



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Fernanda Irene da Silva Ramos

**Análise histórica das políticas de planejamento  
familiar no Brasil**

Rio de Janeiro

2008

Fernanda Irene da Silva Ramos

**Análise histórica das políticas de planejamento  
familiar no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

R175 Ramos, Fernanda Irene da Silva.  
Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil /  
Fernanda Irene da Silva Ramos. – 2008.  
123f.

Orientador: Luiz Antonio de Castro Santos.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de  
Medicina Social.

1. Planejamento familiar – Brasil – História – Teses. 2. Políticas públicas – Brasil –  
Teses. 3. Anticoncepção – Brasil – Teses. I. Santos, Luiz Antonio de Castro. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.  
Título.

CDU 314.336(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou  
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Fernanda Irene da Silva Ramos

**Análise histórica das políticas de planejamento  
familiar no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de maio de 2008.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos (Orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz  
Escola de Enfermagem - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Portes Vargas  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Mario Francisco Giani Monteiro  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria de Souza Monteiro Campos  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2008

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Irene, pelo amor incondicional, carinho, compreensão e companheirismo; ao meu filho Heitor, razão do meu viver; e ao Paulo, companheiro de todas as horas, pelo apoio e incentivo constante.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos que, apesar de todos os percalços, me deu a oportunidade de buscar esse título.

Agradeço aos meus pais pela paciência, carinho e companheirismo e apoio antes, durante e (sei que) após a elaboração deste trabalho, e por suportar com compreensão minha ausência.

Ao meu filho Heitor, pela compreensão, incentivo e por aceitar os longos momentos de minha ausência.

Ao meu companheiro Paulo, pela presença constante, incentivo, paciência e apoio nos momentos mais difíceis.

À Cecília, minha companheira nessa longa e difícil caminhada, pelo apoio e incentivo nas horas de dificuldades.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pela amizade, competência, compreensão e ajuda para a realização desta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliana Branco Malanga, pelo tempo a mim dedicado, ajuda e contribuição para a finalização da pesquisa.

À Tina Amado, pela competência, paciência e ajuda incondicional na revisão desta tese.

À minha Tia Olga, pelo carinho e apoio em todas as horas.

À minha amiga Fátima Dias, pela força, apoio, incentivo e ajuda em todos os momentos dessa caminhada.

À Dra. Perpétua Bezerra, diretora do Centro de Assistência à Criança, pela compreensão e apoio para que pudesse realizar esta pesquisa.

A todas as enfermeiras que, ao longo desses anos, foram chefes do Setor de Enfermagem do Centro de Assistência à Criança, pela compreensão, incentivo e ajuda, sem a qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

Agradeço profundamente a todos os meus mestres, pela sabedoria dividida.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Agradeço infinitamente a Deus, por ter permitido minha existência e a conseqüente busca da realização de todos os meus ideais.

## RESUMO

RAMOS, Fernanda Irene da Silva . *Análise das políticas de planejamento familiar no Brasil*. 2008. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O objetivo desta tese é traçar um panorama histórico das políticas públicas de planejamento familiar do Estado brasileiro, inserindo-o no contexto da complexa conjuntura sociopolítico-econômica no período de 1980 até a atualidade. Mediante pesquisa bibliográfica e documental, investigam-se, na interseção das políticas para população, mulher e saúde, as influências e interesses que incidem sobre programas de planejamento familiar. Após recuperar brevemente a trajetória dos movimentos de mulheres e feministas, que constituíram atores sociais centrais no debate sobre as políticas de população e de planejamento familiar, focaliza-se a drástica redução nas taxas de fecundidade da mulher brasileira ocorrida a partir dos anos 1960, na vigência oficial de uma política natalista, mas na omissão do Estado ao permitir a difusão no país de organizações de cunho controlista, que viabilizaram às mulheres o acesso à pílula anticoncepcional e à esterilização. Acompanha-se a evolução das políticas de população em nível mundial, destacando a atuação da Organização das Nações Unidas e de suas conferências mundiais, focalizando a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, que provocou uma inflexão nas políticas de saúde “da mulher” para “saúde reprodutiva”. No Brasil, que já contava com um programa pioneiro de saúde da mulher – o Piasm (1983) –, os efeitos do Cairo vieram somar-se à definição do planejamento familiar pela Constituição de 1988 e à instituição do Sistema Único de Saúde em 1990. A análise permitiu identificar as influências externas e internas que incidem sobre a política de planejamento familiar. A política de planejamento familiar do país hoje configura-se democrática, abrangente e descentralizada, sendo a principal tensão identificada entre seus enunciados e sua implementação na prática, ou seja, só será efetiva se houver um controle social eficaz.

Palavras-chave: Anticoncepção. Planejamento familiar/história. Normas. Tendências

## ABSTRACT

The purpose of this study is to elaborate a historical overview of Brazilian state family planning policies within the complex socio-political period from 1980 to the present. By resorting to related literature and official documents, influences and interests on family planning programs are examined in their inter-relation with population, women, and health policies. After a brief recollection of women and feminist movements, who were central actors in the debate on population and family planning policies, the analysis focuses the drastic reduction in fertility rates in the country from the 1960s on, when the state, while holding a natalism official policy, overlooked the spreading of birth control agencies all over the country, which made sterilization and the pill available to women. The evolution of population policies is followed in parallel, underlining the United Nations world conferences, particularly the International Conference on Population and Development held in Cairo in 1994, which drew an inflection on “women’s health” policies onto “reproductive health”. Its echoes in Brazil added up to the pioneering program on women’s health Paism (1983), to the definition of family planning in the country’s Constitution of 1988, and to the institution of the national Health System in 1990. The analysis allowed to identifying foreign and internal pressures acting upon family planning policies. The country’s current family planning policy may be said to be a democratic, far-reaching and decentralised one, where the main tension lies on the gap between its statement and its practical implementation – which can only be overcome by an effective social control.

Keywords: Contraception. Family planning/history. Norms. Trends



## LISTA DE GRÁFICOS

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Taxas de fecundidade no Brasil, 1940 -2000 .....                                  | 25 |
| Gráfico 2 | Evolução da taxa de fecundidade total, Brasil e grandes regiões, 1940 -2000 ..... | 25 |
| Gráfico 3 | Taxas de fecundidade na América do Sul, 2000 .....                                | 26 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Abep – Associação Brasileira de Estudos Populacionais
- ABPF – Associação Brasileira de Planejamento Familiar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- Bemfam – Sociedade Civil de Bem-Estar da Família
- Cebrap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
- Clacso – Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais
- CNPD – Conselho Nacional de População e Desenvolvimento
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- Comin – Coordenação Materno-Infantil
- CPAIMC – Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
- CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
- DHs – Direitos humanos
- DIU – Dispositivo intra-uterino
- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
- DOU – Diário Oficial da União
- DST – Doenças sexualmente transmissíveis
- EUA – Estados Unidos da América
- FGV – Fundação Getúlio Vargas
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- FPIA – Family Planning International Assistance
- HIV – *Human immunodeficiency vírus*

- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPPF – International Planned Parenthood Federatio
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização não-governamental
- ONU – Organização das Nações Unida
- Paism – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PEP – Programa Especial de Pediatria
- PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
- PMI – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
- Pnad – Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios
- PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
- Ppgar – Programa de Prevenção de Gravidez de Alto-Risco
- PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil
- Saism – Serviço de Assistência à Saúde da Mulher
- SES – Secretarias Estaduais de Saúde
- Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública
- Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
- SMS – Secretarias Municipais de Saúde
- SOF – Sempre-Viva Organização Feminista
- SSR – Saúde sexual e reprodutiva
- Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas  
p

UTI – Unidade de terapia intensiva

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 12 |
| <b>JUSTIFICATIVA</b> .....   | 13 |
| <b>OBJETIVOS</b> .....   | 16 |
| <b>METODOLOGIA</b> .....   | 16 |
| <b>1 A QUESTÃO DA MULHER NO BRASIL</b> .....                                       | 19 |
| <b>2 A QUESTÃO DEMOGRÁFICA</b> .....   | 24 |
| 2.1 <b>O declínio da fecundidade da mulher brasileira</b> .....                    | 24 |
| 2.2 <b>Análises da transição demográfica</b> .....                                 | 27 |
| 2.3 <b>Novas questões demográficas</b> .....                                       | 30 |
| <b>3 POLÍTICAS DE POPULAÇÃO</b> .....  | 33 |
| 3.1 <b>Políticas de natalidade: tendências no início do século XX</b> .....        | 33 |
| 3.2 <b>O pós-guerra, a ONU e a questão populacional</b> .....                      | 36 |
| 3.3 <b>A Conferência do Cairo: direitos reprodutivos e saúde reprodutiva</b> ..... | 44 |
| <b>4 PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL</b> .....                 | 49 |
| 4.1 <b>Antecedentes históricos</b> .....   | 49 |
| 4.2 <b>Aperfeiçoamento dos métodos anticoncepcionais</b> .....                     | 50 |
| 4.3 <b>Evolução do planejamento familiar no país</b> .....                         | 52 |
| 4.4 <b>Políticas de saúde no Brasil</b> .....                                      | 58 |
| 4.5 <b>O Páism</b> .....   | 66 |
| 4.6 <b>Do SUS aos dias atuais</b> .....  | 69 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 4.6.1 | <u>Assistência de saúde nas seguradoras e cooperativas</u> .....  | 74  |
| 4.6.2 | <u>O planejamento familiar no Paim/SUS</u> .....  | 75  |
| 4.6.3 | <u>A inflexão saúde da mulher →saúde reprodutiva</u> .....  | 79  |
| 4.6.4 | <u>Plano de ação 2004-2007</u> .....  | 81  |
| 4.7   | <b>Contracepção, esterilização e aborto</b> .....   | 87  |
| 4.8   | <b>Legislação sobre planejamento familiar, esterilização e aborto</b> ....                                | 92  |
| 4.9   | <b>O planejamento familiar no Brasil hoje</b> .....   | 98  |
| 5     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 101 |
|       | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 110 |
|       | <b>ANEXO A</b> – O planejamento familiar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ..... | 119 |
|       | <b>ANEXO B</b> – Lei do planejamento familiar: Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 .....               | 120 |

## INTRODUÇÃO

O planejamento familiar constitui um aspecto importante da assistência à saúde; é um tema que transcende as fronteiras da vida individual e faz parte das agendas de políticas públicas, de organizações não-governamentais, do movimento social feminista e da mídia. Poder planejar a família, isto é, ter filhos se e quando quiser, é um direito universal, consagrado pelas Nações Unidas. No mundo inteiro, governos vêm investindo, discutindo e implantando medidas no intuito de efetivar os direitos reprodutivos dos cidadãos e cidadãs.

Direitos reprodutivos são os direitos de decidir de forma livre e responsável e de ter acesso às informações e meios para tomada de decisões sobre a própria reprodução. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade, sem discriminação ou coerção – “o que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e, conseqüentemente, da vida democrática” (Ávila, 2003, p.466).

Nesse sentido, pode-se afirmar que tornar efetivos os direitos sexuais e reprodutivos é buscar a convergência entre as necessidades da população e a oferta de atendimento e recursos pelos serviços públicos no que diz respeito à reprodução humana.

O planejamento familiar é um desses serviços. Como, porém, tem as inúmeras implicações inerentes à regulação da fertilidade humana, é um tema polêmico, vinculado a questões demográficas, religião, moral e ética:

O planejamento familiar tem conotação mais ampla inerente à expressão, à consideração de fatores físicos, sociais, psicológicos, econômicos e teológicos que afetam a família e influenciam as decisões relacionadas com o planejamento de filhos e a utilização de vários métodos anticoncepcionais (Ziegel & Cranley, 1986, p.107).

Entende-se por serviços de planejamento familiar aqueles voltados a oferecer à população informação e meios para a tomada de decisões reprodutivas, para a auto-regulação da fecundidade. Junto com os serviços que atendem à maternidade,

à concepção assistida, à esterilização e outros, constituem o atendimento à saúde reprodutiva. O conceito de saúde reprodutiva foi definido pela Conferência de População do Cairo em 1994 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (Unfpa & CNPD, s.d.). O documento da Conferência prossegue lembrando que a saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, “tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”.

Em princípio, o atendimento à saúde reprodutiva dirige-se a homens e mulheres. No entanto, tendo em vista a flagrante diferença de papéis biológicos entre homens e mulheres no processo da reprodução, é sobre estas últimas que recai o foco do atendimento. O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente. Tradicionalmente, o tema era considerado “saúde da mulher”.

Uma investigação histórica sobre serviços e políticas de planejamento familiar não pode pois prescindir de examinar o que foi inicialmente chamado de “a questão da mulher”. Uma importante linha de pesquisa dos estudos de gênero debruçou-se sobre “saúde da mulher”, depois “reprodutiva”, logo sobre saúde e direitos reprodutivos e, finalmente, sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Os movimentos de mulheres e o movimento feminista tiveram importante papel no estabelecimento das políticas de saúde reprodutiva.

### **Justificativa**

A experiência desta pesquisadora com assuntos relacionados à saúde da mulher, desde o início da vida acadêmica, como aluna, sempre lhe foi atrativa e intrigante, especialmente no que diz respeito ao planejamento familiar. Um dos motivos que a conduziu a este estudo foi a experiência profissional como enfermeira obstetra e professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, onde leciona a disciplina de Enfermagem Materno-Infantil. Como esta tem carga horária teórica e prática, em todos os



semestres leva os alunos da Universidade a vários campos de estágio, que incluem postos de saúde, hospitais-escolas e casas de parto, todos da rede pública de saúde, assumindo aí as atividades pertinentes ao setor e ao ensinamento dos alunos. Nesses locais observava ou participava ativamente de diversas atividades durante a regência das aulas, como por exemplo: consultas de enfermagem ao pré-natal saudável e ao de alto-risco no ambulatório de pré-natal; inspeção e palpação das mamas, colheita de material cérvico-uterino para o exame do Papanicolau, no ambulatório de prevenção do câncer ginecológico e de mama; vacinação no ambulatório de puericultura e educação continuada; também observava, com os alunos, as atividades do ambulatório de planejamento familiar as consultas de enfermagem de puericultura. Como docente, também participou de movimentos em torno das mudanças do setor de saúde por meio de congressos, seminários e grupos de estudo e discussão, notadamente no que diz respeito à saúde da mulher.

Nos hospitais e casas de parto, atuava em todos os setores por onde passam as parturientes: sala de exame e preparo (verificação de contrações, toque vaginal e ausculta do batimento cardíaco do feto); sala de pré-parto (assistência de enfermagem durante o trabalho de parto); sala de parto (realização do parto normal e cuidados imediatos ao recém-nascido); puerpério (assistência de enfermagem ao puerpério imediato, orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido).

É nesses hospitais que se concentra um grande número de atendimentos a mulheres com quadro de graves complicações resultantes de abortos provocados, advindos de uma gravidez indesejada. Por estar a pesquisadora tão envolvida no assunto em questão, perguntava-se sobre a ineficácia do serviço de planejamento familiar em não lograr evitar a gravidez indesejada. Também nesses hospitais pôde observar as danosas conseqüências para as crianças nascidas de gestações indesejadas, assim como para as mães, freqüentemente muito jovens, imaturas e despreparadas.

Além de exercer as funções acima, a pesquisadora trabalha há 19 anos como enfermeira em hospital infantil da Prefeitura de Fortaleza, Ceará.

Anteriormente, em sua dissertação de mestrado, a pesquisadora teve a oportunidade de examinar a oferta de serviços de planejamento familiar na Grande Fortaleza, com o intuito de saber o que existia como política pública em relação ao planejamento familiar na cidade. Os resultados foram significativos, porém preocupantes. Conforme os dados, apenas 10 dos 27 serviços de planejamento familiar cadastrados na capital funcionavam há pelo menos dois anos e ofereciam os métodos anticoncepcionais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Contudo, observou-se divergência entre a atuação desses serviços e as diretrizes do MS, sobretudo entre a voz dos profissionais e a voz das usuárias. Um aspecto a ser ressaltado é que, dos 10 serviços, apenas dois tinham ações direcionadas à adolescência (Ramos, 1997).

Como a pesquisa de mestrado foi empírica e localizada, decidiu-se então a aprofundar o tema, estudando a trajetória das políticas públicas de planejamento familiar desenvolvidas ao longo do tempo pelo Estado brasileiro. Esta tese nasceu pois da necessidade de buscar relações entre a prática e a teoria, de modo que a reflexão sobre a prática enriqueça a teoria e esta modifique a aplicação de seu uso, pois é uma tendência e uma necessidade do ensino superior na atualidade:

Essa renovação do conhecimento deve se dar num diálogo entre a teoria e a prática, numa reflexão teórica sobre a vivência cotidiana, pois quem faz é que sabe sobre seu fazer, mas, ao mesmo tempo, num abrir-se para novas propostas que possam mostrar saídas. [...]. Elas não estão prontas, precisam ser criadas pelo próprio educador, dotado de consciência política e social (Malanga & Lucchesi, 2005, p.5).

No intuito de melhor entender a direção, as tensões que atingem seu desenvolvimento, as tendências atuais e o jogo de forças sociais e influências sobre as políticas públicas de planejamento familiar no Brasil, é que se formula o problema desta tese: Quais são as influências, tensões e tendências que se delineiam nas políticas públicas de planejamento familiar no Brasil?

## **Objetivos**

O objetivo geral desta tese é traçar um panorama histórico das políticas públicas de planejamento familiar do Estado brasileiro, inserindo-o no contexto da complexa conjuntura política e econômica no período de 1980 até a atualidade. Esse recorte temporal foi determinado porque foi a partir da década de 1980 que, no Brasil, tiveram início as políticas públicas direcionadas à saúde da mulher – que está diretamente relacionada à questão. Além disso, como as políticas relativas ao planejamento familiar situam-se na interseção das políticas de população e das políticas de saúde – especialmente, saúde feminina –, este estudo deverá retratar, paralelamente, um breve panorama histórico da questão da mulher no país, bem como do desenvolvimento das políticas de saúde e de população.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- Identificar as concepções de planejamento familiar que nortearam as políticas adotadas no país e caracterizar a política vigente no país;
- Investigar, na interseção das políticas para população, mulher e saúde, as influências e interesses que incidem sobre programas de planejamento familiar.

O estudo pode ser considerado, portanto, como a busca de resposta às seguintes questões:

- Quais as concepções implícitas às políticas de planejamento familiar e as influências políticas e ideológicas que as nortearam?
- Qual a política de planejamento familiar vigente no país?

## **Metodologia**

Esta pesquisa utiliza o método histórico e, para coleta de dados, a pesquisa bibliográfica e documental. Devido à vivência da pesquisadora como enfermeira e como professora de enfermagem, poder-se-ia acrescentar o emprego da técnica de observação direta assistemática participante (Marconi & Lakatos, 1990), que consiste em obter dados para uma pesquisa enquanto se faz parte como membro

ativo de um grupo humano. Mas, na realidade, essa participação influenciou mais na escolha do tema e delimitação do objeto de pesquisa do que propriamente nos aspectos metodológicos.

Foi feito um levantamento da legislação vigente, das propostas e programas de planejamento familiar e temas correlatos; e foram pesquisados dados demográficos de fontes secundárias – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e MS, com consultas a documentos oficiais, relatórios técnicos, atas e resoluções de congressos e eventos internacionais, além da bibliografia científica disponível sobre o tema.

A opção pela análise histórica de questões diversas que coincidiram no tempo apresentou o problema de como abordá-las cronologicamente. Optou-se então por apresentá-las inicialmente de forma paralela, entrelaçando aos poucos os fios que tecem o panorama que se quer traçar.

Assim, no primeiro capítulo, recupera-se brevemente a trajetória de luta dos movimentos de mulheres e feministas, que constituem atores sociais centrais no debate sobre as políticas de população e de planejamento familiar. O Capítulo 2 busca traçar o quadro demográfico do país ao longo do século XX, focalizando a drástica redução nas taxas de fecundidade da mulher brasileira ocorrida a partir dos anos 1960, cuja análise é central para a discussão do planejamento familiar. O terceiro capítulo acompanha a evolução das políticas de população em nível mundial, destacando a atuação da Organização das Nações Unidas, na segunda metade do século, cujas conferências mundiais têm repercussões necessárias na conformação de políticas nacionais. Focaliza-se especialmente a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, de maior relevância para o estudo das políticas de saúde e de planejamento familiar.

No Capítulo 4, o desenvolvimento das políticas de planejamento familiar é examinado simultaneamente ao das políticas de saúde reprodutiva. A análise aí retoma o movimento acima descrito: examinam-se inicialmente, em paralelo, os

antecedentes do planejamento familiar e das políticas de saúde para mulher. Os dois fios se entrelaçam com o lançamento do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que pela primeira vez definiu um programa nacional de planejamento familiar, consagrado na Constituição de 1988; e se juntam definitivamente pouco tempo depois, com o lançamento do Sistema Único de Saúde e a inflexão nas políticas de saúde que, no pós-Cairo, passaram a visar a saúde reprodutiva, e onde o planejamento familiar assume caráter central. No mesmo capítulo discutem-se ainda as questões da esterilização cirúrgica feminina e do aborto, apresenta-se sucintamente a legislação pertinente para, finalmente, sintetizar a história do planejamento familiar no Brasil e caracterizar a política vigente.

As considerações finais buscam articular a história do planejamento familiar no Brasil às diversas outras questões abordadas, respondendo as questões que nortearam o estudo. Discutem, assim, as principais tensões e influências que incidiram – e ainda incidem – sobre as políticas e programas de planejamento familiar no país.

## CAPÍTULO 1

### A QUESTÃO DA MULHER NO BRASIL

“É histórica a luta dos movimentos de mulheres por seus direitos. Esses movimentos lutaram contra a ditadura militar, pela garantia da democracia, contra o racismo...” (Pitanguy, 2002). No século XIX apareceram as primeiras manifestações de mulheres brasileiras, desafiando a ordem conservadora que excluía a mulher do mundo público. Lutavam pelo voto, ou seja, pela igualdade política, e, também, pela emancipação feminina da dominação masculina em todos os aspectos da vida da mulher.

Na primeira metade do século XX, mulheres tiveram participação importante, entre outros eventos, na greve de 1917 (Pitanguy, 2002). Em 1922, aquela que é considerada a pioneira no feminismo brasileiro, Berta Lutz (1893-1980), fundou a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, que lutava pelo voto, pela escolha do domicílio e pelo trabalho de mulheres sem autorização do marido (Teles, 2003). O Rio Grande do Norte foi o estado pioneiro no país a legalizar o voto feminino, em 1927. E em 1933 finalmente estendia-se o direito a voto e à representação política às mulheres. Da constituinte de 1934 participou a primeira representante do sexo feminino, deputada Carlota Pereira de Queirós. Ainda de acordo com Teles (2003), além dos grupos que se organizavam para a luta por direitos políticos, outras mulheres, livre-pensadoras, criavam jornais e escreviam livros e peças de teatro. Somavam-se a elas as anarquistas radicais que, nas lutas das trabalhadoras, discutiam o trabalho e a desigualdade de classe, bem distantes das preocupações das feministas da elite.

No pós-guerra, mulheres em todo o mundo ocidental passaram por um *boom* de transformações. Durante a guerra, as europeias e norte-americanas tinham se engajado em massa na força de trabalho, substituindo os braços masculinos que combatiam, e nem todas se acomodaram com a volta aos afazeres domésticos. Começaram a questionar a “posição da mulher” na sociedade.

Um novo impulso chegou nos anos 1960, com o advento da pílula anticoncepcional. A pílula permitia separar a reprodução do exercício da sexualidade, levando ao que foi chamado de liberação sexual. (Quase meio século depois, hoje a pílula é usada por cem milhões de mulheres em todo o mundo.) Outro sinal dos tempos viria em 1964, quando a inglesa Mary Quant scandalizou com uma saia dois palmos acima do joelho. O pedaço de pano de 30 centímetros rapidamente conquistou mulheres de todo o mundo e deu impulso a novas musas (Almeida, 2008).

Nas décadas de 1960 e 1970, o feminismo eclodia na Europa e nos Estados Unidos, impulsionado pela efervescência política e cultural da época, colocando em xeque os valores conservadores da organização da sociedade (Duarte, 2005).

Em 1975, alguns eventos marcaram definitivamente a entrada das mulheres e das questões por elas levantadas na esfera pública. A Organização das Nações Unidas instituiu 1975 como o “Ano Internacional da Mulher”, realizando no México a I Conferência Mundial da Mulher, a qual veio dar mais força e interesse de pesquisa nessa linha por algumas instituições. Nessa época as Ciências Sociais voltaram o olhar para temáticas relacionadas à mulher, sua sexualidade e reprodução (Citeli, 2005).

No Brasil, embora o país vivesse sob a ditadura militar, o movimento feminista ganhou força. O movimento de mulheres organizou a Semana de Pesquisa Sobre o Papel e Comportamento da Mulher Brasileira. Como resultado criou-se, em setembro de 1975, o Centro da Mulher Brasileira (CMB), órgão institucionalizado, responsável por intermediar e articular os objetivos feministas em forma de ação coletiva (Otto, 2004). Ações individuais e em grupos revelavam a efervescência de novas idéias sobre “a condição feminina”. Conquistas iam acontecendo de forma lenta e gradual, pois séculos de cultura opressora e de silêncio feminino não mudam da noite para o dia. A falta de uma educação sexual efetiva fortalecia os mitos e preconceitos, pelo desconhecimento do corpo e pela

punição familiar ao conhecimento da sexualidade (Almeida, 2006). Essa autora relata a longa lista de tabus que iam sendo quebrados, lembrando como, em 1971, a brasileira Leila Diniz apareceu de biquíni em uma praia carioca, exibindo uma grande barriga de gravidez.

Mais tarde (em 1985), foi criado o Conselho Nacional de Mulheres do Brasil. Esse movimento, visando questões abrangentes, logrou conquistas como o princípio da igualdade entre marido e mulher no casamento e a introdução do divórcio na legislação brasileira (Duarte, 2005).

Outros grupos de mulheres, independentemente de partidos políticos, idade ou classe social, engajaram-se na luta política contra a ditadura (Wikipédia, 2008a). Muitas mulheres que haviam sido exiladas no exterior voltavam com grandes contribuições para o movimento (Duarte, 2005). No final de 1975, foi criado o Movimento Feminista pela Anistia, que denunciava a repressão imposta pelo governo militar (Teles, 2003).

Em 1977 foi instaurada uma CPI para investigar a situação da mulher no mercado de trabalho. Essa Comissão Parlamentar de Inquérito trouxe à tona fatos que não eram do conhecimento geral. Algumas questões chocaram a sociedade, como:

[...] “que a mulher recebia, no meio rural, apenas um quinto do salário pago ao homem por igual trabalho; que não era cumprida a legislação que obrigava empresas com mais de trinta trabalhadoras a manter berçários; que empresas estatais impediam o acesso à mulher em determinados setores e que tais impedimentos não tinham apoio legal; que mulheres grávidas eram despedidas sumariamente; que agências com verbas vindas do estrangeiro estavam promovendo a esterilização indiscriminada de mulheres; e inúmeras outras denúncias que foram feitas nos depoimentos” (Wikipédia, 2008a).

Na militância política, porém, as mulheres pareciam relegar questões feministas em prol da luta pela democratização do país. Uma das questões que as dividiam era precisamente o planejamento familiar:

[...] elas estiveram sempre oscilando entre orientações partidárias e autonomia para suas reivindicações. Nesse contexto, o planejamento



familiar sempre foi área conflitiva. Era difícil para as mulheres aceitar sem discussão o *laissez-faire* em matéria de controle da reprodução, como pregava a esquerda. Por outro lado, não podiam se confundir com o antinatalismo proposto pela direita [...] Mas não pode haver prática feminista sem tocar nos temas da sexualidade, controle do corpo, respeito pelos desejos das mulheres, direito de aborto etc. [...] – e como sufocar a discussão, uma vez que ela aponta para a necessidade de garantir às mulheres das classes populares o acesso aos instrumentos da contracepção? (Cardoso, 1983, p.3).

A partir dos anos 1980, foram grandes as conquistas do movimento feminista, como consequência de todos os anos de luta. Com o novo papel da mulher na sociedade, mudou também a estrutura familiar. As publicações e programas de televisão dirigidos ao público feminino se multiplicaram, a educação sexual começou a entrar nos currículos escolares. A mulher passou a ter um certo domínio sobre seu corpo. O programa TV Mulher, na Rede Globo de televisão, criado em 1980, era inicialmente um canal direto de mulheres, no qual se discutiam temas como decoração e cozinha. Mas em seguida surgiu a demanda de se falar sobre o corpo, sexualidade e liberdade. As telespectadoras repassavam à apresentadora do programa, Marta Suplicy, suas dúvidas a respeito da liberdade sexual e curiosidades sobre o próprio corpo (Teles, 2003).

Também floresceram, nas universidades e centros de pesquisa, os estudos sobre a questão da mulher. Nessa época, uma das principais conquistas das estudiosas e militantes feministas – e da maior relevância para esta tese – foi a criação, em nível federal, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), discutido no Capítulo 4.

O movimento das mulheres cresceu e consolidou-se no Brasil envolvendo-se também com o movimento internacional pelos direitos das mulheres, em que uma das principais questões são os direitos reprodutivos e a soberania em relação a seu corpo e a sua sexualidade (Caetano, 2004).

O movimento feminista atualmente tem como bandeiras principais, no Brasil, o combate à violência doméstica — que atinge níveis elevados no país — e o

combate à discriminação no trabalho. A legalização do aborto (que atualmente só é permitido em condições excepcionais) é meta de alguns grupos. Mas a maior parte dos movimentos de mulheres hoje atuam em sintonia com o governo federal. Em conjunto, organizaram em 2004 a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, mobilizando 120 mil mulheres. Com base nas decisões da Conferência, o governo elaborou o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), cujos princípios são igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação e controle social. Contudo, as metas e ações ainda estariam distantes das diretrizes formuladas e, muitas vezes, entrariam em contradição com eles (Oliveira G., 2005). Em 2005 foi instituído, no âmbito da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações do Plano.

Finalmente, em agosto de 2007 realizou-se a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres cuja construção participativa envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais, em todas as Unidades da Federação. Dessa Conferência foi elaborado o II PNPM, lançado em 5 de março de 2008, com 91 metas, 56 prioridades e 394 ações distribuídas em 11 eixos (Brasil, 2008). Dentre os enunciados desses eixos, alguns refletem antigas reivindicações feministas, como “enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia”, outros revelam questões que emergiram mais recentemente, como “enfrentamento das desigualdades que atingem jovens e idosas” – e, significativamente, um dos eixos é “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”.

## **CAPÍTULO 2**

### **A QUESTÃO DEMOGRÁFICA**

A análise da fecundidade – a efetiva frequência de nascimentos – em uma população, junto com a da mortalidade e migração, determinam a estrutura da população e seu crescimento. Quando os três componentes se equilibram, a população é estável. No caso de crescimento populacional, a fecundidade elevada não é contrabalançada pelos outros dois componentes.

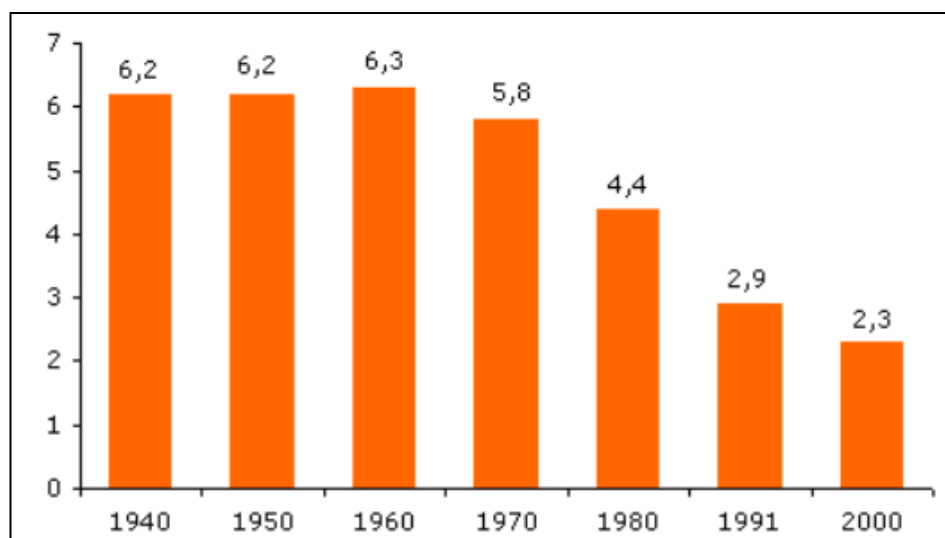
No Brasil do século XX, ao crescimento populacional até a década de 1960 sucedeu-se uma brusca queda nas taxas de fecundidade, que atingem hoje níveis comparáveis aos dos países desenvolvidos. Essa transição demográfica, sem que o país tivesse uma política populacional que a favorecesse, ocorreu com tamanha rapidez e intensidade que chamou a atenção de estudiosos em demografia no mundo, principalmente quando a comparavam com as taxas dos países europeus (Fonseca Sobrinho & Pinto, 2004; Alves, 2004).

A redução da fecundidade brasileira constitui, assim, um elemento central no pano de fundo da análise histórica do planejamento familiar aqui se efetua.

#### **2.1 O declínio da fecundidade da mulher brasileira**

O declínio da fecundidade no Brasil foi vertiginoso: a taxa de fecundidade total, que em 1970 era de 5,8, caiu para 2,3 em 2000 (Gráfico 1).

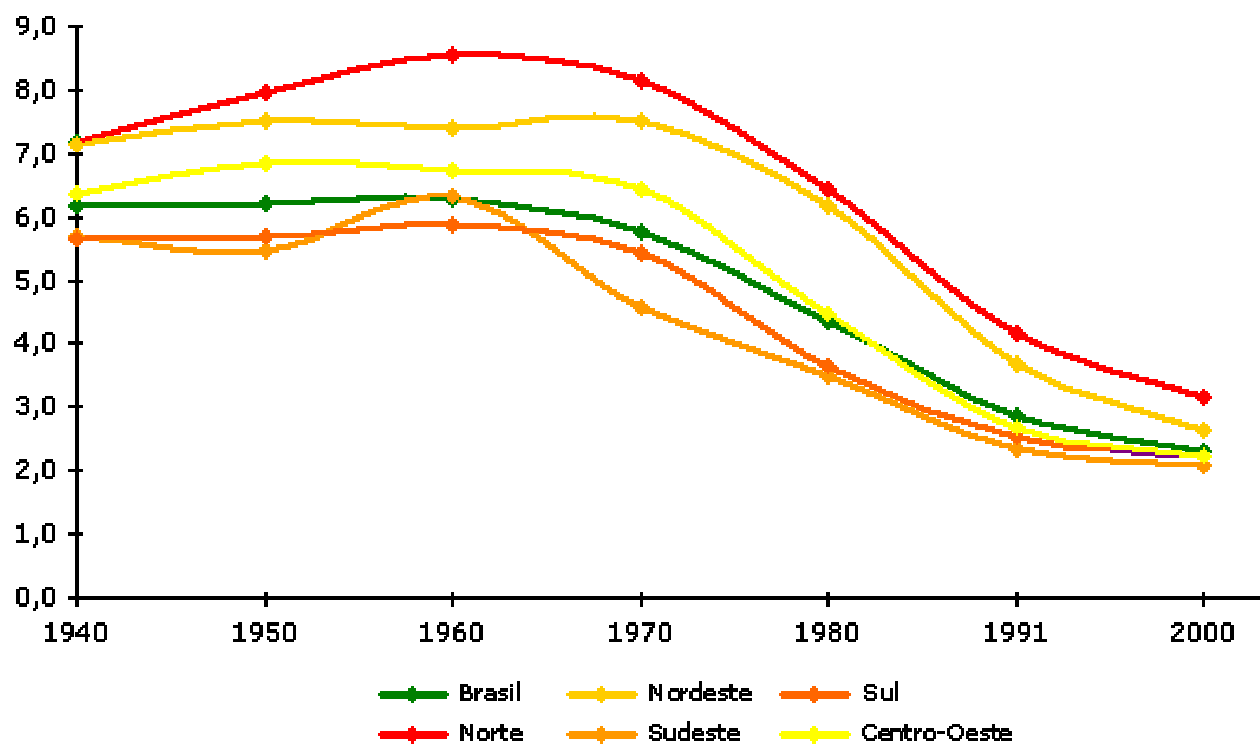
Observa-se que, entre 1940 e 1960, as taxas de fecundidade permaneceram praticamente estáveis, com acréscimo pouco significativo. Observando-se o Gráfico 1, é nítida a aceleração da queda da taxa de fecundidade a partir de 1970, sobretudo entre 1980 e 1990. A taxa de fecundidade de 1990 representa 65% do total da fecundidade por mulher em relação a 1980 a qual, por sua vez, já correspondia a apenas 75% da vigente na década anterior. Entre 1970 e 1990, as taxas de fecundidade no Brasil caíram pela metade, sendo este, portanto, o período de maior transformação.



**Gráfico 1 Taxas de fecundidade no Brasil, 1940 -2000**

Fonte: IBGE, 2002. Censo Demográfico 2000: Fecundidade e mortalidade infantil; Resultados preliminares da amostra

O Gráfico 2 apresenta as taxas de fecundidade desagregadas segundo as grandes regiões do país. Analisando-o, observa-se que o decréscimo não se deu de maneira uniforme em todo o país, mas as diferenças são pouco significativas. A região Nordeste apresentou aumento mais elevado nos anos 1960, mas ultrapassou as demais regiões na queda na década seguinte.



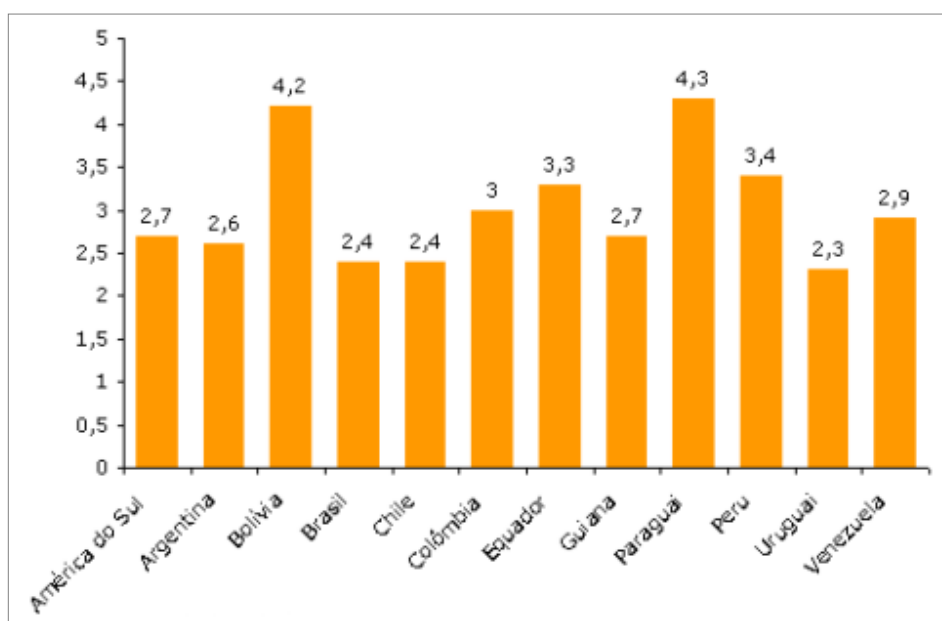
**Gráfico 2 Evolução da taxa de fecundidade total, Brasil e grandes regiões, 1940 -2000**

Fonte: IBGE, 2002. Censo Demográfico 2000: Fecundidade e mortalidade infantil; Resultados preliminares da amostra

A queda significativa no índice geral de fecundidade vem ocorrendo em todo país, inclusive na população pobre, rural, de menor escolaridade, negra e/ou residente na Região Nordeste. Cabe salientar, no entanto, que especificamente a região Nordeste, apesar do declínio da fecundidade, é detentora de índices preocupantes – e, porque não dizer, vergonhosos para os planejadores e administradores do desenvolvimento do país (Caetano, 1990; Scott, 2001).

Em 2000, com exceção da Região Norte, as demais regiões apresentaram taxas de fecundidade próximas à taxa média nacional, 2,3 f/m (filhos por mulher). A Região Sudeste apresentou a menor taxa de fecundidade: 2,2 filhos por mulher.

Na América do Sul, a taxa de fecundidade do Brasil (2,4f/m) estava em 2000 entre as menores, maior apenas que a do Uruguai (2,3f/m) e, mesmo assim por pequena diferença (Gráfico 3).



**Gráfico 3 Taxas de fecundidade na América do Sul, 2000**

Fonte: IBGE, 2000 ([www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html))

Em média, para que a população de um país se mantenha estável, a taxa de fecundidade, chamada de reposição, é de 2,1 filhos por mulher. Os resultados da PNAD de 2003 apontam justamente para uma taxa de fecundidade total de 2,1 filhos por mulher. Isso quer dizer que, se essa taxa perdurar por uma geração (cerca de 25 anos), o crescimento populacional brasileiro convergirá para zero. O

ponto mais relevante é que não há evidências claras de que essa taxa venha a parar em 2,1 filhos por mulher, fazendo com que se espere um padrão de fecundidade brasileira abaixo do nível de reposição nas primeiras décadas do século XXI – um resultado que poderá seguir aquele encontrado em países europeus como Espanha, Portugal, Itália e Grécia (Rios Neto, 2005).

## **2.2 Análises da transição demográfica**

Semelhante declínio da fecundidade tem inúmeras implicações. De acordo com Fonseca Sobrinho e Pinto (2004), “a queda da fecundidade no Brasil, pode e deve ser vista como um processo de intensa, inédita e extraordinária mudança cultural”:

A redução das taxas de fecundidade é uma expressão quantitativa e coletiva de uma extraordinária mudança do comportamento individual, da mentalidade e atitudes, valores, hábitos e práticas cotidianas, principalmente das mulheres – mas também de toda a sociedade brasileira – valores que expressam e ao mesmo tempo constituem as relações que se estabelecem entre sexualidade e reprodução. (Fonseca Sobrinho & Pinto, 2004, p.3)

A transformação é de tal ordem, ainda segundo esses autores, “que merece ser caracterizada como uma grande, extraordinária ruptura cultural”, em que se alteram os parâmetros, tornando difícil “distinguir o ‘familiar’ e o ‘estranho’, o ‘certo’ e o ‘errado’, no que tange à reprodução e à sexualidade dos brasileiros” (Fonseca Sobrinho & Pinto, 2004, p.3).

Uma explicação freqüente vincula a auto-regulação da fecundidade e a conseqüente adoção de uma prática contraceptiva com o processo de transferência em massa de populações para as áreas urbanas, acentuado durante os anos 1950-1960:

A regulação da fecundidade correlaciona-se com o processo de expansão urbano-industrial e suas conseqüências socioculturais, as quais possibilitam mudanças comportamentais em relação à prática reprodutiva (Silva, 2000, p.25).

Outra análise do declínio da fecundidade no Brasil que o vincula a questões culturais é a de Faria (1989, p.62), segundo o qual todo um conjunto de políticas

governamentais teria gerado mudanças culturais, provocando a generalização da demanda por menos filhos. As políticas governamentais mencionadas são as de crédito ao consumidor, telecomunicações – que, juntas, teriam levado os primeiros televisores aos lares de toda uma faixa da população, expondo-a ao ideário dominante do Centro-Sul –, de previdência social e de atenção à saúde. Os efeitos dessas políticas sobre a demanda pela regulação da fecundidade seriam “conseqüências não-antecipadas” dessas políticas, tais como: o fortalecimento do cálculo econômico como padrão de orientação na definição do número de filhos; a exposição da população à cultura médica; a separação, em termos de valores e normas, entre atividade sexual e atividade reprodutiva; e o deslocamento da responsabilidade social (saúde, previdência) do eixo familiar para o Estado.

O autor conclui sua explicação ressaltando que a inexistência de uma política de oferta de meios de regulação da fecundidade, por outros mecanismos que os de mercado, terminaram por prejudicar os segmentos sociais mais modestos.

Os próprios demógrafos ficaram perplexos com o fenômeno. Embora o Censo de 1970, como mencionado, já trouxesse indicadores do declínio da fecundidade, estes não foram detectados pelos estudiosos da população, que se encontravam submersos no confronto político-ideológico (Carvalho, 1987). A situação se mantinha conflitante, pois a realidade estava desmentindo a única tese sobre a qual concordavam, ou seja, de que não havia no país demanda generalizada pela redução do número de filhos e, conseqüentemente, pela anticoncepção (Carvalho & Brito, 2005). Houve quem argumentasse, ignorando o prenunciado pelos dados do Censo de 1970, que o declínio aparente da fecundidade poderia ser conseqüência de erros de amostragem. Dados da PNAD do IBGE de 1976, porém, atropelaram tal argumento, confirmando uma rápida e significativa queda da fecundidade na maioria das regiões do país (Carvalho & Brito, 2005).

Destaca-se, no caso, o trabalho de Elza Berquó, apresentado em 1980 em um seminário do Grupo de Trabalho sobre o Processo de Reprodução da População, do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (Clacso), em Teresópolis (RJ), que arrisca algumas hipóteses explicativas. Uma delas refere-se a uma fração da classe trabalhadora, principalmente de migrantes recentes para a periferia das grandes cidades, que estaria sofrendo diminuição da libido devido a problemas de saúde e/ou desgaste físico. O que levou a autora a pensar nessa hipótese foram as extensas jornadas de trabalho nas cidades grandes, que podem cobrir até 10 ou 12 horas por dia, acrescidas do tempo de transporte (Berquó, 1982).

A incapacidade de prever e/ou justificar o rápido declínio da fecundidade, não se restringiu aos demógrafos brasileiros. Toda a comunidade internacional foi tomada de surpresa diante do fenômeno, principalmente de seu ritmo. A Academia Nacional de Ciências dos EUA publicou relatório do Comitê de População e Demografia daquele país, escrito por Berquó e Merrick (1983), que enumeraram as seguintes hipóteses:

- o principal componente da queda teria sido o declínio da fecundidade marital;
- o determinante próximo mais importante do declínio seria o aumento do controle dentro do casamento;
- o declínio da fecundidade marital teria acontecido devido à generalização do controle da fecundidade nas regiões e grupos sociais mais pobres; esses grupos teriam passado por transformações socioeconômicas como o aumento da escolaridade, da posse de bens de consumo duráveis e da participação das mulheres no mercado de trabalho, que teriam engendrado normas favoráveis às famílias pequenas.

O relatório acrescenta ainda que “a mais importante questão não-respondida” refere-se aos meios empregados para tão rápida redução da fecundidade: as mulheres teriam recorrido crescentemente à pílula e à esterilização, sendo pouco claro o recurso ao aborto.



Uma terceira vertente das análises da transição demográfica é a de cunho político-ideológico, que considera as políticas de população, pois as taxas de fecundidade começaram a cair na década de 1960, quando a legislação e a ideologia predominantes eram, implícita ou explicitamente, pró-natalistas.

Segundo Cardoso (1983, p.2), falar da diminuição da fecundidade no Brasil é “também entrar em assunto controverso, em que os diversos contendores desqualificam, de saída, os argumentos que contrariam suas posições”. E a autora explica:

São visões radicais e incompatíveis. No debate sobre planejamento familiar é preciso medir as palavras. Cada expressão usada será o signo de um complexo ideológico que tem suas raízes na maneira de ver a conservação ou a mudança na estrutura econômica. Essas posições, quando cristalizadas, servem de freio à análise e dificultam a leitura dos fatos. (...) Parece que [agora] surgiram as condições para a elaboração de uma posição não comprometida com as já históricas contendas entre natalistas e antinatalistas. Não foi só o tempo que desgastou o debate, foram também as mudanças ocorridas na sociedade e a presença de novos atores em nossa arena política. (Cardoso, 1983, p.2)

As palavras de Ruth Cardoso, escritas há mais de duas décadas, oferecem elementos importantes para a reflexão crítica do processo de rápido declínio da fecundidade no país à luz das políticas de população. Estas, porém, dada a extensão de sua relevância para a questão do planejamento familiar, objeto desta tese, são examinadas em detalhe no capítulo seguinte.

### **2.3 Novas questões demográficas**

Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade caiu em todo o país, até mesmo na Região Nordeste, ainda que de forma relativamente mais lenta, quando comparado ao que ocorreu nas décadas anteriores e ao que vem ocorrendo com o restante da população. A década de 1990 foi marcada por uma intensificação do rejuvenescimento da fecundidade no país. Em 1980 cabia às mulheres entre 25 e 29 anos de idade o maior número médio de filhos, dentre aquelas na faixa de idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos de idade). O

deslocamento dessa concentração para o grupo de 20 a 24 anos deu-se, inicialmente em 1991 e manteve-se em 2000, concomitantemente ao aumento da fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade (Caetano & Corrêa, 2004, p.19).

Segundo informações desses autores, os dois últimos censos indicam, também, um aumento de 25% da fecundidade entre jovens e adolescentes, com diferenças substanciais segundo as camadas socioeconômicas. Essas diferenças são realçadas quando se comparam os dois extremos de renda e escolaridade da população. Em 1991, os grupos de menor e maior escolaridade e renda apresentavam uma fecundidade de 146 e 12 por mil, respectivamente. Em 2000, verificou-se um aumento de 52,2% no primeiro grupo, cuja fecundidade chegou a 223 por mil, enquanto que, no grupo de maior escolaridade, o aumento foi de 8,3%. Esse crescimento foi mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas, mais pobres, na região Sudeste e nas áreas urbanas.

Caetano e Corrêa (2004) salientam que, se é provável a associação entre alta fecundidade com vulnerabilidade social e, por conseguinte, com saúde reprodutiva precária, não segue daí que baixa fecundidade represente uma meta a ser buscada ou imposta. Da mesma forma, baixa fecundidade não significa, necessariamente que os demais aspectos fundamentais para a saúde reprodutiva plena estejam sendo atendidos, nem a existência de condições propícias para uma vida sexual satisfatória e segura. A esse respeito, é consenso entre estudiosos do assunto que políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida da população, especificamente quanto aos direitos reprodutivos, não devem ser pautadas pelo nível de fecundidade da população, mas sim pelo atendimento das necessidades dos grupos mais vulneráveis.

Ainda, se, por um lado, é necessário reconhecer que uma família pequena é muito difundida, isso não significa que a família pequena deva ser tomada como o ideal ou que se deva partir do princípio de que ter muitos filhos é um valor negativo. Toda essa problemática aponta, tão somente, para a necessidade de que haja

espaço para a decisão individual, onde seja garantido o conhecimento, escolha, acesso e uso adequado de métodos contraceptivos, principalmente para aquela parcela da população que depende do sistema de saúde pública (Caetano & Corrêa, 2004).

## **CAPÍTULO 3**

### **POLÍTICAS DE POPULAÇÃO**

As questões que envolvem os temas de planejamento familiar e controle da natalidade estão necessariamente associadas às políticas populacionais. De acordo com o *Dicionário de Ciências Sociais* (FGV, 1987, p.923), política populacional é...

[...] o conjunto de medidas destinadas a modificar o estado de uma população de acordo com interesses sociais determinados. Tal modificação se refere tanto às mudanças no volume e no ritmo de aumento (ou decréscimo) da população, quanto à distribuição e densidade desta dentro de um território dado.

É sabido que uma política populacional se refere diretamente aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração. Vale salientar que as políticas populacionais se efetivam em ações que visam o bem público e o acesso da população às fontes de emprego, ao sistema de educação, aos programas de saúde e a outros direitos econômicos, sociais e culturais. Existe um aspecto das políticas populacionais em que, certamente, há consenso universal, trata-se do lema “viver bem e melhor”, ou seja, viver com mais longevidade e com melhor qualidade de vida (Alves, 2004).

#### **3.1 Políticas de natalidade: tendências no início do século XX**

Assim como em outros países latino-americanos, o lema “governar é povoar” também é válido para os primeiros 450 anos da história brasileira (Alves, 2005, p.19). O processo de colonização dizimou as populações nativas e as vastas extensões de terra precisavam ser ocupadas. As famílias numerosas vinculavam-se à estruturação basicamente agrícola da economia (mais braços) e compensavam as altas taxas de mortalidade.

Nas primeiras décadas do século XX, os índices de mortalidade, em especial a morbimortalidade infantil e materna, continuaram altos, apesar da organização

estrutural do setor saúde (Souza, 1978<sup>1</sup>, *apud* Coelho, Lucena & Silva, 2000). No período compreendido entre 1870 e 1940, as taxas de mortalidade eram de tal magnitude que, apesar de mantido o padrão da família numerosa – especialmente nas áreas rurais – o crescimento da população mostrou-se menos acentuado do que nas duas décadas sucessivas, de 1940 e 1950.

Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), porém, no final do século XIX, surgiam os primeiros movimentos de controle da natalidade. A propaganda contraceptiva tinha conotação política, inspirando-se seus defensores na teoria de Malthus, segundo a qual quanto mais crescesse mais pobre seria a população – que crescia em progressão geométrica, enquanto os alimentos em progressão aritmética. Malthus baseou-se no crescimento da pobreza a partir da Revolução Industrial, sem considerar as circunstâncias em que esta ocorreu (Wikipédia, 2008b).

Por outro lado, com base em interpretações da teoria da seleção natural de Darwin, o “aprimoramento” da raça humana foi amplamente defendido por eugenistas e antinatalistas, os quais acreditavam que o mundo seria melhor se povoado por uma raça superior. Até o final da Segunda Grande Guerra, os eugenistas denominavam seus programas de “controle de população”. Porém, após o final da guerra, e com o repúdio mundial pelo genocídio cometido por Hitler em prol da teoria da superioridade da raça ariana, os eugenistas mudaram o nome de seus programas para outro mais sutil, “planejamento familiar” (Alves, 2004). A associação que até hoje perdura, entre planejamento familiar e controlismo, deve-se possivelmente em parte a essa origem da expressão.

Na primeira década do século XX, Margareth Sanger, líder feminista, iniciou nos EUA um movimento pelo direito à regulação da fecundidade, juntamente com socialistas e anarquistas americanos, denominado *birth control*, controle dos

---

<sup>1</sup> SOUZA, B. M. Saúde: a ambivalência das políticas. Rev. Estudos Cebrap, São Paulo, v.29, p.23-36, 1978.

nascimentos (Coelho, Lucena & Silva, 2000, p.37-44). Sanger, trabalhando como enfermeira nos bairros pobres de Nova Iorque, convenceu-se de que, em diversas circunstâncias, as mulheres necessitavam de orientações sobre métodos contraceptivos, não somente por razões econômicas ou sociais mas, também, por motivos de saúde (Costa, 1997). Após longa trajetória de luta, ela organizou em Munique, em 1930, a primeira Conferência Clínica sobre Planejamento Familiar. E, em 1952, fundou a International Planned Parenthood Federation (IPPF), que dirigiu até sua morte (Carvalho, 1987).

Na Europa, especialmente na Inglaterra, um movimento similar foi liderado por Marie Stopes (Rodrigues, 1990).

Assim, convergiam para o controle da natalidade três linhas de pensamento: a dos movimentos de mulheres, que consideravam a contracepção um direito fundamental da mulher, a dos neomalthusianos, que o defendiam como meio para reduzir a pobreza, e a dos eugenistas, que viam no controle da natalidade um caminho para “melhorar a qualidade genética” da população.

No Brasil, diante da necessidade de povoamento, esses movimentos internacionais não ecoaram nas primeiras décadas do desenvolvimento capitalista (Alves, 2004; Ávila, 1992). Pedro (2003) relembra que, no Brasil como em outros países da América Latina, a preocupação com o controle da natalidade teve relação direta com a Revolução Cubana de 1959, pois foi a partir dessa data que a política norte-americana passou a considerar a América Latina como um “continente explosivo”, um campo fértil para uma revolução comunista, como consequência do crescimento populacional e da pobreza. E começou a patrocinar organizações de ajuda que trouxessem programas e estratégias de redução da natalidade para o continente.

Até então, pelo tipo de organização da atividade econômica prevalente no Brasil até meados do século XX, entendia-se que o alto crescimento demográfico era caminho para a afirmação nacional e a defesa do território contra ameaças

externas. No primeiro governo Vargas promulgou-se legislação explicitamente natalista, conforme o Decreto Federal n.º 20.291, de 11 de janeiro de 1932, que proibia ao médico “dar-se à prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”. A Constituição de 1937, em seu artigo 124, diz: “A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob proteção especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos”. E, em 1941, durante o Estado Novo, foi sancionada a Lei das Contravenções Penais que, em seu artigo 20, proibia “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar gravidez” (Alves, 2004, p.27-32). Com certeza, uma das “compensações” acima aludidas resultou na atribuição do salário-família, proporcional ao número de filhos, na legislação trabalhista do Estado Novo.

### **3.2 O pós-guerra, a ONU e a questão populacional**

A noção de direitos humanos surgira em meados do século XVIII, a partir das revoluções francesa e norte-americana, porém foi somente no século XX que se construíram ferramentas e consensos mundiais com intuito de proteger a dignidade intrínseca do ser humano. Um dos primeiros passos foi dado com a criação de um organismo com atribuições para discutir, acordar e implementar tais direitos, a Liga das Nações. Mas foi no pós-guerra, em 1945, que a Liga consolidou-se na Organização das Nações Unidas (ONU). É em seu âmago que se elaboram e vêm à luz acordos, declarações, conferências e outros instrumentos legais, sobre temas que afligem toda a humanidade (escravidão, torturas, proteção da infância e do meio-ambiente, pobreza, discriminação...) (Zurutuza, 2001).

Na segunda metade do século XX, a ONU organizou cinco Conferências Mundiais de População: de Roma em 1954, de Belgrado em 1965, de Bucarest em 1974, do México em 1984 e do Cairo em 1994 (Pedro, 2003). As conferências mundiais têm enorme alcance, pois é nelas que os países participantes firmam

compromissos de ação em seus respectivos territórios; e a renovação dos compromissos internacionais leva à priorização de certos elementos ou ao fortalecimento de estratégias vigentes.

A primeira Conferência de População, de Roma (1954), foi considerada uma reunião de caráter eminentemente científico, e não uma conferência de países; reuniu os mais renomados estudiosos de população da época, tendo o Brasil participado com 17 representantes. O período era já marcado pela Guerra Fria, pela descolonização e pelo crescimento demográfico acelerado. Os temas mais comentados e discutidos foram a relação entre população e desenvolvimento e os métodos de análise demográfica (Berquó, 1995; Martine, 2004). Na Conferência de Belgrado, em 1965, foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como pílula e DIU, à esterilização masculina e ao aborto legalizado. Nessa conferência, os países do Terceiro Mundo dividiram-se entre as concepções vigentes: controlismo, natalismo e a população concebida como elemento neutro do desenvolvimento (Berquó, 1995; Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003; Martine, 2004).

O Fundo das Nações Unidas para População (Unfpa) foi criado em 1967; começou a financiar programas de população em 1969, passando a organizar as subseqüentes conferências mundiais de população. Os EUA que, se posicionavam há décadas favoravelmente à implementação de políticas de controle de natalidade nos países subdesenvolvidos, como instrumento imprescindível à superação do “círculo vicioso da pobreza”, lideraram uma corrente controlista nos diversos fóruns<sup>2</sup> e Conferências Internacionais de População (Alves, 1995). Cabe lembrar que, dentre as enormes transformações mundiais do pós-guerra, configurou-se uma distribuição geopolítica em que a América Latina ficou sob a área de influência dos EUA.

---

<sup>2</sup> Com o passar dos anos, porém, a atitude oficial mudaria. Durante a Conferência do México, em 1975, o governo Reagan assumiu posição mais moderada, chegando, inclusive, a explicitar em sua declaração oficial que “o crescimento populacional, em si mesmo, é um fenômeno neutro”; e afirmou que os fundos governamentais americanos não deveriam ser usados em atividades relacionadas ao aborto ou em apoio a instituições que promovessem o aborto (Carvalho & Brito, 2005, p.352).



Nesse período o índice de mortalidade mundial teve considerável diminuição em relação às décadas anteriores, porém o índice de natalidade continuou alto. Governantes e estudiosos começaram a se preocupar com o crescimento populacional, argumentando que os recursos existentes no mundo não seriam suficientes para manter a população global, caso continuasse a crescer no mesmo ritmo. Acreditava-se que a redução do rápido crescimento demográfico de países como o Brasil não seria possível sem uma eficiente política de controle de natalidade (Carvalho & Brito, 2005).

Por volta de 1960, países ricos, especialmente os EUA, passaram a pressionar governos do Terceiro Mundo para que estes adotassem políticas de população, inspirados nas idéias de Malthus. Consideravam que nos países ricos havia uma estabilidade no crescimento populacional e que nos pobres o que havia era uma explosão populacional, atribuindo a esta a fome, a pobreza e a degradação do meio ambiente (SOF, 1994). Assim, a redução do crescimento populacional deveria ser a principal prioridade para os planos de desenvolvimento de um país (SOF, 1994).

Na agenda internacional, o crescimento populacional tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da natalidade passou a fazer parte de pacotes de colaboração econômica, política e militar (Carvalho, 1987). O governo norte-americano passou a pressionar o Brasil para que este adotasse uma política demográfica como critério para empréstimos (Pacheco, 1981).

O Brasil do pós-guerra foi marcado por grande expansão industrial e, em 1953, esta já ultrapassava em 50% o crescimento da agricultura. Durante o governo de Juscelino Kubistchek, o capital estrangeiro passou a entrar fortemente no país, para fortalecer a produção e ampliar mercados consumidores. Mas, apesar da expansão e modernização da indústria, a distribuição de renda continuou perversa e desigual; tal política fez surgir um surto inflacionário que passou a ser objeto de luta e mobilização dos trabalhadores (Faleiros, 1992).

No início da década de 1960, o contexto sócio-político e econômico do país refletia as exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo de Jânio Quadros foi conduzido segundo estas (Nascimento, 1991). No governo seguinte, o de João Goulart, foram propostas reformas de base, dentre as quais a municipalização, a reforma da situação sanitária nacional e uma política nacional de saúde. Porém, João Goulart não conseguiu organizar e unir as forças progressistas para enfrentar a insatisfação dos militares, as manifestações de rua e as greves. O governo enfraqueceu e foi derrubado pelos militares no golpe de 1964 (Nascimento, 1991).

Se o golpe militar de 1964 no Brasil contou com a decisiva colaboração dos EUA, interessados em manter o país dentro das fronteiras do capitalismo, onde as posições referentes ao controle de natalidade se diferenciavam nos grupos que davam sustentação interna ao regime militar brasileiro, os militares, que assumiram a responsabilidade direta pelo controle do aparelho estatal, defendiam que o território brasileiro comportaria uma população maior e, portanto, não se atemorizavam com o problema do rápido crescimento demográfico (Caetano & Corrêa, 2004).

Na conjuntura internacional, naquele momento voltada para o controle da população mundial, em especial nos países pobres, encontrou no Brasil da ditadura militar um impasse político entre antinatalistas e anticrontolistas. Os primeiros defendiam a tese de um projeto de desenvolvimento para o país, onde a redução da natalidade figurava entre as estratégias, como um parâmetro de país desenvolvido, acreditando que o crescimento demográfico causaria um colapso na economia; os anticontrolistas defendiam a tese de ocupação dos espaços vazios, pregando que a soberania nacional dependia da efetiva presença de brasileiros em todo o território (Alves, 2004).

Todavia, o controlismo também contou com a oposição da Igreja Católica. A encíclica *Humanae vitae*, promulgada pela Papa Paulo VI em julho de 1968,

reafirmava que qualquer as relações matrimoniais deveriam visar a reprodução; esta poderia apenas ser evitada por métodos naturais, como o coito interrompido e a tabela. É sabido que os métodos naturais são os mais falhos, e seu uso levava a inúmeros casos de gestações indesejadas (Pedro, 2003). Outra autora que destaca a força do catolicismo como extremamente significativa é Cardoso (1983).

Dos dois lados do debate sobre o controle da natalidade, havia apenas um ponto consensual, nunca reconhecido como tal: não se deveria esperar por um declínio natural da fecundidade nos países então chamados de subdesenvolvidos, incluído o Brasil, a curto e médio prazo. E enquanto o debate acontecia, a história passava ao largo, alheia ao radicalismo inócuo e à existência ou não de políticas de controle de natalidade ou de planejamento familiar. No início dos anos 1960, já havia indicadores de que a fecundidade das mulheres brasileiras começara a declinar (Carvalho & Brito, 2005).

Em que pese o debate interno, o Brasil adotou posições claramente contrárias à limitação do crescimento populacional na Conferência sobre Meio Ambiente, em Estocolmo, 1972 e nas principais reuniões preparatórias que ocorreram antes da Conferência Mundial sobre População em Bucareste em 1974, realizadas em Genebra durante o ano de 1973 (Alves, 2004; Costa, 1999; Fonseca Sobrinho, 1993).

Na Conferência Mundial de População em Bucareste, de maneira geral, os países do Terceiro Mundo defenderam o argumento de que o crescimento populacional é sinal de afirmação nacional e que a imposição do controle de natalidade seria uma violação da soberania nacional (Berquó, 1995; Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003; Martine, 2004). Enfrentavam, assim, a forte corrente controlista liderada pelos EUA (Alves, 1995).

Durante a Conferência, o governo brasileiro manteve a tese de que, em termos absolutos, não há problema de superpopulação no Brasil: “O governo não aceitará interferência de caráter oficial ou privado na sua política demográfica” –

a qual foi aí então formalmente enunciada:

O controle demográfico é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental. A capacidade de recurso ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos (*apud* Fonseca Sobrinho, 1993, p.148).

Mesmo tendo o país permanecido na neutralidade política com base no princípio da não-intervenção estatal sobre a dinâmica demográfica (Silva, 2000, p.4), a Conferência de Bucareste tornou-se um importante marco no tocante à questão populacional brasileira. A posição então assumida, entretanto, não se traduziu em efetiva ação nos anos seguintes. O fornecimento de contraceptivos para a população de baixa renda na prática não se efetivou (Osis, 1998). Houve uma maior permissibilidade do que dizia respeito ao acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais, bem como a oferta de serviços privados de planejamento familiar (Fonseca Sobrinho, 1993), como se verá adiante.

E, apesar de as taxas de natalidade estarem caindo no país, a desigualdade social crescia a cada ano. No mesmo ano da Conferência, em 1974, por meio de um memorando secreto do então Secretário de Estado dos EUA, Henry Kissinger, o governo americano financiou campanhas de esterilização em massa nos países da América Latina, generalizando-se a esterilização por ligadura de trompas – cujo principal mérito era ser definitiva. Para justificá-la, o relatório Kissinger insistia que, nos países pobres, “o rápido crescimento populacional é uma das causas e consequência da pobreza”. O mesmo relatório defendia também o aborto como método anticoncepcional e apontava o trabalho das mulheres fora de casa como um incentivo a “ter menos filhos”. Elegia para essas ações os países da América Latina, nos quais os EUA “têm interesses políticos e estratégicos” – o Brasil entre eles (Lage & Chernij, 2003).

Em 1978, o então presidente do Brasil, General Ernesto Geisel, em entrevista concedida durante uma viagem ao México, foi explícito em sua declaração:

Nós achamos que a limitação da natalidade não deve ser imposta. Ela deve ficar ao arbítrio, ao desejo do casal. É o marido e a mulher que têm que resolver seu problema. Mas, eles devem ser informados sobre essa questão. E devem ter uma orientação de como realizar o seu planejamento familiar. Esse é o meu ponto de vista pessoal. Quero dizer que no Brasil isso ainda não está sendo praticado. (*apud* Fonseca Sobrinho, 1993, p.154)

Com a crise econômica e a recessão que ocorreu em meados da década de 1970 e início da década de 1980, os sonhos deram lugar aos pesadelos do desemprego, da violência e da pobreza; as preocupações demográficas se viram em outro cenário. Esse quadro diminuiu a força da coalizão pró-natalista, embora na época não houvesse uma reviravolta no sentido de se implantar alguma política populacional controlista. (Alves, 2004). Pode-se considerar que, nesse sentido, foi a partir dos anos 1980 que, no Brasil, mudanças políticas, culturais e socioeconômicas levaram a uma nova mentalidade no tocante à questão da sexualidade e da reprodução, vinculando-as à saúde e à qualidade de vida (Silva, 2000).

Assim, apenas cinco anos após a declaração do Presidente Geisel, em 1983, em plena crise econômica, João Baptista Figueiredo, então na presidência do Brasil, convocou o Congresso Nacional para um amplo debate sobre a questão populacional, com o intuito de formular políticas adequadas a respeito. A mensagem de convocação justificava, com forte conotação neomalthusiana:

A explosão demográfica ocorre, sobretudo, nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou 50 milhões de habitantes. Esse crescimento humano, em termos explosivos, devora, como se tem observado, o crescimento econômico, agente da estabilidade; acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos que reclamam profunda meditação. (*apud* Fonseca Sobrinho, 1993, p.136)

A mensagem repercutiu no Congresso Nacional, que instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o tema e cujo relatório final foi aprovado em 1984. O relator dessa CPI era membro do grupo de Parlamentares

para o Estudo de População e Desenvolvimento, ao qual a Bemfam<sup>3</sup>, desde 1981, prestava assessoria. Foram quatro as conclusões do relatório:

- A necessidade de formação de uma atitude consciente coletiva: a da “paternidade responsável”.
- A identificação do “planejamento da prole” como sendo um direito humano, onde a decisão cabe ao casal, devidamente informado.
- A responsabilidade é do Estado em fornecer as informações e os meios para que os casais possam implementar suas decisões.
- A constatação de que tal responsabilidade ultrapassa os limites do Ministério da Saúde, devendo ficar a cargo do Conselho Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), ligado diretamente à Presidência da República (*apud* Fonseca Sobrinho, 1993, p.156).

Enquanto os parlamentares procuravam dar uma roupagem nova à noção de controle de natalidade, o Ministério da Saúde, contando com um grupo de médicos de longa tradição progressista e com a colaboração do emergente movimento das mulheres, elaborou o Paim (Costa, 1999) – discutido no capítulo seguinte (p.66-ss). Como se viu no Capítulo 1, os movimentos de mulheres e o movimento feminista ganharam força no país na década de 1970; uma de suas principais reivindicações era a de uma política de saúde de atenção integral à saúde da mulher, em todas as fases da vida (Pitanguy, 1999).

O natalismo oficial predominou no Brasil até a Conferência Internacional de População no México (1984), que defendeu a estabilização da população mundial, dentro de um curto período possível, com o intuito de melhoria do padrão de vida da população dos países pobres (Berquó, 1995; Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003; Martine, 2004). O governo brasileiro assumiu aí o compromisso de divulgar informações para que as famílias pudessem praticar com liberdade de escolha o planejamento familiar (Alves, 2004).

---

<sup>3</sup> A Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) é uma organização não-governamental fundada em 1965, tida como financiada por entidades norte-americanas e como um forte agente controlista – é comentada no Capítulo 4, p.56.

### **3.3 A Conferência do Cairo: direitos reprodutivos e saúde reprodutiva**

Foi somente na Conferência do Cairo, intitulada Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, que se derrotou a idéia malthusiana de que a população numerosa era a vilã e causadora da pobreza. A plataforma de ação da CIPD defendeu a erradicação da miséria e das desigualdades sociais, raciais e de gênero, por meio do investimento na melhoria da qualidade de vida, no desenvolvimento econômico e ambiental e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Vale salientar que as conquistas do Cairo são constantemente ameaçadas por posturas retrógradas das forças do conservadorismo moral e fundamentalismo religioso, que continuam a pretender disciplinar e controlar a sexualidade e a reprodução das pessoas (Alves, 2004).

A afirmação desses direitos é a culminância da longa trajetória de luta de inúmeros homens e mulheres em todo o planeta pelos direitos humanos, em que a ONU desempenhou nessa segunda metade do século XX papel fundamental, desde que promulgou em 1948 a *Declaração universal dos direitos humanos*. Um dos impulsos a essa declaração foi a necessidade de defender os cidadãos de arbitrariedades que os governos pudessem vir a cometer em nome da segurança do Estado. De acordo com Zurutuza (2001), após a Segunda Guerra Mundial essa necessidade tomou vulto em vista das atrocidades cometidas pelos nazistas, consideradas a expressão máxima de violação dos direitos humanos. Desde 1948, entretanto, mudanças em nível mundial levaram a ampliações sucessivas na noção de direitos humanos, que passaram a incluir novas problemáticas. Hoje os direitos humanos (DHS) incluem direitos econômicos, sociais e culturais (segunda geração dos DHS, que não estavam incluídos na *Declaração* original) e ainda o direito à paz, a um meio ambiente sadio, ao desenvolvimento equitativo e sustentável (terceira geração de DHS). Em particular, o avanço do movimento de mulheres, ao longo da segunda metade do século XX, levou à afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em 1993, durante a Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, a ONU já declarara que os direitos das mulheres são direitos humanos. Essa declaração deu alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências realizadas pela ONU na década de 1990. A Conferência de Viena reconheceu que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional (Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003).

A Conferência do Cairo (1994) introduziu um novo paradigma na temática do desenvolvimento populacional, ao deslocar a questão demográfica para o âmbito da questão dos direitos reprodutivos. Provocou uma profunda transformação nos debates sobre população ao afirmar o conceito de direitos reprodutivos, entendidos como direitos humanos reconhecidos pelos 184 representantes dos países participantes da Conferência. Priorizou questões como o bem-estar social, igualdade entre gêneros e, em especial, a saúde e os direitos reprodutivos. A maior vitória da CIPD no Cairo foi desatrelar o problema populacional da perspectiva puramente econômica e ideológica e colocar as questões relativas à reprodução como fazendo parte da pauta mais ampla de direitos (Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003).

A afirmação dos direitos reprodutivos, por um lado, opõe-se a qualquer tipo de controle coercitivo da fecundidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista, que coíba o uso de métodos contraceptivos. “Fundamental é o direito ao acesso a informações, meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis”; para tal, “é essencial a interferência do Estado, no sentido de implementar políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva (dimensão típica dos direitos sociais)” (Piovesan, 2002, p.73).

Os direitos reprodutivos foram definidos no contexto do também novo conceito de saúde reprodutiva, adotado pela Organização Mundial da Saúde em 1988. A plataforma da Conferência do Cairo expande o conceito para o de “saúde



*sexual e reprodutiva*”, definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito aí o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, acessíveis financeiramente e aceitáveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação de fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto. (Unfpa & CNPD, 1995)

As determinações dessa Conferência explicitam um ponto de grande interesse para esta tese: a estreita interligação, a indissociação das questões de direitos, população e saúde, convergindo para a questão da saúde da mulher e do planejamento familiar.

O texto do *Relatório* da Conferência prossegue lembrando que a noção de direitos reprodutivos aí afirmada abarca a de direitos humanos já consagrados em consensos internacionais<sup>4</sup>; sua afirmação apóia-se nos direitos básicos de todos os casais e indivíduos “de decidir livre e responsabilmente sobre quantos e quando ter filhos, de dispor da informação e dos meios para tanto, e de alcançar o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva”. Para efetivar esses direitos, conclama todos os países a desdobrar esforços para “tornar a saúde reprodutiva acessível no sistema primário de assistência à saúde a todos os indivíduos com idade adequada” o mais breve possível e no máximo até 2015”.

Ou seja, a afirmação do direito é diretamente associada à política e a programas nacionais de atenção à saúde. E o documento (Unfpa & CNPD, 1995) explicita:

Essa assistência deve incluir, entre outros: aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de cuidado pré-natal, parto e puerpério [...]; prevenção e tratamento da infertilidade; aborto como especificado

---

<sup>4</sup> Fonseca Sobrinho (1993) lembra que a Declaração dos Direitos Humanos de 1948 já continha a menção de que o tamanho da família deveria ser “de livre opção do casal”.

...[em parágrafo específico]; tratamento de infecções do trato reprodutivo, doenças sexualmente transmissíveis e outras condições de saúde reprodutiva...

É notável que o planejamento familiar seja o primeiro componente da atenção à saúde reprodutiva. E o parágrafo seguinte complementa: “Os programas de assistência à saúde reprodutiva devem ser destinados a atender as necessidades das mulheres, incluindo adolescentes...”.

Mas os homens não são “esquecidos” (Unfpa & CNPD, 1995):

Programas inovadores devem ser desenvolvidos para tornar a informação, o aconselhamento e os serviços acessíveis a todos os homens adolescentes e adultos. Esses programas devem educar e ao mesmo tempo capacitar os homens a partilhar mais equitativamente as responsabilidades domésticas e de cuidado com as crianças, de planejar a família e a aceitar maior responsabilidade na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Todas as conquistas no Cairo foram reafirmadas em 1995, na Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social, em Copenhague, quando esta deu ênfase à necessidade de erradicação da pobreza, por meio de iniciativas destinadas a aferir e reduzir os impactos sociais do ajuste econômico, especialmente sobre mulheres e crianças. No mesmo ano, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz, em Beijing, adotou uma nova concepção onde havia a combinação de respeito aos direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos; a promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, o empoderamento das mulheres e a equidade de gênero, reforçando as políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente. Recomendou também a revisão das legislações punitivas em relação ao aborto, considerando-o como um problema de saúde pública (Piovesan, 2002).

O Comitê Latino-Americano para a Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem), atuou sobre o tema utilizando estratégias diversas, tendo divulgado em 1998 o documento intitulado *Aportes à construção dos direitos humanos na perspectiva de gênero* (Cladem, 1998), o qual traz em seu capítulo terceiro as seguintes definições de direitos sexuais e reprodutivos:

### III. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

#### Artigo 10

Todos os seres humanos têm direito à autonomia e à autodeterminação no exercício da sexualidade, que inclui o direito ao prazer físico, sexual e emocional, o direito à liberdade na orientação sexual, o direito à informação e educação sobre a sexualidade e o direito à atenção da saúde sexual e reprodutiva para a manutenção do bem-estar físico, mental e social.

#### Artigo 11

1. Mulheres e homens têm o direito de decidir sobre sua vida de reprodutiva de maneira livre e de exercer o controle voluntário e seguro de sua fertilidade, livres de discriminação, coerção e/ou violência, assim como o direito de desfrutar dos níveis mais altos de saúde sexual e reprodutiva.

2. As mulheres têm direito à autonomia na decisão reprodutiva, a qual inclui o acesso ao aborto seguro e legal. (*apud* Zurutuza, 2001)

Segundo Zurutuza (2001, p.187), os direitos reprodutivos não constituem um conceito acabado, “pelo contrário: as tensões e alianças que se produzem entre os diferentes atores sociais envolvidos na temática determinam sua expansão, que não ocorre sem dificuldades”.

Ainda se fazem necessários o aperfeiçoamento e maior abrangência do conceito de direitos reprodutivos, para que envolvam em sua complexidade a concepção, o parto, a contracepção e o aborto, todos como elementos interligados. Para tanto há de se enfrentar a cultura do país que, permeada por influências diversas, de cunho religioso e moral, resiste em não aceitar os direitos reprodutivos como direitos humanos, insistindo ainda na ultrapassada idéia de que a mulher tem deveres reprodutivos (Piovesan, 2002).

Na última década, a saúde reprodutiva tornou-se o foco das recomendações e esforços de vários organismos da ONU que lidam com a questão (OMS, Unfpa). E, no Brasil (como em outros países), atendendo às recomendações do Cairo, a introdução do conceito de saúde e direitos reprodutivos provocou uma inflexão nas políticas de saúde, especialmente no que se refere ao planejamento familiar, como se verá no capítulo seguinte.

## **CAPÍTULO 4**

### **PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL**

Tendo-se examinado, como uma espécie de pano de fundo, as questões da mulher, demográfica e de população, que incidem diretamente sobre o planejamento familiar, as políticas de planejamento familiar (PF) são aqui examinadas entremeadas às políticas de saúde – focalizando as políticas de saúde reprodutiva – por sua relação intrínseca. Assim, após abordar inicialmente as origens do planejamento familiar e dos métodos contraceptivos, duas seções recuperam a evolução das políticas de PF e de saúde até 1983, quando é lançado o Paism – que, como se verá, marca a integração definitiva do PF em programa de saúde reprodutiva no país; a seção seguinte acompanha então aquela evolução de forma integrada. As demais seções apresentam de forma sucinta considerações sobre a esterilização e o aborto e a legislação a respeito, para finalmente esboçar uma síntese do histórico e da caracterização da política de planejamento familiar vigente no Brasil.

#### **4.1 Antecedentes históricos**

A preocupação em limitar o tamanho da família parece ser tão antiga quanto a humanidade, pois a prática da anticoncepção vem de longo tempo, já tendo sido mencionada em um papiro egípcio, há mais de quatro mil anos. Supõe-se que o controle do número de pessoas – a serem abrigadas, alimentadas, cuidadas – tenha sido uma preocupação desde os primeiros grupos humanos. Sabe-se de povos da Antigüidade que mantinham práticas como as de “eutanasiar” os idosos, ou matar recém-nascidos.

O advento da Era Moderna, no Ocidente, trouxe poderosas transformações culturais, de todos conhecidas (longas viagens marítimas, desenvolvimento tecnológico de ferramentas e instrumentos, desenvolvimento científico, imprensa etc.). Elas iriam culminar, na Europa, com o fim do feudalismo, a emergência do Iluminismo e a Revolução Industrial. As idéias de muitos pensadores dos séculos

XVIII e XIX estão na raiz do pensamento ocidental contemporâneo.

No final do século XVIII (1798), Thomas Malthus escreveu o *Ensaio sobre o princípio da população*, com a idéia de que, tendo em vista que o ritmo de crescimento da população era maior do que o da produção de alimentos, isso levaria à escassez destes; “freios naturais” como epidemias ou guerras, provocando aumento da mortalidade, deveriam surgir para compensar os efeitos de um excessivo número de nascimentos (Fonseca Sobrinho, 1993). Quase um século mais tarde (em 1859), Charles Darwin publicou *A origem da espécies* onde, pela primeira vez, foi explicado cientificamente o mecanismo da evolução das espécies biológicas, por meio da “seleção natural”. Transpondo as teses darwinistas para as sociedades humanas, pensadores do século XIX como Herbert Spencer e Richard Hofstadter chegaram ao que ficou conhecido como “darwinismo social” isto é, a teoria de que as sociedades se transformam, desenvolvendo-se linearmente, e que tais transformações representariam sempre a passagem de um estágio inferior para outro superior, em que o organismo social se mostraria mais evoluído, mais adaptado e mais complexo. Esse tipo de mudança garantiria a sobrevivência dos organismos – sociedades e indivíduos – mais fortes e evoluídos (Fonseca Sobrinho, 1993; Oliveira, 2006). As idéias de Malthus e do darwinismo social estão na raiz das propostas de controle da natalidade.

#### **4.2 Aperfeiçoamento dos métodos anticoncepcionais**

Têm-se indicações do uso de variados meios para impedir a concepção desde muito tempo. Os romanos, por exemplo, usavam revestimentos penianos feitos de bexiga de cabra, um precursor da camisa-de-vênus (Fonseca Sobrinho, 1983). Na Europa pós-medieval, para evitar a concepção, usavam-se tampões feitos de ervas, algas, sementes de mostarda, cera de abelha, limão, moedas, botões de colarinho, pedras, jóias, bem como revestimentos penianos feitos com tecidos, peles de animais etc.

Com o advento da indústria da borracha, no século XIX, deu-se início à

fabricação de revestimentos penianos (camisa-de-vênus, a popular “camisinha”). No final do mesmo século, mais precisamente em 1880, surgiram os primeiros diafragmas e dispositivos intra-uterinos, todos de forma rudimentar. Nessa época, a erva arruda era usada como contraceptivo e abortivo. Já se contava pois com alguns dos métodos hoje usados, como camisinha ou coito interrompido. Contudo, como afirma Fonseca Sobrinho (1993), as informações sobre a utilização desses métodos eram precárias.

Ao longo do século XX, métodos contraceptivos foram sendo descobertos ou aperfeiçoados. Em 1904 descobriu-se a variação da temperatura ao longo do ciclo menstrual; por volta de 1920, definiu-se o período fértil, dando origem ao método rítmico; e, em 1951, descobriu-se o primeiro hormônio sintético que posteriormente deu origem aos anticoncepcionais orais, amplamente divulgados durante os anos 1960.

Desde essa década, com a chegada da pílula anticoncepcional, a ciência trabalha no aperfeiçoamento de métodos contraceptivos diferentes, buscando eficiência com redução de possíveis efeitos não-desejados para as mulheres, como dores de cabeça, náuseas, alterações do fluxo menstrual e irritabilidade. O que, na prática, significa mais liberdade com menos risco (Góis, 1991).

De acordo com Pedro (2003), para as mulheres que viviam em países nos quais a cidadania era minimamente respeitada, como na França, o período que se iniciou em 1960 trouxe repercussões e mudanças que provocaram intensas transformações nas relações de gênero. Uma parcela dessas transformações teve como pano de fundo a disponibilidade dos contraceptivos modernos, que permitiram, como em nenhum outro período da história, separar o exercício da sexualidade da reprodução.

Em países do Terceiro Mundo, dentre os quais o Brasil, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos fez parte de campanhas ou políticas estrangeiras de cunho neomalthusiano voltadas para a redução da população. Isso foi

diferente do que ocorreu com mulheres de países europeus, cujas políticas natalistas tinham adquirido muita força após as guerras mundiais. Assim, enquanto em lugares como a França a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, no Brasil a pílula anticoncepcional e o DIU foram comercializados sem entraves desde o início da década de 1960 (Pedro, 2003). Tem-se notícia – Pedro (2003) cita artigo da revista *Seleções do Readers' Digest* – de que o Haiti e Porto Rico foram usados como "campo de prova" dos métodos contraceptivos então ainda em desenvolvimento, sem qualquer visão dos malefícios que seu uso poderia vir a causar nas usuárias.

A utilização de métodos modernos de contracepção não liberta apenas as mulheres de gestações indesejadas; ela dá-lhes, em detrimento dos homens, o domínio da fecundidade. Essa conquista deve ser colocada no mesmo plano que as modificações do direito civil que, na mesma altura, põem termo à sua subordinação na vida privada.

Atualmente os casais podem escolher entre as seguintes formas de contracepção: métodos naturais (coito interrompido, tabelinha, método do muco cervical e método da temperatura basal); métodos hormonais (pílulas, adesivos, injeções, implantes cutâneos e anel vaginal); métodos de barreira (preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma e espermicidas); dispositivo intra-uterino (DIU), de cobre ou com hormônios; anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte); e métodos irreversíveis (vasectomia e ligadura de trompas).

### **4.3 Evolução do planejamento familiar no país**

Nas Américas, desde a chegada de Cristóvão Colombo, em 1492, e de Pedro Álvares Cabral, em 1500, até meados do século XX, todas as políticas populacionais, tanto na América espanhola quanto na portuguesa, foram explícita ou implicitamente expansionistas e pró-natalistas. Diante de territórios escassamente povoados e de pequenas populações, considerava-se natural essas nações adotarem medidas de crescimento populacionais e de ocupação dos “espaços

vazios”. No Brasil, o tipo de organização da atividade econômica favorecia um padrão de famílias numerosas para atuarem na atividade agrícola, padrão este apoiado pela Igreja (Alves, 2004).

Embora disperso, o discurso sobre planejamento familiar já se cogitava no Brasil colonial, mas só após a Proclamação da República foi instituída no país uma política de saúde. Era denominada “A Higienização do Brasil” e trazia uma tendência natalista agregada à idéia de melhoria da raça, uma forma que precedeu a discussão sobre planejamento familiar. A política continha regras ligadas à sexualidade, pois falava sobre casamentos consangüíneos, entre jovens e idosos, com doentes mentais etc. A Igreja Católica, em sua mentalidade androcêntrica, incentivava as mulheres à obediência e servidão aos homens, fazendo-as crer que a mulher deveria ter tantos filhos quantos Deus ou a natureza assim determinasse (Costa, 1999).

Ainda de acordo com essa autora, essa época foi marcada pelo controle da mulher não só pela Igreja como também pelos médicos, pois ambos tinham acesso às suas intimidades e confissões. Dessa forma, um cuidava da mente e o outro do corpo. Prevalencia então a idéia de que a prática do sexo somente deveria servir à procriação e que o sofrimento do parto purificaria o pecado do coito. Isso interferiu diretamente nas políticas que afetavam a fecundidade, impedindo uma emergente preocupação com as origens e/ou a dinâmica do crescimento populacional.

Ainda nas primeiras décadas do século XX, as mulheres eram “manipuladas” pelos sacerdotes, que usavam a negação da absolvição no confessionário diante do relato da prática de alguns métodos, entre eles o coito interrompido. Mas as gerações seguintes, principalmente as da década de 1960 em diante, já não davam tanta importância aos preceitos às ordens “papais” e mesmo assim se consideravam “boas católicas”. Ante a situação, as mulheres procuraram e encontraram nos sermões do clero pronunciamentos que as deixavam de



consciência tranqüila para utilizarem métodos contraceptivos mais eficazes (Pedro, 2003, p.239).

De acordo com Cruz (2000), somente na década de 1920 é que as ações voltadas para o par materno-infantil tiveram início no Brasil, quando foram incluídas nos programas do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por meio do Decreto n. 16.300/23 que, em seu artigo 318, trazia medidas relacionadas à maternidade e à infância.

A partir da década de 1960 é que se tem efetivamente literatura relacionada ao tema. Até então, poucas vezes o termo “contracepção” fora abordado. Nesta época prevalecia ainda a idéia eugenística de que a “melhoria da raça” era um dos objetivos a serem cumpridos pela Saúde Pública. O tema continuou sendo tratado apenas por médicos, porém sob a égide de uma postura “pró-natalista”, com a alegação de que o crescimento populacional era benéfico ao povoamento do país, o que interferiu diretamente nas políticas que abordavam a fecundidade, (Fonseca Sobrinho, 1993).

No entanto, como se viu no Capítulo 2, as taxas de fecundidade no país começaram a cair na década de 1960, quando a legislação e a ideologia predominante eram implícita e/ou explicitamente pró-natalistas. As terras não ocupadas no país, sobretudo na Região Norte, constituíam uma fonte enorme de riquezas e provocavam a cobiça de estrangeiros. Isso levou o país a transformar a ocupação dessas terras em meta de governo; o governo Médici adotou um programa capaz de absorver nessa região um milhão de famílias em dez anos. Todavia, após três anos esse programa foi cancelado, pois apenas mil famílias haviam se estabelecido e a maior parte em precárias condições (Silva, 2000).

Até meados dos anos 1970, as ações governamentais relativas à reprodução voltavam-se sempre ao binômio mãe-filho e a assistência era limitada ao ciclo gravídico-puerperal. Desse modo, dificultavam a superação reducionista das práticas de saúde dirigidas à mulher (Giffin, 1999; Cruz, 2000).

Entretanto, em 1961, após contato com a norte-americana Federação Internacional de Planejamento Familiar (*International Planned Parenthood Federation*, IPPF), o médico brasileiro Dr. Otávio Rodrigues Lima, catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, plantou aqui uma semente do que viria a ser o planejamento familiar (Fonseca Sobrinho, 1993).

Ao mesmo tempo, o também médico brasileiro Dr. Antônio Pompeu Pandolfi, ao término de sua residência médica em ginecologia e obstetrícia, em 1961, participou de um treinamento no Centro de Paternidade Planejada do Brooklin, em Nova Iorque, onde as mães eram orientadas sobre métodos contraceptivos. Depois, já na Europa, leu um artigo na edição internacional do *New York Times*, onde políticos pediam ao Secretário Geral da ONU providências quanto aos problemas futuros da população do planeta (Pandolfi, 1986, p.39).

De volta ao Brasil, Pandolfi trouxe um relatório de 1962 da ONU, que abordava o problema do crescimento populacional na América Latina, Ásia e África. Em julho de 1963, o geólogo e economista Glycon de Paiva publicou um artigo sob o título *Controle de natalidade: condição fundamental ao desenvolvimento*, considerado o marco inicial do movimento de planejamento familiar no Brasil. Em novembro do mesmo ano, Pandolfi foi o primeiro médico a se manifestar favorável à integração do planejamento familiar em programas de saúde pública no país, publicando o artigo *Aumento da população: sinal de alarme* (Pandolfi, 1986).

Ainda em meados dos anos 1960, o Professor Octávio Lima, do Rio de Janeiro, em colaboração com outros médicos, lançou um opúsculo sob o título *Aborto provocado: considerações finais sobre um inquérito realizado no Brasil*, resultado de uma pesquisa desenvolvida em 1964. Segundo ele, as mulheres brasileiras haviam praticado 1,5 milhões de abortos; era necessário criar uma mentalidade para o planejamento da prole, para a paternidade responsável, a fim de se obter o bem-estar da família (Fonseca Sobrinho, 1993). A idéia central era que, com informação adequada sobre métodos contraceptivos, se poderia

diminuir o grande número de abortos provocados no país.

Em novembro de 1965, segundo Silva (2000), durante a XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, no Rio de Janeiro, o planejamento familiar tornou-se o centro das discussões e, ao final dessa jornada, estava formada uma entidade com o objetivo de “promover e propugnar pelo bem-estar da família, como célula constitutiva da nação”. Nascia assim a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – Bemfam, abrindo-se clínicas que “ofereciam à mulher opções mais seguras para evitar a gravidez não planejada” (Bemfam, s.d). Dois anos mais tarde a sociedade filiou-se à IPPF e, em 1971, foi reconhecida pelo governo federal como de utilidade pública. Em 1973, a instituição iniciou sua expansão, criando representações estaduais em cerca de 15 estados brasileiros (Bemfam, s.d). Firmou acordo com várias secretarias estaduais de saúde com vistas à implantação de clínicas de planejamento familiar em alguns estados mais pobres da região Nordeste (Rodrigues, 1990; Coelho, Lucena e Silva, 2000)

Em pouco tempo, tornou-se um dos baluartes do controlismo<sup>5</sup> no país (Nascimento, 1991; Pedro, 2003), sendo execrada por feministas na década de 1980, que argumentavam contra o controle da natalidade sustentando que era o padrão de desenvolvimento econômico que gerava a pobreza: uma distribuição da renda mais eqüitativa e o maior acesso à educação é que iriam levar à diminuição da natalidade.

Ainda na década de 1960 foi também criado o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), financiado por instituições como Family Planning International Assistance (FPIA), Pathfinder Foundation e outras. Sua estratégia foi agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Para tanto, financiou

---

<sup>5</sup> Mais tarde a instituição iria alinhar-se às recomendações das Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995), passando a atender as “necessidades não-satisfeitas em saúde sexual e reprodutiva” e diversificando sua atuação, inclusive na “prevenção e trato das DST/Aids” (Bemfam, s.d.).

treinamentos de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando suas atividades (Costa, 1997). Ainda segundo Costa (1997), o CPAIMC foi também distribuidor de material contraceptivo para diversas outras instituições congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para importação, em virtude de sua titulação como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos.

Todas essas entidades tinham claramente o objetivo de controle demográfico (Brasil, 1985, p.13) e atuavam sem qualquer controle público (Brasil, 1996a, p.329). Isso em pleno governo militar, que tinha como lema “integrar para não entregar” e pretendia ocupar extensas áreas desabitadas. E, ainda, enfrentando a oposição da Igreja Católica (que oficialmente apoiava o regime) a qualquer meio de contracepção, bem como a tendência de populações rurais pobres a preferir famílias numerosas para ter mais braços para a lavoura (Pedro, 2003; Rocha, 2004).

Por propiciar maior acesso à contracepção, essas entidades provavelmente também contribuíram para a já aludida queda nas taxas de fecundidade no país. Anticoncepcionais eram distribuídos gratuitamente – porém não se oferecia acompanhamento médico (Ávila & Corrêa, 1989). A maioria das entidades iria reunir-se em 1981 na Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar. A elas foi atribuído o grande número de mulheres esterilizadas no Brasil (Silva, 2000).

Na década de 1970, o planejamento familiar foi contemplado pelo Prev-Saúde com ênfase à educação para a maternidade e paternidade responsável, à obrigação do Estado quanto às informações sobre os métodos anticoncepcionais e à revisão da legislação sobre a fecundidade. O Prev-Saúde era um programa de grande investimento em assistência primária, mas não se efetivou por encontrar resistência entre proprietários de hospitais, representados pela Federação Brasileira de Hospitais, e na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Nascimento, 1991).

Conforme Fonseca Sobrinho (1993), o governo brasileiro criou em 1977 outro programa direcionado à saúde da mulher: o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto-Risco (PPGAR), que trazia critérios para a classificação das gestações patológicas. Contudo, as tentativas de implantação de programas desse tipo, pelo Estado, até então foram frustrados. Como principal causa disso ressalta-se a resistência aos programas por parte da Igreja Católica.

De modo geral, pode-se dizer que até a década de 1980, o debate sobre a reprodução humana oscilou entre o natalismo tradicional e o neomalthusianismo.

No início da década de 80, o movimento de mulheres, juntamente com outros atores políticos, interveio no debate nacional sobre planejamento familiar, guiado pela certeza de que a democracia seria a solução para que a sociedade brasileira se modernizasse, gerando maior igualdade social e política. Naquele momento, rompe-se com a polarização entre o natalismo tradicional e o neomalthusianismo crescente que caracterizou o debate nacional entre 1970 e 1980. As feministas sinalizavam a revisão das concepções acerca do público e do privado na cultura política brasileira, pregando a autonomia entre sociedade civil, sociedade política e Estado. (Corrêa, 1999, p.3)

O direito ao planejamento familiar só teria sua consagração explicitada no parágrafo 7 do Art. 226 da Constituição Federal de 1988, trazendo diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, onde direito e acesso aos serviços de planejamento familiar não devem ser vinculados às políticas de controle demográfico. Trata-se de um direito assegurado a todo cidadão e responsabilidade do Estado, tendo este a responsabilidade de prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (Costa, 1999, p.320).

Um pouco antes, em 1983, o Paim já iria incorporar ações de planejamento familiar em um abrangente programa de saúde. Cabe, porém, antes de discutir o Paim, um “parêntese” para apresentar uma breve retrospectiva das políticas de saúde no Brasil.

#### **4.4 Políticas de saúde no Brasil**

A história das políticas de saúde no Brasil está diretamente relacionada com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, que seguiu o

avanço do capitalismo, sofrendo forte determinação do capitalismo internacional (Bertolozzi & Greco, 1996). A saúde nunca ocupou o lugar de importância que deveria, sendo sempre deixada à margem do sistema.

A organização social brasileira desde a Colônia foi estruturada a partir do setor agrícola (sesmarias e capitanias hereditárias), que requeria famílias numerosas tanto nos latifúndios quanto nos minifúndios – onde era crucial a subsistência da família, com a qual se contava na velhice e na doença (Coelho, Lucena & Silva, 2000).

De acordo com Bertolozzi e Greco (1996), o Brasil de sua colonização até a instalação do Império não dispunha de modelo algum de atenção à saúde da população, nem de interesse em criá-lo, por parte dos governantes. Na época a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas e ervas) e àqueles que, por conhecimentos empíricos, desenvolviam sua habilidade na arte de curar (curandeiros, rezadeiras).

Com a vinda da família real para o país, criou-se a necessidade de organizar uma mínima estrutura sanitária no Rio de Janeiro, capaz de dar suporte ao poder que então aí se instalava. No resto do país, até meados do século XIX, as atividades de saúde pública limitavam-se a atribuições sanitárias executadas por juntas municipais e o controle de navios e saúde nos portos (Bertolozzi & Greco, 1996).

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Império era enorme; de acordo com Sales (1971), em 1789, na cidade do Rio de Janeiro, só havia quatro médicos exercendo a profissão. Foi nesse contexto que surgiram os boticários (farmacêuticos), a quem cabia a manipulação de fórmulas medicinais muitas vezes prescritas por eles mesmos (Polignano, 1998). Somente em 1890, já na República, foram instituídas academias de Medicina e Farmácia, em Salvador e no Rio de Janeiro.

Braga e Paula (1986) informam que, no início do século XX, os índices de morbimortalidade eram altos e, diante da precariedade das condições de saúde, o

Presidente Rodrigues Alves (1902-1906) lançou um programa de obras públicas para saneamento do Rio de Janeiro, dirigida por Oswaldo Cruz a partir de 1903. Esse programa deu início ao combate à febre amarela urbana; posteriormente, foram lançadas medidas de combate à malária e a obrigatoriedade da vacina contra a varíola – o que gerou a Revolta da Vacina, movimento popular de oposição ao governo, liderado pelo senador Lauro Sodré, que considerou a obrigatoriedade da vacinação como uma medida cerceadora das liberdades individuais. As medidas sanitárias dessa época ocorriam sob a forma de campanhas e tinham caráter jurídico, impondo-se notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária, consideradas soluções imediatistas. Tinham como objetivo diminuir a mortalidade geral para manter o processo de acumulação cafeeira, a política de imigração, bem como manter a insatisfação popular sob controle.

Oswaldo Cruz, no comando da Diretoria do Departamento Federal de Saúde Pública, enfrentou as endemias e aperfeiçoou a legislação, concebendo uma política sanitária onde incorporou elementos das ações de saúde, como o registro demográfico, e introduziu o laboratório como auxiliar de diagnóstico etiológico, organizando a fabricação de produtos profiláticos para uso em massa (Coelho, Lucena & Silva, 2000).

Com os incipientes desenvolvimento industrial e urbanização, a saúde cresceu como questão social e a cobertura da assistência foi ampliada com a Reforma Carlos Chagas (1920). Esse sucessor de Oswaldo Cruz, numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (até então, o departamento era diretamente ligado ao Ministério da Justiça), órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de saúde pública no Brasil. Introduziram-se a propaganda e educação sanitária, bem como técnicas de rotina de saúde no país (Bertolozzi & Greco, 1996). Foi também nessa década fundada no Rio de Janeiro a Escola de

Enfermagem Anna Nery. Segundo Braga e Paula (1986), a crescente massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação pressionou o governo a ampliar as políticas sociais, resultando na criação de uma política de saúde. Foi assim, que em 1923, o Congresso Nacional aprovou a Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. De início, a política nacional de saúde foi organizada em dois subsetores – o da saúde pública e o da medicina previdenciária. Ainda por essa lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Na década seguinte as CAPs seriam substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), onde os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (Polignano, 1998).

O final dos anos 20 foi marcado por crise política que culminou com a derrubada do governo por uma junta militar, sendo o poder assumido por Getúlio Vargas em 1930. Para Faleiros (1992), Vargas praticava o clientelismo pela subvenção às instituições de assistência, realização de obras sociais e apoio a organizações religiosas e sua política levou o país a uma crise econômica que o governo tentou a todo custo controlar. Em seus governos, nos anos 30, foram sendo criados o Ministério da Educação e Saúde, o Ministério do Trabalho e o da Indústria e Comércio e, em 1937, foi promulgada a nova Constituição. No que tange à saúde foram retomadas as campanhas sanitárias, constituindo elementos importantes no processo de centralização da política nacional de saúde. Em 1937, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde pela Lei n. 378 de 13 de janeiro (Nascimento, 1991).

De acordo com Faleiros (1992), depois que eclodiu a Segunda Guerra Mundial o governo Vargas (que inicialmente nutria simpatias pelos alemães) sofreu forte pressão dos EUA, que tinha interesses na produção de borracha na Amazônia e de manganês no Vale do Rio Doce. Em “troca”, o governo americano ajudou o governo brasileiro em questões cruciais da saúde: com apoio americano, vários serviços de atenção primária foram criados, como o de combate à febre amarela; também foi instituído o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).



No pós-guerra, o Ministério da Saúde e Educação passou a investir na formação de técnicos de saúde pública, porém a escassez de recursos financeiros e de pessoal, bem como os conflitos de jurisdição e gestão, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública fossem reduzidas a normas, sem efetivação no campo prático de soluções para os problemas sanitários do país na época. No entanto, esse contexto serviu de base para a criação do Ministério da Saúde, em 1953 (Faleiros, 1992).

Assim, nas questões de saúde, apesar de até 1960 ter predominado a ênfase na saúde pública, esta basicamente foi centrada em campanhas e medidas sanitárias dirigidas a grupos isolados.

Como se sabe, com o golpe militar de 1964, a sociedade foi calada pela força, os brasileiros sofreram restrições impostas por aqueles que assumiram o poder; o Estado de exceção, mantido por Atos Institucionais, suspendeu a democracia. O processo de acumulação do capital, calcado no “arrocho” salarial, possibilitou um espetacular crescimento econômico no país, o denominado “milagre brasileiro”. Nos anos 1970 houve um desaquecimento da economia pela crise do petróleo e, na década seguinte, agravou-se a recessão econômica com a expansão da dívida externa (Martins, 1999).

Durante o milagre econômico, a medicina tornou-se mais especializada e sofisticada (Faleiros, 1992). Criaram-se clínicas e hospitais particulares financiados pela Previdência Social, expandiram-se as faculdades particulares de Medicina e surgiu a medicina de grupos, por meio de um setor empresarial de proprietários de hospitais. Consolidou-se “uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviço de saúde e população”, constituindo as principais orientações da política sanitária da conjuntura do milagre brasileiro (Luz, 1991, p.77).

A medicina previdenciária foi unificada em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quando enfrentava grave crise econômico-

financeira, devido à mudança no caráter da prestação de serviços.

Em julho de 1975 foi promulgada a Lei 6229, criando o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceu para o Ministério da Saúde ações voltadas ao atendimento de interesse coletivo e para o Ministério da Previdência e Assistência Social, principalmente, o atendimento médico-assistencial individualizado. No final da década, o governo reconheceu formalmente a crise previdenciária e criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), objetivando reorganizá-lo (Braga & Paula, 1986). Segundo esses autores, todo o conjunto de medidas proposto para a assistência à saúde no período pós-64 não conseguiu melhorar a saúde nem o padrão de vida da população carente, sendo que alguns indicadores de saúde pioraram.

As políticas de assistência à mulher passaram a ser melhor delineadas a partir de 1975, quando foi criado pelo governo o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Para efeito de determinação da população alvo, o grupo materno-infantil, a OMS orientou o critério da relação risco/classe social, considerando a importância biológica, socioeconômica e numérica do grupo, sendo prioritário o mais pobre, o mais carente, identificando claramente uma classe social. “O PSMI acelerou as especializações, a tecnificação, a concentração médica nos grandes centros urbanos, a prática hospitalar, a impessoalidade, a multiplicidade de empregos e uma prática médica curativa em detrimento da preventiva” (Marques, 1978, p.121).

O PSMI incluía itens de orientação sobre o planejamento familiar, que já era defendido e praticado por um programa anterior, o Programa Especial de Pediatria (PEP). Constava desse programa que a mulher que já tivesse número elevado de filhos e dispusesse de escassos recursos para manter a família podia ter acesso à discreta orientação sobre o uso de contraceptivos (Souza, 1978, p.23). Para Marques (1978, p.122), o PSMI também tinha um componente educativo e, sendo dirigido à gestante, à criança e à adolescente, pretendia a transformação de

atitudes e comportamentos, persuadindo a população pobre a modificar hábitos.

O pouco investimento na rede pública de saúde refletia a crise na Previdência, agravada pela capitalização da medicina, que exigia quantias cada vez maiores para cobrir os serviços prestados pela rede privada. Somente ao final da década de 1970, mais precisamente, no início dos anos 80, ressurgiram os movimentos sociais que forçaram o processo de redemocratização do país, marcado por conquistas importantes. No âmbito da saúde, organizou-se o Movimento Sanitário, que exigia soluções para os graves problemas existentes (Coelho, Lucena & Silva, 2000).

Sob a vigência da ditadura militar, a década de 1970 apresentou no setor saúde respostas inadequadas às necessidades de saúde. A crise econômica que atravessou esse período levou o país aos anos 1980 com uma dívida externa de mais de 50 milhões de dólares e, pela primeira vez, com uma inflação atingindo a casa dos três dígitos, chegando ao patamar de 110,02% anual. Por questões políticas, o país estava "falido"; o desemprego crescia rapidamente e a Previdência Social, além da pouca contribuição recebida, tinha suas verbas desviadas para obras fora do setor saúde (Oliveira S., 2005). Iniciou-se, então, um clamor popular por melhoria da oferta dos serviços de saúde, educação, moradia – e por eleições diretas.

Nesse contexto surgiram vários movimentos populares e de servidores públicos, visando à formulação de política melhor estruturada no setor saúde. Crescia a discussão de reformas, que ganhou força com um movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica principal era o pensamento crítico sobre a política de saúde vigente (Andrade, Soares & Cordoni Jr, 2001). De acordo com Cruz (2000), esses movimentos surgiram quando o país entrou em um período político-econômico contraditório, com vários sinais de crise, e acompanhado de “lenta e gradual abertura” política. Segundo Cruz (2000, p.25):

A crise financeira que atingiu o setor saúde expressou-se na consequência imediata da baixa qualidade e baixa resolutividade dos

serviços. Uma avaliação pode ser feita a respeito, levando em conta queda nos salários dos profissionais de saúde, equipamentos e outras tecnologias sem manutenção e/ou com financiamentos deficientes, falta de provimentos de insumos e medicamentos, aliados ainda às deficiências de gerenciamento.

Um impulso a esses movimentos foi dado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Unicef. Na Conferência, que reuniu 134 países e 67 organismos internacionais, todos se comprometeram com uma grande meta: garantir saúde para todos até o ano 2000 – desafio tanto maior quanto a mesma Conferência definiu saúde não apenas como ausência de enfermidades, mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social", além de um direito humano fundamental. O foco de todo esse trabalho deveria ser a atenção primária à saúde: extensão da cobertura dos serviços de saúde. promoção da nutrição adequada e provisão de água potável, saneamento básico, atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação quanto a problemas prevalentes de saúde etc. (OMS, 1994).

Dentre as primeiras iniciativas do Movimento Sanitário, lançou-se uma proposta para um novo modelo para o setor saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Por um decreto do Presidente José Sarney, o SUDS incorporou os princípios da reforma sanitária, a universalização, a integralidade da atenção, a regionalização e a hierarquização, a descentralização do processo decisório, a democratização das instâncias gestoras e a questão da política integrada de recursos humanos. O SUDS facilitou a implementação Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciadas em 1983 (RedeSaúde, 2003). Entretanto, por razões de ordem político-ideológica, ligadas a interesses da iniciativa privada e por erros estratégicos, o SUDS não atingiu os objetivos aos quais se propôs.

## 4.5 O Paism

Como visto, até meados da década de 1970 a intervenção médica sobre o corpo da mulher apenas reafirmava sua condição de mãe. As ações estabelecidas eram sempre para o par materno-infantil e faziam questão de ressaltar essa condição pela assistência ao ciclo gravídico-puerperal (Giffin, 1999; Cruz, 2000). O movimento feminista à época lutava para reverter esse quadro. A saúde da mulher deveria ser pensada de forma abrangente, em todas as fases da vida, e de forma democrática, dirigida a todas as mulheres, inclusive as que não têm filhos.

Nos anos 1980, no Brasil, saúde, habitação e educação estavam em crise e, em 1983, havia manifestações de rua reivindicando políticas sociais que assegurassem os direitos de cidadania. O país inteiro se mobilizou em torno da campanha para eleições diretas para presidência da República, disputando, como afirma Nascimento (1991), um verdadeiro campeonato cívico, que tinha nos comícios a prova da vontade popular.

Na ocasião, o movimento de mulheres interveio no debate nacional sobre o planejamento familiar, "instituindo-se a noção de que a assistência à contracepção deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão individual e um direito social" (Corrêa, 1993, p.3). Essa visão era consenso entre os diferentes movimentos como os de mulheres e sanitaristas, bem como entre demógrafos, cientistas sociais e militantes de partidos políticos.

Após a Conferência do México (1984), realizou-se no mesmo ano nos arredores de São Paulo o 1º Encontro de Saúde da Mulher, cujas proposições foram consolidadas no documento conhecido como "Carta de Itapeperica", de que um trecho dizia:

Exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos [...] concretizados na sua especificidade sexual [...] tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema

reprodutivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa. (*apud* Labra,1989, p.297-302)

No ano anterior o governo já tinha anunciado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, “que introduziu a política de gênero no Brasil” (Corrêa, 1999, p.3). Mas ele só foi lançado oficialmente em 1984, pelo Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, durante seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito instituída para investigar aspectos vinculados ao crescimento da população brasileira.

O Paism tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, definindo um modelo assistencial para atendê-la em todas as fases de seu ciclo vital, incluindo a fase reprodutiva. Trazia mudança de paradigmas, marcos teóricos, políticos e ideológicos, bem como propostas para melhoria dos níveis de saúde da mulher, valorizando práticas educativas sobre o conhecimento do corpo, sexualidade e reprodução, entendidas como disseminadoras de informações para o fortalecimento da autonomia (Pitanguy, 1999, p.22).

Visava atender à mulher...

[...] por meio de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente e Aids, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e a contracepção (Brasil, 1992, p.15).

Além de oferecer acesso hierarquizado aos serviços, fazendo articulações entre ações preventivas e curativas, reconhecia as especificidades do corpo da mulher independente de sua idade levando em conta suas necessidades bio-psicossociais, reconstruindo e fortalecendo a identidade feminina (Brasil,1985).

O Programa foi criado em 1983, regulamentado em 1986 e normatizado apenas em 1988. Porém, apesar das dificuldades de implementação, entende-se que, por sua concepção, o Paism representa uma das mais importantes políticas públicas da área da saúde (Santana, 2004).

Vale lembrar que, dentre as dificuldades enfrentadas para sua implementação, os próprios integrantes do movimento sanitário o rejeitavam por considerá-lo um programa “vertical” destoando dos demais programas de assistência. Apesar dos esforços dos profissionais envolvidos, publicações recentes sugerem que o Paism não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, demonstrando importante distanciamento entre o conceito e a prática; há porém que se avaliar, nesse contexto, a dificuldade de incorporar novos conceitos, o que ocorre por múltiplos fatores (políticos, econômicos, culturais e sociais) (Galvão, 1999).

Quanto ao planejamento familiar, este foi contemplado pela primeira vez na história das políticas brasileiras de saúde, atendendo às reivindicações feministas:

O movimento organizado sustentou, assim, o princípio de que as decisões da esfera reprodutiva devem orientar-se pelo livre-arbítrio dos indivíduos, em especial das mulheres, uma vez que a reprodução biológica viabiliza-se pelo corpo feminino. Portanto, a assistência à anticoncepção deveria compor uma política integral de saúde reprodutiva. Criticavam, ainda, os programas de planejamento familiar implementados no país pelas chamadas “entidades privadas”, exigindo do Estado a superação de sua omissão no terreno de políticas públicas relativas à regulação da fecundidade. Resultado dessas reivindicações foi a formulação do Paism, que buscava reverter muitas distorções identificadas no campo da saúde reprodutiva, particularmente no que se refere à oferta de anticoncepção. (Corrêa, 1999, p.4)

Uma primeira edição do manual *Assistência ao planejamento familiar* foi distribuída aos serviços de saúde a partir de 1988. O manual foi revisado e atualizado (Resolução n.5 de 17 de fevereiro 1992), com ampla participação da sociedade científica (Brasil, 2002).

Segundo Santana (2004), o objetivo primordial do programa é a busca da assistência integral para uma melhor qualidade de vida da mulher. Porém, a autora levanta duas ressalvas: o Programa teria ignorado a participação do homem no processo reprodutivo; e oferecia um reduzido número de métodos contraceptivos que, em sua grande maioria, ficavam restritos aos métodos

hormonais e à ligadura tubária, que tecnicamente não requerem a participação e interferência masculina.

Mas a principal ressalva refere-se à própria implementação do Programa. Como foi lançado ainda sob a égide do governo militar, o contexto político-cultural não era favorável à incorporação de novos conceitos nem a seu debate democrático. A implementação do Programa ficou restrita a alguns setores, ou a algumas poucas experiências interrompidas. Em 1992, o governo federal realizaria uma avaliação do Paism e, em alguns estados, os dados sobre a assistência à anticoncepção mostraram que não havia oferecido cobertura a mais que 10% da população alvo (Corrêa, 1993). De acordo com essa autora, o efeito mais dramático da omissão dessa política foi observado exatamente no acesso aos métodos contraceptivos reversíveis, quando a esterilização feminina se disseminou em todo o território nacional de forma vertiginosa.

Com o Paism as mulheres chegaram à Nova República podendo pela primeira vez dispor, mesmo se precariamente, de serviços de planejamento familiar no sistema público de saúde. Mas foi no final da década de 1980 que as políticas de saúde fizeram novo avanço significativo, como se verá na seção seguinte.

#### **4.6 Do SUS aos dias atuais**

Desde a década de 1970, com o Relatório Lalonde (1974) do Ministro da Saúde do Canadá, a Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde também no Canadá (1978) e a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986), o desenvolvimento conceitual acerca da promoção da saúde aparece atrelado a uma concepção mais abrangente e complexa do que apenas o processo saúde-doença-cuidado, apontando para os determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo (Traverso Yépez, 2007).

A redemocratização do país permitiu que a idéia da criação de um Sistema Único de Saúde fosse discutida publicamente, sendo fortalecida ainda no governo



Figueiredo, ao lado de conquistas políticas como a anistia e a eleição direta para governadores em 1982. A VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) caminhou nessa direção. Assumiu um caráter de reforma da Política Nacional de Saúde, sendo incorporados ao discurso do governo temas como universalização da cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização, diminuindo assim as divergências entre o governo e o Movimento Sanitário. Surgiram, a partir dessa Conferência, as possibilidades de uma Reforma Sanitária que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, cujas resoluções foram levadas à discussão na Assembléia Nacional Constituinte pelos militantes da Reforma Sanitária brasileira. Integrantes dos movimentos populares, sindicais, estudantis, lideranças políticas e intelectuais se uniram para defender as deliberações da Conferência nas votações da Constituinte.

A VIII CNS foi considerada como o evento mais significativo no processo de construção da estratégia e da tática pela democratização da saúde em toda sua história. Foi a partir do relatório final desta, que o governo reconheceu a necessidade de reestruturar o sistema nacional de saúde (Nascimento, 1991).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988, fundado em três princípios básicos – equidade, universalidade e integralidade – configurando-se como um sistema de acesso universal, onde todos têm os direitos iguais. A saúde passa a ser, efetivamente, direito de todos e dever do Estado. Constitui um plano integrado de ação de medicina preventiva e curativa, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação e meio ambiente, resultando em política integrada de combate à doença. Aparece com um perfil social-democrata (Cordeiro, 1991; Nascimento, 1991).

Cordeiro (1991) diz que a criação do SUS foi sem dúvida a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985.

O capítulo da Constituição sobre a saúde dispõe que a situação anterior, de separação entre as redes de serviços administradas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) deu lugar a um sistema único descentralizado, mediante a municipalização da rede pública, passando o município a ser o executor da atenção e o governo federal e estadual a ter papel de promoção e sustentação desse processo em todos os níveis – político, técnico, administrativo, financeiro e material. Os princípios organizativos fundamentais são a descentralização por meio da municipalização, a regionalização com hierarquização da atenção e o controle público.

Conforme o art. 198 da Constituição Federal, institui-se que os serviços de saúde pública integrarão uma rede subdividida por regiões e hierarquizada de modo a constituir um sistema que gerencie e propicie atendimento em todo o território nacional, organizado e regido pelos seguintes princípios (Brasil, 1988a):

- Descentralização, com administração e gerência única em cada esfera governamental;
- Integralidade no atendimento, havendo prioridade para atividades relacionadas à prevenção, sem prejuízo dos serviços sócio-assistenciais;
- Plena participação da comunidade;
- Financiamento através de recursos orçamentários do sistema seguridade social para o Sistema Único de Saúde. Como indica o art. 195 da Constituição, trata-se de junção de verbas da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes que manterão a funcionalidade do SUS;
- Acesso livre para o investimento privado à assistência médica;
- Possibilidade na parceria de organizações e instituições privadas junto ao Estado de maneira a complementar os serviços, contudo respeitando diretrizes estabelecidas pelo mesmo, estabelecendo convênios e contratos, optando preferencialmente por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
- Impossibilidade de destinação de verbas públicas para auxílio às organizações conveniadas prestadoras de serviços, além dos valores pré-estabelecidos nos convênios e contratos;

- Proibição da contribuição internacional para o custeio da saúde no Brasil, exceto em situações previstas em lei.

O SUS é pois um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Inclusas nesse conceito estão as instituições de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue, hemoderivados e equipamentos para a saúde. Então, não são somente hospitais, mas é todo um sistema. O SUS atende hoje 80% da população brasileira, que é dependente exclusivamente desse sistema (Traverso Yépez, 2007).

A implementação do SUS foi estabelecida pela Lei 8.080 (Brasil, 1990), que o regulamenta e prevê a integração de atividades e serviços de saúde descentralizada por regiões, sejam eles estatais ou privados, contratados e conveniados, como também a participação da comunidade por meio de fóruns deliberativos – Conselhos municipal, estadual e nacional – determinados pela Constituição.

O setor privado constitui um subsistema complementar ao SUS que, por meio de convênios e repasses de recursos do poder público, pode comprar os serviços do sistema privado – lembrando que a maior parte dos leitos existentes hoje no Brasil são privados (Nascimento, 1991). O Sistema Único de Saúde opera nessa lógica de parcerias entre o público e o privado, garantindo, no entanto, a assistência gratuita e universal a toda a população brasileira. Como foi definido na Constituição, isso torna-se imune à vontade política de cada gestor.

No SUS, a maioria dos recursos recebidos pelos estados e municípios vem do Ministério da Saúde, uma vez que o governo federal tem a maior arrecadação. Cabe mencionar que o Ministério da Saúde não tem a função de prestar assistência e sim de formular políticas e coordenar o sistema de saúde. Cabe ao Ministério da Saúde prestar assistência somente naquelas instituições de excelência, como hospitais e instituições de referência. Um exemplo é a Fundação Oswaldo Cruz, que é uma instituição de excelência em saúde pública

federal e, portanto, continua sob a alçada direta do MS. Um outro exemplo é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), instituição de referência em oncologia, que continua sendo federal. Somente os grandes hospitais e instituições de excelência continuam vinculados ao Ministério da Saúde; os outros passaram a ser instituições estaduais e municipais, por meio da estadualização e municipalização dos serviços (Traverso Yépez, 2007).

Ainda de acordo com essa autora, o SUS opera de uma forma interessante e por vezes, complexa, porque exige a participação democrática de todos os envolvidos, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários do sistema. Sua forma de operação é determinada legalmente pela Constituição, que criou o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Todos os municípios e todos os estados brasileiros têm Conselhos, que se congregam no Conselho Nacional de Saúde<sup>6</sup>.

Nesse processo o país teve assim, uma política de saúde claramente definida, implicando mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo.

Entretanto, a natureza, a complexidade e a abrangência dessas mudanças, bem como suas implicações em termos de situações e interesses existentes e, ainda, associados a um momento político, que caracteriza o período final da Nova República, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde. Pelo menos, ao iniciar-se o governo Collor, havia no Brasil um novo arcabouço jurídico que orientava o sistema de saúde, tendo como referência a Constituição Federal.

Reorganizando a assistência sob esta concepção, será possível o atendimento das demandas sentidas ou não pela população, abrindo o leque de possibilidades de intervenção sobre os problemas de saúde. Dessa forma, a concretização do princípio da integralidade exige uma transformação contínua do

---

<sup>6</sup> A partir do decreto presidencial de 17 de fevereiro de 2005, todos os membros do Conselho têm de ser eleitos pela comunidade de conselheiros e não mais indicados diretamente pelo Ministro da Saúde.

processo de trabalho, diante da própria dificuldade em se trabalhar com as necessidades de saúde, ou até mesmo com os acontecimentos na esfera político-econômica ao qual o próprio sistema de saúde está subordinado. Hoje, a conjuntura é contrária aos princípios do SUS, a saúde constitui um bem de consumo médico e continuam excluídos da assistência milhões de brasileiros que financiam as políticas, mas não usufruem delas (Mattos & Pinheiro, 2001).

#### **4.6.1 Assistência de saúde nas seguradoras e cooperativas**

Nas décadas de 1980 e 1990 intensificaram-se os convênios com as seguradoras ou cooperativas de profissionais e, principalmente, com o Estado, através do SUS, que transferiu a tarefa de atendimento de saúde da população aos hospitais privados (Coelho, Lucena, Silva, 2000).

A proposta do SUS é a universalização do atendimento de saúde, público e gratuito. Essa postura colide com as propostas neoliberais que predominaram na década de 1990 e que pretendiam reduzir o direito ao atendimento oferecido pela Estado (Coelho, Lucena, Silva, 2000). A ênfase anterior era na “focalização” dos recursos, ou seja, seu direcionamento apenas para as camadas mais pobres da população, àqueles que não poderiam propiciar lucro algum às empresas privadas de saúde. Para o resto da população, a assistência de saúde estaria restrita aos “planos de saúde complementar” oferecidos pela iniciativa privada.

As mesmas autoras seguem afirmando que, embora tenha havido uma significativa expansão do atendimento privado das necessidades de saúde da população brasileira, não se atingiu mais do que aproximadamente um terço da população, geralmente os indivíduos mais jovens e saudáveis que, inseridos no mercado de trabalho, tinham direito a planos de saúde empresariais.

O crescimento do desemprego mostrou a inviabilidade de ampla privatização do atendimento de saúde. Na prática, os casos mais graves, e portanto de custo mais elevado, eram encaminhados para os hospitais públicos. Em 1999, uma nova legislação regulamentou a “saúde complementar”, ampliando as obrigações

dos seguros e demais planos de saúde. Embora essa forma de atendimento faça parte do quadro de atendimento à saúde no Brasil, não se pode considerá-la uma ação de saúde coletiva, pois não é de acesso universal; e mesmo aqueles que possuem um plano de saúde podem deixar de tê-lo ao perder o emprego, aposentar-se ou deixar de ter condições de pagar as mensalidades (Coelho; Lucena, Silva, 2000). Segundo essas autoras, desde os anos 1970, os convênios privados de saúde consomem quase a totalidade da parte da seguridade social destinada à saúde, beneficiando assim os trustes hospitalares, industriais e laboratórios, atendendo aos interesses dos grupos oligopólicos transnacionais e hegemônicos.

Hoje, no país, é nítida a predominância de uma medicina que atende à lógica neoliberal, com expansão da assistência à saúde mercantilizada, fazendo com que a população tenha como referência o subsistema privado de saúde. Para o subsistema público são destinados recursos limitados e a assistência assume caráter filantrópico, negando a saúde como direito – embora atualmente haja uma demanda crescente por parte da classe média, ainda é a classe pobre e politicamente menos visível que mais se submete às mazelas de um serviço público que é paradoxalmente universal e excludente da maioria.

No que se refere aos programas de atendimento à saúde da mulher, o aspecto mais relevante para esta pesquisa são os serviços oferecidos pelo governo para atendimento gratuito ao público. Para esse segmento da população feminina, a maioria, que não tem acesso a planos de saúde, o Paim continuaria a ser a única opção. As diretrizes do Paim foram reestruturadas em 2002 e, pouco depois, foi definido e detalhado o atendimento ao planejamento familiar, no âmbito do SUS.

#### **4.6.2 O planejamento familiar no Paim/SUS**

No contexto das mudanças nas políticas de saúde, a partir dos anos 1990, o Paim foi passando por diversas reestruturações, em função de modificações

freqüentes do quadro político e das dificuldades financeiras que permanecem debilitando o processo de formalização de toda a medicina preventiva. Especialmente, a partir da Conferência do Cairo (1994), como se viu, os países foram instados a rever e adequar suas políticas e programas de saúde, especialmente no tocante à saúde reprodutiva.

Em 2002, o governo admitia (Brasil, 2002) ter obtido alguns ganhos e avanços na implementação do Paim, destacadamente no planejamento familiar, graças à colaboração técnico-financeira da Organização Panamericana de Saúde (OPS) e do Unfpa.

O Paim foi mantido e reestruturado, no âmbito do SUS, sendo o planejamento familiar considerado aí ação básica de saúde (Brasil, 2002), de responsabilidade técnico-normativa do Serviço de Assistência à Saúde da Mulher (Saism), da Coordenação Materno-Infantil (Comin) do MS. No processo de descentralização pelo SUS, sua execução encontra-se sob a alçada de Coordenadorias de Saúde da Mulher instaladas nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

São as seguintes as premissas que fundamentam o planejamento familiar no âmbito do Paim:

1. A decisão sobre o número e espaçamento dos filhos é direito inalienável do Indivíduo;
2. O Governo brasileiro não impõe conotação demográfica que vise aumento, manutenção ou redução do número de nascimentos, mas tão somente deseja a diminuição da morbimortalidade materna e infantil;
3. A ação do Estado restringe-se a garantir, a todos os brasileiros, informação e acesso necessário à prática do planejamento familiar, entendendo-se como tal a assistência à infertilidade conjugal ou decisão consciente na escolha de metodologia contraceptiva;
4. O planejamento familiar não deve ser implementado isoladamente, mas sim oferecido à população dentro do conjunto de ações que visam à assistência integral à saúde;

5. O Estado deve exercer rigorosa vigilância sanitária ao uso de metodologia conceptiva (fertilização assistida) ou contraceptiva, no sentido de anular possíveis repercussões ominosas aos usuários dessas técnicas;
6. O Estado deve analisar e acompanhar cuidadosamente os protocolos de pesquisas em tecnologias na área de reprodução humana, evitando a possibilidade de comprometimento à saúde da população;
7. Nenhum procedimento na área do planejamento familiar é totalmente inócuo, existindo sempre a necessidade de avaliação técnica adequada, que garanta o acompanhamento dos usuários por pessoal capacitado, com qualidade e resolubilidade (Brasil, 2002, p.2).

O documento que define a atividade planejamento familiar no âmbito da Comin/MS (Brasil, 2002, p.3) propõe a manutenção de normas atualizadas junto aos serviços de saúde – que “constituem importante passo na implementação do planejamento familiar” – e relata o treinamento teórico e prático realizado, em que “foram capacitados milhares de profissionais de saúde e lideranças comunitárias nas ações do Paim e no planejamento familiar em todo o país”. O documento prossegue explicando que ainda estavam sendo desenvolvidas ou acompanhadas pesquisas na área de abrangência do Paim, cujos resultados iriam permitir “o direcionamento das prioridades do programa”. E também anuncia, então ainda em fase de implantação, o “Sistema de Informação (SIMCA), que incorpora dados gerenciais e operativos às ações do SUS e constituirão, em futuro próximo, o leme da tomada de decisões e adequação do plano de ação”.

Tal como ocorreu com o Paim quando foi lançado, porém, é grande a distância entre os princípios e objetivos e sua implementação na prática. O documento do próprio governo federal alude às dificuldades financeiras de implementação:

Dentro desse processo, embora com alguns avanços, não está claramente definida a relação financiamento/execução, com referência às atividades relativas ao planejamento familiar, verificando-se um descompasso entre os níveis do poder público, não existindo vinculação dos recursos para as diversas ações de saúde. Necessitamos de definição quanto à destinação efetiva dos financiamentos, determinando obrigatoriedade de atenção aos programas. (Brasil, 2002, p.1)



Quanto às ações de planejamento familiar propriamente ditas, são implementadas no nível municipal, nos postos de saúde ou pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Em sua proposta inicial o Programa Saúde da Família foi criado em 1994, tendo como premissa priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integrada e contínua (Medrado, 2005). De acordo com Moura, Silva e Galvão (2007), o PSF tem o propósito maior reverter o modo de oferta da assistência primária à saúde, incorporando ações coletivas de cunho preventivo e substituir progressivamente o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto. É um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Nesse aspecto, é imprescindível o estabelecimento de parcerias intersetoriais com educação, ação social, trabalho, outras instâncias governamentais e a sociedade civil.

Em sua constituição atual as equipes do PSF somam um médico, um enfermeiro, um assistente social, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que se tornam co-responsáveis pela saúde de cerca de mil famílias, o que corresponde a aproximadamente 3.450 a 4.500 indivíduos (Moura, Silva & Galvão, 2007).

A assistência ao planejamento familiar é atualmente oferecida também pelas equipes do PSF. O MS, tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar (Lei nº. 9.263/96), determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir à concepção e à contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para ambas, destacando a oferta dos métodos contraceptivos autorizados e disponíveis no Brasil (Brasil, 1996a).

Para corresponder às expectativas da clientela e facilitar seu acesso, o atendimento deverá estar próximo da comunidade, promover a autonomia dos

usuários e distribuir contraceptivos de forma descentralizada. Às equipes do PSF compete também estabelecer integração com os serviços de pós-parto, de pós-aborto, de prevenção do câncer de colo uterino, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva sua clientela-alvo, permitirão otimizar o contato da usuária com a equipe de saúde (Medrado, 2005; Moura, Silva & Galvão, 2007).

#### **4.6.3 A inflexão saúde da mulher → saúde reprodutiva**

A partir da segunda metade da década de 1990, a terminologia “saúde da mulher” foi sendo substituída por “saúde reprodutiva”. A formulação relativamente recente, que traz novas perspectivas para as políticas de saúde, especialmente as dirigidas à mulher, não se traduz porém imediatamente em mudanças notáveis. Não se conseguem avanços em um processo de ampliação e conquistas relativas ao tema sem contradições e dificuldades, sem políticas de ajuste estrutural da economia e do Estado, pois a pressão em cima dos gastos sociais ameaça a universalização das conquistas no âmbito da saúde. Tal inflexão, decorrente da inserção do movimento brasileiro no debate internacional e das recomendações das conferências da ONU, já era anunciada até antes do Cairo, no nome da Rede Feminista por Saúde e Direitos Reprodutivos (Galvão, Díaz, 1999).

A Rede, cujo nome atual é Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde, s.d.), é uma articulação de mulheres brasileiras fundada em 1991 que hoje congrega 266 entidades – entre grupos de mulheres, organizações não-governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher - além de profissionais de saúde e ativistas feministas que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo Guacira Oliveira (2005), a articulação da RedeSaúde é peça fundamental para o controle das políticas de saúde, zelando pelos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens. As dificuldades para assegurar esses

direitos é que são inseparáveis de outros direitos civis e políticos, ou seja, para se garantir um direito deve-se assegurar também as condições materiais e simbólicas para que seja exercido efetivamente.

Dentre os vários componentes da saúde reprodutiva, um dos mais cruciais é a atenção à maternidade. Apesar de o Brasil ter atingido a taxa limite de reposição, como se viu, e assim ter alcançado nível semelhante ao dos países desenvolvidos, o panorama da assistência obstétrica no país não mostra muito do que se orgulhar. A taxa de mortalidade materna reflete as condições da assistência prestada às mulheres no período grávido-puerperal. O Brasil apresentou, no período de 1980 a 1997, o índice aproximado de 110 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (de acordo com o DataSUS). Esse índice torna-se ainda mais grave se avaliado por regiões do país, concentrando-se os mais elevados no Norte, Centro-Oeste e Nordeste do país. (Merighi & Gualda, 2004; Brasil, 2007c).

As principais causas de morte materna são síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções e complicações causadas por aborto, tendo as características socioeconômicas e culturais da população como seu principal “pano de fundo” (Brasil, 2004b). A ausência de atenção pré-natal ou sua baixa qualidade, a despersonalização da assistência ao parto, agravadas pelo elevado índice de cesarianas, além da ineficiência do sistema de referência e contra-referência, inadequação da distribuição de leitos e o uso abusivo de tecnologias e intervenções obstétricas, juntamente com o descompromisso dos profissionais e falhas em sua formação, compõem o quadro da assistência obstétrica no Brasil.

Reconhecendo que a problemática da mortalidade materna no Brasil se insere no contexto social e político, e deriva da subnumeração dos óbitos maternos e da qualidade da atenção obstétrica e de planejamento familiar (Brasil, 2007b, p.2), o MS instituiu alguns programas que, já em 2005, levaram à queda do índice de 110 para 76,09 em 2004, e 74,6 mortes maternas por 100.000 nascidos em 2005 (DataSUS).

Inserido no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, mencionada a seguir, seria lançado em 2005 o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que, como prioridade do governo, previa uma mobilização governamental e da sociedade civil para a diminuição em 15%, até o final de 2006, dos índices de mortalidade de mulheres e bebês até 28 dias de vida (Brasil, 2005e; 2007c).

Em 2000, por meio da Portaria GM n.69, de 1/6/2000 foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto, puerpério e ao cuidado neonatal, ampliando ações já existentes do Ministério da Saúde em relação ao cuidado da gestante. Segundo Dias *et al.* (2006), o respeito aos direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização são os elementos estruturantes desse programa.

Na mesma perspectiva foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) e, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS, momento em que a humanização da assistência passa a ser vista não mais como um programa, mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras no SUS, caracterizando-se pela valorização dos usuários e profissionais nos aspectos socioculturais e emocionais para a promoção da qualidade do atendimento e condições adequadas de trabalho (Brasil, 2004c).

#### **4.6.4 O Plano de ação 2004-2007**

No final de 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS lançou a *Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher*, que considerava, num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sociodemográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil. Essas diretrizes

detalham objetivos, metas, estratégias, ações, fontes de recursos e parcerias necessárias para seu êxito (Brasil, 2003c).

São os seguintes os objetivos das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: atividades para o período 2004-2007:

- Promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e adolescentes;
- Prevenir e tratar os agravos decorrentes da violência doméstica e sexual;
- Reduzir a morbimortalidade por DST/Aids na população feminina;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
- Ampliar e qualificar a atenção integral à saúde de grupos da população feminina ainda não considerados devidamente nas políticas públicas: trabalhadoras rurais, mulheres negras, na menopausa e na terceira idade, com deficiências, lésbicas, indígenas e presidiárias. Além disso, promover a saúde mental das mulheres, com enfoque de gênero;
- Fortalecer a participação e o controle social. (Brasil, 2003c, p.6)

Essa proposta deve apresentar flexibilidade necessária para considerar a realidade das regiões do país e a diversidade nos 5.561 municípios brasileiros, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento, de organização de seus sistemas locais de saúde e do tipo de gestão.

No início de 2004 o Ministério da Saúde lançou o *Plano de Ação 2004-2007* da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, acima descrita (Brasil, 2004a, p.11). Foram os seguintes os objetivos definidos para o plano:

#### *Objetivos gerais*

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente construídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especificamente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema único de Saúde.

*Objetivos específicos*

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
- Estimular a *implementação da assistência em planejamento familiar* para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres adolescentes.
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da prevenção pelo HIV/Aids na população feminina.
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.

O *Plano de Ação* traz objetivos específicos para o planejamento familiar (Brasil, 2004a, p.15): “Estimular a implantação e a implementação da assistência ao planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde”. As respectivas metas foram assim estabelecidas, onde se percebe a interconexão entre os vários programas do MS:

- Ampliar as ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população alvo em todos os municípios com equipes do PSF ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ou com equipes do Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde (PITS).
- Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados.
- Implementar 27 centros de referência para a assistência à infertilidade.
- Implantar/implementar 5 centros de referência (1 por região) para o atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV.

- Reduzir em 15% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.

Dentro dos objetivos específicos, foram elaboradas estratégias para estimular a implantação e implementação do planejamento familiar (Anexo 1).

Como se viu no Capítulo 1, em dezembro de 2004 o governo Lula, expressando o compromisso do governo federal com a construção da igualdade de gênero e raça no país, lançou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que continha diretrizes também para a área da saúde (Brasil, 2004d).

Assim, em 2005 o MS colocava em prática a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, resultante de trabalho conjunto com os ministérios da Educação, Justiça, Desenvolvimento Agrário e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. O documento (Brasil, 2005c) propõe pôr em prática um conjunto de ações entre 2005 e 2007. É a primeira vez que se constrói uma política de governo unicamente sobre esse tema (segundo Regina Viola, técnica da Área de Saúde da Mulher do ministério, antes a política era setorial)<sup>7</sup>.

Em 2006 foi lançado o manual sobre *Anticoncepção de emergência*, visando orientar os profissionais para mudanças na qualidade da atenção prestada às mulheres em situação de violência (Brasil, 2005f). Essa iniciativa também faz parte do Plano de Ação 2004-2007 (Brasil, 2004a).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2005c), as ações de planejamento familiar têm três eixos principais: o aumento da oferta de métodos anticoncepcionais, a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da atenção à reprodução humana assistida no SUS. A responsabilidade pela compra dos métodos anticoncepcionais passa a ser do MS, ou seja, o governo federal assume investimentos até então divididos com os

---

<sup>7</sup> Outra importante iniciativa ocorrida nesse período foi a Lei n.º 11.340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006b).

estados e municípios. Entre as prioridades e ações propostas para 2005-2007, encontram-se (Brasil, 2005c, p.13-22):

- Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS.
- Elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas.
- Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a assistência ao planejamento familiar.
- Seminário para pactuação da Política Nacional para a Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS.
- Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS.
- Ampliação do Programa Saúde e prevenção nas Escolas.
- Termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul.
- Apoio e desenvolvimento de pesquisas.
- Atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.
- Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão
- Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.
- Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Como se vê, o Pacto para redução da mortalidade materna foi incorporado ao PNPM, priorizando a atenção obstétrica e neonatal qualificada. A reconstrução de um modelo de assistência à mulher pressupõe o respeito a sua individualidade e vontade, seu contexto familiar, sua vivência cultural, podendo ocorrer dentro ou fora de instituições de saúde, priorizando os aspectos preventivos, educativos e relacionais do processo de valorização da saúde (Brasil, 2005c).

No que tange ao planejamento familiar, a distribuição dos métodos nas unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família começou em fevereiro de 2005, para 1.299 municípios com mais de cem mil



habitantes, que contam com pelo menos cinco equipes de Saúde da Família. Os contraceptivos são: a pílula combinada; a minipílula; a pílula de emergência; o diafragma, o dispositivo intra-uterino (DIU) e os preservativos masculino e feminino (Brasil, 2005d).

O MS parece ter reunido todos os esforços necessários para a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, no âmbito da atenção integral à saúde de mulheres e homens, trabalhando de forma integrada e em parceria com outros órgãos do governo federal, com estados e municípios e com a sociedade civil organizada (Brasil, 2005c).

A saúde reprodutiva como um todo encontra respaldo favorável para sua melhoria nos esforços demonstrados pelo MS no balanço do triênio 2004/2007 com relação ao Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Claramente observam-se esforços para que este venha a ter uma abrangência muito maior que o simples enfrentamento da morbimortalidade materna e neonatal, propondo e implementando ações que garantam a melhoria da qualidade de vida da mulher brasileira e conseqüentemente a qualidade de sua saúde, inclusive a reprodutiva. O lançamento da Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais; a publicação de normas técnicas para o atendimento humanizado ao abortamento; o apoio à formação de multiplicadores em gênero, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, direcionando a jovens, adolescentes e trabalhadores rurais; o lançamento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, com elaboração de um manual de educação com política de incentivo à prevenção de DSTs e aids; a ampliação das equipes de Saúde da Família; o efetivo apoio técnico e financeiro a projetos de melhoria de atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, em seis estados com altos índices de gravidez na adolescência (AC, AM, CE, PA, PI e RR); e a construção de centros ou casas de parto para o atendimento de gestações de baixo risco, dentre outras, foram medidas para minimizar os problemas hoje encontrados (Brasil, 2007c, p.6-9).

#### **4.7 Contracepção, esterilização e aborto**

Como visto no Capítulo 2, as brasileiras apresentaram uma vertiginosa queda da fecundidade a partir dos anos 1960. Para isso, recorreram principalmente à pílula anticoncepcional e à esterilização cirúrgica.

Na época, só as mulheres com razoável poder aquisitivo podiam adquirir a pílula no mercado. Uma boa parcela das mulheres pobres tinha acesso à pílula por meio das organizações controlistas que se expandiram a partir dos anos 1960. Segundo Berquó (1982), dados oficiais mostram que em 1978, 85,4% dos recursos destinados à “assistência internacional”, um total de 35 milhões de dólares foram aplicados pelos países desenvolvidos em programas de planejamento familiar de países pobres. Uma parte desses recursos destinava-se à distribuição gratuita de anticoncepcionais orais. Mas a principal outra forma adotada para regular a fecundidade pelas brasileiras foi a esterilização cirúrgica. Particularmente no Brasil, alguns fatores estruturais como a ausência de políticas populacionais e a falta de uma política de planejamento familiar, como já visto, deram espaço para que poucas, mas poderosas ONGs se associassem a governos estaduais e municipais, treinando e oferecendo material cirúrgico para laqueadura em todo o país (Alves, Corrêa & Jannuzzi, 2003).

De acordo com estimativas realizadas em 1985 pelo *Population Information Program* da Universidade Johns Hopkins, dos EUA, cerca de 300 milhões de casais em todo o mundo, naquele ano, praticavam a anticoncepção, dos quais mais de 1/3 (ou seja, cerca de 135 milhões) haviam optado pela esterilização voluntária, sendo que 95 milhões escolheram a ligadura tubária e 40 milhões a vasectomia. A esterilização era o método contraceptivo mais usado no mundo incluindo o Brasil, onde 28% dos casais que recorriam à contracepção tinham optado por esse método, de acordo com pesquisa coordenada pela Bemfam (Arruda, 1987).

Dados da PNAD 1986 indicavam diferenças regionais no uso dos diferentes métodos contraceptivos e apontavam diferenças de práticas contraceptivas entre pessoas de condições socioeconômicas distintas. O Rio Grande do Sul, por exemplo, apresentava a menor taxa de esterilizações do país em 1986. Das mulheres entre 15 e 54 anos e em união, 12,7% estavam esterilizadas (IBGE, 1986). A comparação entre estados brasileiros permitiu associar a esterilização ao grau de pobreza da região, pois os estados do Nordeste e do Norte estavam entre os que apresentavam taxas mais elevadas de mulheres esterilizadas. Em particular, o Nordeste do Brasil tinha o índice mais alto de esterilização: em 1986, 25% das mulheres unidas estavam esterilizadas e, em 1996, esse número subiu para 44% (Zurutuza, 2001, p.188).

Segundo dados da PNDS-96 – Pesquisa Nacional Demografia e Saúde, realizada pela Bemfam em 1996, no período de dez anos entre 1986 e 1996, houve uma queda no uso de anticoncepcionais orais (de 25,2% em 1986 para 20,7% em 1996), enquanto no mesmo período, a esterilização feminina teve um aumento significativo, passando de 26,9% para 40,1%. Isso num quadro em que o uso de algum método contraceptivo manteve-se em patamares elevados e ascendentes (passando de 70% em 1986 para 76,7% em 1996 – Bemfam, 1996).

A PNDS-96 também constatou que: as mulheres estavam se esterilizando cada vez mais jovens (a idade média em que as mulheres se esterilizavam era de 28,9 anos em 1996, e de 31,4 anos em 1986). Os homens esterilizados estavam na faixa de 30 a 39 anos; a maioria dos homens esterilizados já possuía em média dois filhos e as mulheres esterilizadas, três ou mais. O estudo aponta ainda que 6,4% dessas mulheres esterilizadas tinham apenas um filho.

Quanto à educação, a pesquisa citada mostra que as mulheres esterilizadas se distribuíam de forma mais ou menos homogênea em relação aos anos de escolaridade, porém com pequena diferença a mais nas de menor escolaridade; os homens esterilizados tinham cinco ou mais anos de estudo, com maior

concentração na faixa de doze anos ou mais de escolaridade. De maneira geral, a escolha do método contraceptivo depende da classe socioeconômica e do estado civil dos usuários (Bemfam, 1996).

O recurso à esterilização durante tanto tempo teria gerado, segundo Berquó (2004) uma verdadeira “cultura da esterilização” no país, passada de geração a geração, “de amiga a amiga, de patroa a empregada”. A esterilização feminina é amplamente utilizada em todo o mundo, porém se desconhece o número exato de mulheres que se submeteram à ligadura tubária; segundo pesquisas, seriam mais de 100 milhões e, em países do Terceiro Mundo, essa tendência se exacerbaria (Scavone, 1999, p.87).

As convenções internacionais sobre a regulamentação da contracepção estabelecem que cada pessoa deve ser adequadamente informada, que sua decisão deve ser voluntária, que não deve ser exposta a pressões ou incentivos de qualquer tipo e que o método escolhido, inclusive a esterilização, deverá estar disponível para aqueles que o desejarem. Do ponto de vista da saúde pública, porém, o grande problema é *quando* proceder à esterilização feminina. Para evitar uma internação e uma intervenção cirúrgica a mais, usuárias e profissionais de saúde costumam optar pela realização da esterilização junto com o parto cesáreo.

Ainda na década de 1980, estudiosas já denunciavam a realização da esterilização imediatamente após o parto. Para tanto, as usuárias solicitavam ou os médicos propunham o parto cesáreo, mesmo que não necessário por razões fisiológicas. Cardoso (1984) indicava que 97% das esterilizações femininas eram realizadas em seguida à cesariana. Assim, embora o parto cesáreo seja um forte fator de risco de morbimortalidade materna, o Brasil tornou-se campeão mundial de cesarianas. Demógrafos, feministas e estudiosos das questões de população passaram a alertar o governo quanto aos efeitos nefastos dessa situação. “Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação

exemplar”: o título do artigo de Berquó (1993) resume o clamor por medidas que revertessem essa situação. Em 1991, foi montada no Congresso Nacional a CPI da esterilização, que documentou os riscos para a saúde das mulheres que se submetiam a essa prática, tendo sido então elaborado um projeto de lei a respeito (Rocha, 2004). A legislação posterior que regulamenta a esterilização é discutida na seção seguinte.

Quanto ao aborto, não é um método contraceptivo. Sua prática como meio de limitar a família não é exclusiva de nenhum grupo econômico ou social. Só é brevemente abordado aqui por sua relação direta com a assistência à saúde reprodutiva e pela relação indireta com o planejamento familiar: presume-se que serviços altamente eficientes de aconselhamento público sobre a regulação da fecundidade e a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos acessíveis levariam à redução drástica de sua prática.

Como é sabido, o recurso ao aborto é uma questão altamente controversa, por implicar questões de natureza ética, religiosa e de direitos. Na maioria dos países do Terceiro Mundo, sua prática é proibida por lei. Mas dificuldades para prevenção da gravidez, que incluem a ausência de uma efetiva política de planejamento familiar, induzem ao abortamento; mesmo proibida por lei, continua sendo, para milhares de mulheres na América Latina, um recurso para terminar uma gravidez indesejada (Lima, 2000).

Praticado de forma clandestina, o aborto inseguro tem significativas implicações para a saúde sexual e reprodutiva. Além de constituir causa freqüente de internamentos obstétricos devidos a complicações, pode causar danos às mulheres, inclusive o risco da infecundidade. Em casos mais graves, as complicações incluem infecção puerperal e choque sepsêmico. Sabe-se que 60% destes são ocasionados por aborto provocado (Schor & Alvarenga, 2008) – que é o grande vilão da mortalidade materna. Schor e Alvarenga (2008) mostram dados marcantes de óbitos maternos em 10 cidades latino-americanas: 34% das mortes

são causadas por aborto provocado. No Chile, por exemplo, este seria responsável por 30% a 41% dos óbitos maternos registrados.

De acordo com documento do MS (Brasil, 2005d), dados da OMS indicam que anualmente, no mundo, 75 milhões de gestações são indesejadas; 35 a 50 milhões de abortos são induzidos e, destes, 20 milhões são inseguros; 70 a 80 mil mulheres morrem por complicações de abortos inseguros, sendo que 95% destes ocorrem em países do Terceiro Mundo.

Ainda segundo a OMS, no Brasil, 31% de todas as gestações terminam em abortamento. Todos os anos ocorrem, de acordo com as estimativas da OMS, cerca de 1,4 milhão de abortamentos espontâneos, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos. Como reflexo dessa situação, em 2004, 243.998 internações na rede SUS foram motivadas por curetagens pós-aborto, correspondentes a casos de complicações (Brasil, 2005d).

Vale grifar a questão do aborto entre as adolescentes que, hoje em dia, apresentam início de vida sexual mais precoce; pela imaturidade e a forte pressão da sociedade, acabam recorrendo ao aborto para terminar gestações indesejadas. Pode-se lembrar que, num país desenvolvido como os Estados Unidos, é sabido que 50% das jovens são sexualmente ativas e que, destas, 50% não usam métodos contraceptivos. Na Inglaterra e País de Gales, cerca de 3% do total de abortos praticados referem-se a jovens menores de 16 anos e, destas, 50% procuraram os serviços públicos para o atendimento a complicações do aborto. Se em países do chamado Primeiro Mundo os dados são preocupantes, que dizer então de um país como o Brasil, marcado pelo analfabetismo e pela falta de informação na área (Schor & Alvarenga, 2008).

Na verdade não se sabe, nem se tem condições de saber, quantos abortos são provocados por ano no Brasil. Muitas gestações são interrompidas logo no início, por substâncias ou dispositivos que impedem a implantação da criança no útero. Tampouco se pode inferir o número de abortos diretamente do número de

curetagens realizadas, pois vários incidentes obstétricos podem ocasionar a internação da mulher para raspagem do útero, inclusive o abortamento espontâneo. O que se sabe é que, no Brasil, o aborto inseguro é responsável por 250 mil internações no SUS, para tratamento de suas complicações. Nesse sentido, a mortalidade materna por aborto inseguro é significativa, estando em algumas cidades entre as cinco primeiras causas dessas mortes. Dados disponíveis de razão de mortalidade materna por causa apontaram 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2004e). Assim, vê-se que, ao contrário do número de abortos, o número de mortes de mães em decorrência da prática do aborto inseguro é facilmente conhecido (Campello, 2005).

Entretanto, o aborto inseguro – porque ilegal – não é uma questão candente apenas para a atenção à saúde materna. A eliminação do aborto inseguro é questão de natureza jurídica, discutida na seção a seguir.

#### **4.8 Legislação sobre planejamento familiar, esterilização e aborto**

Políticas são implantadas por meio de leis, e não é diferente com as políticas de saúde. Considerou-se pois pertinente fazer um breve apanhado da legislação referente ao planejamento familiar e às questões da esterilização e aborto que, como visto acima, estão intimamente associadas à contracepção.

A principal referência quanto à legislação sobre planejamento familiar é a Constituição do país, de 1988, que em seu Art.266, parágrafo 7º, considera que esse planejamento – baseado nos princípios da dignidade da pessoa humana e de paternidade responsável – é livre decisão do casal, cabendo ao Estado oferecer informações e recursos para o exercício desse direito. Veda, porém, qualquer tipo de imposição nessa área, proibindo a coerção de entidades públicas ou privadas em relação a essa matéria (Brasil, 1988a).

Posteriormente, esse dispositivo constitucional foi regulamentado pela Lei Federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 que, além de regulamentar o exercício dos direitos reprodutivos – dentro de uma visão humanizada de atendimento integral à saúde – proíbe a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico (ver Anexo 2). Essa lei, de vital importância para o campo dos direitos reprodutivos, tem 25 artigos diretamente pertinentes a eles. De início a lei teve seus artigos 10, 11, 14 (parágrafo único) e 15 vetados pelo Presidente da República. Mas, em 1997, tais vetos foram derrubados e retornaram à lei os dispositivos referentes à esterilização cirúrgica do homem e da mulher, que constituem sua maior inovação (Brasil, 1996a).

No seu artigo 2º, a lei define planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A lei estendeu para o indivíduo o direito de decidir sobre planejamento familiar, através de uma postura mais harmônica com a reivindicação dos movimentos sociais que atuam na área dos direitos reprodutivos e com as recomendações internacionais sobre o tema.

No artigo 3º, integra o planejamento familiar ao conjunto de ações de atenção integral à saúde e de atenção à mulher, ao homem e ao casal, obrigando as instâncias gestoras do SUS a garantir tais ações e programas de atenção integral à saúde que incluam, dentre suas ações básicas, a assistência à concepção e anticoncepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle e prevenção do câncer de mama, do câncer cérvico-uterino e do câncer de pênis. Os artigos 4º e 5º dispõem sobre ações preventivas e educativas e o provimento de recursos humanos, técnicos e informativos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Os artigos 6º, 7º e 14 cuidam da participação de empresas públicas ou privadas nas ações de pesquisas de planejamento



familiar e também têm a função de cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área. Os artigos 8º e 9º dispõem que a realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do SUS e após atendidos os critérios previamente estabelecidos pela OMS.

Os artigos 10 a 18, exceto o artigo 14, referem-se à esterilização cirúrgica do homem e da mulher. Até o advento dessa lei, com o afastamento dos vetos presidenciais, discutia-se sobre a juridicidade da prática da esterilização cirúrgica voluntária: parte da doutrina considerava a esterilização cirúrgica como ilícito penal, a teor do artigo 129, § 2º, inc. III, já que dela resulta a inutilização de função orgânica, configurando-se lesão corporal de natureza gravíssima. Nesse raciocínio, a prévia autorização do paciente, da vítima no caso, se fazia necessária. Não afastando a ilicitude do ato, outros doutrinadores preferiam enquadrar a esterilização voluntária no campo dos direitos privados da personalidade.

Hoje, conforme previsto no artigo 10 da lei ora vigente, a esterilização voluntária é permitida, desde que cumprida uma série de formalidades previstas para desencorajar tal opção em homens e mulheres com plena capacidade civil e maiores de 25 anos de idade, com pelo menos dois filhos vivos. Como a capacidade civil plena, no ordenamento brasileiro, era na época atingida aos 21 anos de idade, o legislador optou por estabelecer um limite de idade que não compreendesse parte do período classificado pela OPS como juventude, que se estende dos 15 aos 24 anos (OPS/OMS, 1985). Vale salientar que o artigo 10 foi vetado pelo Executivo em 15/01/1996, mas o veto foi derrubado em 14/08/1997 e teve sua regulamentação publicada no *Diário Oficial* em 1997 (Brasil, 1997). A lei proíbe a esterilização em mulheres durante o parto ou aborto exceto em casos de comprovada necessidade (Oliveira & Rocha, 2001).

Antes da lei nº 9.263, a esterilização era regida pelo Artigo 129 do Código

Penal, que a considerava ilegal; o Código Brasileiro de Ética Médica, em seu artigo 52 “Da responsabilidade Médica”, condenava a esterilização, a não ser em casos excepcionais (nesses casos, era necessária a indicação de dois médicos) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) não financiava a cirurgia. Sua freqüência entretanto era alta e associada aos partos cesáreos (Rocha, 2001), justamente para ser “camuflada” e reduzir os custos. Apesar de entenderem que a esterilização cirúrgica configurava crime de lesão corporal, já existia a possibilidade da exclusão da ilicitude por estado de necessidade, nos termos do artigo 23 inc. I e art. 24 do Código Penal, em casos de indicação clínica para a esterilização (Oliveira & Rocha, 2001).

Atualmente, na vigência da uma sociedade conjugal, a esterilização depende de consentimento expresso de ambos os cônjuges, em prol da manutenção de uma suposta harmonia conjugal ou da manutenção do próprio casamento. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes requer necessariamente autorização judicial para ser realizada (Brasil, 1996a).

Atualmente a interpretação dos juristas nacionais acerca do tema é o reconhecimento de que não há como classificar de crime a esterilização realizada com o conhecimento e por solicitação do próprio interessado. Porém, existem duas correntes que se opõem a essa interpretação: por um lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e um segmento feminista em sobrepor à lei e à própria Constituição Brasileira (Artigo 129 do Código Penal) e, por outro lado, a Igreja Católica, que se opõe alegando ser este um procedimento de contracepção (Oliveira & Rocha, 2001).

Cabe ressaltar que foram criados mais quatro novos códigos de procedimentos cirúrgicos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para realização de "cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores", sem muitos esclarecimentos sobre as diferenças entre eles, aparentemente para grupos de risco distintos: risco de vida; risco de vida

com atendimento recém-nascido na sala de parto; risco de vida em hospitais amigos da criança e em gestante de alto risco (Rocha, 2004).

No que se refere à legislação sobre aborto, o assunto é tratado no Código Penal vigente atualmente. Data de 1940 e é o terceiro existente no Brasil. Os dois primeiros, de 1830 e 1890, eram bem mais rigorosos que o atual, pois não continham qualquer adendo em relação à prática do aborto. O Código Penal atual considera crime a prática do abortamento provocado, mas dispõe a respeito da não-punição dessa prática em duas situações distintas: nos casos do aborto necessário (terapêutico) – se não há outro meio de salvar a vida gestante – e do aborto de gravidez que resulta de estupro. Registre-se que, apesar do teor dessa lei, o poder judiciário vem autorizando, em algumas ocasiões, já a partir dos anos de 1990, a interrupção da gestação em casos de anomalia fetal grave, incompatível com a vida extra-uterina (Rocha, 2004).

A pena de punição por aborto depende de como e em que circunstâncias foi praticado; nos casos referenciados em lei, regra geral, a pena pode variar de um a dez anos de detenção (Schor & Alvarenga, 2008).

O Código de Ética Médica traz uma referência ao aborto. Foi elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, em cumprimento ao artigo 30 da Lei nº 3.268/57 e publicado em 11 de janeiro de 1988 (CFM, 1988). O artigo 43, do capítulo II que trata da responsabilidade profissional, proíbe o médico de “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”. E, nos casos de necessidade de realização do aborto, o médico deverá primeiramente consultar dois colegas, lavrando a seguir uma ata em três vias. Uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina (CRM); outra, ao diretor clínico do estabelecimento; a terceira será guardada pelo médico ao qual foi confiada a internação; (Schor & Alvarenga, 2008, p.3).

No tocante às políticas públicas sobre aborto, a partir de 1990 vêm se

concretizando em alguns estados e municípios a criação de serviços de assistência ao aborto “legal”, isto é, aos casos previstos no Código Penal. Nesses serviços, constituídos em alguns hospitais públicos do país, profissionais e gestores têm a consciência da necessidade de atender essa demanda (Costa, 1997). A partir de 1998, o MS elaborou uma norma técnica que inclui o atendimento às mulheres com gravidez decorrente de estupro, e que solicitam a interrupção da gestação aos serviços públicos de saúde – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Rocha, 2004).

A discussão sobre a questão do aborto provocado teve seu início em 1949 e continua na agenda do Congresso até os dias de hoje. Esse debate pode ser dividido em cinco etapas:

- Fase inicial, abrangendo o período correspondente ao fim da década de 1940 até o começo da década de 1970, com debate ainda incipiente, mas que se inicia buscando suprimir os dois permissivos do Código Penal, com a reabertura do Congresso depois do Estado Novo;
- Fase de aquecimento, abrangendo o período do começo da década de 1970 ao começo da década de 1980, com a participação ainda restrita dos atores políticos sociais;
- Fase de intensificação, correspondendo a grande parte da década de 1980, com a participação mais ampla daqueles atores, inclusive no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte;
- Fase de maior intensificação, abrangendo as duas legislaturas da década de 1990, com várias iniciativas de parlamentares sensíveis às idéias do movimento de mulheres, bem como algumas iniciativas e muitas contestações de congressistas vinculados a grupos religiosos;
- Fase de novas proposições de parlamentares vinculados a grupos religiosos que atuam no Congresso, correspondente ao fim dos anos de 1990 e ao começo da década atual (Rocha, 2004, p.7-8).

A única proposta aprovada foi na área trabalhista: a Lei nº 8.921/94 alterou o inciso II do artigo 131 da Consolidação das Leis do Trabalho, garantindo o abono de faltas que ocorram em decorrência de abortamento, independentemente das circunstâncias em que este ocorra (Rocha, 2004).

O debate sobre a legalização do aborto continua se intensificando, tendo entrado na pauta da 13ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutido se o aborto seria (ou não) tratado como uma questão de saúde e descriminalizado, conforme interesse do atual ministro da saúde, o médico José Gomes Temporão. A decisão tomada na Conferência não tem efeito legal, mas é tida como um importante indicativo da sociedade para o Congresso Nacional, onde tramitam vários projetos sobre o assunto. Por ampla maioria (70%) dos delegados, a proposta foi rejeitada, sendo decidida a exclusão da proposta de descriminalização do aborto do relatório final da Conferência (Silva, 2008, p.2).

Se descriminalizado, o aborto não mais inseguro com certeza não provocaria mais tantas mortes maternas ou internações por complicações. No entanto, a tarefa para conseguir que cada vez menos mulheres recorram ao aborto é dos serviços de planejamento familiar.

#### **4.9 O planejamento familiar no Brasil hoje**

Nos últimos 40 anos, ocorreram grandes mudanças na área de planejamento familiar. Do ponto de vista das políticas, o Brasil passou da ausência de qualquer política de planejamento familiar, na vigência de uma política de população natalista, para uma política abrangente, expressa em sua própria Constituição. Do ponto de vista conceitual, a abordagem é a dos direitos de cidadania: os direitos reprodutivos das cidadãs e dos cidadãos incluem seu direito a serviços de planejamento familiar, ou seja, à informação e a meios para regular a própria fecundidade. Também houve, nas últimas décadas, grandes avanços tecnológicos no desenvolvimento de novos métodos contraceptivos.

Em meados dos anos 1980, o planejamento familiar passava a ser um dos componentes do primeiro programa direcionado à saúde da mulher, o Paism, que representou um marco histórico e foi pioneiro no cenário mundial, ao propor um modelo conceitual avançado de atenção integral à saúde das mulheres em todas as fases da vida, não mais focalizado na reprodução e no binômio mãe-filho. O Paism foi elaborado em resposta à pressão e com a colaboração de feministas e profissionais de saúde, outra característica marcante num país ainda sob o regime de exceção do governo militar.

Outro marco nessa trajetória foi a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, em 1994, que afirmou os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos e de saúde reprodutiva, provocando uma guinada nas políticas de saúde. As avaliações realizadas cinco e dez anos após a CIPD mostraram que haviam sido implementados vários programas voltados a promover e garantir o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo a avaliação “Cairo +10” do Unfpa (Patriota, 2004), em conformidade com o preconizado pela CIPD, o Brasil já tem uma política nacional de atenção integral à saúde da mulher; no que tange à distinção ente os grupos populacionais a serem beneficiados, o país tem um programa nacional especial para o adolescente. Em relação à prevenção da mortalidade materna, além da capacitação de técnicos e parteiras, o documento cita o sistema de atenção à gestante de alto risco, as comissões de vigilância de mortalidade materna e o sistema informatizado de acompanhamento, com a finalidade de melhorar o registro dos casos de morte materna, a investigação das causas e a formulação de medidas que visem sua redução. A concepção brasileira do SUS, de integrar os serviços de saúde reprodutiva à rede de atenção primária, foi considerada um modelo avançado. Como em outros países da América Latina, no Brasil a violência contra a mulher tem ganhado posição de prioridade, refletindo-se em políticas públicas consistentes: a adoção de procedimentos padronizados para a atenção médica às vítimas, o

Estatuto da Criança e do Adolescente e “a formação de um grupo de trabalho interministerial para a elaboração de medida legislativa que coíba a violência doméstica” (de que resultou a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006). O documento cita ainda a ampliação de serviços que oferecem atendimento ao aborto nos casos previstos por lei.

Em relação ao planejamento familiar, como em vários outros países da região, o documento do Unfpa reconhece que foram adotadas normas para garantir a informação e o livre acesso aos métodos contraceptivos, de forma a ampliar o leque de escolha, “mas a principal deficiência continua sendo a falta de disponibilidade dos insumos para as populações carentes e as tradicionalmente excluídas”.

Há que destacar ainda avanços posteriores a essa avaliação do Unfpa, feita em 2004. O país consolidou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, estabeleceu uma política nacional de humanização no SUS, definiu uma Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e estabeleceu políticas nacionais para as mulheres.

A política de planejamento familiar do país hoje configura-se pois democrática, abrangente e descentralizada. As ações do Paism são integradas à rede do SUS, sendo portanto oferecidas em todo o território nacional. Entretanto, o reverso da moeda dessa descentralização – em si benéfica, pois implica flexibilidade, de modo a adequar as atividades às peculiaridades regionais e locais – é que a qualidade do atendimento fica dependendo dos governos e recursos estaduais e municipais, bastante desiguais. Ou seja, a política só será efetiva se houver um controle social eficaz, por parte da população organizada e dos próprios provedores de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama aqui traçado permite discernir diversas inter-relações, tensões e influências que atravessam o campo do planejamento familiar.

Em princípio, a política de planejamento familiar está intimamente relacionada com a política de população de um país. Pode-se exemplificar a questão mostrando que no Brasil, durante o Governo Vargas, cuja política era explicitamente de cunho natalista, a legislação e os costumes coíbiam a contracepção. No entanto, no Brasil ocorreu um fenômeno ímpar, que foi a queda na taxa de fecundidade de forma vertiginosa, na ausência de qualquer política de planejamento familiar, e na vigência de uma política de população oficialmente natalista.

Estudiosos de diversas áreas ofereceram análises e explicações apontando para as importantes transformações socioculturais por que passava o país. Independente das explicações, porém, é fato que as mulheres obtiveram de alguma forma os meios para regular sua fecundidade. Como vimos, com financiamento externo, organizações não-governamentais de cunho controlista proliferaram no país a partir de meados dos anos 1960, propiciando à população feminina, especialmente às mulheres pobres, acesso gratuito à pílula anticoncepcional e acesso fácil à esterilização. Essas entidades, de certa forma, substituíram o Estado na execução de uma política de planejamento familiar – o governo federal como que “fechou os olhos”, ao permitir sua instalação em todo o país:

A partir da década de 1970, embora não implementasse uma política oficial de contenção do crescimento demográfico, [o governo] permitiu que instituições não-governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuíam anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização (Silva, 2000).

Os convênios firmados por essas organizações com os governos locais revelam ainda outro fator incidente, que seriam os interesses dos governantes locais. Na ausência de políticas públicas, esses governantes com certeza auferiram



vantagens, pelo menos político-eleitoreiras, ao contribuir para a regulação da fecundidade feminina – numa prática que firmou tradição. Varella (2008a, p.1) denuncia como “até hoje são comuns práticas odiosas como as de políticos trocarem laqueaduras tubárias por votos em véspera de eleição, e médicos do SUS cobrarem ‘por fora’ por esses procedimentos”.

As políticas de população, por sua vez, são fortemente influenciadas pela conjuntura mundial – incluindo aí a ONU. Foi possível perceber a tensão entre controlistas e natalistas ao longo das conferências mundiais de população, onde a posição do Brasil foi marcada por um discurso de neutralidade, sem que o governo estabelecesse metas nem de aumento nem de redução do ritmo de crescimento da população. Esse debate perdurou até os anos 1990, mais precisamente até a Conferência do Cairo (CIPD, 1994), que “enterrou” o neomalthusianismo. Ficou claro aí que a fome que castiga mais da metade da população mundial é resultado da má distribuição da riqueza, e não da carência de alimentos. A constatação de que, onde as famílias são pequenas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é alto, não significa que as famílias devam ser pequenas mas, pelo contrário, que se deve promover o desenvolvimento humano para o bem-estar da maioria da população. De acordo com Caetano e Corrêa (2004), embora a idéia de uma família pequena seja muito difundida, isso não significa que deva ser tomada como ideal ou que ter muitos filhos seja um valor negativo. Isso aponta, tão somente, para a necessidade de que haja espaço para a decisão individual, onde seja garantido o conhecimento, escolha, acesso e uso adequado de métodos contraceptivos, principalmente para aquela parcela da população que depende do sistema de saúde pública.

A Conferência do Cairo concitou todos os países a reduzir a pobreza e concentrar-se em garantir a saúde reprodutiva de suas populações. As determinações dessa Conferência explicitam a estreita interligação, a indissociação das questões de direitos, população e saúde, convergindo para a questão da saúde da mulher e do planejamento familiar.

No entanto, se a tensão natalismo-controlismo desfez-se, hoje outra perdura e mesmo se acentua, tanto no nível mundial quanto nacional, provocada pela forte oposição de fundamentalismos religiosos. Enquanto, no nível mundial, os EUA, o Vaticano e grupos islâmicos se esforçam por derrubar os avanços da CIPD-1994, no Brasil as conquistas do Cairo são constantemente ameaçadas “por posturas retrógradas das forças do conservadorismo moral e fundamentalismo religioso, que continuam a pretender disciplinar e controlar” a sexualidade e a reprodução das pessoas (Alves, 2004). Sem dúvida a principal opositora do livre acesso à contracepção é a Igreja Católica oficial, ou, como critica Varella (2008d), “a ação militante de grupos religiosos que defendem ideologias medievais contrárias a qualquer método de contracepção”.

Também no Cairo ficou em evidência, em nível mundial, um poderoso agente das mudanças em prol da saúde reprodutiva que, no Brasil, já estava em evidência há duas décadas: o movimento organizado de mulheres e feministas que, como se viu, foi o principal protagonista na criação do Paism em 1983, aliado ao movimento de profissionais de saúde. As feministas conseguiram, ainda antes da redemocratização do país, convencer os governantes das “razões pelas quais uma política de planejamento familiar é uma política social inadiável no Brasil” (Cardoso, 1983, p.7). Sem dúvida um dos pontos cruciais do Paism foi o de incluir o planejamento familiar como parte da assistência integral à saúde da mulher. A atuação integrada que caracterizou a interlocução entre governo, movimento social e academia refletiu-se nas iniciativas pioneiras do programa. Desde sua criação o Paism convive com um sistema de saúde em contínuo processo de mudanças iniciadas com a criação do Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos.

Segundo Ávila e Corrêa (1989), nos anos 1980 o desafio era imprimir, nas concepções transformadoras da saúde pública, uma perspectiva de reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos e portadoras de necessidade específicas.

No final da década (1989), tratava-se de transformar o Estado – pressionando de fora e por dentro – para adequar suas formas de gestão e realizar os investimentos necessários nessa direção. “Isso não é tarefa trivial no contexto em que a desigualdade social não foi alterada”, em que “setores poderosos da sociedade estão pondo em questão os princípios de integralidade, equidade e universalidade que fundamentam as premissas da política de saúde hoje consubstanciada no SUS”. A atuação do movimento feminista “de fora e por dentro do Estado”, a que se referiam as autoras, intensificou-se nos últimos anos, como se viu por exemplo no caráter participativo da elaboração das políticas nacionais para as mulheres.

E hoje, tendo logrado um programa de planejamento familiar “que é um dos mais avançados do mundo” (Varela, 2008b), o desafio é reduzir a distância entre as intenções e a prática, ou seja, entre a política e sua implementação.

Sobre os direitos reprodutivos, Varella (2008c, p.1-3) questiona: Por que o programa de planejamento familiar brasileiro, um dos mais avançados do mundo, não funciona para quem mais precisa – a população pobre do país? Segundo ele, no Brasil, planejamento familiar é privilégio exclusivo dos mais abastados. É triste ver não apenas os religiosos, mas setores da política e até da intelectualidade não considerarem prioridade política estender às classes mais desfavorecidas o acesso aos métodos de contracepção fartamente disponíveis a quem pode pagar por eles (Varella, 2008d). A falta de campanhas informativas sobre a disponibilidade de serviços gratuitos para a utilização de métodos contraceptivos dificulta a procura pela população. E o autor Varella (2008d) comenta: “camisinha à vontade, só no Carnaval” – aludindo ao fato de campanhas para incentivar o uso do preservativo serem feitas apenas um pouco antes de cada carnaval, em vista da prevenção das DSTs e da aids.

A lei do planejamento familiar diz ser obrigação do governo brasileiro oferecer informações e métodos contraceptivos para toda a população. O MS então delega essa atribuição aos governos estaduais e municipais e por envolver

diversos atores na causa (governantes, políticos, população) irão depender dos interesses particulares de cada estado, de cada município. Ainda temos que contar com a oposição da Igreja Católica, que é contra a utilização de métodos contraceptivos que não os naturais.

No estágio atual dos conhecimentos e das práticas reprodutivas existentes,

...o maior perigo não vem de divergências teóricas ou de disputas ideológicas, mas sim da falta de compromisso prático com os direitos elementares dos cidadãos e cidadãs do país e da inação e omissão das autoridades nacionais diante de suas obrigações legais e constitucionais (Alves, 2004, p.24).

É notório que as mulheres continuam enfrentando sérias dificuldades no que diz respeito à sua saúde reprodutiva e ao planejamento familiar. Tais dificuldades não se limitam à falta de acesso aos meios para regular a fecundidade: falta-lhes também o saber sobre o corpo, sobre seus desejos e sobre suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos.

Contudo, nem todas as mulheres têm tido acesso democrático aos meios contraceptivos e a todo o progresso técnico ligado à saúde reprodutiva. As dificuldades impostas pela seletividade do mercado e as deficiências dos serviços de saúde pública para a grande maioria da população feminina pobre ainda mantêm muitas mulheres reféns da desinformação e da falta de acesso aos meios anticoncepcionais. Isso impede que vivam plenamente seus direitos, já limitados pela pobreza (Costa, Guilhem & Silver, 2006).

A consequência social da desinformação da população feminina sobre as possibilidades de regulação da sua fecundidade tem sido dramática, contribuindo, diretamente, para que essas mulheres não realizem sua cidadania plena. Antes se vivia sob a égide de um debate ideológico, hoje totalmente ultrapassado. Alguns demógrafos e estudiosos da população, ainda se mantêm silenciosos quanto ao atendimento, mediante políticas públicas, às reais necessidades dessa parcela da população feminina (Carvalho & Brito, 2005).

Caetano e Corrêa (2004) relatam que, em regiões do semi-árido nordestino onde a pobreza se tornou secular, ou nas grandes áreas metropolitanas hoje habitadas pela maior parte da população mais pobre brasileira, a significativa proporção de filhos não-desejados tornou-se parceira da miséria e da degradação social. São socialmente empurradas, pela desinformação e falta de acesso aos meios de regulação, para a geração de uma prole que só tem tornado mais grave sua situação social. A pobreza, repetindo o óbvio, não é fruto do crescimento populacional, mas a ele se articula em muitas circunstâncias, num círculo vicioso que precisa ser rompido por meio de políticas sociais, dentre as quais o planejamento familiar.

O grande desafio é passar da teoria à prática, ou seja, testar estratégias que consigam melhorar definitivamente a qualidade de atenção em planejamento familiar e que este realmente seja incorporado ao enfoque de saúde sexual e reprodutiva, enfatizando e tendo como ponto central a promoção do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Teoricamente, pelas normas do Ministério da Saúde, deveriam ser oferecidas pelo menos dez opções contraceptivas, mas as pesquisas demográficas, e especificamente as taxas de prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, mostram que, praticamente, somente três métodos são utilizados mais extensamente: a camisinha, a pílula e a ligadura de trompas. Acrescente-se a isso o fato de que a grande maioria das usuárias não tem acesso a tais métodos, oficialmente, nos serviços públicos de saúde. No caso da pílula, as mulheres a compram diretamente na farmácia e usam-na sem orientação adequada.

O avanço no campo das pesquisas biomédicas e das ciências sociais tem se traduzido num grande aumento de informação e novos recursos disponíveis, tais como critérios médicos de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais, técnicas educativas e de orientação para a escolha informada desses métodos. Entretanto, ao visitar as unidades de saúde, observa-se que a grande maioria dos

prestadores de serviços não tem tido acesso a essas informações e realiza as ações de acordo com informações e normas de atendimento desatualizadas, normas que o próprio MS envia aos estados e municípios.

Ainda que tenha havido muitas mudanças e melhoria nos indicadores de saúde, os serviços nesse campo não acompanharam esses novos conceitos, descobertas e acordos. Ainda há um modelo de serviço de saúde que fixa sua atenção principalmente na assistência curativa e inclui minimamente ações de prevenção e promoção da saúde. Fato é que a saúde tem uma dimensão pessoal que se expressa, no espaço e no tempo de uma vida, pelos meios de que cada ser humano dispõe para trilhar seu caminho em direção ao bem-estar físico, mental e social. Isso requer sujeitos com autonomia, liberdade e capacidade para regular as variações no organismo e que se apropriem dos meios para tomar medidas práticas de autocuidado em geral e, especificamente, diante de situações de risco.

Observa-se que, tanto na saúde quanto na educação, o conceito de saúde tem uma ampla dimensão e pressupõe ações que contribuam para que as pessoas busquem o auto-cuidado e o bem-estar. Entretanto, também se observa uma prática distante do discurso teórico, já que a maior parte dos programas de saúde e de educação, em vez de incorporar as pessoas como seres capazes de tomar decisões, de obter sua autonomia e ser responsáveis por elas, consideram-nas irresponsáveis, incapazes e muitas vezes “culpadas” por não assumirem condutas de autocuidado.

No campo da saúde sexual e reprodutiva, em especial no que se refere à contracepção, as necessidades, desejos e escolhas bem-informadas das pessoas deveriam ser o aspecto central da atenção. Muitas vezes, os serviços de saúde colocam a responsabilidade de uma gravidez não-planejada exclusivamente na mulher. É freqüente que profissionais digam que elas conhecem mas não usam os métodos porque são irresponsáveis – o que piora quando se trata de

adolescentes. Por exemplo, se adolescentes não usam métodos contraceptivos, os profissionais da saúde, os pais, a própria sociedade os “culpa”, em vez de dispensar-lhes um olhar no sentido de avaliar a situação de uma maneira mais ampla, de procurar entender os fatores que estariam influenciando o não-uso de contraceptivos por adolescentes.

Na realidade, a vontade e as habilidades das pessoas para fazer suas próprias escolhas em relação ao planejamento familiar são influenciadas por fatores como: políticas formais dos governos, disponibilidade de métodos anticoncepcionais, acesso aos serviços, organização das instituições, cultura, desigualdades de gênero, experiências e circunstâncias individuais e também a atitude e postura dos provedores.

Percebe-se a necessidade de uma série de mudanças a serem realizadas para que as pessoas possam realmente ter acesso a serviços de planejamento familiar eficiente, nos quais as pessoas participem da elaboração dos programas para que eles atendam às suas próprias necessidades e respeitem sua capacidade de fazer as próprias escolhas. Essas mudanças não são fáceis nem possíveis de serem realizadas num curto prazo, já que isso implica mudança de cultura, uma transformação da sociedade. É aqui que a educação tem um papel fundamental, porque, para se promover uma mudança de cultura, de informação, de respeito, para transformar, é preciso incorporar todos os atores envolvidos no sistema de saúde, socializar informações, facilitar o diálogo e o processo de reflexão de forma que, com a participação e o compromisso de cada um, seja possível “desconstruir” e “reconstruir” conceitos e significados, assim como novas formas de vida.

A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que as situações de risco atingem, em sua grande maioria, as mulheres com menor acesso a bens sociais. Esse fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem

a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular, na perspectiva de que a garantia do direito à vida e à saúde não é responsabilidade exclusiva do governo, embora lhe caiba garantir o acesso a serviços qualificados, mas um compromisso de cada brasileiro.

Há necessidade de um controle social eficaz, de um compromisso político sério, da utilização dos recursos de forma adequada, da importância da manifestação e envolvimento da sociedade, especialmente dos grupos de mulheres e de instituições preocupadas com a saúde da mulher e com a saúde reprodutiva, a fim de revertermos o quadro hoje existente no país.

Concorda-se aqui com Pedrosa (2005, p.5-6), ao afirmar que esses desafios somente serão superados com a articulação dos diversos segmentos sociais envolvidos na questão. Reafirma-se a necessidade da participação ativa e concertada, “de fora e por dentro”, da atuação conjunta de usuárias, população organizada, conselhos de saúde em todos os níveis, profissionais de saúde e governo, para tornar eficaz o programa de planejamento familiar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. **Mulher: lutas, conquistas e sensibilidade**. 2006. Disponível em: <[http://www.sucessofeminino.com/especial\\_dia\\_internacional/luta\\_conquista\\_e\\_sensibilidade.html](http://www.sucessofeminino.com/especial_dia_internacional/luta_conquista_e_sensibilidade.html)> . Acesso em: 2 mar. 2008.
- ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.1, n.1-2, p.3-20, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. Tese (Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1994.
- ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e os direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 2004. Disponível em: <[www.ence.ibge.gov.br/textodiscussao.html](http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussao.html)>. Acesso em: 8 mar. 2008.
- ALVES, J. E. D., CORRÊA, S., JANNUZZI, P. M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro: Abep; Unfpa; IBGE, 2003.
- ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI JÚNIOR, L. (orgs.) **Bases de saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- ARCOVERDE, D. **O aborto na história**. (2005). Disponível em: <[http://www.sindromeestocolmo.com/archives/2005/09/aborto\\_1.html](http://www.sindromeestocolmo.com/archives/2005/09/aborto_1.html)>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- ARRUDA, J. M. (org.). **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar**. Rio de Janeiro: Bemfam; IRD, 1987.
- ÁVILA, M. B. **Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres**. Recife: SOS Corpo, 1992.
- \_\_\_\_\_. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.465-9, 2003.
- ÁVILA, M. B., CORRÊA, S. **Os direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife: SOS Corpo, 1989.
- BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v.18, n.2, p.170-80, abr. 1984.
- BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil. **Breve histórico**. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <[www.bemfam.org.br/sobre\\_breve.php](http://www.bemfam.org.br/sobre_breve.php)>. Acesso: mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional Demografia e Saúde – PNDS 96: relatório preliminar**. Rio de Janeiro: Bemfam; DHS, 1997.
- BERQUÓ, E. Os corpos silenciados. **Novos Estudos**, São Paulo [Cebap], v.1, n.3, p.46-9, 1982.
- \_\_\_\_\_. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.4, n.1, p.95-103, 1987.
- \_\_\_\_\_. A esterilização feminina hoje. **Cienc. Tecnol.**, São Paulo, v.88, n.5, p.598-610, 1989.
- \_\_\_\_\_. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. **Rev. Est. Femin.**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.366-81, 1993.

- BERQUÓ, E. **Pronunciamento na solenidade de posse da presidência da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**. Brasília, 1995. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/r12/ptvista.doc](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/r12/ptvista.doc)>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. País não precisa de política de planejamento familiar. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 jan. 2004 [Entrevistada por Cláudia Collucci.] Disponível em : <[www.email.terra.com.br/cgi-bin/webmail.exe/Entrevista-com-Elza-Berquó.htm](http://www.email.terra.com.br/cgi-bin/webmail.exe/Entrevista-com-Elza-Berquó.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- BERQUÓ, E., MERRICK T.W. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington: National Academy Press, 1983. (Committee on Population and Demography Report #23).
- BERTOLOZZI, M. R., GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP** São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BRAGA, J. C. S., PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Decreto nº. 16.300. **DOU**, 31 dez.1923.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº. 94.657. **DOU**, Brasília, 20 jul.1987.
- \_\_\_\_\_. DOFC RVT 017989 1. **DOU**, Brasília, 20 ago. 1997.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 5.390. **DOU**, Brasília, 9 de mar. 2005a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 20.291. **DOU**, Brasília, 11 jan.1932.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 378. **DOU**, Brasília., 13 jan.1937a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 3.688, **DOU**, Brasília, 3 out.1941.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 6.229. **DOU**, Brasília, 17 jul.1975.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080 [Lei Orgânica de Saúde]. **DOU**, Brasília, 19 set. 1990a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 8.142. **DOU**, Brasília, 28 dez.1990b.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 9.263. **DOU**, Brasília, 15 jan.1996a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 11.108. **DOU**, Brasília, 7 abr. 2005b.
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 11.265. **DOU**, Brasília, 3 jan. 2006a
- \_\_\_\_\_. Lei nº. 11.340. **DOU**, Brasília, 7 ago. 2006b.
- \_\_\_\_\_. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. **DOU**, Rio de Janeiro, 10.nov. 1937b.
- \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. **DOU**, Brasília, 5 out. 1988a.
- \_\_\_\_\_. Portaria/GM nº. 69. **DOU**, Brasília, 1º jun. 2000.
- BRASIL. Casa Civil. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher**. Brasília, 2006c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11.340.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11.340.htm)>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984.
- \_\_\_\_\_. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, 1996b.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde**. 2. ed. Brasília, 2003b.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação**. Brasília, 2004a.
- \_\_\_\_\_. **Ano da mulher**. (Série E. Legislação e Saúde). Brasília, 2004b.
- \_\_\_\_\_. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Caderno nº1**. Brasília, 2005c.
- \_\_\_\_\_. **Sexualidade e reprodução mais seguras**. Brasília; 2005d. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude> > Acesso em: 2 mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2005e. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Conceitos da assistência reprodutiva e suas implicações para a saúde materna**. Brasília, 2007a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1)>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2003**. Brasília, 2003c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília; 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2005f.
- \_\_\_\_\_. **Balanco dos três ano do Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2007c. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Planejamento familiar: estado atual. **Textos Brasil**, Brasília, v.1, [art.7], 2002. Disponível em: <<http://www.dc.mre.gov.br/brasil/textos/revista1-mat7.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2008.
- BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Destques: Ações e Programas do Governo Federal**, Brasília, n.3, 2008.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **O Plano Nacional da Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004d.
- \_\_\_\_\_. **Saúde humaniza atendimento a mulheres em processo de abortamento**. Brasília, 2004e. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=12448](http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=12448)>. Acesso em: 10 abr. 2008.

- CAETANO, A. J. **O declínio da fecundidade e suas implicações**: uma introdução. Campinas, 1990. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub>>. Acesso em: 12 fev. 2008.
- CAETANO, A. J., CORRÊA, S. (orgs.) **Dez anos de Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep; Unfpa, 2004.
- CAMPELLO, L. O abortamento como um problema de saúde pública. [Resumo da conferência do Dr. Jefferson Drezett ao Painel de Descriminalização do Aborto, Brasília, jun. 2005]. **Rev. Saude Sexual Reprodutiva Brasil**, Rio de Janeiro, n.18, 2005. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/julho05.html>>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- CARDOSO, R. Planejamento familiar: novos tempos. **Novos Estudos** [Cebrap], São Paulo, v.2, n.3, p.2-7, 1983.
- CARVALHO, G. M. **Guia prático para evitar gravidez**. São Paulo: EPU, 1987.
- CARVALHO, J. A. M. Evolução demográfica recente no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, São Paulo, v.10, n.2, p.527-53, 1980.
- CARVALHO, J. A. M., BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n.2, p.351-69, 2005.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. **DOU**, Brasília, 8 jan.1988.
- CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002)**: revisão crítica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.
- COELHO, E. A. C., LUCENA, M. F. G., SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n.1, p.37-44, 2000.
- CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- CORRÊA, S. Paim: uma história sem fim. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.10(1-2), p.3-4, 1993.
- COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. 1997. Disponível em: <[www.portalmedico.org.br/revista](http://www.portalmedico.org.br/revista)> . Acesso em: 30 mar. 2007.
- \_\_\_\_\_. Desenvolvimento e implementação do Paim no Brasil. In: GIFFIN, K., COSTA, S. H. (orgs.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.319-35.
- COSTA, A. M., GUILHEM, D., SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Materno-Infantil**. Recife, v. 6, n.1, p.6-12, 2006.
- CRUZ, M. E. C. **Assistência pré-natal em Fortaleza**: estudo a partir da ótica da gestante e dos profissionais de saúde. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2000.
- DARWIN, C. (1879). **A origem das espécies**. Belo Horizonte: Vila Rica, 1994.
- DIAS, G., COTTA, R.M.M., REIS, J. R., *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p.1-18, 2006.

- DUARTE, C. L. Feminismo no Brasil: pequena história. **Revista Fórum**, Rio de Janeiro, n.14, 4, 2005.
- FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.
- FARIA, V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: ANPOCS (org.). **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo: Vértice; Anpocs, 1989. p.62-103.
- FGV – Fundação Getúlio Vargas. **Dicionário de Ciências Sociais** (coord. Benedicto Silva). 2.ed. Rio de Janeiro: FGV; Unesco, 1987.
- FINKELMAN, J. (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Unfpa, 1993.
- FONSECA SOBRINHO, D., PINTO, I. T. S. O impacto cultural da assistência médica e a queda da fecundidade no Brasil: um convite à ampliação desta discussão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 2004. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- GALVÃO, L., DÍAZ, J. (orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- GÓIS, M. M. S. Aspectos históricos e sociais da anticoncepção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.3, p.120-4, 1991.
- GIFFIN, K., COSTA, S. H. (orgs.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- IBGE – Fundação Insitituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: fecundidade e mortalidade Infantil; resultados preliminares da amostra**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html)>. Acesso em: 8 mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Taxas de crescimento populacional no Brasil** (por mil): 1940-50: 23,9; 1950-60: 29,9; 1960-70: 28,9; 1970-80: 24,9 e 1980-91: 19,3 com estimativas preliminares para o período 1991-96 de 14,4. Rio de Janeiro, 1996.
- JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde, 1974-1984**. São Paulo: Cortez, 1989.
- KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- LAGE, N., CHERNIJ, C. Filhos da pobreza. **Isto É**, São Paulo, n.1774, 2003. Disponível em:< [http://www.terra.com.br/istoe/1744/ciencia/1744\\_filhos\\_pobreza .htm](http://www.terra.com.br/istoe/1744/ciencia/1744_filhos_pobreza.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2008.
- LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 17.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

- LEANDRO, L. S. L. **O direito à saúde e a busca de sua efetividade** (2005). Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigod/x/22/43/2243/>>. Acesso em 17 mar. 2008.
- LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades especiais. **Rev. Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 7, n.3, p.168-172, 2000.
- LINDNER, S. R., COELHO, E. B. S., CARRARO, T. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. In: COELHO, E. B. S., CALVO, M. C. M., COELHO, C. C. (orgs.) **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. v.1, p.135-62.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da "transição democrática": anos 80. **Physis**, São Paulo, v.1, n.1, p.77-96, 1991.
- MACHADO, M. H. Uma nova visão da regulação dos recursos humanos em saúde: estudo de caso; Brasil. México, 2006. [Comun. apres. ao XIII Curso OPS/OMS – CIESS Legislación de Salud: La regulación de la Práctica Profesional em Salud, México, set. 2006].
- MALANGA, E. B., LUCCHESI, M. A. S. Psicopedagogia, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. In: CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE, 2, 2004, Vitória. **Anais...** Vitória: Ciret; Unesco, 2005.
- MALTHUS, T. **Ensaio sobre o princípio da população** (1789). São Paulo: Abril, 1983.
- MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.
- MARQUES, M. B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.121-46.
- MARTINE, G. **Conferência "Roma mais 50"**. (2004). Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/informativoweb/03020/Romamais50.PDF>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- MARTINS, R. C. **Ditadura militar e propaganda política**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.
- MATTOS, R. A., PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco, 2001.
- MEDRADO, A. **Saúde pública: uma década de PSF no Brasil**. (2005). Disponível em: <[http://www.administradores.com.br/artigos/saúde\\_publica\\_uma\\_decada\\_de\\_psf\\_no\\_brasil/11085/](http://www.administradores.com.br/artigos/saúde_publica_uma_decada_de_psf_no_brasil/11085/)>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- MERIGHI, M. A. B., GUALDA, D.M.R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Ginecol. Obstetr., Diag. Tratamento**, São José dos Campos, v.7, n.2, p.6-10, 2002.
- MOURA, E. R. F. **Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

- MOURA, E. R. F., SILVA, R. M., GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saude Publica**. Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.961-70, abr. 2007.
- NASCIMENTO, A. Municipalização: trinta anos de esperança e frustrações. **Tema**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.3-6, 1991.
- NOBILE, L. **Contracepção**: um problema ou uma solução? Partes I e II. (2004). Disponível em: <<http://www.brevesdesaude.com.br>> Acesso em: 04 abr. 2008.
- OLIVEIRA, A. L. A. **Darwin e darwinismo social**. (2006). <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4633>>. Acesso em: 6 abr. 2008.
- OLIVEIRA, G. C. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**: discursos e recursos. Rio de Janeiro: Cfêmea, 2005. Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/temasedados/detalhes.asp?IDTemasDados=98>>. Acesso em: 4 abr. 2008.
- OLIVEIRA, J. G. **Sexualidade, natureza e cultura**: reflexões sobre a natureza e a cultura da sexualidade (2008). Disponível em: <<http://organizando.psc.br/zeg/nat.cult.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2008.
- OLIVEIRA, M. C., ROCHA, M. I. B. (orgs.) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Ed. Unicamp, 2001.
- OLIVEIRA, S. C. A. **Crise financeira dos anos 80**. (2005). Disponível em: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2005/02/308819.shtml>> Acesso em: 10 abr. 2008.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Análise da necessidade e introdução de anticoncepcionais no Brasil**: relatório de uma análise colaborativa feita pelo Ministério da Saúde/Comi/Cemicamp e representantes do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e União Brasileira de Mulheres. Brasília, 1994.
- OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1), p.25-32, 1998.
- OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. **Rev. Est. Feministas**, Florianópolis, v. 12, n.2, p.237-53, 2004.
- PACHECO, M. V. A. P. **Racismo, machismo e planejamento familiar**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1981.
- PANDOLFI, A. P. Vinte anos de luta no Brasil. **Excerpta Femina**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.39-43, 1986.
- PATRIOTA, T. C. **Cairo +10**: os desafios no Brasil na América Latina. s.l.: Unfpa, 2004.
- PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Rev. Bras. História**, São Paulo, v. 23, n.45, p. 239-60, 2003.
- PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p. 5-6, 2005.
- PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

- PIOVESAN, F. Direitos reprodutivos como direitos humanos. In: SAMANTHA, B. (org.) **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris; Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002. v.1, p.61-80.
- PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K., COSTA, S. H. (orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. cap.1, p.19-38.
- \_\_\_\_\_. **Movimento de mulheres e políticas de gênero no Brasil**. s.l.: Sedim, 2002. Disponível em: <<http://www.edac.org/mujer/projectos/gobernabilidad/documentos/jpitanguy.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**. (1998) Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)> Acesso em: 8 jan. 2008.
- RAMOS, F. I. S. **Os serviços de planejamento familiar em Fortaleza: mito ou realidade?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997.
- REDESAUDE – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde: anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Mazza, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Conheça a Rede** (s.d.). Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- RHODEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Coleção História e Saúde.
- RIOS NETO, E. L. G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.22, n.2. p.371-408, jul./dez. 2005.
- ROCHA, M. I. B. **Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões do Parlamento**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 2004.
- RODRIGUES, G. C. **Planejamento familiar**. São Paulo: Ática, 1990.
- ROSAS, A. S. Q. **Programas de saúde reprodutiva da mulher nos anos 90: a experiência de Volta Redonda**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- SAMANTHA, B. (org.) **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. 2002.
- SANTANA, T. C. F. F. **Ações e concepções de planejamento familiar em um sistema local de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2004. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume 2-n2](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume%202-n2)>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- SCAVONE, L. (org.) **Gênero y salud reproductiva en América Latina**. Cartago: Libro Universitario Regional, 1999. p.21-56.
- SCHOR, N., ALVARENGA, A. T. **O aborto: um resgate histórico e outros dados** (2008) Disponível em: <[www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM](http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM)>. Acesso em: 3 mar. 2008.



- SCOTT, R. P. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no Nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. C., ROCHA, M. I. B. (orgs.) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Ed. Unicamp, 2001. p.49-69.
- SILVA, L. C. F. P. **Conceitos da assistência reprodutiva e suas implicações para a saúde materna**. São Paulo: USPLeste, 2008. Disponível em: <http://www.uspleste.usp.br/nasce/sistema/forum/forumgama.php?topico=49&forum=2>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- SILVA, S. M. V. Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil. **Scripta Nova**, Barcelona, v.4, n.69(25), p.44-6, 2000.
- SOF – SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Esterilização feminina**. São Paulo, 1994. v.1. (Série Saúde e Direitos Reprodutivos).
- TELES, M. A. A. **Breve história do feminismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2003.
- TRAVERSO YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção de saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface**, Botucatu, v.11, n.22, p223-38, maio/ago. 2007.
- UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População, CNPD – Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** (Cairo, setembro de 1994). Brasília, [1995].
- VIEIRA, H. L. **Participação de organizações e instituições internacionais no planejamento familiar**. (1997). Disponível em: <<http://www.providafamilia.org.br>>. Acesso em: 3 jan. 2008.
- VARELLA, D. **De volta à natalidade**. (2008a) Disponível em: <[www.drauziovarella.ig.com.br](http://www.drauziovarella.ig.com.br)>. Acesso em: 7 jan. 2008.
- \_\_\_\_\_. **O direito reprodutivo**. (2008b). Disponível em: <[www.drauziovarella.ig.com.br](http://www.drauziovarella.ig.com.br)>. Acesso em: 7 jan. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Os filhos deste solo**. (2008c) Disponível em: <[www.drauziovarella.ig.com.br](http://www.drauziovarella.ig.com.br)>. Acesso em: 7 jan. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento familiar**. (2008d) Disponível em: <[www.drauziovarella.ig.com.br](http://www.drauziovarella.ig.com.br)>. Acesso em: 7 jan. 2008.
- VILLELA, W. V. Monitoramento da Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil. **Rev. Saude Sexual Reprodutiva Brasil**, Rio de Janeiro, n.12, p.104-16, jul. 2004.
- WIKPÉDIA. **Feminismo no Brasil**. (2008a). <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>. Acesso em: 10 fev. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Thomas Malthus**. (2008b). Disponível em: <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>. Acesso em: 10 fev. 2008.
- ZIEGEL, E. E., CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- ZURUTUZA, C. Para uma Convenção Interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: OLIVEIRA, M. C., ROCHA, M. I. B. (orgs.) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Ed. Unicamp, 2001.

## ANEXO 1

### O planejamento familiar na

Política Nacional de Atenção Integral à

# Saúde da Mulher

Plano de Ação 2004 – 2007

#### OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

##### Estimular a implantação e implementação do planejamento familiar

| Estratégias  | Ações   |
|--|---|
| Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atenção básica e dos serviços de referência, promovendo a implementação das ações de planejamento familiar, incluindo a anticoncepção de emergência e a prevenção contra a infecção pelo HIV e outras DST.</li> <li>▪ Revisar e distribuir os manuais do planejamento familiar.</li> <li>▪ Estimular o credenciamento de unidades de saúde do SUS para a realização da esterilização cirúrgica, de acordo com a Lei n.º 9.263/96 e portaria ministerial.</li> <li>▪ Articular com as Coordenações-Gerais de Média e Alta Complexidade o credenciamento dos serviços de saúde para a realização da esterilização cirúrgica, de acordo com portaria ministerial.</li> <li>▪ Articular com o Departamento de Atenção Especializada a inclusão de procedimentos de reprodução assistida na tabela do SUS.</li> <li>▪ Assessorar estados e municípios na implementação de ações de planejamento familiar.</li> <li>▪ Definir critérios para incluir procedimentos de reprodução assistida, incluindo ações dirigidas de atenção aos casais soro-diferentes para o HIV na tabela do SUS.</li> <li>▪ Participar da elaboração da normatização dos bancos de células e tecidos germinativos.</li> <li>▪ Apoiar técnica e financeiramente a organização de 27 Centros de Referência, para a assistência à infertilidade, e pelo menos 5 Centros de Referência (1 por região), para o atendimento de casais soro-diferentes para HIV.</li> </ul> |
| Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquirir e distribuir trimestralmente para as unidades de saúde métodos anticoncepcionais reversíveis.</li> <li>▪ Adquirir e distribuir anticoncepção de emergência para 100% dos municípios que recebem o <i>kit</i> de métodos anticoncepcionais.</li> <li>▪ Definir e implementar um plano nacional de controle de qualidade, logística de distribuição e manutenção da oferta de anticoncepcionais.</li> </ul>   |
| Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incluir o enfoque educativo e de aconselhamento na capacitação de profissionais de saúde da atenção básica.</li> </ul>   |
| Estimular a participação e a inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacitar os profissionais de saúde da atenção básica em articulação com ONGs que trabalham com homens jovens.</li> </ul>  |

#### Indicadores:

- Número de mulheres e homens usando métodos reversíveis de contracepção.
- Número de *kits* dos métodos anticoncepcionais distribuídos.
- Números de mulheres com abortamento incompleto assistidas pelo SUS por curetagem e por AMIU.
- Número de mulheres e homens que realizaram esterilização cirúrgica no SUS, de acordo com os critérios legais.
- Número de unidades de saúde credenciadas para a realização de esterilização cirúrgica.

## ANEXO 2

### Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996

Regulamenta o § 7º, do art. 126, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Art. 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º - Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º - O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que incluem, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle de doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º - O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º - As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestora do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º - A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e

controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art 9º - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único - A prescrição a que se refere o *caput* só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art.10 - Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fertilidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

II - risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º - É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Art. 11 - Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 12 - É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13 - É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14 - Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único - Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

CAPITULO II  
DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

- Art. 15 - Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta lei:**  
**Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.**  
**Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:**  
**I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II, do art. 10 desta lei;**  
**II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;**  
**III - através de histerectomia e ooforectomia;**  
**IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;**  
**V - através da cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.**
- Art. 16 - Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.**  
**Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.**
- Art. 17 - Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.**  
**Pena - reclusão, de um a dois anos.**  
**Parágrafo único - se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.**
- Art. 18 - Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.**  
**Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.**
- Art. 19 - Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições, que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta lei, o disposto no *caput* dos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal.**
- Art. 20 - As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:**  
**I - se particular a instituição:**  
**a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;**  
**b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista.**  
**II - Se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.**
- Art. 21 - Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertencem ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.**

CAPÍTULO III  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 - Aplicam-se subsidiariamente a esta lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, *caput*, e §§ 1º e 2º; 43, *caput* e incisos I, II e III; 44, *caput* e incisos I, II e III e parágrafo único; 47, *caput* e incisos I, II e III; 48, *caput* e parágrafo único; 49, *caput* e §§ 1º e 2º; 50, *caput*, § 1º e alíneas e § 2º; 51, *caput* e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, *caput* e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23 - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25 - Revogam-se as disposições em contrário.

(Em destaque as partes vetadas e incluídas no texto após a votação do Congresso Nacional que derrubou o veto presidencial em 1997)