

JULIANA PAULA SEABRA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR:
A POLÍTICA E OS SERVIÇOS NOS MUNICÍPIOS DE E FLORIANÓPOLIS PALHOÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Regina Krüger

FLORIANÓPOLIS

2009/2

“os direitos são invenções humanas que desde a antiguidade constituem elementos fundamentais de regulação da convivência social sendo, portanto, informadores do desenvolvimento e da cultura”.

Ávila

LISTA DE SIGLAS

ABEFP - Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEDIM - Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CEPM - Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNBB - Conferência Nacional de Bispos do Brasil
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPM - Conferência Nacional de Políticas para Mulheres
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CRESS - Conselhos Regionais de Serviço Social
CSs - Centros de Saúde
DIU - Dispositivo Intra Uterino
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HU - Hospital Universitário
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher
PEPM - Plano Estadual de Políticas para Mulheres
PES - Plano Estadual de Saúde
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UIP - Unidade de Internação Pediátrica

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

RESUMO

O trabalho tem como objetivo conhecer as ações e os serviços de Planejamento Familiar oferecidos nos municípios de Florianópolis e Palhoça em comparativo às diretrizes da política da saúde da mulher, no âmbito nacional e estadual. Para isto, resgatou-se a trajetória do Planejamento Familiar, no Brasil. De acordo com a Constituição Federal e a Lei 9.263/96, o Planejamento Familiar é direito de todo cidadão e, portanto, dever do Estado. Muito se foi discutido, acerca da temática, em Conferências, a partir de 2000, para a construção de uma política de saúde da mulher, com ênfase no Planejamento Familiar. As discussões foram impulsionadas por movimentos feministas. A I CNPM teve como objetivo definir propostas e diretrizes para uma política de saúde da mulher, com isso, foram elaborados o PNPM e PNAISM. A II CNPM teve como finalidade avaliar o que já havia sido implantado sobre a PNAISM. Também se buscou as discussões, no âmbito estadual, através de Conferências, seminários e palestras, bem como as ações desenvolvidas pelo Estado, dentro da temática. Por fim, foi analisado, através dos planos municipais de saúde, o que cada município oferece para a população no que concerne ao Planejamento Familiar.

Palavras chaves: Planejamento Familiar, Direito sexual e reprodutivo, Saúde da mulher.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, Neiva e Antônio Pery, que juntos mostraram o caminho a ser trilhado.

Ao meu irmão Leandro e sua esposa Mônica, pelo cuidado e dedicação proporcionados durante esta fase.

As minhas sobrinhas Maria Gabriela e Maria Fernanda, que com seus encantos me transmitiram muitas alegrias.

Ao meu irmão caçula Luís Leonardo e sua companheira Keite, pelo apoio e confiança dedicados a mim.

A minha amiga Priscila, pela ajuda fundamental, não só na elaboração deste trabalho, mas durante toda a minha vida acadêmica. Ao seu esposo Marciel, pela compreensão de nossa amizade. E sua filhinha Beatriz que, com toda sua doçura, contribuiu para que os estudos fluíssem.

A Prof^a. Dra. Tânia, pela orientação na elaboração deste trabalho.

Muito obrigada a todos!

Sumário

<i>Introdução</i>	8
<i>1. Planejamento familiar: história e políticas</i>	14
1.1. Planejamento Familiar no Brasil: trajetória até 1988	14
1.2. A Política de Planejamento Familiar a partir de 1990	21
1.3. Em Santa Catarina: movimento feminista, programas de saúde da mulher e planejamento familiar	38
<i>2. A política de planejamento familiar em Florianópolis e Palhoça</i>	47
2.1. Caracterização de Florianópolis e Palhoça	47
2.2. O Plano Municipal de Saúde de Florianópolis e Palhoça e as indicações para saúde da mulher, direitos reprodutivos e planejamento familiar	49
2.3. Programas e serviços de Florianópolis e Palhoça em relação à saúde da mulher, direitos reprodutivos e planejamento familiar	53
2.4. Comparação entre a política municipal e as diretrizes da política estadual e nacional	57
<i>Conclusão</i>	59
<i>Referências</i>	64

Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso constitui-se como requisito final para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

O interesse em abordar o tema Planejamento Familiar surgiu durante o desempenho do Estágio Obrigatório I e II, realizado na Unidade de Internação Pediátrica (UIP), no Hospital Universitário (HU), durante os períodos de agosto a novembro de 2008 e março a abril de 2009. Neste período, constataram-se equívocos e/ou até a falta de conhecimento, por parte de alguns usuários, do Direito ao Planejamento Familiar.

Passados mais de duas décadas da promulgação da Constituição Federal, a qual estabelece, no artigo 226, o direito ao Planejamento Familiar e após treze (13) anos da regulamentação da Lei nº 9.263, Lei do Planejamento Familiar de 12 de Janeiro de 1996, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa com o objetivo de constatar se a população tem usufruído deste direito.

Assim, o interesse em estudar sobre o Planejamento Familiar surgiu com o intuito de identificar se têm sido oferecidas à população as condições de se efetivar o direito ao Planejamento Familiar. Para isso, realizou-se um estudo das diretrizes da Política de Saúde da Mulher, as quais estão contempladas nos documentos que orientam a política de saúde nos municípios de Florianópolis e Palhoça: Plano Municipal de Saúde e Programa de Saúde da Mulher.

O tema desta monografia é *o Planejamento Familiar: a política e os serviços nos municípios de Florianópolis e Palhoça*. Os municípios foram escolhidos por ser o primeiro a capital do Estado e o segundo pela proximidade com o primeiro.

Este estudo teve como objetivo conhecer as ações e os serviços de planejamento familiar oferecidos pelos municípios de Florianópolis e Palhoça, e para isso, foram formulados alguns objetivos específicos: revisar a bibliografia sobre o Planejamento Familiar, bem como a legislação relacionada ao tema e a Política de Planejamento Familiar no Brasil e

em Santa Catarina; pesquisar o Plano Municipal de Saúde dos municípios de Florianópolis e Palhoça, identificando o enfoque sobre o Planejamento Familiar; conhecer a Política e os Programas Saúde da Mulher e o Planejamento Familiar nos municípios de Palhoça e Florianópolis, identificando as ações oferecidas dentro do Planejamento Familiar; apresentar a situação sócio-econômica dos municípios de Florianópolis e Palhoça e verificar como estão estruturadas a Política e as ações do Planejamento Familiar em comparativo com a lei nº 9.263/96.

Durante o estágio curricular Obrigatório, o qual foi desempenhado no HU, na UIP, uma das principais funções que exerci era o acolhimento com os pacientes e/ou com seus responsáveis, o qual eram praticadas ações sócio-educativas¹ e sócio-emergenciais². Neste acolhimento buscava-se conhecer a realidade vivenciada pelos mesmos em seu cotidiano. Para tal procedimento, realizava-se uma entrevista buscando sempre fatores que pudessem ser trabalhados junto ao Serviço Social.

Eram sempre trabalhadas diversas questões nesse primeiro contato. Primeiramente era visto se o paciente teria algum acompanhante, ressaltando que é direito da criança e do adolescente ter um acompanhante em sua internação, sendo que não é obrigação e sim um direito. Também eram ressaltadas questões previdenciárias, lembrando sempre aos trabalhadores a necessidade de informar ao empregador sobre a ausência no serviço por motivos de estar acompanhando o paciente na internação. Neste caso, o hospital fornece uma declaração de acompanhante, sendo que de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o trabalhador não tem sua falta abonada, somente justificada. Ainda neste primeiro contato, eram desenvolvidas ações sócio-educativas e sócio-emergenciais, das quais eram abordados assuntos como vestuário, alimentação, deslocamento, remédio e outros. Também eram questionados sobre o planejamento familiar e, curiosamente, pode ser observado que muitos não tinham a noção deste ser um direito e de como acessá-lo.

¹ **Ações sócio-educativas:** esclarecimento da rotina hospitalar e acerca do tratamento, acolhimento do paciente e família, questões trabalhistas e previdenciárias, atendimentos grupais às famílias, pacientes com patologias específicas, sala de espera para pacientes de terceira idade e gestantes, ações voltadas ao Planejamento Familiar e Interrupção do trânsito tubário (MORAES, 2007, P. 31).

² **Ações Sócio-emergenciais:** referem-se aos encaminhamentos aos recursos institucionais e comunitários visando atendimento através de programas específicos e vinculados a órgãos públicos e ou ONG's. São realizados fornecimentos de auxílio transporte em situação de alta hospitalar, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros (MORAES, 2007, P. 31).

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, estabelece em seu parágrafo 7º art. 226 que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Para regulamentação do que está estabelecido na Constituição Federal, foi sancionada, em 12 de janeiro de 1996, a Lei nº 9.263, Lei do Planejamento Familiar, a qual determina o Planejamento Familiar como um direito de todo cidadão. A Lei estabelece como Planejamento Familiar o conjunto de ações que regula a fecundidade, possibilitando a limitação ou o aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. 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 fecundidade. Define ainda, que é dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do Planejamento Familiar.

Sendo assim, é um direito das pessoas, assegurado na Constituição Federal e na Lei n.º 9.263/1996, que o Planejamento Familiar, devendo ser garantido pelo Estado. É direito de todo cidadão decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida. É de direito, também, informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos.

Durante o estágio, os usuários geralmente manifestavam o interesse em realizar a esterilização, sempre fazendo a ligação entre este procedimento e o Planejamento Familiar. Um exemplo: uma mãe alegou ser alérgica a anticoncepcional, descrevendo sintomas de mal estar, tais como náuseas e enjoo, tinha o interesse em fazer laqueadura³. Durante o acolhimento foi sugerido o Dispositivo Intra Uterino (DIU), a mesma relatou o desconhecimento às informações acerca do método, bem como ao acesso gratuito pelo SUS.

³ De acordo com o Art. 10, inciso I, da Lei 9.263 de 1996, somente é permitida a esterilização voluntária 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. No caso citado, a mãe não preenchia nenhum dos requisitos, uma vez que tinha idade e número de filhos inferiores ao estabelecido por Lei.

No atendimento a outra mãe, quando questionada sobre o Planejamento Familiar, a mesma apenas demonstrou interesse em fazer laqueadura por ter tido eclampsia⁴. A patologia provocou o nascimento prematuro de sua filha, no entanto, a usuária possui 18 anos e uma prole, não preenchendo os requisitos preconizados no art.10, da Lei 9.263/96.

A pessoa ao exercer o direito ao Planejamento Familiar, pode ter diversos benefícios, uma vez que está sendo estudado o melhor momento para se ter filhos, ou seja, para constituir família. Com isso, pode-se dedicar uma atenção maior à saúde da mulher e do descendente, pois a partir desta decisão se usufrui do desenvolvimento científico, tecnológico e da medicina, realizando diversos exames preliminares para concepção, diminuindo e até mesmo, em muitos casos, eliminando diversas patologias, como por exemplo, as doenças derivadas da falta de combinação sanguínea e o HIV neo-natal.

É importante ressaltar que, através do Planejamento Familiar, diminui-se a chance de uma gravidez indesejada, e conseqüentemente, de abortos praticados ilegalmente. A prática deste ato trás conseqüências graves para a saúde da mulher. Algumas vezes, compromete sua fertilidade, favorecendo outros abortos e até partos prematuros (a partir de 20 semanas de gestação) em gravidezes subseqüentes, hemorragia e óbito da praticante. Sem contar a lesão e/ou deformação do feto nos casos em que a tentativa de aborto tenha fracassado.

Foram diversos os fatores que contribuíram para a escolha do tema. Além dos acontecimentos relacionados ao estágio, também uma conversa informal entre colegas, sendo todas de nível superior, surgiu o assunto, e uma das integrantes mencionou “não admito que nos dias de hoje uma adolescente engravide sem querer, [...] com tanta informação aí disponível, a televisão fala deste assunto o tempo todo” (informação verbal), este comentário motivou a reflexão sobre o assunto em questão. Será que mesmo com toda a informação disponível na mídia é suficiente para que as pessoas acessem o direito ao Planejamento Familiar? Para responder a este questionamento é necessário identificar as ações desenvolvidas dentro da Política de Planejamento Familiar.

A pesquisa é de caráter bibliográfico e documental com revisão da literatura referente ao tema. Para tal procedimento foi contextualizado a trajetória do Planejamento Familiar no

⁴ De acordo com o Dicionário Aurélio (1988) a eclampsia significa forma convulsiva de toxemia gravídica, podendo, ou não terminar em coma ou, até, em morte, e cuja tríade sintomática se compõe de edema, hipertensão e proteinúria.

Brasil, historicizando a política de planejamento familiar, levantando as ações desenvolvidas pelo Estado. A pesquisa documental foi realizada a partir do Plano Municipal de Saúde, do Programa Municipal Saúde da Mulher e Planejamento Familiar, de cada município.

Ainda, durante a escolha da metodologia a ser utilizada na pesquisa, levou-se em consideração a grade curricular do curso de Serviço Social, a qual concentra a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, no último semestre, juntamente com outras disciplinas. Também se observou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, que estabelece que toda pesquisa que envolva seres humanos deve ser submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Tendo em vista que o comitê reúne-se somente uma vez por mês para análise e deliberação, optou-se por não fazer entrevista, devido a falta de tempo hábil para a preparação da documentação, espera da aprovação e realização da pesquisa. Com isso, para responder aos questionamentos da pesquisa, decidiu-se em realizar a pesquisa bibliográfica, com análise documental.

No entanto, mediante a dificuldade e, até mesmo, a falta de informações e materiais bibliográfico e documental para a finalização da pesquisa, fez-se necessário a realização de visitas e/ou contatos com as Secretarias Municipais de Saúde de Florianópolis e Palhoça, a Unidade Básica de Saúdes do bairro Pantanal (Florianópolis) e o Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis). Também utilizou-se anotações realizadas durante a participação em debates relacionados ao tema da pesquisa, tais como seminários e palestras.

Em relação à estrutura, o trabalho apresenta na primeira seção um histórico e um levantamento das políticas que permeiam o Planejamento Familiar no Brasil. Desta forma, inicia-se o levantamento para a pesquisa a partir da década de 1960, quando o tema começa a ser discutido no país. Destacam-se os movimentos que impulsionaram a implementação do Planejamento Familiar como um direito constitucional, dando enfoque ao Movimento Feminista. Em seguida, trazem-se as políticas de Planejamento Familiar a partir da década de 1990, priorizando os debates realizados através das Conferências, os documentos oficiais gerados por estas, relacionados à saúde da mulher, o direito sexual e reprodutivo e o Planejamento Familiar. Busca-se, ainda, apresentar estes debates no âmbito estadual.

Na segunda seção, abordam-se as Políticas de Planejamento Familiar nos municípios de Florianópolis e Palhoça. E para isto, a priori, realiza-se, a caracterização de Florianópolis e Palhoça sob os aspectos demográficos e sócio-econômicos, bem como a estrutura física da saúde dos municípios em estudo. Em seguida, busca-se apontar os programas e serviços oferecidos por Florianópolis e Palhoça em relação à saúde da mulher, direitos reprodutivos e Planejamento Familiar. Finalizando a seção, apresenta-se um comparativo da política municipal e as diretrizes da política estadual e nacional.

Por fim, apresentam-se considerações gerais sobre o tema do trabalho.

1. Planejamento familiar: história e políticas

1.1. Planejamento Familiar no Brasil: trajetória até 1988

No início do século XX, o Brasil busca preservar a natalidade, o interesse no aumento da população destina-se a manter a expansão da economia cafeeira. Com isso, o Brasil adotou uma postura pró-natalista, implementando políticas nacionais expansionistas, com legislação claramente anti-controlistas, como as que proibiam os médicos de impedir a concepção ou interromper a gestação, ou outras que incentivavam as famílias numerosas atribuindo compensações na proporção de seus encargos. A Igreja também compartilha da ideologia do Estado na defesa de famílias numerosas, uma vez que, em seu discurso, afirma que a sexualidade somente deveria servir para a procriação e que a concepção se daria de tantos filhos quanto Deus ou a natureza determinassem. Neste período, inicia-se a urbanização e a industrialização no Brasil, para as quais também se justifica o aumento da população. No entanto, como o mercado não garantia trabalho para todos e as cidades cresciam sem uma política sanitária básica, a expansão da pobreza, da doença e da marginalização torna-se um problema que adquire uma dimensão política, social e econômica.

Neste mesmo período, na Europa e nos Estados Unidos, surgiram os movimentos malthusianos, os quais associam a pobreza ao crescimento populacional. Para estes, o controle da natalidade deveria ser aplicado mesmo em formas coercitivas. A partir dos anos 1960, os países ricos começaram a pressionar os governos de terceiro mundo exigindo que inserissem uma política demográfica inspirada na teoria de Malthus. Os Estados Unidos implementam uma política de ajuda aos países latino-americanos, tendo como condição adotar programas e estratégias voltadas à redução do crescimento demográfico. Dentro deste contexto, com

pressão norte-americana, foi forçada a entrada de entidades internacionais no Brasil, com o objetivo de controlar o crescimento populacional (COSTA, 2000).

Durante a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia em 1965, a apresentação de trabalhos sobre aborto provocado e as condições de vida do povo brasileiro serviram de argumento para que médicos aliados a outras categorias profissionais, tais como sociologia, economia e direito, fundassem a instituição denominada Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM). A BEMFAM instalou-se no Brasil, financiada por entidades internacionais com interesses controlistas. Que segundo Rodrigues (1990, p.39):

Para introduzir um programa de planejamento familiar num país, as instituições internacionais incentivam a formação de um grupo voluntário de médicos que funda um núcleo pioneiro para orientar a população para o uso da contracepção, que se justificaria diante da ocorrência elevada de aborto provocado, mortalidade materna e frustração de muitas mulheres que tiveram gravidez indesejada.

A BEMFAM expandiu suas atividades através de um conjunto de clínicas, muitas delas conveniadas com rede médica, empresas e universidades. Também facilitou o acesso gratuito de mulheres carentes aos métodos contraceptivos, no entanto, sem a devida assistência médica necessária. Pois segundo a autora:

A BEMFAM, desde o início, optou por métodos anticoncepcionais reversíveis, dando prioridade à pílula, que pode ser distribuída facilmente sem a infra-estrutura de um ambulatório ou de um centro cirúrgico. Sua estratégia é treinar rapidamente uma pessoa da comunidade, geralmente uma atendente de posto de saúde ou uma parteira, para que entregue o material às mulheres, apresentando explicações sumárias. Procurou fazer convênio com prefeituras e secretarias estaduais de saúde, para que pudesse usar a infra-estrutura da rede pública de atendimento médico. Isto permitiu maior penetração na população de baixa renda (...) (RODRIGUES, 1990, p.67).

No entanto, neste período da história, o estado brasileiro ainda defendia uma posição natalista, com a implementação de incentivos ao crescimento das famílias, como por exemplo, salário família, auxílio natalidade e auxílio maternidade. O controle da natalidade só era acessado através de instituições não governamentais, nacionais e internacionais, com parcerias dos governos estaduais ou municipais.

No ano 1967, ocorreram denúncias de esterilização de mulheres em massa na Amazônia, sendo criada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), para investigação. A CPI nunca chegou a nenhum resultado conclusivo, porém contribuiu para uma visão não muito hostil do Planejamento Familiar, reforçando a posição natalista do Estado (ALVES, 2006). Ainda assim, em 1971, a BEMFAM foi declarada de utilidade pública, através do Decreto 68.514 de 15 de abril, ficando isenta de taxas e impostos.

No Ano Internacional dos Direitos Humanos, em 1968, a Organização das Nações Unidas (ONU), declara e reconhece o Planejamento Familiar como um direito humano básico, sendo direito dos indivíduos e casais a decisão do tamanho de suas famílias, ou seja, direito de decidir livremente e de forma responsável quando e quantos filhos querem ter. Foi criado, em 1969, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), agência de cooperação internacional para o desenvolvimento com igualdade de oportunidades para todos que dentro de suas atividades busca contribuir para o planejamento familiar.

A disputa ideológica entre o controle da natalidade coercitivo e a defesa de uma política desenvolvimentista esteve presente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em Bucareste, no ano de 1974. Porém, a ideologia desenvolvimentista saiu vencedora, sendo declarada oficialmente, na Conferência, a decisão da composição familiar um direito social, ou seja, o Planejamento Familiar é um direito de todo cidadão, sendo responsabilidade do Estado proporcioná-lo.

No final da década de 70, os movimentos feministas⁵ passam a defender a regulação da fecundidade como um direito de cidadania reivindicando o controle sobre o corpo e contestando os interesses controlistas. Os movimentos feministas iniciaram a luta pela inclusão das mulheres a cidadania em caráter conservador, no final do século XIX, no entanto, sem questionar a opressão da mulher, pois não caracterizavam o desejo de alterações nas relações de gênero. Já o feminismo pós 1968 defendia o direito das mulheres a político e à educação, também abordava temas relacionados a gênero, tais como a dominação masculina, começando assim a enfrentar questões consideradas tabus. Entre os eventos que marcaram a

⁵ Mulheres que compartilhavam suas experiências e confrontavam seus problemas vivenciados nas relações entre sexo, descobrindo que não se tratavam de problemas únicos nem particulares, mas que faziam parte da opressão sofrida por todas as mulheres, criando um sentimento de solidariedade e irmandade, levantando os fatos da vida privada como bandeiras de luta no campo da vida pública (MESQUITA, 2008).

entrada das mulheres na esfera pública destaca-se o Ano Internacional da Mulher, decretado pela ONU, em 1975. Em comemoração ao Ano Internacional da Mulher, dois grupos feministas informais buscaram o patrocínio da ONU e organizaram um evento, no Rio de Janeiro, sob o título “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”, tornando-se esse o marco histórico do feminismo no Brasil.

O Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde Materno-Infantil, no ano 1977, o qual visava apenas à prevenção da gestação de alto risco. O Programa teve um enfoque limitado, considerando a saúde da mulher apenas em seu papel materno. O Programa foi questionado pelo movimento feminista, o qual concebia a saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente a um ciclo vital.

Na década de 1980, início da democratização as políticas de saúde, de habitação e da educação estavam em crise e manifestações dos movimentos sociais reivindicavam políticas sociais que assegurassem direitos de cidadania. Neste contexto, os debates nacionais sobre o Planejamento Familiar foram intensificados, os movimentos feministas exigiam uma política ampla de saúde reprodutiva.

Em um debate sobre aborto promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em 1980, o movimento feminista tornou pública sua posição sobre as bases necessárias que o Planejamento Familiar deveria atender quando fosse implementado no país. Entre os itens indicados pelo movimento podemos destacar:

- Respeito ao direito da mulher em decidir sua maternidade;
- Condições de vida e de trabalho adequado durante a gestação;
- Condições de vida digna para cada mulher ter e criar os filhos que deseja;
- Descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda rede de serviços de saúde pública e da Previdência Social;
- Programa ativo e continuado de pesquisa sobre métodos anticoncepcionais;
- Repúdio à esterilização forçada ou induzida;
- Fim da maternidade *constrangida*, fonte de opressão e de reprodução do modelo de domesticidade da mulher;
- Estímulo aos programas de maternidade compartilhada; e

- Programa de informações e fornecimento de contraceptivos pelo Estado para a população (LIMA, 1982).

Em 1981, foi criada a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – ABEPF, para reunir os diversos núcleos de Planejamento Familiar atuantes no país, principalmente nos ambulatórios das escolas de medicina.

Em um consenso entre diferentes movimentos sociais, como o de mulheres, sanitaristas, demógrafos, cientistas sociais e militantes de partidos políticos, no interesse da regulação da fecundidade, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, sendo atendida a reivindicação do movimento feminista ao direito do controle sobre o corpo, através do sub-programa Planejamento Familiar. Com isso, o Estado brasileiro assume publicamente uma política de Planejamento Familiar, a qual reconhece que “todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduo ou casal” (BRASIL, 1987). E:

[...] para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento se sua prole [...] (BRASIL, 1985)

Na Conferência Internacional de População do México, em 1984, foram apresentados pela delegação brasileira os princípios da política demográfica do Brasil, sendo eles:

- Soberania total do país na definição e implementação das políticas de população;
- Recusa às posições neomalthusianas, demonstrando não ser o crescimento demográfico a causa dos males dos países em desenvolvimento e muito menos aceitar o controle demográfico como solução à miséria;
- A política populacional brasileira não deve contemplar metas pré-fixadas para o crescimento demográfico, mas preocupar-se com a morbidade, mortalidade e problemas decorrentes das migrações internacionais;

- Planejamento da prole é direito de todo ser humano e decorre de ações livres e informadas dos indivíduos e casais;
- Planejamento da prole deve ser integrante do atendimento público à saúde e a proteção dos usuários deve ser proporcionada pelo setor público, através de órgãos competentes;
- A atuação do governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está assegurada dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher (ALVES, 2006).

De acordo com os princípios apresentados na Conferência, não cabe ao Brasil um controle coercitivo da fecundidade. Destacando ainda que, o planejamento da família é um direito de todo cidadão e um dever do Estado em ofertá-lo.

A contracepção com a finalidade controlista foi questionada no Tribunal do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em Amsterdã, em 1984. Na Conferência das Nações Unidas da Década das mulheres, em Nairóbi, em 1985, atesta-se a promoção dos direitos à reprodução, destacando ser fundamental para a posição da mulher na sociedade, tornando-se objetivo universal das feministas.

No Brasil, no ano de 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), sendo vinculado ao Ministério da Justiça, com o objetivo de promover políticas visando assegurar a participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país, a eliminação da discriminação contra mulher.

Em outubro de 1986, no auge da redemocratização e de expressão do movimento sanitário, no Brasil, aconteceu a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que foi realizada em Brasília. A qual resultou em reivindicações para que o Estado preste assistência a mulher, permitindo a ela que decida em evitar, conceber ou interromper a gravidez não desejada. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, realizada meses antes, reafirmou que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo assim, deveria ser garantida pela Constituição. Nesta Conferência, foi colocado que saúde:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário digno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e

transformá-lo. É o direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. (AROUCA,1987, p.36)

Nos debates para a elaboração da Constituição, sobre o tema pesquisado, três forças sociais atuaram de forma organizada nas discussões, sendo elas a Igreja, representada pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB); as feministas, representadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da mulher (CNDM); e as entidades privadas, representadas pela BEMFAM. O texto aprovado no final contemplou de maneira parcial as três forças, sendo que nenhum dos grupos pode considerar-se vitorioso.

[...] a CNBB garantiu parte de suas proposições éticas, o CNDM garantiu que a afirmação da livre decisão do casal e a garantia do Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar e, ambas, conseguiram colocar o princípio da não coerção. A BEMFAM conseguiu garantir a participação dos setores privados nos serviços de planejamento familiar. É preciso deixar claro que a Igreja Católica quando fala de planejamento familiar está se referindo aos métodos naturais de regulação da fecundidade e de paternidade responsável, como sendo as obrigações que os pais e as mães tem para com seus filhos. (ALVES, 2006, p. 30)

No final dos debates da Assembléia Constituinte, nas reivindicações pelo direito universal a saúde e pela saúde e direitos da mulher, a redação aprovada para o direito ao Planejamento Familiar veio explícita na Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7º do artigo 226.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma de coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O texto constitucional de 1988 reconheceu o Planejamento Familiar como um direito de todo cidadão, cabendo ao Estado oferecer informações e todos os meios necessários para o exercício desse direito, o qual não deve ser vinculado a políticas de controle demográfico, sendo proibida a manipulação de qualquer medida coercitiva para determinar o Planejamento Familiar ou o número de filhos. Com isso, ficando claramente explícita a liberdade de decisão

do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito. No entanto, o estabelecido na Constituição não se concretizou de imediato, sendo necessários ainda outros debates, bem como normatizado seus procedimentos.

1.2. A Política de Planejamento Familiar a partir de 1990

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, se fez necessária a normatização de como seriam acessados os direitos reprodutivos nela estabelecidos. Com isso, na década de 1990, abriu-se uma longa jornada de debates e discussões, tendo diversos atores de diferentes movimentos sociais envolvidos na luta pela viabilização dos direitos constitucionais na formulação de estratégias e políticas públicas. Dentro deles, o tema em pesquisa - o planejamento familiar, para ser usufruído como um direito de todo cidadão, ainda teve um longo caminho a percorrer. No entanto, neste caminho a ser percorrido, diversos obstáculos já estavam impostos, pois “mal a Constituição foi aprovada já se decretava sua inadequação aos rumos das políticas de inserção do país nos circuitos globalizados da economia” (COSTA, BAHIA e CONTE, 2007, p.18).

Nos anos 1990, “a conjuntura hiperinflacionária foi o caldo cultural que preparou a adoção das políticas neoliberais no Brasil, como, em geral, nos vários países da América Latina”. Destaca ainda, que “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que possam ser controladas pelo mercado.” Sendo assim, as décadas de 1990 e 2000, no Brasil, estão marcadas pelo projeto neoliberal, com o intuito de um Estado Mínimo. A agenda neoliberal comporta um processo de desmonte e retrocesso das conquistas, alcançadas através de muita luta, no texto constitucional. O que se presencia a partir destas décadas, sob discurso de redução de gastos, são as privatizações dos serviços, a terceirização, o voluntariado, o atendimento focalizado e clientelista, entre outros mecanismos utilizados com o propósito de limitar o acesso aos serviços públicos pela população, quando

estes são oferecidos, entretanto, observa-se uma valorização e o incentivo dos serviços privados (BRAVO, 2001, p.29).

No que diz respeito ao Programa de Saúde da Mulher e o Planejamento Familiar o Movimento Feminista começa a questionar os programas, implementados até o momento no país, pois possuíam uma perspectiva reducionista com os cuidados para a Mulher. O acesso aos cuidados giravam em torno do ciclo gravídico-puerperal, deixando a maior parte da vida sem assistência. “Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas” (BRASIL, 2004, p. 15).

A justificativa utilizada pelas mulheres organizadas estava na desigualdade que se dava entre homens e mulheres nas relações sociais, as quais desencadeavam problemas de saúde principalmente para a população feminina. Com isso, a necessidade de identificar e propor processos políticos que contribuíssem para mudanças na sociedade e na qualidade de vida da mulher. Com o intuito de identificar e propor processos políticos, o movimento feminista reivindica a necessidade da elaboração, da execução e da avaliação de políticas para a saúde da mulher, com enfoque na sua condição de sujeito de direito, transcendendo os cuidados com a gravidez e o parto, proporcionando ações na melhoria da condição de saúde em todo o ciclo da vida.

Numa conjuntura de reduções dos direitos do cidadão, observa-se que o Planejamento Familiar, como um direito constitucional que garante a liberdade de escolha e veda qualquer forma coercitiva, não está sendo garantido por falta de regulamentação. A falta de regulamentação quanto à esterilização cirúrgica no país colocou a questão dos direitos reprodutivos em pauta. A partir de 1991, alguns parlamentares em associação com movimentos organizados de mulheres, articularam uma CPI para investigar as causas da esterilização em massa das mulheres brasileiras, também foi investigado se as esterilizações estavam ligadas a questões raciais. A CPI documentou os riscos para a saúde da mulher decorrente dos abusos desta prática realizada de forma indiscriminada e clandestina, constatou ainda, que as mulheres brancas tinham maior probabilidade de estarem esterilizadas, mesmo a esterilização cirúrgica sendo considerada ilegal, de acordo com o artigo 129 do Código Penal

Brasileiro⁶. Esta situação só veio a reforçar a necessidade de regulamentar o que está estabelecido na Constituição 1988, sobre o tema; contudo resultou na primeira versão do projeto de Lei que mais tarde, em 1996, seria aprovado no Congresso Nacional (Silva, 2000).

Na Reunião Nacional preparatória para a Conferência de Pequim, em 1994, realizada em Maceió, as mulheres consideraram que os anos de 80 e 90 foram de grandes conquistas, pois resultaram na abertura de espaços próprios para reflexão, como a participação na elaboração da Constituição e o surgimento dos núcleos de estudo de gênero nas Universidades (COELHO, 2005).

Teixeira, Ferreira e Marques (2008) consideram que:

[...] a formação de ONG feministas e de Núcleos de Estudos – NE-universitários sobre as mulheres representaram uma estratégia de coesão de forças para viabilizar, não somente as reflexões sobre as condições das mulheres, como também desenvolver uma práxis diferenciada e comprometida com a promoção da reapropriação das mulheres sobre seus corpos, num processo de reconhecimento das mulheres como sujeitos dotados de direitos nos diversos espaços sociais.

No plano internacional os debates se faziam presente, sendo que durante a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), da ONU, que aconteceu em Cairo, no ano de 1994, foi reconhecido o direito reprodutivo das mulheres, o acesso a métodos contraceptivos e, nos casos permitidos por lei, o acesso ao aborto seguro, em hospital. A definição de saúde reprodutiva, internacionalmente adotada no Plano de Ação da CIPD – Cairo, e reiterada pela Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim, 1995, é:

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva diz respeito à capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos e a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, em que momento da vida e com qual frequência. Esta última condição implica o direito do homem e da mulher de obter

⁶ A Lei brasileira não era explícita quanto a proibição da esterilização cirúrgica, no entanto, a prática era considerada uma lesão corporal em que ocorre a perda ou a inutilização do membro, sentido ou função, sendo assim tornando-se sua prática ilegal (SILVA, 2000).

informação e de planejar a família, segundo suas escolhas, assim como ter acesso a métodos para a regulação da fecundidade seguros, eficazes, exeqüíveis e aceitáveis que não estejam legalmente proibidos, e o direito de receber serviços adequados da atenção à saúde que permitam gravidezes e partos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos saudáveis. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, a atenção à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam à saúde e ao bem estar reprodutivos, ao prevenir e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, e não meramente o assessoramento e a atenção em matéria de reprodução e doenças sexualmente transmissíveis (JANNOTTI, SEQUEIRA e SILVA, 2007, p. 28).

Dentro desta perspectiva do direito a saúde reprodutiva, durante a Conferência foi afastado o foco do controle populacional para o direito e autonomia nas escolhas individuais. Ainda, por consequência do evento, a UNFPA passou a orientar suas atividades pelo programa de ação do Cairo, sendo assinado pelos 179 governantes.

Ainda em 1995, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criou o grupo temático “Gênero e Saúde”, abrindo um importante espaço de discussão, reflexão e divulgação, sobre os estudos que envolvem a saúde da mulher, tendo como objetivo não só na elaboração da produção do conhecimento, mas também a possibilidade de subsidiar o monitoramento da execução de políticas públicas (TEIXEIRA, FERREIRA e MARQUES, 2008).

Para regulamentação do que está estabelecido na Constituição Federal, foi aprovado no Congresso Nacional, em 12 de janeiro de 1996, a Lei nº 9.263, a qual determina o Planejamento Familiar um direito de todo cidadão. A Lei estabelece como Planejamento Familiar o conjunto de ações que regula a fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. De acordo com o artigo 4º da Lei, “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 fecundidade”. Define ainda, em seu artigo 5º que, “é dever do Estado, através do SUS, em associação, no que couber, às instâncias competentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar”. No artigo 9º, da Lei de

Planejamento Familiar, define que “para o exercício do direito ao planejamento, 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”.

Contudo, o artigo 10º, que trata da esterilização, foi vetado pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 15 de janeiro de 1996. Mas somente no final de 1997, o Congresso Nacional derrubou o veto, sendo publicado no Diário Oficial da União no dia 27 de novembro de 1997, o artigo 10º com a seguinte redação:

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

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 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 a pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

II – risco a vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Com isso, a rede pública deveria assumir a prática da esterilização, preparando os hospitais públicos para o cumprimento da Lei de Planejamento Familiar. Os hospitais dispõem de equipes multidisciplinares para atuar no aconselhamento e até mesmo no desencorajamento da esterilização precoce. Na Lei está explícita a proibição de esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, com exceção de comprovada necessidade, como por exemplo, nos casos de sucessivas cesarianas. Ficou estabelecido ainda, que a cirurgia só pode ser feita pelo menos sessenta dias após a manifestação da vontade registrada. Neste período, o interessado deve ser informado dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade e/ou impossibilidade de reversão e ainda das opções de contracepção reversíveis. Ressalta-se ainda que a manifestação da vontade não pode ser considerada válida se for registrada quando a pessoa interessada estiver bêbada, drogada, que seu estado emocional esteja alterado ou incapacidade mental temporária ou permanente. É importante destacar que, no artigo 13º da Lei, é proibida a exigência de atestado de esterilização para qualquer fim.

Segundo Alves (2006, p. 44),

O movimento feminista, em sua grande maioria, é a favor da regulação voluntária da fecundidade. Mas existem várias correntes feministas que consideram que o planejamento familiar é uma forma disfarçada de controle da natalidade e denunciam, principalmente, a ausência dos homens no processo de regulação da fecundidade e protestam contra aqueles métodos anticoncepcionais que prejudicam a saúde da mulher. Várias protestam, também contra o excesso de laqueaduras tubárias no Brasil, por ser um método contraceptivo irreversível ou por ser um método que “mutila” o corpo da mulher

Em 2000, entre os meses de março e maio, setores do feminismo brasileiro organizaram uma série de Conferências com o intuito de construir uma plataforma política. Foram realizadas 26 Conferências Estaduais, que tiveram mais de 5.000 participantes de movimento de mulheres de todo país. No mês de junho, em Brasília, foi realizada a Conferência Nacional de Mulheres Brasileira que contou com a participação de 2.000 delegadas das Conferências Estaduais. Como resultante de todo esse processo, foi entregue um documento formal a todos os candidatos a presidência da República, governos dos estados, dirigentes partidários, deputados e senadores. Também foi realizada uma ampla divulgação através da imprensa com a finalidade de assumir um compromisso (COSTA, 2008).

No ano de 2001, o Planejamento Familiar aparece no enunciado das políticas do SUS, a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Está definido na NOAS/SUS 2001, que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que são de responsabilidade da gestão municipal em relação à saúde da mulher.

Em 2003, no início do mandato do governo Lula, foi criada a Secretária Especial de Políticas para mulheres, no Ministério Federal. Com o objetivo de construir e indicar políticas públicas específicas para as mulheres, garantindo assim o acesso a seus direitos, foi instaurado em todo país, através de um processo democrático e participativo, que teve início em março de 2004, uma série de Conferências. Estas se iniciaram no âmbito municipal, passando para estadual e finalizando, processo de discussão com a realização, em julho do mesmo ano, em Brasília, da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (CNPM). (ADRIÃO, 2008)

A I CNPM teve como objetivo definir propostas e diretrizes de políticas públicas para a atuação do Estado. Foi considerada um marco na definição de políticas públicas para as

mulheres e pela igualdade de gênero no Brasil. A metodologia utilizada na realização da Conferência Municipal se deu através da divisão de sub-grupos temáticos, os quais foram trabalhados os temas violência, igualdade no mundo do trabalho, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, educação e cidadania. Em cada pré-conferência eram discutidos os assuntos em pauta, retiradas as propostas e, no final de cada plenária, eleita as delegadas representantes, que levariam as propostas aprovadas para a discussão nas próximas Conferências, as estaduais. A mesma metodologia foi utilizada para a realização da Conferência Nacional (BRASIL, 2004-a).

As Conferências contaram com a participação de mais de 120 mil pessoas em todo território nacional em seu processo de elaboração, ou seja, o total de participantes envolvidos nas plenárias municipais e nas conferências estaduais. As Conferências contaram com o equivalente a dois mil municípios, envolvendo os 26 estados da Federação e o Distrito Federal na concretização de todo processo, que resultou em 3.844 propostas consolidadas em diretrizes para serem trabalhadas na conferência nacional. A I CNPM reuniu 1.787 delegadas, governamentais e da sociedade civil, que assistiram painéis de debates, apresentações artísticas e participaram de muitas discussões, cuja metodologia se deu através de trabalhos em grupos. Estes apresentaram os seguintes temas de discussão:

1. Enfrentamento da pobreza: geração de renda, trabalho, acesso ao crédito e a terra.
2. Superação da violência contra a mulher: prevenção, assistência, combate e políticas de segurança.
3. Promoção do bem-estar e qualidade de vida para as mulheres: saúde, moradia, infra-estrutura, equipamentos sociais, recursos naturais.
4. Efetivação dos direitos humanos das mulheres: civis, políticos, sexuais e reprodutivos.
5. Desenvolvimento de políticas de educação, cultura, comunicação e produção do conhecimento para a igualdade (BRASIL, 2004-a).

No total, foram trabalhados 20 grupos, sendo que cada tema foi discutido em quatro grupos e todos os grupos discutiram a parte geral do documento, ou seja, “natureza, princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia”. Foram levantadas mais de 230 propostas pelos

grupos, sendo aprovada em plenária final cerca de 86 propostas de diretrizes para a construção da Política Nacional para as mulheres (SANTA CATARINA, 2007).

Com base na I CNPM foi lançado, no mesmo ano, com a perspectiva de garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), que “orienta-se pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, princípio da equidade, da autonomia das mulheres, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social” (SANTA CATARINA, 2007).

A CNPM não teve como foco o Planejamento Familiar ou a saúde reprodutiva da mulher, mas tratou das condições sociais⁷ que circundam a vida desta. Já o PNPM teve como enfoque a saúde da mulher, não abrangendo especificamente as condições sociais apresentadas na I Conferência, porém as condições sociais são de suma importância para haja a promoção da saúde da mulher.

No PNPM foi apontado, em relação à saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, que, no Brasil, nas últimas décadas, alcançaram uma boa cobertura nas ações voltadas a atenção obstétrica e o Planejamento Familiar. No entanto, a qualidade destas ações continua precária considerando que, em 2002, ocorreram 75 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto, em países desenvolvidos a quantidade oscila entre 6 a 20 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. No que se refere à assistência pré-natal, apesar de 13% das mulheres que tiveram filhos nos últimos cinco anos⁸ não terem realizado nenhuma consulta de pré-natal, houve um aumento no acesso, pois em 1995, eram realizadas cerca de 1,2 consultas pré-natal para cada parto feito pelo SUS. Já em 2003, o número de consultas pré-natal passou para 5,1. Contudo, a qualidade da assistência é precária. Observa-se esta precariedade uma vez que a causa mais freqüente de morte materna no parto é diagnosticada pela hipertensão arterial. Outra informação relevante é que apenas 45% das gestantes receberam a segunda dose ou a dose imunizante da vacina antitetânica. Com relação ao parto, 91% são realizados em ambiente hospitalar, porém, em muitas regiões do país, geralmente na

⁷ Foram discutidas questões como trabalho, geração de emprego, saúde, moradia, infra-estrutura, entre outros (ANAIS, 2004).

⁸ Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996). Citado no Plano Nacional de Política para as Mulheres, 2004.

área rural, são praticados por parteiras, tradicionais por falta de opção. O aborto é a quarta causa de morte materna, tendo como complicações mais freqüentes a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção. No SUS, são realizadas aproximadamente 240.000 curetagens pós-parto, por ano. Foi apontado que a laqueadura tubária é realizada com maior freqüência entre mulheres de baixa escolaridade e condições sócio-econômicas mais precárias, a falta de uso de outros métodos indica o limitado acesso às informações de outros métodos disponíveis. Ainda, foi levantado que 50% dos nascidos não foram planejados e houve um aumento, entre os anos de 1996 a 2000, de 1,8% de partos entre a faixa etária de 10 a 14 anos, ou seja, passou de 31.911 para 32.489 partos nesta faixa etária.

Com o intuito de mudar esta realidade e com a finalidade de orientar a atuação igualitária pelo governo em todo país, o PNPM trouxe como objetivos:

- I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.
- II. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.
- III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004-b)

O PNPM aponta dentre as metas estabelecidas, na perspectiva do planejamento familiar, a implantação, em um município de cada região do país, de equipes de saúde da família cuja atenção seja qualificada as mulheres com queixas clínico-ginecológicas; a ampliação de ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% das mulheres em idade fértil que utilizam o SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁹; a redução em 5% do número de complicações de aborto nas usuárias do SUS e a redução em 15% da mortalidade materna no Brasil¹⁰.

⁹ A meta garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis é em municípios que possuam equipes da Estratégia de Saúde da Família ou tenham aderido ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2004)

¹⁰ Considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004.

Das prioridades estabelecidas no PNPM, relevantes ao tema, foram definidas o estímulo á implantação de ações que atendam as necessidades das mulheres em diferentes fases do ciclo vital; o estímulo a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes; a promoção da atenção obstétrica, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, visando reduzir a mortalidade materna e revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez.

Dentre os planos de ações estipulados no PNPM destacamos os relacionados à prioridade de o estímulo a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, que são:

- Adquirir e distribuir métodos anticoncepcionais reversíveis, incluindo anticoncepcionais de emergência, para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) ou que tenham equipes de saúde da família.
- Lançar a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.
- Estimular o credenciamento de unidades de saúde do SUS para a realização da esterilização cirúrgica, de acordo com a Lei nº 9.263/96 e Portaria Ministerial.
- Apoiar técnica e financeiramente a organização de Centros de Referência para a assistência à infertilidade em pelo menos 5 Centros de Referência (1 por região) para o atendimento de casais soro-diferentes para HIV.
- Elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo sobre atenção ao planejamento familiar.
- Fortalecer a capacitação do pessoal da atenção básica e de serviços de referência, para implementar das ações de atenção ao planejamento familiar, incluindo a anticoncepção de emergência e a prevenção da infecção pelo HIV e outras DST, e o climatério (BRASIL, 2004-b).

No PNPM estão indicadas as políticas e linhas de ação propostas pelo Estado para a promoção da igualdade de gênero, com respeito às diversidades.

O Ministério da Saúde, considerando a saúde da mulher uma prioridade do governo, publicou, também em 2004, a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM), Princípios e Diretrizes, com o objetivo de nortear as ações de atenção à saúde da mulher no período de 2004-2007. Historicamente o Estado limitou os cuidados com a saúde da mulher a gravidez e ao parto, os programas materno-infantis possuíam uma visão restrita sobre mulher focando as ações de proteção aos grupos que apresentavam maior

vulnerabilidade, ou seja, as crianças e gestantes. As mulheres sempre sofreram desigualdades nas relações entre homens e mulheres. A história demonstra que a vida da mulher foi marcada pela discriminação, desigualdade e violência. Apesar das conquistas na luta pela igualdade, a mulher ainda tem um longo caminho a percorrer. As desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes no processo de saúde, ou seja, quem vive exposto a precárias condições de vida são mais vulneráveis. Apesar da mulher ter conquistado seu espaço no mercado de trabalho, as condições ainda são discriminatórias, tendo em vista que a mulher possuindo o mesmo nível de instrução dos homens, no entanto, ela ainda possui remuneração menor apesar de ter a carga horária de trabalho maior e de ocupar pelo menos metade do seu tempo restante na prática de atividades não remuneradas.

A PNAISM¹¹ é um dos mecanismos de estratégia de superação da discriminação, desigualdade e violência vivenciada pela mulher. Em suas diretrizes, estabelece que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, contemplando a promoção da saúde e as necessidades de saúde da população feminina. A PNAISM deverá atingir a mulher em todo o ciclo vital, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e grupos populacionais. A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher devem assumir uma perspectiva de romper com as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher; nesse processo deverá ser apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher. As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, criando e ampliando condições necessárias ao exercício de direitos da mulher, seja no âmbito do SUS ou em parceria com outros setores governamentais. Os prestadores de serviço a atenção integral à saúde da mulher, por estarem relacionando-se com pessoas singulares, devem embasar o atendimento no respeito a todas as diferenças.

Como objetivos gerais, a PNAISM, têm a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo país; a contribuição para a redução da morbidade e mortalidade feminina no

Brasil e a ampliação, a qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS. Dos objetivos específicos, destacamos o que está relacionado diretamente ao planejamento familiar, tema da pesquisa, que é:

Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. (BRASIL, 2004-c, grifo do autor)

O Plano de Ação 2004-2007, da PNAISM, define medidas para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações já desenvolvidas. As metas definidas pelo Plano de Ação para “estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde” são:

- 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 assistência à infertilidade (1 por estado e DF).
- 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.

Quatro estratégias foram apontadas no Plano de Ação 2004-2007 da PNAISM para estimular a implementação do planejamento familiar. A primeira define “ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade”. A segunda

¹¹ PNAISM refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004-c).

estratégia visa “garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva”. A terceira é “ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais”. E por fim, “estimular a participação e a inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar”.

Para cada estratégia foram criadas ações com o intuito de estimular a implementação do Planejamento Familiar. Para a primeira estratégia temos as seguintes ações: o fortalecimento da capacitação dos servidores da atenção básica e dos serviços de referência; a revisão e distribuição dos manuais do planejamento familiar; a estimulação do credenciamento de unidades de saúde do SUS para a realização da esterilização cirúrgica; a articulação com o Departamento de Atenção Especializada da inclusão de reprodução assistida na tabela do SUS, incluindo ações dirigidas a casais soro-diferentes para o HIV, bem como o credenciamento, com as coordenações gerais de Média e Alta Complexidade, dos serviços de saúde para a esterilização cirúrgica; a assessoria aos estados e municípios nas implementações de ações de Planejamento Familiar; a participação na elaboração das normas dos bancos de células e tecidos germinativos e o apoio técnico financeiro para a organização de 27 Centros de Referência para a assistência à infertilidade e cinco Centros para o atendimento de casais soro-diferentes para HIV.

Para a segunda estratégia foram definidas como ações: a aquisição e distribuição trimestral de métodos anticoncepcionais reversíveis e de anticoncepção de emergência para 100% dos municípios que recebem o kit de métodos anticoncepcionais; a definição e implementação de um plano nacional de controle de qualidade, logística de distribuição e manutenção da oferta de anticoncepcionais.

Na terceira estratégia, o plano de ação é a inclusão do enfoque educativo e de aconselhamento na capacitação dos profissionais na atenção básica.

Para última estratégia, a ação remete à capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica na articulação com ONGs que trabalhem com homens jovens.

No Plano de Ação 2004-2007, da PNAISM para estimular a implementação do planejamento familiar, é ressaltado que para a concretização das propostas estabelecida é fundamental o engajamento dos secretários estaduais e municipais de saúde, no que se refere

ao cumprimento da Ementa Constitucional n. 29¹², na garantia de recursos financeiros e humanos. Também é destacada a necessidade da colaboração de outros atores, no cumprimento das propostas, como os profissionais da saúde, a sociedade organizada, o Ministério Público, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e outros.

Segundo Jonnotti, Sequeira e Silva (2007), o PNAISM é:

[...] uma espécie de versão atualizada do PAISM, que incorpora o debate dos últimos 20 anos e amplia conceitos, enfoques e propostas. A política dá ênfase a questões que haviam sido pouco abordadas anteriormente, como a atenção à concepção e infertilidade, atenção humanizada a mulheres em abortamento, à saúde mental, ao climatério, à participação masculina no planejamento familiar, [...] faz-se referência explícita a importância do gênero como instrumento conceitual e político para compreensão das formas de adoecimento de homens e mulheres, inclusive aquelas relacionadas com a vivência da sexualidade e da reprodução.

Contudo, para Lima e Lima (2008), o Programa de Planejamento Familiar ainda não atende a necessidade da mulher, uma vez que:

Na prática ele restringe à distribuição de preservativos e outros contraceptivos e ainda está focado na responsabilização da mulher, o espaço do cuidado e da família ainda é visto como de responsabilidade exclusiva da mulher, assim como a educação e a cultura da continuidade da relação de gênero, onde o homem é o mantedor e aquele que decide e a mulher é o ator que “serve” e “obedece”. Além disso, vivemos uma política de educação que ainda não forma o profissional para o serviço público e para o diálogo, ele forma apenas para a abordagem íntima do consultório, onde decide o melhor para o paciente, neste caso o casal.

A ONU, em 2005, acrescentou uma nova meta dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo esta meta, a garantia do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015.

A Política Nacional de Promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos elaborada em 2005, pelo Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Educação, Justiça, Desenvolvimento Agrário e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Especial

¹² Ementa Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Secretaria Especial de Direitos Humanos, teve três eixos centrais estabelecidos voltados ao Planejamento Familiar, sendo eles, a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos), a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no SUS.

A II CNPM ocorreu de 17 a 20 de agosto de 2007, em Brasília, com objetivo de avaliar a implementação do PNPM. O processo de elaboração e metodologia da organização do evento seguiu a mesma utilizada na I CNPM, ou seja, foram realizadas as Conferências no âmbito municipal e estadual, para finalizar no âmbito nacional. Em todo o processo ocorreu à participação de aproximadamente 200 mil mulheres, no qual foram eleitas 2.700 delegadas para a II CNPM.

Segundo Lima e Lima (2008), “o programa de Planejamento Familiar, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é uma conquista das mulheres brasileiras e dos movimentos sociais em que estão engajadas, assim como as duas Conferências Nacionais da Mulher, realizadas em 2004 e 2007”.

Em 2008, o Dia Mundial de População, 11 de julho, teve como tema “Planejamento familiar: é um direito, vamos fazer disso uma realidade”. No mesmo ano, foi lançado o II PNPM, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, do Governo Federal, trouxe dentre dos principais eixos apontados sobre Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e como prioridade estimular a implantação e implementação da assistência do Planejamento Familiar para homens e mulheres, com atenção integral a saúde, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos.

Os princípios de Igualdade e Respeito à Diversidade, Equidade, Autonomia das Mulheres, Laicidade do Estado, Universalidade das Políticas, Justiça Social, Transparências dos Atos Públicos e a Participação e Controle Social, aprovados na I e II CNPM, orientam os dois PNPM. Porém, nos objetivos, prioridades e metas foram acrescentados seis eixos, totalizando onze eixos prioritários, sendo eles:

- I – autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social;
- II – educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não lesbofóbica;

- III – saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- IV – enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres;
- V – participação das mulheres nos espaços de poder e decisão;
- VI – desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar;
- VII – direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais;
- VIII – cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias;
- IX – enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia;
- X – enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, especial atenção às jovens e idosas;
- XI – gestão e monitoramento do plano (Brasil, 2008).

Para cada eixo foram apontados objetivos, prioridades e metas, dos quais totalizaram 394 ações propostas. Destacamos aqui os objetivos, prioridades e metas, apontados para o terceiro eixo que se refere “a Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, o qual tem como objetivo geral a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases da vida, mediante a garantia de direitos constitucionais, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, preservação, assistência e recuperação da saúde integral em todo país (BRASIL, 2008).

Para os objetivos específicos estão definidos a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital; a contribuição para a redução da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis e a ampliação, a qualificação e a humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Relacionado as prioridades, destacamos aquelas pertinentes ao tema deste trabalho. São elas: o estímulo a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, no âmbito da atenção à saúde, respeitando os direitos sexual e reprodutivo; a promoção a assistência obstétrica qualificada e humanizada, incluindo a atenção ao aborto sem segurança, de forma a reduzir a morbimortalidade materno; o fortalecimento da participação e mobilização social em defesa da PNAISM e a sugestão de alterações na legislação com finalidade de ampliar a garantia do direito à saúde, contemplando os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e o fortalecimento do SUS.

Dentre as metas estabelecidas, ressaltamos a redução em 15% os motivos da Mortalidade Materna, entre 2008 e 2011; a garantia da oferta de métodos anticoncepcionais

reversíveis para todas as mulheres usuárias do SUS; a implementação de quatorze centros de referência para assistência à infertilidade e o apoio a organização de centros de atenção ao parto, ao abortamento e às urgências e emergências obstétricas.

Em setembro de 2009, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), junto com os Conselhos Regionais de Serviço Sociais (CRESS), no 38º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado em Campo Grande – MS, aprovou em plenária final a Moção de Apoio ao Manifesto Contra a Criminalização das Mulheres que Praticam Aborto. Ainda hoje, a legislação brasileira criminaliza a mulher que pratica o aborto, porém são as mulheres pobres e negras que sofrem mais, pois se submetem as realizações do aborto em clínicas clandestinas, geralmente em condições precárias. Já as mulheres que possuem condições de pagar, viajam a países onde o aborto é legalizado e praticam a opção em segurança. São diversos os motivos que podem levar a Mulher a praticar o aborto, como por exemplo, a questão financeira, a rejeição do mercado de trabalho, a falta de creches públicas, o abandono do companheiro e outros. Ainda, é importante ressaltar que a maioria das mulheres que abortam já possui filhos e usam algum tipo de método contraceptivo e que a decisão é tomada com base em suas consciências e realidades. CFESS afirma que a não legalização do aborto é devido ao patriarcado capitalista globalizado e setores religiosos que “querem retirar direitos conquistados e manter o controle sobre as pessoas, especialmente sobre os corpos e a sexualidade das mulheres”. A maternidade deve ser de livre escolha e não uma obrigação, “Nenhuma mulher deve ser impedida de ser mãe. E nenhuma mulher deve ser obrigada a ser mãe”. Deve ser promovida pelo Estado toda a condição para que a mulher decida com o livre arbítrio. “As mulheres que desejam evitar a gravidez devem ter garantido o planejamento reprodutivo e as que necessitam interromper uma gravidez indesejada deve ter assegurado o atendimento ao aborto legal e seguro no sistema público de saúde” (CFESS, 2009).

1.3. Em Santa Catarina: movimento feminista, programas de saúde da mulher e planejamento familiar

Dentro do Movimento Feminista existe uma grande polêmica sobre o uso do conceito de Planejamento Familiar, na utilização histórica do termo, por setores que defendiam a implementação de políticas de controle da natalidade. Também há uma crítica em que o termo utilizado restringe a prática anticonceptiva. Contudo, o conceito de Planejamento Familiar não se restringe à procriação, vai além disso, abrange o conjunto de necessidade e aspirações de uma família, incluindo habitação, educação, e outros. Segundo Kalsing (2005),

[..] o movimento feminista entende que o tema deve ser tratado dentro de um contexto mais amplo, que é dos chamados “direitos sexuais e direitos reprodutivos”, já que estes ampliam as noções de sexualidade e reprodução, compreendendo, além daquele, as novas tecnologias de reprodução (fertilização *in vitro*, transplantes de embriões, inseminação artificial, terapia fetal, etc.), o aborto, a violência sexual, a gravidez na adolescência, a livres orientação sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Enfim, temas que utilizem respeito à reprodução e à sexualidade humanas, ao livre exercício, principalmente, no que tange à sexualidade feminina, levando em conta não somente a autonomia das mulheres, mas também a responsabilidade dos homens nas conseqüências da vida sexual, e o Estado no papel de agente garantidor da saúde e dos direitos das mulheres.

O estado de Santa Catarina¹³ contou com a atuação de diversos grupos de movimentos feministas e de mulheres, que em suas trajetórias, tiveram importante participação na implementação de ações voltadas ao exercício da cidadania da Mulher. Destaca-se, como o grupo feminista de Santa Catarina mais antigo, atuante nos dias de hoje, a Casa da Mulher Catarina. A Casa da Mulher Catarina foi fundada em 1989 e é um projeto de extensão do Departamento de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. O Movimento luta pela igualdade de gênero e contra a discriminação e desenvolve estudos, reflexões e prática do

¹³ Santa Catarina está localizado na região sul do Brasil e faz divisa com os estados do Paraná ao norte e ao sul com o Rio Grande do Sul, ocupa 1,1% do território nacional e possui uma área de 95.442,9 km, com uma população de 5.866.590 habitantes, sendo que 82% da população localiza-se na área urbana. O Estado é composto por 293 municípios, a capital do estado é no município de Florianópolis.

direito da mulher. É reconhecida internacionalmente pela defesa dos direitos da mulher, devido a participação em grandes projetos, como por exemplo, a IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, X Conferências Nacional de Saúde, entre outras. Neste período, é inserida a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos no campo acadêmico, segundo Dinoz (2008):

O tema dos direitos sexuais e reprodutivos é recente no ensino e na pesquisa universitárias no Brasil. Foram, especialmente, as Conferências internacionais de população nos anos 1990 que impulsionaram a entrada deste tema nas universidades e, no Brasil, a regulamentação de Planejamento Familiar, em 1996, teve um papel decisivo.

Dentro desta perspectiva, a Universidade Federal de Santa Catarina possui o Instituto de Estudos de Gênero que promove desde 1994, a cada dois anos, o evento titulado *Fazendo Gênero*. O evento corresponde a seminário de Estudos sobre a Mulher, vinculados às áreas de Literatura.

Os debates referentes aos direitos da mulher permanecem presentes no Estado, não só dentro do Movimento Feministas e nas Universidades, mas em diversos espaços. Em março do 2009, a Ordem dos Advogados Brasileiras – OAB, realizou a I Jornada Catarinense da Mulher Advogada¹⁴. O evento trouxe diversos temas relacionados a mulher, tais como o Empoderamento da Mulher, a Participação da Mulher Advogada no Cenário Jurídico, o Assédio Moral em Face da Discriminação da Mulher Trabalhadora, a Lei Maria da Penha, a Mulher no Mercado de trabalho, a Saúde da Mulher e o Aborto.

Sobre a Saúde da Mulher, a palestra teve o tema *A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, com a Prof. Clair Castilho Coelho do Departamento de Saúde Pública da UFSC. A professora, em seu discurso, afirma que o principal fator de discriminação da mulher está no seu próprio corpo, pois a vida da mulher é marcada pelo sangue. A percepção do homem sempre foi lenta, ele não entendia porque a mulher sangrava, inchava e expelia o bebê. Mas do que nunca surgiu a necessidade de controle do corpo da mulher, o controle da sociedade sob os indivíduos não se operava simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo com o corpo. Antes a mulher era

¹⁴ As informações apresentadas devem-se a minha participação no evento.

controlada pela religião e pela culpa. Foi no biológico, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. As lutas do movimento feminista sempre foram voltadas ao corpo. Em 2004-2007, tivemos a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher, como um avanço nos cuidados com a saúde da mulher, pois historicamente as políticas são vinculadas a maternidade e a criança, como o programa materno-infantil. Finalizou-se que a maternidade é uma necessidade social e não só individual.

No final do evento foi abordado outro tema muito polêmico, que atualmente está fortemente em pauta nos debates referente ao direito sexual e reprodutivo da mulher, o aborto voluntário. O tema foi discutido dentro da palestra *Direitos Reprodutivos, Igualdade e Discriminação*, com a advogada Samantha Buglione. Destacou-se que o direito reprodutivo tem seu fundamento na liberdade. Ressaltou-se a questão territorial da prática do aborto, uma vez que, a prática é legalizada em outros países. Também foi citado que não existe consenso na ciência de quando começa a vida e a imposição religiosa. Para finalizar, a palestrante defendeu a saída do aborto dos códigos penais, pois para ela é inconstitucional.

No dia 28 de maio de 2009, no Auditório do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi realizado em comemoração aos 20 anos da Casa da Mulher Catarina, o seminário *A mulher, a saúde e seus direitos reprodutivos: conceito e tendências*, ministrada pela Dr. Sônia Teresinha Felipe, professora da UFSC, doutora em filosofia. O evento¹⁵ teve como conteúdo programático a história dos direitos reprodutivos da mulher através dos tempos e o pensamento dos diversos filósofos sob a luz da ética. Iniciou-se a apresentação teórica sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), sendo que o termo apropriado pela mídia é denominado Aborto. Criticou-se a instituição Pró-Vida por ter sua luta somente no impedimento da IVG, pois não se preocupa com a vida pós parto.

No evento foi apontado que as Feministas são a favor ao aborto e lutam para ter direito reprodutivo que deve ser amparado pelo Estado. Não deve haver uma legislação que obrigue a mulher a ter filhos, uma vez que, não existe uma assistência a criança após o nascimento. Não se recomenda que o Estado, a Igreja e a jurisprudência interfiram na decisão privada. É preciso dar amparo a saúde, no exercício do direito a reprodução e a não reprodução. É dever

¹⁵ As informações apresentadas devem-se a minha participação no evento.

do Estado dar condições para que se possam decidir. Por imposição da Igreja Católica, durante muito tempo o sexo era simplesmente para a reprodução, no entanto, hoje o sexo é praticado por inúmeras motivações, seja para a procriação ou por desejo. Defendeu-se que a mulher deve ter a autonomia e lucidez para decidir, para isso é preciso dar-lhes condições. Teria que existir políticas públicas para a reprodução, de apoio a reprodução, apoio a discussão.

Percebe-se que atuação do movimento feminista sempre esteve a frente nas lutas pela conquista dos direitos reprodutivo e sexual, exigindo por parte do Estado políticas públicas que garanta o acesso este direito. Para isso, tem-se a necessidade de políticas e serviços de Planejamento Familiar que assegurem o livre exercício. Apesar de muito se ter alcançado nesta perspectiva, o movimento feminista atua ainda na ampliação dos serviços. Como é o caso da legalização do aborto. Consequentemente, com o direito de regular a reprodução, a mulher apresenta novas necessidades que devem ser atendidas para que se possibilite na prática a liberdade de escolha.

Em 1998, representantes de Organizações não Governamentais de Mulheres de Santa Catarina encaminharam um documento ao governador do Estado, reivindicando a inclusão de ações que visavam o desenvolvimento da cidadania da mulher nas políticas públicas do Estado. Entre as reivindicações estava a criação do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM). Em julho de 1999, na Assembléia Legislativa, foi sancionada a Lei nº 11.159, que cria o CEDIM/SC, e através do Decreto nº 2.644 de 16 de julho de 2001, foi aprovado o Regimento Interno¹⁶.

Conforme estipulado pelo Governo Federal para a construção da PNPM, no início de 2004, estava ocorrendo em todo país às preparatórias para a I CNPM, ou seja, estavam sendo realizadas as pré-Conferências nos âmbitos municipais e estaduais. Em Santa Catarina, foram

¹⁶ Entre as entidades atuantes na luta pelo direito da mulher, no estado de Santa Catarina, integradas ao CEDIM, estão a Associação de Mulheres de Negócios e Profissionais da Grande Florianópolis, a Associação Brasileira de Pesquisas Interdisciplinares, o Projeto e Estudos Jurídicos e de Gênero, a União de Negros pela Igualdade de Santa Catarina, a Associação Feminina de Assistência Comunitária de Garopaba, a Associação Catarinense de Defesa dos Direitos das Mulheres, Donas de Casa e Consumidores, a Rede Feminina de Combate ao Câncer, o Instituto Catarinense de Estudos Sociais Políticos de Santa Catarina, a Associação das mulheres Policiais Civis do Estado de Santa Catarina, a Associação Casa da Mulher Catarina, o Departamento da Mulher da Federação das Trabalhadoras nas Industrias de Santa Catarina e a Organização de Mulheres em Movimentos.

realizadas 29 Conferências Regionais, tendo um total de 3.370 participantes, dos quais foram escolhidos 399 delegados.

A I Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres (CEPM), em nosso Estado, esteve ameaçada de não se concretizar, pois o evento foi cancelado sob a alegação de que o governo não dispunha da verba necessária para a realização deste. No entanto, por determinação das mulheres do movimento social envolvidas na Conferência, foi garantida a organização e realização do evento. Para a legitimidade do encontro, as organizadoras mantiveram o envolvimento com a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, de forma que o processo fosse validado posteriormente.

A I CEPM/SC aconteceu em Florianópolis, capital do estado, nos dias 17 e 18 de junho de 2004, e contou com a presença das delegadas representante das Conferências Municipais, inclusive as delegadas aprovadas no encontro de Florianópolis. A I CEPM teve aproximadamente 200 participantes, sendo que 30 eram homens. Foram eleitos 56 delegados para participar da I CNPM, nos dias 17 a 19 de julho de 2004, em Brasília (ADRIÃO, 2008).

Nos dias 12 e 13 de julho de 2007, na capital do Estado, foi realizada a II CEPM/SC, com objetivo de debater, discutir e avaliar a implementação do PNPM. Para a realização deste evento, foram promovidas, dentro do estado de Santa Catarina, 22 Conferências Municipais e 10 Conferências Regionais, as quais contaram com a presença de cerca de 1.996 participantes, envolvendo 121 municípios. A II CEPM/SC ocorreu sob duas perspectivas, sendo elas de formação e trabalhos de grupos. No aspecto de formação foi apresentada a palestra de abertura com o tema “Plano Nacional de Políticas para as mulheres” e realizada mesa redonda, na qual foi abordado à condição feminina sob diversos enfoque, como por exemplo os temas “Violência contra a Mulher, Empoderamento da Mulher, A Mulher no Mercado de Trabalho, Saúde da Mulher” e outros. Os trabalhos em grupo foram discutidos em 7 grupos com sub-temas dentro de 3 eixos temáticos. O eixo temático I foi a Análise da realidade brasileira: social, “econômica, política e cultural e os desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”. O eixo temático II foi “avaliação das ações e políticas propostas no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, sua execução e impacto”, neste eixo foram trabalhados 5 grupos, dos quais destacamos o sub-tema “execução e impacto do PNPM em relação à saúde das mulheres,

direitos sexuais e reprodutivos”. O eixo temático III foi a “participação das Mulheres nos espaços de poder”.

Como resultado dos grupos trabalhados na II CEPM/SC, foram listadas 7 recomendações e propostas de cada grupo. As recomendações e propostas levantadas no subtema “execução e impacto do PNPM em relação à saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos” foram:

- 1) Capacitação e atualização permanente de Agentes Comunitários de Saúde, bem como cumprimento da lei que regula esta profissão, para que possam realmente exercer sua função, tendo condições de levar informações para as/os usuárias/os do SUS que visitam, bem como de conselheiras da saúde, para o exercício do Controle Social das Políticas de Saúde da Mulher (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).
- 2) Universalização e integralidade dos serviços de saúde, informatizando os atendimentos prestados e incluindo nos dados dos prontuários, informações sobre gênero, raça e etnia (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).
- 3) Implementação de serviços de desintoxicação, acompanhamento às/os usuárias/os vinculados à política de saúde mental, atendendo às necessidades relacionadas com a utilização de drogas (lícitas e ilícitas), e intensificação de campanhas educativas acerca das conseqüências do uso abusivo do álcool e da dependência química como doença, com a proibição de propagandas de bebidas alcoólicas e tabagismo em todos os meios de comunicação (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).
- 4) Implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, para redução da mortalidade infantil e do Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e de hemoglobinopatias, com atuação de profissionais especializados (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).
- 5) Otimização e integração das ações e serviços da rede de saúde para que todas as unidades atendam aos portadores de HIV/AIDS de forma intersetorial e interdisciplinar, tais como a manutenção de antiretrovirais para HIV/AIDS, a coleta e entrega, de forma mais rápida, dos exames para detectar HIV/AIDS, para a garantia integral da saúde desta população (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).
- 6) Garantia de implementação da Lei N. 9.263/1996 que trata do Planejamento Familiar, bem como a implementação no SUS, do serviço de aborto legal, previsto no Código Penal (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal).

7) Intensificação da divulgação do acesso aos procedimentos e materiais oferecidos pela rede pública de saúde, no que diz respeito aos métodos contraceptivos que se encontram disponibilizados para uso das comunidades, assim como a divulgação e debate da "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde" elaborada pelo MS, considerando: o art.196 da CF, a Lei N.8.080/1990, a Lei N. 8.142/1990 e a Lei Orgânica da Saúde (Âmbito: Federal, Estadual, Municipal) (RELATÓRIO, 2007) .

Contudo, após debates, discussões e avaliações realizadas II CEPM/SC foi apontado, no relatório do evento, a inexistência de um Plano Estadual de Políticas para Mulheres - PEPM.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (PES), gestão 2007 a 2010, Santa Catarina possui 213 hospitais vinculados ao SUS, sendo que 22 são públicos e 190 privados e 01 universitário. Para o atendimento obstétrico o Estado possui 188 hospitais conveniados ao SUS.

Nos últimos anos, em Santa Catarina, observou-se uma redução nas taxas de crescimento, fecundidade e natalidade. A taxa de crescimento anual, no ano de 1980, era de 2,1%, entre os anos de 2000 e 2003, houve uma redução para 1,5%. Em 1980, a taxa de fecundidade era de 3,8 filhos, em 2002 passou para 1,8 filhos e a taxa de natalidade, em 1991, caiu de 22,5 para 15,2 nascidos vivos/mil habitantes, em 2002 (Santa Catarina, 2007).

De acordo com o PES, na análise da atuação da Atenção Básica de Saúde, em 2005, os indicadores no eixo Saúde da Mulher, para taxa de mortalidade materna alcançada em 2005 foi de 27,4 para cada 100.000 nascidos vivos, sendo que a meta pactuada era de 42, com isso, a meta foi cumprida em 153,3%. A porcentagem de nascidos vivos de mãe com quatro ou mais consultas de pré-natal ficou em 93,11, sendo que a meta era atingir 95, ou seja, a meta foi alcançada em 98%. Já a porcentagem de nascidos vivos de mãe com sete ou mais consultas de pré-natal foi de 62,98, sendo que o estipulado era de 65, a meta foi alcançada em 96,9%. Os indicadores da porcentagem de óbitos de mulheres com idade fértil investigado não foram apontados, sendo que, a meta pactuada era de 70%(Santa Catarina, 2007).

Conforme Portaria nº 570 de 01 de julho de 2000, o Ministério da Saúde define que acesso à assistência pré-natal deve ser de no mínimo seis consultas de acompanhamento, realizadas por médico ou enfermeiro. O estado teve, em 2004, 60% das gestantes acompanhadas com mais de seis consultas de pré-natal.

Para a Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher, no PES 2007-2010, dentre as ações definidas destacamos: o desenvolvimento de ações que sensibilize e capacite as maternidades para a realização do aborto legal, seguro e humanizado; a capacitação das gerências de saúde para a implementação de Comitês Regionais de Mortalidade Materna que investiguem as falhas da assistência; a ampliação do credenciamento à atenção obstétrica de alto risco em maternidade que já fazem o atendimento; a capacitação da rede de Atenção Básica à Saúde para a implementação da atenção à saúde reprodutiva em Santa Catarina; o fortalecimento das ações de planejamento familiar com destaque para ampliação dos serviços de laqueadura e vasectomia; a viabilização junto à diretoria de regulação e Ministério da Saúde da desvinculação do procedimento laqueadura e vasectomia da AIH; a promoção de ações e pactos locais de forma a apoiar os gestores municipais na ampliação das ações de planejamento familiar e na atenção humanizada à mulher em abortamento, bem como o envolvimento de instituições e movimentos sociais na qualidade da atenção a mulheres e crianças, ampliando o acesso ao pré-natal e o pacto entre o Ministério da Saúde e municípios para a aquisição de insumos para o planejamento familiar.

A Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina tem no Programa da Saúde da Mulher a atuação no combate as mortes maternas que se caracterizam um grave problema de saúde pública no Brasil. Em Santa Catarina, registrou-se, no ano de 2004, cerca de 1.781 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que destes 40 foram considerados mortes maternas.

Segundo Relatório de Gestão 2008, da Secretaria de Estado, os indicativos das atividades desenvolvidas para a promoção da Atenção Integrada à Saúde da Mulher, com as ações relacionadas ao tema da pesquisa, foram: o desenvolvimento de ações que sensibilizasse e capacitasse as maternidades para realização do abortamento legal, seguro e humanizado a meta estipulada era de duas ações e foram realizadas cinco, atingindo a meta em 250%; a capacitação da vigilância epidemiológica das gerências de saúde e dos municípios para a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil a meta foi alcançada em 100%; a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil teve a meta estipulada em 90%, o resultado atingido foi de 75%; o fortalecimento das ações de planejamento familiar com destaque para ampliação dos serviços de laqueadura e vasectomia, não foram apontados os indicadores no relatório; os nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal foi

de 94%, sendo que não foi apontada a meta estipulada; para os nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal a meta era de 70,0% e o resultado foi de 68,2%.

Ainda hoje não existe um PEPM no estado de Santa Catarina. Contudo, observa-se no PES 2007-2010 que o Estado desenvolve algumas ações dentre as propostas apontadas pela II CEPM/SC, que circundam o tema deste trabalho, sendo elas a garantia da implementação da Lei n. 9.263/1996, bem como do serviço de abortamento legal pelo SUS e a intensificação da divulgação dos métodos contraceptivos. Para a garantia da implementação da Lei n. 9.263/1996 e a intensificação da divulgação dos métodos contraceptivos, o PES aponta a promoção de pactos de forma a apoiar o âmbito municipal na ampliação das ações de Planejamento Familiar, bem como a aquisição de insumos para o Planejamento Familiar, conveniado ao Ministério da Saúde. E, segundo a garantia do serviço de abortamento legal pelo SUS, o PES visa sensibilizar e capacitar as maternidades para a realização do aborto legal, seguro e humanizado.

Destaca-se, ainda, no PNAISM, a implementação de um centro de referência para assistência à infertilidade no Estado de Santa Catarina. No PES, não está mencionado este centro de referência. Apenas indica que capacita a rede de Atenção Básica à Saúde para a implementação da atenção à saúde reprodutiva no Estado.

2. A política de planejamento familiar em Florianópolis e Palhoça

2.1. Caracterização de Florianópolis e Palhoça

Florianópolis

Florianópolis é a Capital do estado de Santa Catarina, foi fundada em 23 de março de 1726 e seu nome foi dado em homenagem a Floriano Peixoto, ex-presidente do Brasil. Localiza-se no centro-leste do estado de Santa Catarina e é banhada pelo Oceano Atlântico, possui aproximadamente 97% do território do município situado na Ilha. Possui segundo estimativa do IBGE de 2009, uma população de 408.161 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do estado, atrás apenas do município de Joinville.

A área do município, compreendendo a parte continental e a ilha, abrange 436,5 km². As altitudes variam entre 400 e 532 metros A temperatura média anual está em torno de 24°C. Florianópolis tem sua economia alicerçada basicamente nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. Florianópolis possui em seu cenário natural mais de 100 praias.

A Ilha é unida ao Continente através de três pontes, Governador Hercílio Luz, Governador Colombo Salles e Governador Pedro Ivo. O canal sob as pontes é estreito, tem 500 metros de largura e com uma profundidade que já atingiu 28 metros, formando as baías sul e norte.

De acordo com o Relatório de Gestão (2008), no que concerne a estrutura física da saúde, o município apresenta 48 Unidades Básica de Saúde, 4 policlínicas, 2 Unidades de Pronto Atendimento, 1 laboratório Municipal, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 farmácia escola e 2 farmácias populares.

Palhoça

O município de Palhoça elevado a município em abril de 1.894. Possui uma área de 394,662 km² e aproximadamente 70% do território é considerado área de preservação permanente, sendo composto pela Mata Atlântica, que pertence ao Parque Estadual da Serra do Tabuleiro. O Município está situado na grande Florianópolis e faz divisa com os municípios de São José, São Pedro de Alcântara, Santo Amaro da Imperatriz e Paulo Lopes. A cidade está a 15 km da Capital do estado de Santa Catarina. A população é de 130.878 habitantes, sendo a densidade demográfica de 331,6 hab./km², segundo estimativa do IBGE, em 01 de julho de 2009, e representa o 3º município mais populoso da grande Florianópolis.

Palhoça possui ainda um dos maiores mangues da América do Sul. Está localizada entre o litoral e a Serra do Mar e é hoje uma das cidades que também oferece alternativas de lazer para os turistas. Entre seus atrativos destaca-se a Praia da Pinheira, Ponta do Papagaio, Praia do Sonho, Praia da Guarda do Embaú, Parque da Serra do Tabuleiro e outros.

No aspecto econômico, a cidade de Palhoça, as indústrias e o centro comercial do município estão localizados na região norte. No sul, a economia baseia-se na pesca e no turismo. O mercado imobiliário vem crescendo consideravelmente com destaque para os novos bairros planejados na cidade que visam atrair moradores com alto poder aquisitivo. No entanto, o município cresceu de forma desordenada e desorganizada, e ainda não possui vários serviços considerados básicos, como por exemplo, saneamento, pavimentação e hospitais.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Palhoça (2006-2009), em 1993, verificou-se a existência de 858 famílias carentes oriundas de outros municípios e estados. Atualmente este dado permanece no município tendo como agravante o desemprego.

Verificou-se que a maioria da população reside em áreas urbanas, sendo estimado 95,3%¹⁷. Entre os grupos populacionais possui cerca de 41.692 mulheres em idade fértil¹⁸ e 1.861 gestantes¹⁹.

¹⁷ Grupos populacionais em 2005, de acordo com IBGE, citado no Plano de Saúde de Palhoça.

¹⁸ O Plano de Saúde de Palhoça considera idade fértil entre 10 e 49 anos.

¹⁹ Número de gestantes estimando em 3% da população feminina, de acordo com o Plano de Saúde de Palhoça.

De acordo com o Relatório de Gestão (2008), no que se refere à estrutura física da saúde, o município apresenta 19 Unidades Básicas de Saúde, 1 policlínica, 1 CAPS, 1 unidade móvel de nível pré-hospitalar para urgência e emergência.

2.2. O Plano Municipal de Saúde de Florianópolis e Palhoça e as indicações para saúde da mulher, direitos reprodutivos e planejamento familiar

Florianópolis

O Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007-2010 tem como missão “desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação dos danos à saúde em todos os níveis de atenção e vigilância do SUS, de forma a proporcionar à população condições adequadas para a qualidade de vida”. Como princípios estão apontados a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização/regionalização, a hierarquização, a humanização, a participação social, a acessibilidade, a resolutividade e a cidadania.

Segundo o Plano Municipal, o número de mães que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, passou de 31,8% em 1996, para 60,6% em 2006. Porém, esse indicativo ainda é considerado baixo. Considerando que 93% dos nascidos vivos as mães realizaram no mínimo quatro consultas de pré-natal. Foi ressaltada que o número de partos em mães adolescentes representa 15% do total, reforçando a necessidade de encontrar estratégias de enfrentamento, como a garantia de acesso a métodos anticoncepcionais.

Florianópolis está dividida em cinco Regionais de Saúde, sendo denominadas: continente; norte; centro; leste e sul. Cada Regional é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde de sua abrangência através de sua sede gerencial.

A Atenção Básica do município está organizada na estratégia da Saúde da Família e tem suas ações voltadas à atenção integral e efetiva a população, em especial a grupos

específicos devido à vulnerabilidade, como por exemplo, as crianças, as mulheres e os idosos, conforme indicado no Pacto pela Saúde.

Relacionado à saúde da mulher, o Plano de Saúde indica que 68% das mulheres estão na idade fértil²⁰. A abordagem a este grupo populacional inicia-se através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que em visita domiciliar, buscam sensibilizar para questões relativas à saúde, com prioridade em saúde sexual e reprodutiva. Também nos Centros de Saúde, há o atendimento através da escuta qualificada, ou seja, as mulheres são orientadas para serviços específicos, conforme suas necessidades.

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, os métodos contraceptivos estão disponíveis em todos os Centros de Saúde (CSs). Em alguns CSs são desenvolvidas ações para a prevenção da gravidez na adolescência.

No pré-natal as gestantes são acompanhadas no mínimo através de seis consultas médicas e entre a 17^a e a 23^a semana gestacional é realizada ultra-som obstétrico. Também são realizados encontros educativos de Grupo de Gestantes, que aproximadamente na 36^a semana de gestação inclui uma visita a maternidade.

Florianópolis possui ainda ações voltadas a prevenção de HIV e AIDS que se destacam três projetos, sendo eles, o Programa de Redução de Danos²¹, Projeto Prevenção S/A²² e Projeto Saúde na Escola. Este último é voltado aos educadores, propiciando auxiliar os trabalhos com os alunos em questões “sobre sexualidade, planejamento familiar, violência, uso de drogas e prevenção contra gestação indesejada e doenças sexualmente transmissíveis”.

Com relação à Atenção Integral a Saúde, o Plano de Saúde 2007-2010, traz como objetivo a efetivação da “Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde”. Dentre suas diretrizes destacamos a que se refere ao fortalecimento do Planejamento familiar que tem como metas: a definição do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de planejamento familiar; a

²⁰ O Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007-2010 considera idade fértil entre a faixa etária de 10 a 49 anos,

²¹ Parceria com o CAPS-ad, trabalha com populações especialmente vulneráveis a infecção pelo HIV e outras doenças infecto-contagiosas.

²² Parcerias com empresas a fim de formar, com os trabalhadores, grupos de prevenção dentro do ambiente de trabalho.

implementação do Planejamento Familiar nos CSs; a inserção do protocolo de estratégias para redução da gravidez na adolescência; a disponibilização de métodos contraceptivos; a elaboração de cartilha educativa sobre o uso de métodos contraceptivos; a garantia da realização dos métodos cirúrgicos esterilizantes.

Dentre outras diretrizes é apontado: a redução de 25% da taxa de mortalidade materna; a elevação para 90% de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal e para 70% com sete ou mais consultas de pré-natal; a implantação do Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a redução de partos cesáreos para 45%;

Palhoça

O Plano Municipal de Saúde de Palhoça (2006-2009) tem como objetivo geral facilitar o gerenciamento do SUS no município. Para isto, a política de saúde no município de Palhoça orienta-se dentro das diretrizes gerais e do arcabouço legal do SUS, a constituição federal, nas leis federais nº 8080/90 e 8142/90 e demais docentes das esferas federal, estadual e municipal.

Com relação aos indicadores de Saúde da Mulher, segundo o Plano Municipal de Saúde, houve um aumento significativo na porcentagem de nascidos vivos onde as mães realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal, entre os anos de 2001 e 2004, subindo de 78,80% para 86,07%, para cada mil nascidos vivos. O último dado apontado para os nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas foi em 2000 com o percentual de 33,45. A mortalidade Materna, em 2003, é de 58,3 mulheres para cada 100.000 habitantes. Para cada 1.000 mulheres, a taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos diminuiu de 94,7 meninas para 63,2, entre os anos 1996 e 2004. Não foram apontados os percentuais para a realização de laqueadura e vasectomia.

O Plano Municipal de Saúde de Palhoça tem como objetivos específicos a implementação de uma política de desenvolvimento de recursos humanos, capacitando os funcionários que atuam em todos os níveis do sistema; a prioridade em ações básicas nos programas de saúde preventiva; o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde promovendo a saúde de forma individual e coletiva; a reestruturação da área física da

Secretaria de Saúde para atender as ações a serem implementadas e a avaliação da sistemática das ações desenvolvidas contempladas no Plano Municipal de Saúde.

Dentro do Plano Municipal de Saúde de Palhoça encontra-se o Programa de Atenção à Saúde da Mulher, o qual desenvolve atividades nas áreas:

Planejamento Familiar – Tem como objetivo orientar e fornecer métodos contraceptivos disponíveis e prestar assistência aos indivíduos que desejam a concepção (infertilidade).

Atendimento a Gestante – Promover a qualidade da assistência à mulher/família no ciclo gravídico-puerperal, o acesso ao pré-natal, parto e puerpério incluindo assistência neonatal.

Exame de preventivo de câncer cérvico-uterino e mamas – Tem como objetivo principal a redução da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama, através dos exames preventivos em todos os Centros de Saúde.

De acordo com o Programa de Atenção a Saúde da Mulher do município de Palhoça, dentre as atividades de Planejamento Familiar, a população tem acesso a métodos de contracepção, sendo estes Anticoncepcional Hormonal Oral, Condon (Camisinha Masculina), Métodos Naturais (tabelinha, Temperatura basal), Laqueadura e vasectomia, Anticoncepcional Injetável e DIU.

A Saúde da Mulher está dentro das ações programáticas do Modelo de Atenção e tem como objetivo geral à promoção da assistência integral à saúde da mulher em vários ciclos da vida objetivando o atendimento a sua necessidade por profissional capacitado dentro da unidade básica de Saúde.

Dentre os objetivos específicos da Saúde da Mulher relacionados ao tema do trabalho, destaca-se a promoção da assistência ao planejamento familiar para mulheres e homens em idade fértil. O Plano de Saúde aponta como ações e metas o acesso às informações referentes à contracepção através da atividade educativa individual e em grupo; a divulgação do programa através de folder educativo garantir a oferta dos métodos contraceptivos de acordo com a escolha da clientela; a capacitação e a reciclagem anual dos profissionais; o aumento da taxa de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas pré-natal, bem como dos de 7 ou mais consultas .

Encontra-se como ações e metas estipuladas na Saúde da Mulher a captação precoce de gestante através dos Agentes Comunitários de Saúde; a capacitação de profissionais para consulta de pré-natal; a manutenção constante de implementações das rotinas e protocolo de assistência a gestante; a promoção da qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal; a garantia de no mínimo 2 USGr na gestação e de no mínimo 7 consultas de pré-natal; o apoio ao desenvolvimento de ações de suporte social para gestantes através de cesta básicas; a garantia de medicações para assistência pré-natal; a manutenção dos 100% de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil e da taxa de mortalidade materna em zero ou próximo á zero e a implementação de um comitê municipal de prevenção da mortalidade materna, treinando o profissional para o engajamento.

2.3. Programas e serviços de Florianópolis e Palhoça em relação à saúde da mulher, direitos reprodutivos e planejamento familiar

Florianópolis

Segundo o Relatório de Gestão 2007 de Florianópolis, dentro das estratégias mínimas da Atenção Básica, as ações de Saúde da Mulher estão divididas em três eixos, sendo eles, o Pré-natal, a Prevenção de Câncer de Colo de útero e o Planejamento Familiar. As ações definidas, no eixo Planejamento Familiar, foram consulta médica e de Enfermagem, fornecimento de medicamentos e métodos anticoncepcionais e realização ou referência para exames laboratoriais.

A avaliação das metas pactuadas em 2007, para a porcentagem de nascidos vivos de mães que tiveram quatro ou mais consultas pré-natal foi de 90,5%, sendo que a meta era de 95%. Já os nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal foi de 64,9% e a meta era de 70%. A taxa de mortalidade materna ficou em 40,3 e a meta estipulada era de 37,0. O óbito de mulher em idade fértil investigado foi de 85% e a meta era de 78%. A porcentagem de partos cesáreos foi de 51,8%, porém não foi indicada a meta.

De acordo com o Relatório de Gestão 2008, de Florianópolis, o município ampliou suas responsabilidades através do Pacto pela Saúde, passando a assumir responsabilidades pela área de média complexidade do SUS. Foram construídas quatro policlínicas ampliando o acesso de procedimentos, consultas e exames especializados. Também foram implantadas duas Unidades de Pronto Atendimento, possibilitando a diminuição da demanda nas emergências dos hospitais, facilitando o acesso da população ao serviço de urgência 24 horas.

Em 2008, o Pacto pela Saúde teve como meta para redução de óbitos de mulheres em idade fértil o indicador de 70% e foram alcançados 99%. A Taxa de cesárea não foi apontada. A meta estipulada para os nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas pré-natal era de 91%, sendo que a meta foi atingida em 91,2%. Para os nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas pré-natais foram definidas como meta 65% e foram alcançadas 66,6%.

Segundo informações da Secretária Municipal de Saúde, o Planejamento Familiar é de responsabilidade do Programa Saúde da Mulher. A equipe é composta por três pessoas, duas enfermeiras e uma estagiária, a coordenadora do programa é uma das enfermeiras. A rotina de trabalho inclui atividades de planejamento, organização, monitoramento, orientações técnicas e administrativas. O plano de trabalho é seguido pelo Plano Municipal de Saúde que define a Política de Saúde do Município. Nele são definidas as ações de atenção à saúde para cada programa. Para a Atenção Integrada a Saúde da Mulher são: Pré-Natal, parto e puerpério; Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva; Prevenção e Detecção Precoce do Câncer do Colo Uterino e de Mama.

Os serviços de Planejamento da vida sexual e reprodutiva são oferecidos na Atenção Primária de Saúde, as ações são desenvolvidas na rede básica de saúde. O município possui 94 Equipes de Saúde da Familiar, que atende aproximadamente uma demanda de 75% das famílias. O atendimento inicia-se através do acolhimento pela Equipe da Saúde da Família. Quando à necessidade de serviços que não são oferecidos na atenção primária de saúde, é feito o encaminhamento para a atenção média ou alta complexidade.

Em consulta a Unidade Básica de Saúde do bairro Pantanal, referente aos serviços oferecidos, foi informada pela enfermeira responsável pelo Planejamento Familiar, que no ano de 2008, foram realizadas duas palestras sobre planejamento familiar ao público que

procurava os serviços de contracepção irreversível. Nas palestras foram abordados todos os métodos contraceptivos, com o intuito de desencorajar a utilização do método contraceptivo irreversível, conforme estipulado pela Lei 9.263 de 1996. Porém, a demanda interessada geralmente é de mulheres que já vêm determinadas a utilizar o método irreversível. Quando a procura é por um método contraceptivo reversível, o procedimento é passar por uma consulta com médico ginecologista, que explica como utilizar o método. Após o primeiro mês utilizando o método escolhido, retorna-se em consulta com o médico para verificar se houve adaptação. A Unidade já teve procura pela concepção por mulheres que não conseguiam engravidar, neste caso foram encaminhadas para uma consulta com um especialista em fertilidade (informação verbal).

Também foi consultado o Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra que oferece os serviços de Planejamento Familiar. O atendimento é exclusivo do SUS. A demanda atendida no ambulatório é decorrente das Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis e das Secretarias Municipais de Saúde de todo o Estado de Santa Catarina. O atendimento a população é realizado uma vez por semana, nas quartas-feiras, pelo médico ginecologista, especialista em Planejamento familiar. Segundo o médico, a demanda para a realização de laqueadura é de aproximadamente 160 mulheres e as cirurgias são realizadas cerca de três a quatro, por mês. Também é realizada a colocação de DIU, são realizadas cerca de três colocações por semana. Outros serviços oferecidos no ambulatório da maternidade são de cirurgia na área de fertilização (informação verbal).

Palhoça

Segundo o Relatório de Gestão 2007, da Palhoça, dentro das estratégias mínimas da Atenção Básica, aponta que o Programa Saúde da Mulher está implementado no município. As ações de Saúde da Mulher estão indicadas em três eixos, sendo eles, o Pré-natal, a Prevenção de Câncer de Colo de útero e o Planejamento Familiar. As ações, no eixo Planejamento Familiar, estão definidas em consulta médica e de Enfermagem, fornecimento

de medicamentos e métodos anticoncepcionais e realização ou referência para exames laboratoriais. No entanto, no Relatório não apresenta o acompanhamento das metas pactuadas.

De acordo com o Relatório de Gestão 2008, da Palhoça, em relação à atenção à saúde, o município assumiu o compromisso de implantar a gestão da média complexidade. Com isso, terá que construir mecanismos de acesso, através do SUS, a consultas especializadas, exames de laboratório e de diagnóstico por imagem.

Em 2008, os indicadores apontados no Relatório, em relação ao tema do trabalho, mostram que a porcentagem de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal foi de 87,9%, com isso, a meta foi alcançada em 97,7%. Os nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal foi de 52,4%, a meta foi alcançada 87,4%. A taxa de cesáreas foi de 37,8%, não foi apontada no relatório a meta estabelecida, bem como não foi apurada a porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. O relatório ressaltou que muitas metas não foram alcançadas, que algumas unidades básicas de saúde estão em locais e prédios inadequados, e até mesmo, algumas comunidades não possuem unidades básicas de saúde como referência. As ações de capacitação precisam ser mais constantes e propositivas, que busque a humanização do SUS.

O Planejamento Familiar faz parte do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, que atualmente, na coordenação, possui uma única pessoa atuando, a coordenadora. Segundo a Coordenadora do Programa existe um plano de trabalho do programa Planejamento Familiar que é denominado “Protocolo”. Neste documento estão descritos os objetivos do programa, as funções e rotinas para a prestação da assistência, a atribuição do agente comunitário, as orientações para o atendimento em grupo e individual, fluxo de informações, ou seja, o registro das atividades prestadas e a avaliação. Também estão descritos os tipos de métodos contraceptivos, bem como utilizá-los e o encaminhamento para os serviços de infertilidades (informação verbal).

O Protocolo é utilizado por todas as Unidades de Saúde do Município, ou seja, nos 19 Centros de Saúde. O município possui 25 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais se seguem o Protocolo. As equipes ESF estão compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e

seis a dozes ACS. Já as equipes PACS são compostas por um enfermeiro, seis a doze ACS e nove destas equipes possui uma Equipe de saúde Bucal²³ (informação verbal).

Segundo a coordenadora do programa, a equipe de ESF cobre cerca de 60% da população do município. Também foi informado sobre o convênio entre o Município e a BEMFAM, entidade filantrópica. O convênio é realizado anualmente e, através do repasse de verbas é fornecido métodos contraceptivos e capacitações (informação verbal).

2.4. Comparação entre a política municipal e as diretrizes da política estadual e nacional

A Política de Planejamento familiar, como um documento oficial, não existe nos âmbitos municipais, estadual e federal. No entanto, o significado da palavra Política, segundo o dicionário Aurélio (1988), é o “[...] conjunto de objetivos que enformam determinado programa de ação governamental e condicionado a sua execução [...]”. Nesta perspectiva, a política de Planejamento Familiar está inserida nos programas de saúde da mulher, tanto nos Municípios quanto no Estado. O que direciona as ações voltadas ao Planejamento Familiar nos municípios de Florianópolis e Palhoça, bem como no estado de Santa Catarina é a PNAISM.

Em suas diretrizes, o PNAISM, estabelece que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher. O município de Florianópolis atende a esta diretriz, uma vez que, o atendimento a este grupo populacional inicia-se com agentes comunitários em visita domiciliar, seguido de atendimento na Unidade Básica de Saúde através de escuta qualificada. O município da Palhoça também executa esta diretriz, uma vez que, promove a assistência integral à saúde da mulher por profissional capacitado dentro da Unidade Básica de Saúde.

Observa-se, ainda, que o Planejamento Familiar nos dois municípios atende o que determina a NOAS/SUS 2001, que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção

²³ A equipe de Saúde Bucal é formada por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário

básica e que são de responsabilidade da gestão municipal em relação à saúde da mulher. Pois, os serviços são oferecidos a população através das Unidades Básicas de Saúde.

Acerca da implementação do Planejamento Familiar, o PNAISM traz em seu objetivo específico, a abrangência do planejamento para homens e mulheres, porém o Plano Municipal de Saúde de Palhoça, mesmo não mencionando para quem é direcionado o Planejamento Familiar, parece indicar que a responsabilidade é de exclusividade feminina. Por não apresentar uma Política de Planejamento Familiar, inclui a temática dentro de Programas da Saúde da Mulher, reforçando assim a responsabilidade da mesma. O mesmo ocorre no município de Florianópolis.

Quanto à inclusão à assistência a infertilidade, os Planos Municipais de Saúde de ambos os municípios não trazem esta informação. Porém, segundo contato com as Secretarias de Saúde Municipal de ambos municípios, ficou evidenciado a prestação dos serviços de fertilização.

A oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade fértil é garantida pelos municípios. Ressalta-se que os métodos contraceptivos são oriundos do Ministério da Saúde e repassados pelo Estado a todos os municípios.

Relacionado ao Planejamento Familiar, ambos os Municípios indicam a preocupação em conscientizar a População. Em Florianópolis, destaca-se o *Projeto Saúde na Escola*, que dentre outros temas, aborda o Planejamento Familiar e que tem como objetivo auxiliar os professores nos trabalhos com os alunos sobre a temática.

Conclusão

Para compreensão da política e serviços de Planejamento Familiar oferecidos pelos municípios de Florianópolis e Palhoça, primeiramente procurou-se entender a trajetória percorrida pelo Planejamento Familiar no Brasil.

O estudo direcionou para a década de 1960, quando se iniciou no país a discussão sobre o Planejamento Familiar. Neste período, o Estado possuía uma postura pró-natalista, bem como a Igreja que mantinha a defesa das famílias populosas. Contudo, no campo internacional, na Europa e nos Estados Unidos, surgiam movimentos malthusianos que defendiam o controle da natalidade, mesmo por formas coercitivas, pois associam a pobreza ao crescimento populacional. Apesar do Estado preservar a natalidade, não houve impedimento de que fossem instaladas instituições com interesses controlistas financiadas por organismos internacionais.

Contudo, na década de 70, o Movimento Feminista passa atuar na defesa do direito ao controle da fecundidade, inserindo-se e contribuindo nos debates em nível nacional e internacional.

A década de 1980 foi marcada pela luta dos movimentos sociais. No ano 1988, foi promulgada a Constituição Federal elevando o Planejamento Familiar a um direito constitucional. Com isso, ficou estabelecido que o Planejamento Familiar seja de livre decisão do casal devendo ser propiciado pelo Estado sem qualquer forma coercitiva.

Porém, na década de 1990, inicia-se no país, sob a agenda neoliberal, a desmontagem dos direitos com a finalidade de promover um Estado Mínimo. Entretanto, os movimentos sociais, principalmente o de mulheres, continuaram inserindo o Planejamento Familiar nos debates, tanto nacional como internacional, como por exemplo, na Conferência Mundial de Mulheres realizada em Pequim, em 1995, onde teve a definição de saúde reprodutiva como sendo um estado de bem estar físico, mental e social. Em 1996, no Brasil, foi aprovada a Lei n.º 9.263, do Planejamento Familiar, que regulamenta o direito adquirido na Constituição.

Na década atual, o Brasil presenciou, num processo democrático impulsionado pelo movimento de mulheres, a realização de Conferências nos âmbitos Municipais, Estaduais e

Federais, com o intuito de construir uma Política Pública para as Mulheres. Após muito debate foi lançado no ano de 2004 o PNSM e a PNAISM. Com a finalidade de mudar a realidade vivenciada pela mulher brasileira, a PNAISM é um mecanismo de orientação para a atuação igualitária pelo governo em todo país. É importante ressaltar que esta política tratou das condições sociais da vida da mulher, elevando a saúde em seu entendimento mais amplo. Em 2007, se retomou o processo das Conferências em todo país, com o objetivo de avaliar as implementações feitas a partir da PNAISM. No relatório da Conferência Estadual de Santa Catarina foi apontado à inexistência de um Plano Estadual de Políticas para Mulheres. Após a II CNPM foi lançada a II PNPM dentro da mesma perspectiva do I PNPM.

No âmbito estadual, é de suma importância destacar a atuação dos Movimentos Feministas. Este grupo sempre esteve à frente nas lutas voltadas ao exercício da cidadania da mulher, principalmente no que se refere ao direito à saúde da mulher, a saúde reprodutiva e sexual e o Planejamento Familiar. Apesar de muitas de suas reivindicações já terem sido alcançadas, principalmente no que se refere ao campo da legalização, o movimento ainda percorre uma longa batalha para que se possa dar por satisfeito. Pois, além da atuação na defesa dos direitos das mulheres, na luta para que as conquistas alcançadas até hoje sejam usufruídas por toda sociedade, o movimento ainda atua constantemente para que novos direitos sejam adquiridos. Como por exemplo, dentro do tema pesquisado, a legalização do aborto.

No que se refere à atuação do governo do estado, observou-se pouco interesse nas questões relacionadas à Saúde da Mulher. Lembrando que a I ICEPM esteve ameaçada de não ocorrer, sendo o evento cancelado sob a alegação de que o governo não teria a verba necessária para a realização. Porém, a determinação do movimento feminista garantiu a organização e realização da ICEPM. Contudo, ressalta-se a preocupação com este fato ocorrido, uma vez que, percebe-se a desresponsabilização do governo repassando para a sociedade o cumprimento de suas obrigações.

Ainda no âmbito estadual, o relatório de gestão 2008, analisando os indicativos das atividades desenvolvidas para a promoção da Atenção Integrada à Saúde da Mulher, com as ações relacionadas ao tema da pesquisa, percebe-se uma timidez nas metas estipuladas. Levando em consideração que para o desenvolvimento de ações que sensibilize e capacite as

maternidades para realização do abortamento legal, seguro e humanizado a meta estipulada foi de duas ações e foram realizadas cinco. Com isso, a meta foi atingida em 250%. O que foi ressaltado na divulgação foi a superação da meta, sem levar em consideração o indicador estipulado. Observou-se, ainda, no que se referem às ações de planejamento familiar, uma valorização aos métodos irreversíveis. Destaca-se, também, nas ações a preocupação com a saúde da mulher no ciclo gravídico e materno.

No âmbito municipal, tanto em Florianópolis quanto em Palhoça, os serviços de Planejamento Familiar são oferecidos na Atenção Básica, propiciando um contato direto com a população atendida. Com isso, torna-se um mecanismo importante para o acesso ao direito do Planejamento Familiar, uma vez que, possibilita conhecer a realidade de cada localidade, viabilizando estratégias de enfrentamento das dificuldades que se apresentam.

Na atuação do município de Florianópolis ressalta-se o Projeto Saúde na Escola como sendo um importante mecanismo de acesso à informação do direito ao planejamento familiar, bem como a elaboração de cartilha educativa sobre métodos contraceptivos. No entanto, o município de Palhoça, aponta que as atividades educacionais oferecidas são restritas a informações de contracepção.

Em ambos os municípios, sentiu-se uma carência no que se refere à inclusão do homem no Planejamento Familiar. Apesar do município de Palhoça apresentar dentro dos objetivos específicos da Saúde da Mulher a promoção da assistência ao Planejamento familiar para mulheres e homens em idade fértil, não citou nenhuma ação específica para que este objetivo seja alcançado.

Outro assunto que se demonstrou pouco explorado, por ambos os municípios, foram os serviços de fertilização, pois nas documentações pesquisadas não foram apontadas a realização destes serviços. No entanto, em consulta as Secretarias de Saúde ficou evidenciado que existe a oferta dos serviços.

Nota-se, que atualmente, as Políticas de Planejamento Familiar não se referem mais ao controle da natalidade, pois de acordo com o estabelecido na Constituição Federal, na regulamentação da Lei 9.263/96 e nos documentos oficiais construídos dentro de um processo democrático, o Planejamento Familiar é um direito e deve ser garantida a liberdade de

escolha. Para o seu exercício o Estado deve garantir a toda a população o acesso à informação e métodos, tanto para a concepção e contracepção.

Apesar deste conjunto de normativas do Planejamento Familiar ter em sua gênese a liberdade de escolha para a concepção e contracepção percebe-se ainda a valorização dos serviços de contracepção. O Planejamento familiar apresenta-se, ainda, muito forte em sua oferta para a contracepção. É quase como uma prioridade. É a estes serviços, de contracepção, seja ela reversível ou irreversível, que a maior parte da população tem acesso, uma vez que são estes os mais oferecidos pelos municípios pesquisados. Pois, não foi apontado nenhum incentivo oferecido à população usuária do SUS para a concepção.

Também se percebeu uma preocupação maior em relação ao ciclo gestacional, apesar da PNAISM visar à saúde da mulher em todo seu ciclo vital. Mesmo assim, é preocupante uma vez que nem todas as mulheres têm acesso a no mínimo de quatro consultas pré-natal durante a gestação, levando em consideração que uma gestação leva cerca de nove meses.

No entanto, de acordo com a documentação analisada, tanto no âmbito nacional, estadual e municipal, percebe-se que o direito ao Planejamento Familiar está longe de ser acessado por toda sociedade. Pois, na análise a PNAISM verificou-se uma única ação voltada a atingir toda a população, ou seja, uma única meta que prevê atingir 100%²⁴. Partindo-se do princípio de que está é uma meta e ainda deverá ser alcançada, isso significa que nenhuma das metas estipuladas na PNAISM atende a população em sua totalidade.

Vale apontar a dificuldade em acessar as informações sobre serviços oferecidos, bem como dos procedimentos. Ressalta-se, a importância de ter registrada e atualizada essas informações, facilitando o acesso por parte da população. Pois durante a pesquisa constatou-se que as informações, tanto no âmbito estadual e municipal, concentram-se somente ao responsável da área, não sendo socializada por todo setor. Também as documentações analisadas trazem poucas informações, principalmente no que se referem aos relatórios. Diante da disponibilidade dos meios de comunicação que atualmente se tem, entende-se que estas ferramentas devem ser melhores utilizadas pelos gestores do setor público, na divulgação de suas atividades.

²⁴ O PNAISM define como meta para a distribuição de anticoncepcionais em 100%.

O estudo apontou que o Planejamento Familiar não está presente para toda sociedade brasileira. Apesar de ser um direito, este ainda não é uma realidade que pode ser alcançada por todos. Encontra-se uma forte resistência do Planejamento Familiar no campo da contracepção, remetendo ao controle da natalidade sobre a população usuária das Políticas Públicas. Sendo as Políticas Públicas o principal campo de atuação do Serviço Social, cabe a este profissional a compreensão das tensões que se fazem presente neste campo, bem como as reivindicações para que estes serviços possam ser oferecidos a todos os cidadãos. A sociedade vive em constante transformação, novas necessidades e desafios vão aparecendo e se fazendo fundamentais para que se possa ter o mínimo para se viver.

Como sugestão aponta-se primeiramente a necessidade da elaboração de uma Política de Planejamento Familiar que atue na oferta de serviços com igualdade para a concepção e contracepção, propiciando a liberdade do usuário em decidir. Também é indispensável o investimento de recurso humano, na elaboração e avaliação das Políticas e Programas, principalmente em equipe multidisciplinar envolvendo o Assistente Social. Destaca-se ainda a importância do registro e divulgação dos procedimentos e serviços relacionados ao Planejamento Familiar, como por exemplo, o preenchimento de relatórios e disponibilidade por meio eletrônico, possibilitando diagnosticar as falhas e propor novas estratégias.

Por fim, ressalta-se a necessidade de novos estudos dentro da temática, principalmente no que refere-se a prática dos serviços. Como está sendo acessado estes serviços pelo usuário? Ele está tendo a liberdade de escolha dos meios e métodos para o exercícios do direito sexual e reprodutivo? Com isso, o debate do tema não se encerra aqui.

Referências

ADRIÃO, Karla Galvão. **ENCONTRO DO FEMINISMO Uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia**. Tese de doutorado UFSC. Santa Catarina: 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Escola Nacional de ciências Estatísticas. Rio de Janeiro: 2006.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é saúde. **Anais da 8 Conferência Nacional de Saúde**: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, p. 35-42, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde na década de 1990**. Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: 2001.

BRITO, F. e CARVALHO, J. A. M. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios**. Revista Brasileira de Estudo de População. vol. 22 n. 2 São Paulo Jul/Dec. 2005.

BRASIL, Constituição Federal de 1988;

BRASIL, Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar - Lei 9.263/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**, Anais, Brasileira, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Portaria MS/GM N.º 95. Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. **I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres - ANAIS**, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004-a.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para Mulheres**, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007**, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1.ª ed., 1.ª reimpr.- Brasília, 2004-c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: princípio e diretrizes**. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para Mulheres**, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2008.

_____. A saúde na década de 1990. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C; ARAÚJO, P. S. X. **Capacitação para Conselheiros de saúde: texto de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001b. p. 29-32.

CFESS. **Moção de apoio ao manifesto contra a discriminação das mulheres que praticam aborto**. Aprovada na Plenária Final do 38º. Encontro Nacional CFESS/ CRESS, Campo Grande, 2009.

COELHO, Ediméia de Almeida Cardoso., LUCENA, Maria de Fátima Gomes. e SILVA, Ana Tereza de Medeiros Silva. **O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COELHO, Elga Berger Salema. **Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção**. Revista Brasileira de Enfermagem. vol. 58 n. 6. Brasília Nov/Dec. 2005.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **Feminismo e Estado no Brasil: um feliz casamento?**. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.

COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2, p. 209-217, 2000.

COSTA, Ana Maria., GUILHEM, Dirce. e SILVER, Lynn Dee. **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão**. Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant., v. 6, n. 1, Recife, Jan./Mar. 2006.

COSTA, Ana Maria., BAHIA, Ligia. e CONTE, Daniela. **A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, Jan./Dez.: 2007.

DINIZ, Debora. **Liberdade de cátedra e direitos sexuais e reprodutivos: promovendo uma norma constitucional no Brasil**. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.

FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis: 2007.

FLORIANÓPOLIS. **Relatório de Gestão 2007**. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis: 2007.

FLORIANÓPOLIS. **Relatório de Gestão 2008**. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis: 2008.

JANNOTTI, Claudia Bonan. SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano. e SILVA, Kátia Silveira da. **Direitos e saúde reprodutiva: revisando trajetórias e pensando desafios atuais**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, Jan./Dez.: 2007.

KALSING, Vera Simone Schaefer . **Os direitos reprodutivos das mulheres no Brasil: uma breve incursão sobre as políticas públicas na área de planejamento familiar**. Vida, Saúde e Sexualidade das mulheres em regime semi-aberto, Coletivo Feminino Plural, p. 93-100, 2005

LIMA, Maria Aparecida Rodrigues de Oliveira., LIMA, Luanda de Oliveira. **Planejamento familiar: Conflitos e Soluções**. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.

LIMA, M. J. **Planejamento Familiar – Características do processo decisório dessa política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.

LINDNER, Sheila Rubia., COELHO, Elza Berger Salema. e CARRARO, Telma Eliza. **Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar**.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980)**. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.

MORAES, Ana Cláudia de, et al. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Caderno de texto nº 7 . 2. ed. atual. Florianópolis: EMYO: CRESS 12 Região, 2007. 40p.

OTTO, Clarice. **O Feminismo no Brasil: suas múltiplas faces**. Revista Estudos Feministas, v. 12, n. 2, Florianópolis, May./Aug.: 2004.

PALHOÇA. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Secretaria Municipal de Saúde. Palhoça: 2006.

PALHOÇA. **Relatório de Gestão 2007**. Secretaria Municipal de Saúde. Palhoça: 2007.

PALHOÇA. **Relatório de Gestão 2008**. Secretaria Municipal de Saúde. Palhoça: 2008.

UNFPA. **PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL 50 anos de história**. Conclusão do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil. Brasília: 2008.

RODRIGUES, Gilda de Castro. **Planejamento Familiar**. São Paulo: Ática, 1990.

SANTA CATARINA II Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres. **Avaliação da Implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA. II Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres. **I - Relatório** . Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2007.

SANTA CATARINA. **Relatório de Gestão 2008**. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2008.

SILVA, Susana Maria Veleda de. **Inovações nas políticas populacionais: O planejamento familiar no Brasil**, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, n. 69, Barcelona, Agosto: 2000.

TEIXEIRA, Simone Andrade., FERREIRA, Silvia Lúcia. e MARQUES, Patrícia Figueiredo. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: interseções entre ONGs e núcleos universitários feministas brasileiros**. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.