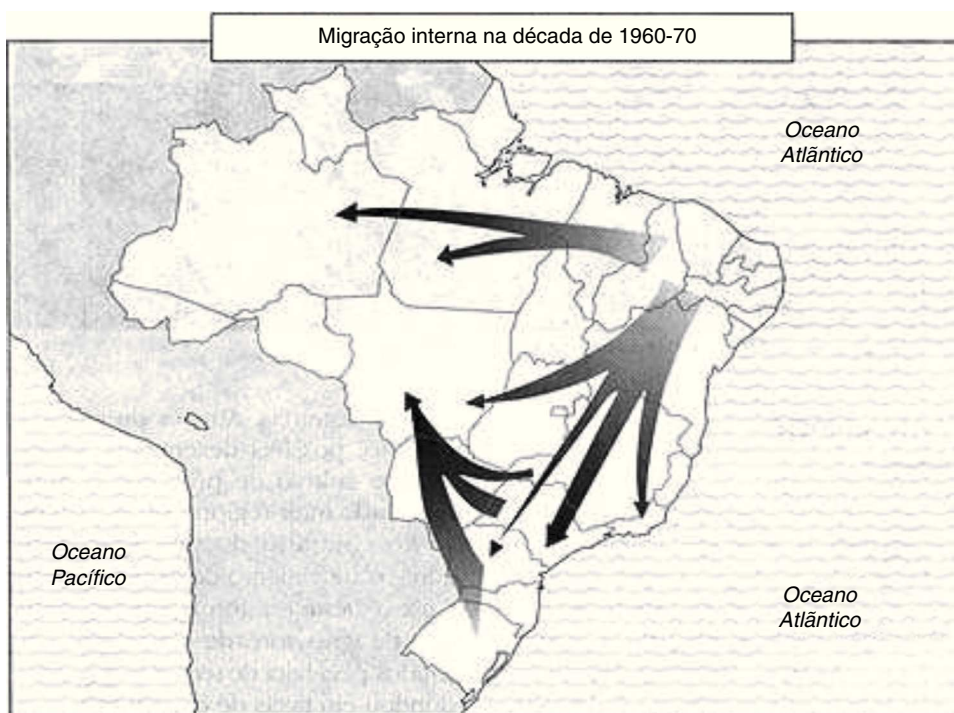
mais altas no Nordeste e no Norte do que no Sul e no Sudeste. Mas no risco de morte por agressão das mulheres interferem outros fatores, que têm a ver com as redes de relações sociais nas quais elas estão inseridas.

O Brasil também é conhecido pela intensa migração interna (fig. 2) que sempre marcou os ciclos econômicos da nossa história, tais como o da mineração em Minas Gerais no século XVIII, o do café no Rio de Janeiro no século XIX, o da borracha na Amazônia entre 1860 e 1910, o da industrialização em São Paulo e no Rio de Janeiro após 1930, a transferência da capital para Brasília em 1960 e, seguindo essa transferência, os planos de colonização do Norte e Centro-Oeste a partir de 1970.

Houve, portanto, um fluxo migratório rural-urbano, caracterizado pela concentração de população urbana e a expansão da rede urbana no país, mas com concentração em cidades do Sudeste – São Paulo e Rio de Janeiro. Esse processo culminou com a metropolização observada nas últimas décadas no Brasil.^{6,7}

O outro fluxo migratório, o rural-rural, perdurou no século XX com a Marcha para o Oeste do governo Vargas e a doutrina da segurança nacional dos governos militares, políticas que buscavam o povoamento e a integração da Amazônia e do Centro-Oeste ao país. Nesse fluxo, as migrações passam a decorrer mais das políticas governamentais, intensificadas a partir de 1970.^{8,9} Já em 1967, com a construção da Zona Franca de Manaus, recomeça a migração para a Amazônia, por causa dos incentivos dados pelos governos militares com o objetivo de povoar essa região. O fluxo para Rondônia e Roraima atinge seu ápice entre 1970-1981, com o programa governamental Polonoroeste e o início do garimpo do ouro (fig. 2).^{10,11}

A literatura a respeito tem frisado principalmente os conflitos étnicos entre os brasileiros e os povos indígenas que habitam há séculos essas regiões.¹⁰ Entretanto, como nas últimas décadas as maiores correntes de migração vão na direção do Sudeste e do Centro-Oeste (fig. 2), e é justamente nessas



Fonte: Panorama Geográfico Brasileiro¹²

Figura 2 – Correntes migratórias internas do Brasil entre 1960 e 1970.

grandes regiões que se encontram as taxas mais elevadas de mortalidade feminina por agressão, com muitas microrregiões apresentando taxas maiores do que 9/100.000, é preciso pensar nos efeitos das constantes migrações sobre as redes sociais em torno das mulheres.

É sabido que as migrações constantes têm efeitos negativos sobre a coesão social e as relações de solidariedade e dificultam o cuidado e a proteção mútuos entre parentes e vizinhos. As mulheres, especialmente as que migram sozinhas, perdem a proteção dos seus parentes mais próximos, não têm tempo suficiente para desenvolver relações de confiança e de solidariedade com os vizinhos e ficam praticamente sozinhas. Isso as atinge justamente na faixa de idade de maior produtividade no trabalho e também de maior fecundidade, ou seja, dos 15 aos 29 anos.

Segundo a teoria da eficácia coletiva de Sampson,^{12,13} as zonas onde há mais coesão social por causa da homogeneidade étnica, religiosa e social, onde a moradia é de longa data e os vizinhos desenvolveram relações de confiança e ajuda mútua, onde há mais associações vicinais, são que apresentam taxas de criminalidade mais baixas, escolas mais eficazes, bem como adultos mais responsáveis que socializam os jovens segundo as regras de convivência e os valores internalizados no processo de socialização, aprovados socialmente pelos locais, aí incluída a proteção dos mais frágeis, como as mulheres, as crianças e os idosos.

Em suma, as redes sociais de longa duração estabelecem a confiança, a reciprocidade nos laços sociais e, portanto, a solidariedade, todas necessárias para a construção do bem coletivo.^{12,13}

Conclusão

A constante migração interprovincial e interurbana, por deslocar as pessoas para locais onde não estão protegidas por essas redes sociais de maior coesão, enfraquece tais capacidades de cuidado com os fracos, por causa do pouco tempo para desenvolver novas formas de solidariedade. Em contexto de instabilidade social, pouca convivência e heterogeneidade cultural, não se produzem os laços sociais entre pessoas estranhas ao local.³

Recomendações

As diferenças de risco entre as diversas microrregiões do Brasil são bastante significativas, por isso consideramos ser necessário implementar as recomendações da 39ª Sessão da Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW),¹⁴ entre as quais destacamos algumas, que são reproduzidas a seguir.

A Convenção incentiva o Brasil a continuar os seus esforços no sentido de garantir uma legislação eficaz e generalizada em favor das mulheres.

Apesar dos esforços e das reformas empreendidas pelo governo brasileiro, os peritos do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres expressaram preocupação (25/7/2007) pela aplicação irregular de leis e políticas para mulheres em todo o país, a persistência de estereótipos e

da alta taxa de mortalidade materna, depois de ouvir a apresentação do sexto relatório periódico do Brasil.¹⁴

Os membros do Comitê demonstraram preocupação também com as lacunas na execução das políticas nacionais, dada a complexidade da estrutura federativa do país. Vários especialistas ficaram particularmente surpresos com o mecanismo de “controle social” e o sistema de monitoramento e fiscalização de políticas por parte da sociedade civil, na ausência das autoridades competentes. Ou seja, é preciso mais engajamento de órgãos governamentais, nos seus três níveis, para que sejam afinal retroagidos os efeitos que as macropolíticas governamentais no Brasil tiveram sobre a violência contra as mulheres.¹⁴

Sugeriram também o desenvolvimento de campanhas de conscientização entre a população e os magistrados, bem como mecanismos de verificação de execução dos projetos e das políticas de redução dos riscos de violências contra as mulheres.¹⁴

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Garcia-Moreno C, Watts C. La violence envers les femmes: une urgence de santé publique. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. 2011;89, 2-2. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/fr/>
2. OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Organização Mundial da Saúde. 2011:55-6. Disponível em http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf
3. Zaluar A. Agressão física e gênero na cidade do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2009;24:9-24.
4. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva, 2005.
5. Ban Ki-moon. Mensagem do Secretário-Geral das Nações Unidas para o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra a Mulher. ONU, Comunicados, 25/11/2011. Disponível em <http://www.onu.org.br/dia-internacional-para-a-eliminacao-da-violencia-contra-a-mulher-2011/>
6. Faria V. Cinquenta anos de urbanização no Brasil. Novos Estudos Cebrap. São Paulo, n°. 29, mar./1991.
7. Pacheco CA, Patarra NL. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões? In: Patarra NL, et al., editors. Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo 1980-1993. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 1997.
8. Martine G, Camargo L. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências e perspectivas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais Campinas. 1984;1, jan./dez.
9. Vainer CB. Estado e migrações no Brasil: anotações para uma história das políticas migratórias. Travessia - Revista do Migrante. 2000;13.
10. Martins D, Vanalli S. Migrantes. 6ª. ed. São Paulo: Contexto; 2004.
11. Adas M. Panorama geográfico brasileiro. São Paulo: Moderna; 2004.

-
12. Sampson R, Morenoff D, Gannon-Rowley T. Assessing neighborhood effects: social processes and new directions in research. *Annual Reviews Sociology*. 2002;28:443-78.
 13. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997;277:918-24. Disponible em <http://www.sciencemag.org/content/277/5328/918.Abstract>
 14. Nations Unies. Le Comité encourage le Brésil à poursuivre ses efforts en assurant une application efficace et généralisée de ses lois en faveur des femmes. New York, Juillet 2007/Cedaw, 39^e Session, Le Rapport du Bresil. Disponible em http://www.aidh.org/Femme/Comite_FE/39-bresil.htm