



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ANA MARCIA FARIAS SERRÃO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: Um estudo sobre a experiência da Fundação
Santa Casa de Misericórdia do Pará**

**BELÉM – PARÁ
2015**

ANA MARCIA FARIAS SERRÃO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: Um estudo sobre a experiência da Fundação
Santa Casa de Misericórdia do Pará**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Antônia Cardoso Nascimento.

**BELÉM – PARÁ
2015**

ANA MARCIA FARIAS SERRÃO

PLANEJAMENTO FAMILIAR: Um estudo sobre a experiência da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Antônia Cardoso Nascimento.

Banca examinadora:

Prof^aDr^a Maria Antonia Cardoso Nascimento
Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFPA
(Orientadora)

Prof^aDr^a Vera Lucia Gomes
Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFPA
Examinador Interno

Prof^oDr^a Maria José Aviz
Programa de Pós Graduação em Educação da UFPA
Examinador Externo

**BELÉM – PARÁ
2015**

Dedico este trabalho a toda a minha família, mãe Ângela de Belém Farias Serrão, irmãos, irmãs, cunhadas, cunhados, sobrinhos e sobrinhas, especial a memória de meu pai Inácio Serrão, que mesmo sem muito estudo, estudou até a quinta série (antigo colegial) reconhecia e incentivava os seus filhos ao estudo, comprando livros, atlas, coleções inteiras que comprometiam o orçamento doméstico, quando a prioridade era a alimentação. E com o passar do tempo nós compreenderíamos e daríamos valor ao estudo- Obrigada pai!

AGRADECIMENTOS

Quando decidi tentar uma vaga no curso de mestrado em Serviço Social da Universidade Federal do Pará fui impulsionada por um desejo muito grande de conhecer a realidade do Planejamento Familiar da FSCMP, a partir da fala das mulheres que compõem o programa. Mas também em preencher um vazio dentro de mim por duas grandes perdas. Pensei que o estudo preencheria este vazio. Doce engano. Por uns meses a empolgação em estar numa pós graduação me envolveu e empolgou. Logo percebi que precisava mais para concluir, de concentração, de dedicação, estudo e pesquisa. Paralisei, não consegui escrever, ler e nem falar sobre isso. Queria desistir. Ao mesmo tempo me cobrava o tempo, o dinheiro investido e a vaga conquistada. Precisava continuar, mas onde encontrar força para isso, retomar a dissertação parecia tão difícil, improvável, quase impossível. Ai entrou em cena novos elementos, amigos, verdadeiros anjos que de uma forma suave me cobravam e incentivaram a conclusão do curso. A vocês o meu eterno obrigado pelas palavras de encorajamento e incentivo e proporcionarem as bases materiais para a conclusão deste trabalho.

Neste período pude renovar minha fé e minha esperança e sai fortalecida com uma fé mais madura, por isso, agradeço a Deus nosso Pai pela presença viva em minha vida. Obrigado Senhor.

A minha orientadora Maria Antônia Cardoso Nascimento que nos percalços da construção deste trabalho, acreditou em mim, mas do que eu mesma. Obrigada pela sua paciência e incentivo.

Ao PPGSS na pessoa da amiga Joana Valente Santana, pelo carinho, incentivo e oportunidade em concluir esta dissertação.

As mulheres usuárias do ambulatório que a cada dia dão sentido ao meu fazer profissional.

A equipe técnica do Ambulatório da Mulher da FSCMP pelo incentivo e compreensão nas constantes ausências para a elaboração deste trabalho, Anne Margareth Campos, Zuleide Bernardes, Neyse Marques, Tatiane Lobato, Sarah Negreiros e Heliana Moura.

A equipe de técnicos de enfermagem e administrativo do Ambulatório da mulher: Simone Alves, Rita de Cássia, Cleonice Brandão, Lucia Maura, Adriane, Nílvia, Dirley Aurea, Joana, Valdineia, Izabel Cartagenes, Tatiane e nossos agentes administrativos Alfredo Almeida, Luciana e Giselle Paraense.

A Presidência da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

A Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará pela liberação.

As colegas Assistentes Sociais e demais funcionários da Unidade de Referência Especializada- Presidente Vargas, pelo carinho e incentivo.

As amigas Simone Vilhena, Dilene Borges, Joana Luzinal, Maria Flaviana, Jaileny Meneses e toda equipe do Serviço Social da FSCMP.

As colegas do Mestrado Fabiola Barbosa e Vânia Maia e Raneide Rocha, pelo companheirismo durante o curso.

Ao amigo Gilberto Rodrigues Chalegre pelo apoio e “destravamento” para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos de todas as horas Luciene Cordeiro, Antonio Sales, Conceição Albarado, César Roberto, Socorro Reis, Maria de Lourdes Coelho e Esther Lucia.

Esta dissertação tem um pouco ou muito de vocês Claudia Tereza e Débora Ribeiro. Muito obrigada pela colaboração, ajuda, incentivo e amizade.

E, por fim, um agradecimento muito especial a Ana Telma Monteiro de Souza pelo incentivo, partilha de conhecimento, por literalmente me carregar no colo na conclusão desta dissertação. Obrigada amiga, a vitória é nossa.

Que nada nos defina
Que nada nos sujeite
Que a liberdade seja
Nossa própria substância
Já que viver é ser livre.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Esta dissertação intitulada "PLANEJAMENTO FAMILIAR: um estudo sobre a experiência na Santa Casa de Misericórdia do Pará" se propõe analisar a aplicabilidade da Lei nº 9.263/96, que dispõe sobre os objetivos do Programa Nacional de Planejamento Familiar. Também procura aprofundar o conhecimento sobre a temática da mulher e dos Movimentos Feministas no contexto dos direitos reprodutivos e da política de saúde. Para viabilizar o estudo, realizou-se pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevistas com mulheres e homens usuários do serviço pesquisado. As conclusões do estudo indicam que apesar do avanço legal, na prática institucional muitos são os limites existentes para viabilizar um planejamento familiar que atenda de forma coerente as demandas dos movimentos feministas.

Palavras-chave: Planejamento familiar, métodos contraceptivos, gênero, movimento feminista.

ABSTRACT

This dissertation entitled "FAMILY PLANNING: a study on experience in the hospital" aims to analyze the applicability of Law No. 9,263 / 96, which addresses the objectives of the National Family Planning Program. It also seeks to deepen knowledge on the subject of women and feminist movements in the context of reproductive rights and health policy. To facilitate the study, there was bibliographical and documentary research, interviews with women and men users of the searched service. The study's findings indicate that despite the legal advances in institutional practice there are many existing boundaries to enable a family planning that meets consistently the demands of feminist movements.

Keywords: Family planning, contraception, gender, feminist movement.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	QUEDA DA FECUNDIDADE NO BRASIL.....	61
GRÁFICO 2	FAIXA ETÁRIA.....	80
GRÁFICO 3	SITUAÇÃO CONJUGAL	82
GRÁFICO 4	RAÇA.....	83
GRÁFICO 5	ESCOLARIDADE	85
GRÁFICO 6	INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO.....	87
GRÁFICO 7	RENDA FAMILIAR	88
GRÁFICO 8	NÚMERO DE FILHOS	89
GRÁFICO 9	IDADE DAS MULHERES NA PRIMEIRA GESTAÇÃO.....	90
GRÁFICO 10	INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES DOS FILHOS.....	92

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	TAXA DE FALHA DE ANTICONCEPCIONAL	93
TABELA 2	NÚMERO DE GESTAÇÕES	97
TABELA 3	NÚMERO DE MULHERES E TEMPO DE PERMANENCIA NO PROGRAMA	98
TABELA 4	PRINCIPAIS METODOS ANTICONCEPTIVOS	100
TABELA 5	EXPERIÊNCIA DE PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ	101
TABELA 6	NÚMERO DE MULHERES POR TIPO DE ANTICONCEPCIONAL	102
TABELA 7	PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA E VASECTOMIA NOS ULTIMOS 7 ANOS NA FSCMP	102

LISTA DE SIGLAS

ABEPF	Associação Brasileira de Planejamento Familiar
AMS	Associação Médico-Sanitária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DERE	Departamento de Regulação
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTG	Doença Trofoblástica Gestacional
FSCMP	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GEPEM	Grupo de Estudos e Pesquisas “Eneida de Moraes” sobre Mulher e Gênero
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPF	Federação Internacional de Planejamento Familiar
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PCCU	Preventivo do Câncer do Colo Uterino
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicilio
PAISM	Programa de Atendimento Integral a Saúde da Mulher
PNEVM	Plano Nacional Enfrentamento da Violência contra a Mulher
PNPM	Plano Nacional de Política para as Mulheres
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTGI	Patologia do Trato Genital Inferior
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde do Pará
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UREMIA	Unidade de Referência Especializada Materno Infantil e Adolescente

USAID **United States Agency for International Development**

UTI **Unidade de Terapia Intensiva**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	O FEMINISMO E A LUTA DAS MULHERES	19
2.1	AS ORIGENS DO MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL E NO MUNDO	20
2.2	MOVIMENTO FEMINISTA E MOVIMENTO DE MULHERES: Semelhanças e diferenças.....	26
2.3	MOVIMENTO SUFRAGISTA: Primeira onda do feminismo	29
2.4	FEMINISMO DIFUSO: Segunda onda	31
2.5	FEMINISMO INSTITUCIONALIZADO: Terceira onda	37
3	SAÚDE DA MULHER E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	45
3.1	PLANEJAMENTO FAMILIAR: fragmentos históricos	55
3.2	O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	60
4	A EXPERIENCIA DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ	70
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ	70
4.2	O AMBULATÓRIO DA MULHER	75
4.3	O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA FSCMP	78
4.4	PERFIL DAS MULHERES INSCRITAS NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FSCMP	80
4.5	PLANEJAMENTO FAMILIAR E NÚMEROS DE GESTAÇÕES: O que falam as mulheres entrevistadas	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE A	118
	APÊNDICE B	120
	APÊNDICE C	122

1 INTRODUÇÃO

A temática sobre reprodução humana, contracepção, tem acompanhado a humanidade a milhares de anos, sendo alvo de preocupações tanto de indivíduos como de nações que viam na equação população e produção de alimentos a causa tanto de pobreza como de riqueza. Por muito tempo couberam as mulheres a responsabilidade em ter ou não ter filhos, pois as tecnologias de anticoncepção eram voltadas, majoritariamente, para o corpo feminino. Até mesmo em pleno século XXI somente dois métodos contraceptivos foram desenvolvidos para serem utilizados pelos homens, o preservativo masculino e a vasectomia, enquanto que as mulheres contam com uma infinidade de métodos reversíveis e um definitivo, a laqueadura tubária.

Portanto, isso decorre de uma visão restrita em que a mulher é vista como o principal alvo das políticas controlistas que dominaram o cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, onde os países periféricos receberam ajuda dos países centrais para desenvolverem ações, políticas que mantivessem a população pobre sobre controle. O corpo da mulher foi alvo de pesquisas, investimento da indústria farmacêutica que desenvolveram uma série de medicamentos hormonais e artefatos.

Durante séculos, as mulheres foram consideradas em sua necessidade de saúde somente do ponto de vista gravídico e puerperal, sendo desconsiderados outros aspectos de sua vida. No Brasil, somente nos anos de 1980 é que o movimento de mulheres e feministas conseguiram pautar na agenda do governo federal questões relacionadas à saúde da mulher. O movimento de mulheres foi o porta-voz das reivindicações das mulheres e através da mobilização, da organização e da pressão destes movimentos em, 1983, é criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher- PAISM, que tinha por objetivo principal atender as mulheres em todas as etapas de sua vida, do nascimento a morte.

Mesmo com toda mobilização dos movimentos de mulheres e feministas em torno do programa, sua crítica ao modelo de medicina curativa em detrimento da saúde pública, o PAISM na prática se revelou insuficiente para alterar a qualidade da atenção prestada pelo Estado à saúde da mulher conforme os preceitos de que a saúde é fruto do conjunto de políticas públicas articulada; depende das condições objetivas que as mulheres estão submetidas e, um único programa não daria conta

de responder as inúmeras determinações que compõem a saúde feminina. O mérito do PAISM, segundo este tipo de concepção, foi incorporar conceitos até então relegados, como integralidade das ações, protagonismo das mulheres, direitos sexuais, saúde reprodutiva, violência e gênero entre outros.

Embora essas questões tenham sido incorporadas pelo discurso do Estado brasileiro (que tem oferecido algumas ações para enfrentá-las), ainda prevalecem situações graves. As pesquisas oficiais mostram o aumento do número de mulheres chefes de família. No Pará, 14% dos lares são chefiados por mulheres; agudização da dupla ou até tripla jornada de trabalho (combinação do trabalho doméstico com trabalho remunerado e outras atividades); precarização do trabalho feminino (trabalhos rotineiros, insalubres e, principalmente, com remuneração abaixo da maioria dos homens nas mesmas funções), segundo a PNAD-2009. As mulheres são vítimas constantes de violência doméstica e sexual por parte de seus maridos ou homens com quem mantêm relações erótico-afetiva, situações que possuem rebatimentos sobre sua saúde física e mental.

Os avanços voltados para a saúde da mulher, principalmente, no que tange à construção de equipamentos específicos para seu atendimento (clínicas, ambulatórios, etc), elaboração de políticas sociais voltadas para a incorporação de algumas demandas dos movimentos feministas nas agendas dos governos, estudos/pesquisas ainda revelam-se insuficientes diante da complexidade da violação dos direitos das mulheres, colocando a necessidade de reflexão sobre as práticas institucionais em curso.

Um dos avanços que podemos destacar com relação à saúde da mulher, é o Programa de Planejamento Familiar (Lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996), que normatiza o direito de todo cidadão em receber informações, acesso aos serviços e acompanhamento no que concerne a sua saúde reprodutiva, visando ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal.

A referida lei em seu artigo 1º estabelece que o Planejamento Familiar é um direito de todo cidadão brasileiro, regido por ações preventivas e educativas. Mas nossa experiência profissional a dez anos como assistente social no Ambulatório do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará-FSCMP, referência no

atendimento materno-infantil no Estado, tem mostrado a existência de um hiato entre a lei e o real.

Nossa experiência profissional cotidiana permite supor que na prática o planejamento apesar de estar dentro dos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda carrega o ranço do conservadorismo em sua execução. Funciona como mero distribuidor dos métodos anticoncepcionais presentes no mercado e negligência a discussão sobre os malefícios a saúde feminina, uma vez que contempla um insipiente viés educativo, não discute sexualidade e saúde sexual centralizando as consultas médicas. O que é para ser a última opção, os procedimentos definitivos de laqueadura e vasectomia, muita vezes, é apresentado como primeira opção.

Diante das discrepâncias entre o que preconiza a lei do Planejamento Familiar e sua execução no Ambulatório da Mulher da FSCMP, surgiu a necessidade de pesquisar sobre a seguinte questão: Como a lei 9.263 se aplica no Programa Planejamento Familiar na FSCMP? A investigação desta pergunta nos leva também a outras interrogações:

- Como as mulheres usuárias do programa avaliam o programa e o atendimento recebido pelos técnicos do ambulatório da mulher?
- Qual a percepção de mulheres usuárias do programa acerca do método de anticoncepção definitiva?
- Quais as principais dificuldades encontradas pelas usuárias do planejamento familiar no que concerne ao uso dos métodos anticoncepcionais reversíveis?
- Qual a representatividade numérica da esterilização masculina e feminina no Pará e em Belém?

Nossos objetivos neste estudo são: analisar os limites entre a lei 9.263 e a execução do Programa Planejamento Familiar na FSCMP; bem como investigar como mulheres usuárias do programa avaliam o programa e o atendimento recebido pelos técnicos; conhecer a percepção de mulheres usuárias do programa acerca do método de anticoncepção definitiva; descrever quais as principais dificuldades encontradas pelas usuárias do planejamento familiar no que concerne ao uso dos métodos anticoncepcionais reversíveis e, por último, verificar a representatividade numérica da esterilização masculina e feminina como Pará e em Belém;

O método que orientou a pesquisa e a dissertação é o crítico-dialético ou materialismo histórico dialético, especialmente, a abordagem que explica as desigualdades sexuais na sociedade capitalista. Assim, conforme nos ensina Netto (2011, p.22), o método de pesquisa baseado nas idéias de Karl Marx, possibilita partir da aparência do fenômeno para se chegar à essência do objeto, um caminho a ser percorrido, por meio de sucessivas aproximações, e a pesquisa científica é este “instrumento” que nos possibilita chegarmos o mais próximo possível do objeto a ser estudado, sua essência. O real possui uma existência objetiva independente da postura do pesquisador.

Nesta dissertação além das contribuições de Engels, optamos pela utilização de feministas marxistas clássicas como Simone de Beauvoir e de autoras renomadas como Gayle Rubin e Heleieth Saffioti. Também tomamos por base o estudo da Lei 9.263/96, da Constituição Federal de 1988, que tratam dos direitos da pessoa e os resultados das Conferências Mundiais sobre mulher e direitos sexuais e reprodutivos.

Falarmos de planejamento familiar na perspectiva feminista em pleno século XXI, pode parecer um contra-senso para alguns leitores menos familiarizados com essa realidade e que poderiam supor que, num mundo globalizado com tantas informações e tecnologias a disposição, a contracepção ainda possa ser uma das dificuldades de conhecimento e acesso para as mulheres. Porém, a realidade ainda se apresenta permeada de muitas dificuldades para as mulheres sujeitos de nossa pesquisa, já que o tema envolve tabus como sexo, exercício da sexualidade, conhecimento do próprio corpo, desejo e aborto.

A pesquisa se caracteriza como um Estudo de caso, que Segundo Trivinos (1987, p.30) “o estudo de caso é um tipo de pesquisa que visa uma análise de situações problemas do dia-a-dia” tendo como referência uma situação específica que, não cabe generalizar. Dessa maneira, procuraremos estudar o Programa de Planejamento Familiar do Brasil com destaque para o realizado na FSCMP, onde o programa foi implantado no final da década de 1990.

Considerando que nossas perguntas e objetivos de pesquisa residem no impasse e obstáculos presentes entre a lei que rege a política de planejamento familiar e sua execução e, ao mesmo tempo, na busca de indicadores estatísticos quanto a

esterilização definitiva no Pará e em Belém, adotaremos a denominada abordagem quali-quantitativa. Segundo Gamboa (2002 p.43) este tipo de abordagem visa:

A compreensão, explanação e especificação do fenômeno. O pesquisador precisa tentar compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações. Tarefa esta realizada segundo uma compreensão interpretativa da primeira ordem de interpretação das pessoas, expressa em sua linguagem, gestos etc.

Seguindo a opção da abordagem qualitativa, construímos junto com a orientadora, um formulário com 21 perguntas que possibilitaram o acesso a informações necessárias na elaboração do perfil das usuárias do programa. Já para o alcance do objetivo relacionado a dimensão quantitativa da esterilização no Pará e Belém, foram consultadas as fontes oficiais de registro do Ambulatório, relatórios anuais do hospital, como também das secretarias estaduais (SESPA), municipais de saúde (SESMA), Ministério da Saúde e também os sites feministas. Além da pesquisa documental, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema.

O trabalho de campo foi realizado no Ambulatório da Mulher da FSCMP, fora do horário de trabalho da autora e contou com a colaboração de 24 (vinte e quatro) mulheres na faixa etária de 18 a 50 anos, que já estivessem a pelo menos um ano em atendimento no ambulatório da mulher. A escolha desse perfil da amostra deve-se ao fato de que para avaliar uma política, um programa ou plano precisamos contar com pessoas que tenham um vínculo regular com o serviço. Na coleta de dados as entrevistadas foram muito receptivas não registrando-se recusas em participar da pesquisa.

A análise de dados foi realizada tendo como referência os preceitos do método do materialismo histórico dialético. Assim, os dados de natureza qualitativa e quantitativa foram examinados considerando as diversas percepções da política e do Programa no contexto da particularidade da intervenção do Estado, no Brasil e, no Pará.

Esta pesquisa representa nossa inquietude, enquanto profissional de serviço social, em conhecer a complexidade inerente à vivência das mulheres que se utilizam do Ambulatório da Mulher da Santa Casa de Misericórdia no Município de Belém. Buscamos analisar suas condições de vida e percepções sobre o planejamento familiar, bem como ampliar espaço de inserção do profissional de

serviço social no programa. Este estudo também é um esforço de registro da prática profissional dentro da área da saúde, onde os assistentes sociais estão inseridos há mais de cinquenta anos e mesmo assim as produções ainda são poucas especialmente em se tratando da região amazônica.

O texto está organizado em três capítulos, sendo que no Capítulo 1 realizamos um resgate do movimento feminista e da luta das mulheres e suas contribuições para o reconhecimento público dos direitos das mulheres, em especial na área da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos.

No capítulo 2 realizamos uma retrospectiva dos programas e ações voltados para a saúde da mulher, dando ênfase a saúde reprodutiva. Destacamos os programas, numa perspectiva mais global, como a construção do Programa de Atenção Integral a Saúde da mulher em 1983, e no enfoque do planejamento familiar como direito, a promulgação da Lei de Planejamento Familiar em 12 de janeiro de 1996.

No Capítulo 3 apresentamos os resultados da pesquisa empírica, destacando além do perfil das usuárias, a fala das entrevistadas em relação a avaliação do programa de planejamento familiar em que faz-se referências as dificuldades e acertos na utilização dos métodos contraceptivos reversíveis. Finalizando com as considerações finais.

2 O FEMINISMO E A LUTA DAS MULHERES

O presente capítulo objetiva apresentar as contribuições do movimento de mulheres para a sociedade contemporânea, as lutas e conquistas em especial para a área da saúde da mulher, que incorporou em sua agenda direitos compreendidos como fundamentais em face das transformações sociais e culturais. Toma-se por base as concepções sobre o movimento feminista, e os efeitos destes ganhos para análise e reconhecimento dos direitos da mulher, lançando questionamentos e indagações sobre o que as teorias até então produziram sobre as mudanças e permanências relativas às relações entre mulheres e homens.

2.1 AS ORIGENS DO MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL E NO MUNDO

A origem do movimento feminista, no Brasil, localiza-se a partir do século XIX. Tendo em vista que as primeiras manifestações evidenciavam protestos mais radicais que ia além da igualdade política, mas que preconizavam a emancipação feminina, não perdendo de vista a relação de dominação masculina sobre a feminina em todos os aspectos da vida da mulher. No Brasil, o movimento ganha visibilidade com a conquista do direito ao voto feminino em 1932, seguida de outras conquistas, como por exemplo, a ampliação dos seus direitos civis, sociais, trabalhistas e na área da saúde, em que o movimento feminista brasileiro e internacional foi protagonista da inserção de uma extensa pauta que mudaram, significativamente, a vida das mulheres brasileiras.

Este movimento vem desempenhando um importante papel no processo de redemocratização do país a partir da década de 1980. Sua contribuição se deu tanto na luta contra os regimes militares que vieram ao poder na segunda metade do século XX, quanto no esforço de se institucionalizar, no âmbito do próprio estado, uma agenda política à serviço das demandas de mulheres. Essas histórias, contudo, têm diferentes compassos, o processo de democratização, aliado ao fortalecimento de movimentos de mulheres e de feministas, tem sido marcado, principalmente, por avanços dos últimos trinta anos até a atualidade.

Definir o feminismo não é uma tarefa fácil, visto que ao longo do tempo foram incorporadas diversas nuances ao conceito e este sofreu muitas modificações, ampliando seu leque de atuação, mas preservando, entretanto, a sua característica fundamental que é a luta pelo fim das desigualdades entre homens e mulheres e o reconhecimento do direito das mulheres como cidadã. Neste sentido, não há consenso sobre o conceito de feminismo, mas as estudiosas do tema ALVES (2007), CISNE (2014), SARTI (2001) são unânimes em reconhecê-lo como um movimento vivo, heterogêneo, plural, caracterizado por uma diversidade de perspectivas teóricas, ideológicas e políticas, além de contradições e avanços no enfrentamento à exploração e a opressão das mulheres, buscando sempre superar as formas de organizações tradicionais, permeada por relações assimétricas e autoritárias.

Contudo, podemos traçar uma linha histórica do movimento feminista, no Brasil, e no mundo, que nos permita conhecer e compreender as diversas etapas ou “ondas” que movimento o feminista enfrentou ao longo de sua vasta atuação. Entretanto, esta história não é homogênea, variando de país para país e, mesmo, dentro destes havia uma multiplicidade de características próprias, singulares, que davam uma face diferente em cada país.

No Brasil, o movimento feminista, inicialmente lutou pela emancipação da mulher do ponto de vista político, traduzido na igualdade civil das mesmas e pelo direito a educação formal. Com o passar do tempo ampliou seu leque de reivindicações incorporando outras demandas, que contribuíram para mudar as relações sociais até então estabelecidas. Uma das características fundamentais do movimento é a possibilidade de transformação, inovação, incorporação de novas demandas, sem nunca perder o foco no combate a desigualdade entre homens e mulheres.

Trat (2009, p.151), reafirma o caráter inovador do movimento feminista, suas bandeiras de lutas, tendo como característica principal a sua duração, o tempo em que este movimento está na “estrada”, sobrevivendo a diversas conjunturas políticas e sociais desfavoráveis, sempre se reinventando, atualizando as suas demandas, mas mantendo o foco na luta contra a opressão feminina:

O que permite principalmente caracterizar o movimento feminista como movimento social é a sua duração. Quaisquer que sejam as intermitências da mobilização, as mulheres não cessam de lutar coletivamente desde a Revolução Francesa. Ademais este movimento se enraíza nas contradições fundamentais da sociedade, nascidas tanto do desenvolvimento do capitalismo como da persistência até hoje da dominação masculina, que se exprime na divisão sexual do trabalho. As mulheres se mobilizaram ora em nome da igualdade, ora em nome das suas diferenças, sempre contra as “injustiças” de que eram vítimas, reclamando ao mesmo tempo o direito ao trabalho, á educação, ao voto e também à “maternidade livre” desde o começo do século XX. Elas sempre reivindicaram sua identidade como seres humanos e sua liberdade.

Segundo Souza-Lobo (2011, p.211), o debate sobre a emergência do movimento de mulheres, no Brasil, obedece via de regra a uma visão simplista, interligando o seu surgimento a ascensão dos movimentos populares, em especial o movimento de mulheres que lutava contra a carestia, pela saúde, saneamento

básico e creches, além do Ano internacional da Mulher comemorado pela ONU, em 1975, soma-se a isso a contribuição do feminismo acadêmico, intelectual vinculado ao feminismo internacional. A referida autora ressalta que todos estes fatores são importantes e, juntamente, com outros construíram a história de resistência das mulheres em nosso país.

A luta das mulheres foi realizada de forma coletiva em prol de suas diferenças, como também das semelhanças, mas com um objetivo em comum, que é luta pelo fim das desigualdades entre homens e mulheres. Estas lutas apresentam pautas mais gerais como o fim das injustiças sociais, como também assuntos de cunho mais restrito com a defesa da autonomia das mulheres em relação a seu corpo, o direito ao aborto e ao divórcio. Com o lema o “pessoal é político”, nada escapava ao raio de alcance do movimento, que teve sua atuação desde as causas mais gerais da sociedade, chegando às questões particulares das mulheres.

Ainda segundo Souza-Lobo (2011) O feminismo como movimento iniciou com a tomada de consciência pelas mulheres de uma opressão específica, que é a gama exorbitante de trabalho realizada pelas mesmas e como este trabalho invisível, não valorizado, mal remunerado e feito para os outros em nome da natureza, do amor e do dever de mãe.

Essa naturalização das relações foi o foco principal dos enfrentamentos realizados pelo movimento de mulheres e feministas que entendia que a natureza das relações era social, construída historicamente e profundamente marcada pelo viés de classe, raça/etnia, gênero na vertente patriarcal, que é o poder conferido aos homens ou a dominação masculina.

A palavra patriarcado é de origem antiga, remota dos tempos bíblicos e possui um cunho religioso, pois nos lembra os primeiros chefes de família que viveram antes e depois do dilúvio. O termo também é usado para designar o chefe da igreja ortodoxa do oriente, “o Patriarca de Constantinopla” como chefe e pai das demais igrejas, que lhe devem obediência.

Nos anos 1970 o termo patriarcado é apropriado pelo movimento feminista com o intuito de designar um conjunto de sistema a ser combatido. Delphy (2009, p.175 e 176) afirma que o termo patriarcado é utilizado pelos movimentos feministas a fim de designar um sistema de dominação masculina, complexo, enraizado e

naturalizado na sociedade, associado ao sistema capitalista, como podemos observar nesta citação:

O patriarcado é rapidamente adotado pelo conjunto dos movimentos feministas militantes nos anos 70 como o termo que designa o conjunto do sistema a ser combatido. Em relação a seus quase sinônimos “dominação masculina” e “opressão das mulheres”, ele apresenta duas características: por um lado designa, no espírito daquelas que o utilizam, um sistema e não relações individuais ou um estado de espírito; por outro lado, em sua argumentação, as feministas opuseram “patriarcado” a “capitalismo”- o primeiro é diferente do segundo, um não se reduz ao outro. Isso se reveste de uma grande importância política num momento de reemergência do feminismo, em que as militantes são confrontadas a homens e mulheres de organizações políticas para quem a subordinação das mulheres não é mais que uma consequência do capitalismo.

Essa discussão sobre a estrita ligação entre patriarcado e capitalismo foi muito forte na década de 1970, perdendo sua força na década seguinte, devido à multiplicidade de questões que envolvem o termo, pois alguns autores feministas consideram o termo preso a um contexto de dominação masculina com pouca resistência aberta de coletivos femininos.

Para Delphy (2009) a utilização termo de modo atemporal é válido se não conceder poder explicativo a palavra e patriarcado for empregado de maneira descritiva. De acordo com esta autora patriarcado é muito usado na língua inglesa e compete nos estudos feministas com o conceito de gênero. Os conceitos de gênero e patriarcado fazem parte do repertório dos movimentos feministas apresentando relevância nos estudos sobre a origem da subordinação da mulher. Um não exclui o outro ao contrario enriquecem os estudos, pois cada um tem a sua importância quando estudamos o movimento feminista. A crítica de uma parte do movimento feminista ao conceito de gênero está no fato deste ser usado como substituto de mulheres, não implicando necessariamente, desigualdade ou poder nem aponta a parte oprimida. Segundo Saffioti (2004, p.112) essa é uma das vantagens de se usar o conceito de gênero, pois o vetor da dominação-exploração não teria direção definida, o que o tornaria mais abrangente e capacitado a explicar eventuais transformações.

O exercício dos movimentos feministas em identificar, historicamente, a subordinação das mulheres, já se constituía um avanço, um embrião de uma teoria revolucionária que identificava no poder masculino a origem da subordinação, mas faltava ainda explicar de onde vem este “poder”, que os homens exercem para

subordinar as mulheres? Rapidamente se identificou nos discursos políticos e nas academias o conceito de patriarcado como “responsável” pela subordinação feminina, sendo que este se tornou em pouco tempo sinônimo de dominação masculina, de poder sobre as mulheres. Neste sentido o entendimento é que “a ordem patriarcal”, a forma como a sociedade estava estruturada, organizada, imbuída em conceitos patriarcais é que deveria ser destruída a fim de libertar as mulheres.

Este primeiro sentido histórico da palavra foi apropriado pelos estudiosos Morgan e Bachofen, citados por Engels (1985), que lhe darão uma nova roupagem mantida até os anos 1970. Segundo estes autores teriam existido o direito materno, que foi substituído pelo direito paterno, designado de patriarcado por Bachofen.

Engels em sua obra “A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, dá continuidade aos estudos de Bachofen, aprofundando e reafirmando a existência do matriarcado, enquanto forma de organização social, que privilegiava a descendência pela linha feminina.

Este autor foi mais além nos estudos e desenvolveu uma teoria das origens do patriarcado, a partir do desmoronamento do direito materno e da ascensão masculina na família e na sociedade. Entendia que à medida que as tribos iam deixando de ser nômades, passando da coleta de frutos a fixação nas terras para cultivá-la e criar animais, isso gerou, gradativamente, um aumento das riquezas produzidas que passaram a pertencer não mais ao grupo de pessoas, mas, sim, as famílias de modo particular, propiciando ao homem uma posição mais importante que a mulher dentro da estrutura familiar.

Ao homem coube o papel de provedor, mantenedor da família a partir de sua saída para o trabalho no campo, na agricultura de subsistência, nas atividades externas a moradia, cabendo as mulheres as tarefas de cuidados com os filhos e com a casa. Essa divisão das tarefas, também se refletiu nas relações construídas entre os homens e mulheres, passando a ter valor o que era produzido fora do espaço da casa, pois tinha valor de troca e o que era produzido dentro da casa possuía valor de uso.

Os estudos de Engels são importantes no entendimento da relação direta entre capitalismo e dominação masculina, em especial o processo evolutivo que permitirá o desenvolvimento da família monogâmica a partir da família sindiásmica,

onde prevalecia à economia doméstica, com prevalência da mulher dentro das gens, apesar de já existir a divisão sexual do trabalho, entendida pelo autor e por Marx como a primeira forma de divisão de classes.

Com o desenvolvimento das forças produtivas e as exigências da família monogâmica, as relações se tornaram mais opressivas para as mulheres que deveriam contrair matrimônio com um só homem, estabelecendo a monogamia, válida somente para o homem, pois se precisava garantir que os filhos gerados deste tipo de casamento fossem do marido, estabelecendo, assim, uma linha sucessória masculina onde os bens adquiridos pudessem passar de pai para filho, tornando-se o proprietário da força de trabalho, dos meios de produção e dos escravos, de tudo que estivesse em sua propriedade, inclusive das mulheres e crianças.

E à medida que as riquezas produzidas vão se acumulando sob o domínio masculino, as exigências tomam proporções maiores e a instituição da herança e da hereditariedade também passam a ditar as regras da convivência entre os cônjuges, cabendo à mulher a fidelidade absoluta e irrestrita ao marido, preservando o direito hereditário paterno. Engels (1985) afirma que este fato representou a ruína do direito materno, como podemos observar nesta citação:

“O desmoronamento do direito materno, a grande derrota histórica do sexo feminino em todo o mundo. O homem apoderou-se também da direção da casa; a mulher viu-se degradada, convertida em servidora, em escrava da luxúria do homem, em simples instrumento de reprodução” (p.61).

Além de se apropriar dos instrumentos de produção, coube ao homem a direção da casa e o estabelecimento de novas formas de relações com as mulheres e os filhos baseada na assimetria, onde o homem assumiu o controle da residência, da propriedade e da vida de seus familiares, especialmente das mulheres, que passaram a dedicar-se as atividades domésticas e dos cuidados com as crianças e idosos.

Essa localização histórica do início da subordinação feminina a partir da destruição do direito materno é o ponto de partida para entendermos historicamente este processo de sujeição que a mulher foi submetida e como construção histórica pode ser desconstruída, contrapondo a idéia de que os homens são superiores pelo simples fato de serem homens, isso lhes conferiria a superioridade sobre as

mulheres. Ao longo do tempo, a teoria de Engels foi rechaçada, negada, por autores que viam nesta abordagem uma relação mecânica e não identificavam neste período histórico as origens da dominação masculina. Saffioti (2004, p.54), afirma que:

As relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não somente a sociedade civil, mas impregna também o Estado. Ainda que não possa negar o predomínio das atividades privadas ou íntimas na esfera da família e a prevalência de atividades públicas no espaço do trabalho, do Estado, do lazer coletivo, e, portanto as diferenças entre o público e o privado, estão estes espaços profundamente ligados e parcialmente mesclados.

A desnaturalização das relações sociais entre homens e mulheres sempre foi uma bandeira de luta dos movimentos feministas, que entendiam ser necessário superar esta visão, a fim de que se estabelecessem novas relações baseadas na igualdade entre os sexos, não somente do ponto de vista legal, mas, sobretudo que a vida cotidiana pudesse expressar este princípio da diversidade de classe, étnica/racial e de sexo.

Para isso, centraram forças em estudos, pesquisas, revisitaram a história, a fim de localizar o início da subordinação e da opressão feminina e desencadear um movimento organizado, coletivo que enfrentasse essas questões não só do ponto de vista histórico, teórico, mas político, visando a transformação das relações assimétricas e autoritárias, através das mudanças reais que trouxessem para o centro da discussão de gênero articulada a raça, classe social, geração, identidade. Somente desta forma é possível compreender quem são as mulheres. Segundo Nascimento (2012, p.19):

No contexto dessa contribuição, além da atualização de conceitos e categorias caras à produção feministas como classe social e patriado, a maioria dos estudos e das pesquisas tem, de forma articulada, enfatizando histórias de vida de mulheres e homens, no singular e no plural, problematizando gênero, raça/etnia, identidade, poder, diferença, geração, regionalidade e orientação sexual.

2.2 MOVIMENTO FEMINISTA E MOVIMENTO DE MULHERES: Semelhanças e diferenças

Como movimento coletivo, o feminismo se manifesta na segunda metade do século XX, Fougeryrollas-Schwebel (2009), afirma que o movimento se fortaleceu a partir do reconhecimento das mulheres como específicas e sistematicamente oprimidas, na certeza de que as relações entre homens e mulheres não são inscritas na natureza, e que existe a possibilidade política de sua transformação. Concordamos com a autora quando a mesma afirma que as relações entre homens e mulheres são historicamente construídas e por este motivo podem ser modificadas, transformadas a partir do reconhecimento político e social da igualdade entre os sexos, alicerçado nos princípios dos direitos humanos universais e nas teorias dos direitos da pessoa. Segundo esta autora:

A reivindicação de direitos nasce do descompasso entre a afirmação dos princípios universais de igualdade e as realidades da divisão desigual dos poderes entre homens e mulheres. Neste sentido, a reivindicação política do feminismo só pode emergir em relação a uma conceituação de direitos humanos universais; ele se baseia nas teorias dos direitos da pessoa, cujas primeiras formulações resultam das revoluções norte-americanas e depois a francesa (p.144).

Cisne (2014) faz distinção entre movimento feminista e de mulheres, afirmando que todo movimento feminista é realizado por mulheres, mas nem todo movimento de mulheres tem caráter feminista, ou seja, atuam por direitos específicos das mulheres e alguns passam bem distantes deste ideal, como é o caso do movimento de mulheres que atua contra a legalização do aborto, mas mesmo assim é realizado com a participação das mulheres. Para esta autora há uma clara distinção entre os dois movimentos, de mulheres e feministas, localizando esta diferença na natureza das reivindicações, ressaltando que:

Por muito tempo definiu-se como movimento de mulheres aqueles que lutavam por demandas sociais para a melhoria das condições de vida e de trabalho femininas. Por movimento feminista definia-se àqueles que lutavam contra a opressão e pela liberdade das mulheres, pautando questões como sexualidade, aborto, violência, autonomia, direitos civis e políticos. (CISNE, 2014, p.129).

A diferença entre estes dois movimentos está no conteúdo de suas reivindicações, pois o movimento de mulheres nasceu da necessidade das mesmas em aglutinar forças para lutar por problemas concretos do cotidiano, como a falta de

creches para deixar os filhos, enquanto trabalhavam, contra a carestia, os preços abusivos dos alimentos, pela saúde. Neste sentido fundaram associações, clubes de mães e se engajaram em movimentos populares e políticos que nem sempre tinham por base conotação feministas, mas lutavam por questões mais amplas que não atingiam somente as mulheres.

No decorrer da trajetória dos dois movimentos, os mesmos tiveram vários pontos de intercessão, de confluência, se encontraram e lutaram juntos por suas pautas. Essa emergência de movimentos protagonizados pelas mulheres apresenta várias faces, mas com um ponto em comum, constroem a mesma história que é a luta das mulheres, sua organização, politização, na defesa e ampliação de seus direitos. Neste sentido Cisne (2014) afirma que:

As reivindicações sociais dos movimentos de mulheres no Brasil, como o direito à creche e à saúde, são incorporadas pelo feminismo, assim como a luta contra a violência à mulher, por exemplo, considerada uma bandeira feminista, é incorporada pelos movimentos de mulheres. (2014, p.130)

Como podemos observar são muitas as similitudes entre os movimentos de mulheres e feministas, que apesar de terem alguns pontos divergentes, no decorrer do tempo também apresentaram convergências, lutaram com a mesma bandeira, em prol dos mesmos objetivos. Souza-Lobo (2011) afirma que os mesmos emergem nos espaços e franjas do tecido social brasileiro, com a heterogeneidade de uma colcha de retalhos que combina desenhos e cores variadas. Esta metáfora exemplifica bem o quanto estes movimentos se apresentaram de forma e conteúdo diferente, sendo que em determinados contextos históricos há convergências e em outras diferenças.

Desde a Revolução Francesa no século XVIII, identificamos mulheres que de forma mais ou menos organizada, já lutavam por seus direitos para além do espaço doméstico. Cisne (2014) lembra que ao longo da história do movimento feminista as mulheres não se limitaram a lutar pela igualdade entre os sexos, mas ampliaram suas reivindicações lutando pela consolidação do poder popular e participação ativa da vida pública, do mundo do trabalho remunerado, do acesso a educação, do sufrágio feminino, do amor livre e do direito ao divórcio.

Diante disso percebemos que o movimento não se limitou as questões restritas as relações domésticas, mas à medida que novas demandas foram surgindo, estas foram incorporadas as lutas das mulheres. Na segunda metade do

século XIX, contemplamos o aprofundamento da “questão social” e do aumento da opressão das mulheres. Esses dois fatos possuem uma interface, uma ligação que vai contribuir para a aproximação do movimento feminista com as idéias socialistas, possibilitando maior organicidade e concretude do movimento, destacando-se a luta pelos direitos políticos, dentre os quais o direito das mulheres votarem e serem votadas.

2.3 MOVIMENTO SUFRAGISTA: Primeira onda do feminismo

Esta luta se traduziu no movimento conhecido como “sufragista” que no Brasil teve Bertha Lutz como expoente e ficou conhecido como a primeira “onda do feminismo”, também chamado de “feminismo bem comportado”, que não representava nenhuma “ameaça” a organização social vigente, nem tão pouco confrontava os homens da elite, ao contrario ganhava a simpatia e adesão destes, pois não eram todas as mulheres que iriam ter este direito garantido.

A compreensão da particularidade do movimento feminista no Brasil não é uma tarefa fácil, apesar do mesmo estar organicamente articulado ao movimento mundial, apresenta em nosso país suas particularidades, contornos próprios. Essa tarefa se torna mais árdua quando percebemos que ao longo do tempo as mulheres passaram a serem invisíveis na historia, dando ainda a esta tarefa maior importância, pois além de resgatar a relevância do movimento, precisamos dar visibilidade a mulher neste movimento como protagonista. Esse destaque se faz necessário para que não corramos o risco de mais uma vez ocultarmos a importância da participação das mulheres no processo histórico.

Em nosso país, a luta das mulheres por seus direitos sociais e políticos como movimento organizado, advém do século XIX, mas somente no inicio do século XX algumas das reivindicações foram concretizadas a partir do fortalecimento e organização das mulheres. No campo político, uma das primeiras bandeiras de luta foi o sufrágio feminino.

Em 1922, a bióloga paulista Bertha Lutz, ajudou a fundar a “Liga pela Emancipação Intelectual da Mulher”. Movimento que tinha por objetivo fomentar a participação da mulher na vida política, sem, contudo promover questionamento sobre a condição da mulher e da estrutura patriarcal. Em 24 de fevereiro de 1932, o

então Presidente da República Getúlio Vargas assina o Decreto nº21076, assegurando o voto feminino no Brasil com restrições, após intensas manifestações. Uma dessas limitações era que os maridos tinham que autorizar suas esposas a votarem, bem como este direito era estendido às mulheres viúvas e solteiras com renda própria, uma minoria naquela época, em que o homem era o principal provedor e poucas mulheres exerciam atividades fora do lar. Portanto, a uma pequena parcela das mulheres brasileiras neste período era permitido votar. A Constituição Brasileira de 1934 aboliu estas restrições, mas tornou o voto feminino facultativo. Somente, em 1946, o voto passa a ser obrigatório para as mulheres no Brasil.

O mérito da chamada “primeira onda” do feminismo é elevá-lo a um patamar de reconhecimento nacional, enquanto movimento que luta pela causa das mulheres e a legitimação das mesmas como sujeito político. Esta primeira etapa do movimento tem características peculiares, pois foi desenvolvido pelas mulheres das classes mais abastadas da sociedade brasileira que reivindicavam o direito ao voto, mas em nenhum momento questionava a sociedade patriarcal. Cisne (2014, p.133) afirma que:

Esta tendência foi composta por mulheres cultas e da elite brasileira, muitas, inclusive, tendo estudado no exterior, onde sofreram influência do movimento sufragista que ganhava visibilidade nos países centrais. Com forte perspectiva liberal, essa tendência não associava, tampouco confrontava, a desigualdade da mulher em relação aos privilégios do homem. Em outras palavras, essa tendência buscava direitos políticos para as mulheres sem confrontar o patriarcado e o capitalismo como sistemas de exploração e opressão das mulheres.

Para a autora, os ganhos que a “primeira onda” do feminismo protagonizou tem respaldo entre os membros da elite e respeitabilidade até da conservadora classe política brasileira. Esta primeira fase do feminismo brasileiro não agregava em suas reivindicações nenhum tema que por ventura colocasse em “xeque” a ordem patriarcal, por isso foi bem aceito e até incentivado pela elite. As lutas conduzidas por esse movimento “bem comportado” não seriam feministas no sentido de lutarem pela transformação da condição da mulher na sociedade, no entanto, é importante destacá-los como expressão do movimento social organizado de mulheres, não deve ser excluído da sua história, mas visto como a ação possível naquele contexto histórico.

No panorama internacional o movimento feminista se amplia e ganha força com o lançamento da obra o “Segundo Sexo” em dois volumes da escritora Francesa Simone de Beauvoir em 1949. Nesta clássica obra a escritora discute a condição das mulheres na sociedade patriarcal do ponto de vista sexual, psicológico, social e político. A célebre frase de Beauvoir, “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, resume a sua discussão e luta pela desnaturalização das relações entre homens e mulheres, construídas historicamente e acredita que é possível construir uma vida livre para homens e mulheres fora das convenções impostas pela sociedade patriarcal. Segundo Beauvoir (1949, p.7):

As mulheres de hoje estão destronando o mito da feminidade; começam a afirmar concretamente sua independência; mas não é sem dificuldade que conseguem viver integralmente sua condição de ser humano. Educada por mulheres, no seio de um mundo feminino, seu destino normal é o casamento que ainda as subordina praticamente ao homem; o prestígio viril esta longe de ser apagado: assenta ainda em solidas bases econômicas e sociais. É pois necessário estudar com cuidado o destino tradicional da mulher.

A autora procura descrever ao longo de sua obra como a mulher faz o seu aprendizado, o que lhe é permitido conhecer e sentir, chamando a atenção de que seu estudo está inserido no “estado atual da educação e dos costumes”. O texto escrito no final da primeira metade do século XX se revela muito atual, diversos limites impostos a educação das mulheres ainda não foram superados e convivemos com avanços e conquistas na área do trabalho, educação e saúde e ao mesmo tempo nas relações entre homens e mulheres ainda impera os resquícios do patriarcalismo, muitas vezes camuflado sob o mito da proteção e do amor.

O movimento feminista brasileiro foi notadamente influenciado pelas concepções marxistas da luta de classes, guardando uma estreita relação com o movimento internacional, como também representou um elemento significativo no processo de lutas pela cidadania num país de profundas desigualdades sociais. Desta forma seu alvo foi a cidadania real, efetiva relacionada com as necessidades das mulheres como, saúde, escola, habitação, trabalho, creche, transporte, etc.

2.4 FEMINISMO DIFUSO: Segunda onda

Na segunda metade da década de 1960 até o final dos anos de 1970, o movimento feminista foi denominado de “feminismo difuso”, ou seja, diversificou as suas lutas, e as reivindicações não se limitaram apenas aos direitos políticos, mas defendia o direito à educação, questionava a dominação masculina, a ausência das mulheres no mundo da política e tocaram em assuntos, até então, considerados tabus, como sexualidade, contracepção, divórcio e aborto. Esta nova fase do movimento feminista tem como expoentes mulheres “cultas”, jornalistas e escritoras, que através de seus escritos procuraram difundir as idéias feministas, tendo como principal canal a “imprensa feminista alternativa”. Segundo Fougerolle-Schwebel (2009, p.146):

Inicialmente as campanhas pela liberdade de abortar constituem os eventos mais importantes e mais marcantes. Aparecem igualmente mobilizações contra a violência que vitimiza mulheres- estupro, assédio sexual- e a transformação do direito: o reconhecimento do estupro conjugal. A conquista de novos direitos para as mulheres na esfera privada é acompanhada por exigências renovadas na esfera pública, pela reivindicação de medidas em favor de uma verdadeira igualdade no trabalho, mas tal reivindicação só consegue algum resultado quando se estabelece uma relação com as organizações sindicais e políticas.

A “segunda onda do feminismo” ou “feminismo difuso” amplia seu leque de reivindicações, que passa a incorporar também além dos já destacados, a bandeira pela igualdade no trabalho entre homens e mulheres, não se limita somente a oportunidade de acesso, mas também as mesmas condições, como salário e ascensão profissional.

Foi neste período, também, que os movimentos feministas de diversas matrizes, espalhados pelo mundo, se propuseram a resgatar o direito das mulheres a construir sua história. Isso só foi possível com a conjugação de dois fatores, a organização dos movimentos, a consolidação de suas bandeiras de luta em torno da igualdade entre os sexos e a maior presença das mulheres no meio acadêmico, comprometidas com a causa feminista, que possibilitou pautar estudos sobre a “condição feminina” no campo das Ciências Humanas e Sociais, bem como o desenvolvimento de pesquisas sobre sexo e sexualidade humana foram decisivas para a abertura de espaços, campos de pesquisa sobre mulheres. Mas isso não se deu de forma homogênea, em cada país houve especificidade quanto ao

desenvolvimento e a valorização dos estudos sobre mulheres e da configuração do movimento feminista.

Neste sentido Sarti (2004) argumenta que o movimento de mulheres no Brasil no final da década de 1960, nasce com um diferencial, atrelado ao movimento de resistência a ditadura militar iniciada em 1964, vinculado aos partidos de esquerda, articulado as diversas organizações com influência marxista, que faziam oposição ao regime autoritário instalado no país com a ditadura militar.

As organizações de esquerdas lutavam pelas “liberdades democráticas” e pela anistia aos presos políticos, com este propósito empreenderam luta armada ao lado dos homens, subvertendo não só a ordem política, mas transgredindo tudo aquilo que era esperado do comportamento das mulheres naquela época. Simbolicamente a luta armada representou a luta pelo fim da opressão política, mas também nas relações assimétricas entre homens e mulheres, um repúdio a tudo aquilo que representasse papéis previamente definido, como observa Sarti(2001):

A presença das mulheres na luta armada, Brasil dos anos 60 e 70, implicava não apenas se insurgir contra a ordem política vigente, mas representou uma profunda transgressão ao que era designado à época como próprio às mulheres. Sem uma proposta feminista deliberada, as militantes negavam o lugar tradicionalmente atribuído à mulher ao assumirem um comportamento sexual que punha em questão a virgindade e a instituição do casamento, “comportando-se como homens”, pegando em armas e tendo êxito neste comportamento o que, como apontou Garcia, “transformou-se em um instrumento sui generis de emancipação, na medida em que a igualdade com os homens é reconhecida, pelo menos retoricamente”. (2001, p.33-34)

Com o Brasil vivendo o período da ditadura militar a partir de 1964, o movimento feminista volta-se para combater o golpe militar, constituindo-se como forte protagonista do movimento pela anistia e grande parte identificada com o campo da esquerda brasileira. Muitas mulheres foram presas e torturadas, sofrendo entre outras formas de violência, a sexual. Cisne (2014, p.136), revela que este momento da experiência da autocracia burguesa no Brasil, suscitou formas de resistência e superação por parte de muitas mulheres. A autora afirma que a luta pela anistia e pela democracia, possibilitou as mulheres emergirem como sujeitos públicos e esta experiência foi decisiva para que as mulheres independentes de sua condição de mãe, esposa e/ou militante se reconhecessem fortes e sua percepção como ser político foi ampliada.

Cisne (2014), revela que a ditadura militar representou um período de cerceamento de todas as formas de expressão política do movimento social por um lado e por outro possibilitou as mulheres exiladas, terem contato com o ideário feminista, vivenciaram o clima de revolução cultural e de costumes que questionava a naturalização do poder do homem.

Essa experiência foi decisiva para que se repensasse sua condição de mulher e os papéis tradicionalmente delegados as mesmas de mãe e esposa fossem questionados. Bem como as mulheres descobriram seus direitos, seus corpos, suas mazelas e também seus prazeres. Lhomond (2009, p.234), afirma que:

Num primeiro momento, a crítica feminista, cuja característica fundamental é a análise das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, centrou-se, no que diz respeito à sexualidade, na questão da livre disposição do próprio corpo pelas mulheres.

Essa discussão sobre sexualidade até então marginal no movimento feminista europeu ganha destaque e centralidade nos estudos e são responsáveis por uma crítica radical das normas sexuais e por mudanças na legislação. Na França o movimento de liberação das mulheres possuía duas frentes de lutas: pelo aborto livre e gratuito (1970) e contra o estupro e a violência (1975).

Sob o slogan ' "nosso corpo nos pertence", o movimento feminista questiona a autonomia das mulheres sobre o seu próprio corpo, exigindo que as mesmas tenham o domínio da sua sexualidade e recusando a postura de que este assunto pertence à esfera privada. Essa nova atitude confere ao tema uma dimensão política, pois o que parecia ser restrito a uma atitude individual, na verdade esconde um viés controlador do corpo feminino, que ao longo do tempo foi medicalizado e controlado pelo Estado, Igreja, médicos e pela família representada pelo pai o do marido.

Os estudos sobre normas sexuais que desde o início do século XX já era presente nos estudos sobre mulheres, tem seu apogeu nos anos 1960 e 1970. Neste período o movimento reconhece que é impossível as reivindicações sobre igualdade dentro do sistema patriarcal, que por si só já é desigual. Segundo Lhomond (2009, p.233) essa discussão contribui para que novos padrões de comportamentos sexuais fossem engendrados, o que possibilitou alavancar mudanças nos padrões sexuais da época:

A estruturação da família, a desigualdade jurídica e social dos sexos dentro e fora do casamento, homossexualidade masculina e o lesbianismo, a reprodução e a limitação de nascimentos, a sexualidade pré-conjugal, a violência sexual, a mercantilização da sexualidade (prostituição, pornografia, etc.) foram transformadas tanto na maneira como são percebidas quanto na prática. Elas constituem questões fundamentais nas lutas políticas e sociais.

A experiência das mulheres feministas, exiladas na Europa, em especial na França foi muito enriquecedora do ponto de vista político e cultural, pois mesmo vivendo uma realidade dolorosa, as mesmas “alimentaram” o movimento no Brasil através do envio de materiais, intercâmbio com outros grupos, organização de novos grupos, contribuindo desta forma para a consolidação do movimento no país.

Ao regressarem ao Brasil, após a anistia trouxeram na bagagem muito mais que saudade, mas uma gama de experiências e conhecimentos que logo foi colocada a serviço das mulheres seja pela vinculação ao movimento social, como também através da produção acadêmica feminista. Estudos e pesquisas sobre mulheres se multiplicaram, possibilitando conhecer a realidade vivida pelas mesmas. Cisne apud Pinto (2003, p.54), destaca a importância da contribuição dos grupos que se formaram na Europa para o crescimento do feminismo no Brasil:

Dos grupos de exiladas, destacamos o Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris, que durou de 1975 a 1979. A importância desse círculo residiu na formação de uma postura política de esquerda claramente identificada com a luta de classe e de um trabalho interno de grupo de reflexão no melhor estilo do feminismo europeu.

Apesar da conjuntura adversa em que os espaços eram ocupados por discussões pró-democratização, pelo fim da censura, pela anistia aos presos políticos e exilados, aliado a uma tradição marxista que tinha por base a luta do proletariado contra a burguesia e as discussões feministas era considerado um desvio desta luta, um fato inquestionável estava pautado, a existência do movimento feminista no Brasil com toda a sua fragilidade e fragmentação, representando uma força capaz de incomodar tanto os militares como os homens da esquerda brasileira. As mulheres passaram a ocupar a cena pública, mas isso não foi suficiente para que suas pautas fossem incorporadas nas discussões acadêmicas e tampouco no meio sindical, onde a desigualdade salarial entre homens e mulheres era uma realidade a

ser superada, mas somente as feministas e as militantes dos movimentos, publicizaram o problema.

O que temos hoje em termos de estudos de gênero é uma herança deste rico período vivido pelas militantes exiladas em particular na França que influenciou fortemente o movimento feminista brasileiro. Podemos afirmar que a experiência vivida por este grupo não foi desperdiçada e sim muito bem aproveitada, pois os estudos feministas alcançaram uma ampla dimensão interdisciplinar, penetrando nos mais diversos segmentos das ciências sociais, construindo um aporte teórico sólido, consistente, responsável por inúmeras transformações na vida social.

Nesta perspectiva de apontar o legado dos movimentos feministas para a vida social, Cisne (2014, p.140) citando Bandeira (2000) aponta três rupturas advindas da herança da radicalidade do pensamento e do movimento feminista:

A ruptura do e com o sujeito único, o que nos remete a questão da diferença, tornando as mulheres visíveis e partícipes da história; uma ruptura epistemológica, que cria um campo do conhecimento de pesquisa científica e política que traz a mulher para o centro tanto como objeto como sujeito. A ruptura pela equidade que preferimos denominar de ruptura pela igualdade. Essa ruptura tem como suposto básico que as diferenças e as relações entre os homens e mulheres são fatos construídos, o que remete a possibilidade de superação das desigualdades entre eles.

Essas três principais rupturas são responsáveis pelas transformações e superação de muitas fronteiras culturais, morais que existiam até aquele momento e propiciaram a construção de padrões de relacionamentos diferentes, a abertura de campo do conhecimento sobre mulheres, pesquisas e estudos, retroalimentando o movimento feminista que se fortaleceu e nos anos 1980. Houve uma clara aproximação com a esfera estatal, provocando uma divisão no interior do movimento. De um lado as feministas que buscavam a institucionalização do movimento e de outro as feministas que preferiam a autonomia e viam nessa ligação “um sinal de cooptação”. Cisne (2014, p.140), afirma que:

A década de 80 foi marcada por um feminismo mais institucionalizado, especialmente por meios dos Conselhos da Condição da Mulher e Delegacias da Mulher, além da presença feminina em cargos eletivos. O feminismo acadêmico também marca essa década, com destaque para as pesquisas na área da saúde e violência contra a mulher.

2.5 FEMINISMO INSTITUCIONALIZADO: Terceira onda

A autora chama a atenção para a encruzilhada vivenciada pelo movimento feminista trazida pela institucionalização, que foi a penetração na esfera estatal, sem, contudo o poder de decidir o rumo da política. Esta terceira onda do feminismo esta alicerçada na batalha política pela ampliação dos direitos conquistados e na presença marcante do movimento feminista no âmbito governamental, sem ao menos possuir o poder de decisão, mas pautar suas reivindicações.

Embora sem autonomia para ampliação dos espaços nas políticas públicas, Cardoso (2012) afirma que o movimento feminista incentivava as mulheres para o debate em torno do tema: livre arbítrio, ao decidir sobre sua reprodução biológica, deixando para o Estado assumir as condições para que se ofereça assistência à contracepção no contexto da assistência a saúde como parte integrante.

Para Cisne (2014) é nos anos 1990 que vai acontecer a institucionalização do feminismo, através do fenômeno chamado de “onguização”, ou seja, as ONGs (Organizações Não Governamentais) que se espalham pelo país e são responsáveis pela “profissionalização” do feminismo em detrimento do feminismo como movimento social. Segundo a autora:

Esse feminismo profissionalizado reedita, em grande medida, o feminismo bem-comportado e encontra sérios limites institucionais para atuar com autonomia frente ao Estado e demais organismos financiadores das ONGs, trazendo, portanto, grandes implicações e desafios para a luta das mulheres. (CISNE, 2014 p.141)

A autora afirma que essa institucionalização do movimento foi criticada por algumas feministas que questionaram o tipo de compromisso que as ONGs estabeleciam com órgãos financiadores, pois o orçamento era financiado por organismos internacionais ou pelo Estado. Fato que favoreceu a redução de ativismo dando mais referência ao profissionalismo.

É relevante considerar que apesar das críticas, esta institucionalização e profissionalismo deram maior evidência para o planejamento e a realização de projetos estáveis voltados para as demandas necessárias das mulheres, uma vez que as ONGs feministas foram identificadas através do diretório da Associação Brasileira de ONGs (ABONG), o qual fornece informações a respeito da data da

fundação, endereço, missão institucional, orçamento, fonte de recursos, público-alvo, entre outras; e que permitiram um primeiro retrato das ONGs.

Este novo panorama de institucionalização do feminismo só pode ser entendido no contexto geral das transformações ocorridas no mundo a partir da interferência nos movimentos sociais, tendo como pano de fundo o projeto neoliberal, que através dos organismos internacionais, como Banco Mundial, passa a financiar projetos que não questionem a estrutura de poder. No caso específico das relações sociais de sexo, impõe-se a utilização do termo gênero, em substituição aos chamados “estudos sobre mulher”, pois como a discussão de gênero é abrangente, ela possibilita despolitização. (NASCIMENTO,2012) O financiamento de projetos e ações que tivessem em seus objetivos “o recorte de gênero”, foi uma tônica do momento. Segundo Cisne (2014) o projeto neoliberal, buscou promover a fragilização, a fragmentação, quando não, a cooptação dos movimentos sociais em especial do movimento feminista.

Contudo, aliado a estes constantes ataques do neoliberalismo aos movimentos sociais, a terceira onda do feminismo é caracterizada pela construção dos Conselhos do Direito da Mulher que intermediaram a relação do Estado com os movimentos. Segundo Souza-Lobo (2011) duas posições passam a polarizar o feminismo brasileiro: a que preconizava a ocupação dos novos espaços governamentais e a outra que insistia na exclusividade da atuação nos movimentos, desatrelado da tutela do governo. Essa relação Estado e Movimento é objeto de análise de Souza-Lobo (2011, p.227) como podemos observar nesta citação:

Por um lado, é certo que o Estado não é um espaço neutro e vazio, mas tem suas regras e mecanismos que ferem a autonomia dos movimentos, impõem tempos e alianças, subordinam lutas e propostas. Por outro lado, é evidente que os espaços no governo foram conquistados, num primeiro momento, simbólicos, mas que se transformaram num instrumento para canalizar e elaborar políticas. Se os espaços se dividem, o problema reside não na diversificação das práticas, mas na submissão voluntária ou não dos movimentos à iniciativa dos órgãos estatais ou na substituição dos movimentos pelo Estado ou na confusão entre movimento e Estado, visível na forma dos Conselhos que, no discurso de algumas, seria um representante dos movimentos.

O feminista brasileiro viveu esta encruzilhada: fazer parte do governo através dos conselhos e entidades criadas ou continuar exclusivamente na atuação nos movimentos pautando suas reivindicações. Esse dilema aliado ao “recorte de

gênero” foi a tônica das discussões, sendo que as ONGs centraram suas forças para a “educação e formação política das mulheres pobres”. Passando também a discutir políticas públicas em saúde reprodutiva.

No Brasil os desdobramentos das discussões culminaram com a inserção no texto da Constituição Federal de 1988, no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar:

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 para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1998).

Em 12 de janeiro de 1996, foi decretada a Lei nº. 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. No Capítulo I, art. 4º, dessa lei, lê-se:

O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário à informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade. O planejamento familiar é previsto como livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo realizado na perspectiva do atendimento global e integral à saúde.

Artigo 1º. O Planejamento Familiar é direito de todo cidadão.

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

Artigo 3º. O planejamento é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, do homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

No que diz respeito às mulheres, a Constituição de 1988 assume vários pressupostos já estabelecidos em documentos internacionais, como a igualdade entre homens e mulheres em geral (art. 5º) e especificamente no âmbito da família (art. 226, § 5º), a proibição de discriminação no mercado de trabalho, por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil (art. 7, regulamentado pela Lei nº. 9.029 de 13/04/95, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas que possam prejudicar as mulheres, para admissão ou permanência no trabalho); a proteção da maternidade como direito social (art. 6º); a garantia de licença à

gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, por 120 dias (art. 7º,) (BRASIL, 1990).

Em 1995 aconteceu a Conferência Internacional dos Direitos da Mulher em Pequim, onde o foco foram os direitos humanos, com ênfase a violência contra a mulher. Esta conferência representa segundo Cisne (2014), um marco a onda de institucionalização do feminismo nos anos 1990, tanto via ONGs, como também, por meio da profissionalização junto ao Estado. Segundo esta autora as feministas passaram a ser “Especialistas em Gênero” deixando a organização e a formação política das mulheres de lado e concentrando-se nos estudos e pesquisa sobre gênero, deixando de lado o enfrentamento político que caracterizou o movimento feminista nas décadas de 1960 e 1980.

Nos últimos 15 anos é perceptível a redução do número de ONGs feministas, em virtude, segundo Cisne (2014), da saída das agências internacionais do Brasil e conseqüentemente pelo fim dos financiamentos de projetos e não pela necessidade de retomada do feminismo como movimento social. Nesta perspectiva alguns movimentos sentem a necessidade de retomar a combatividade e autonomia em detrimento de uma institucionalização subordinada, segundo a autora.

Neste percurso da luta das mulheres podemos perceber um caminho de avanços e retrocessos, resistências, retomadas e posições firmes diante de uma conjuntura excludente e que os movimentos que permanecem na luta pelos direitos das mulheres passaram por uma reconfiguração e atuam em diversas frentes de batalha, preservando sua autonomia como movimento social.

Uma das vertentes que mais avançou na perspectiva da garantia dos direitos das mulheres foi às ligadas ao combate a violência de gênero e a saúde, que conseguiu pautar e transformar em políticas públicas muitas das aspirações do movimento, em especial na questão da saúde da mulher, após ampla mobilização social que envolveu o movimento feminino de diversas matizes e as instituições públicas ligadas à saúde e aos direitos das mulheres. Em 1985 é criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher- DDM, um marco na luta contra a violência de gênero.

Neste caminho e a partir da mobilização das mulheres alguns avanços foram conquistados como podemos destacar, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres- SPM com status de Ministério, criada em 2003, que tem como

objetivo a valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País.

Ainda em consonância com as aspirações dos movimentos de mulheres em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM, a partir de um diagnóstico epidemiológico da situação da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas estaduais de saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado, em 1983, no contexto da redemocratização do país/ Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista. O site da SPM aponta como um dos seus objetivos:

Incluir na PNAISM um atendimento mais justo, humano, eficiente e eficaz. Ela considera como prioritários que: a integralidade e as questões de identidade de gênero e raça sejam incorporadas na formação dos profissionais de saúde; as especificidades das mulheres Lésbicas e Transexuais e das mulheres em situação de rua sejam priorizadas; assim como o acesso aos insumos para proteção das DST/HIV/AIDS, aos métodos anticoncepcionais e aos exames citopatológicos para prevenção do câncer de colo de útero.

A integralidade das ações pressupõe que também os profissionais da saúde que no dia-a-dia atendem as mulheres nos diversos centros especializados, possam ter acesso a conteúdos que discutam gênero e raça, afim de que possam oferecer um atendimento pautado na justiça, eficiência, eficácia e na humanização dos serviços.

Todas as “ondas” por que passaram o movimento feminista contribuíram para o seu fortalecimento e amadurecimento e foram de fundamental importância para a concretização de muitos dos direitos conquistados pelas mulheres, em especial na área dos direitos sexuais e reprodutivos.

Neste sentido o segundo capítulo desta dissertação versará sobre as conquistas na área da saúde da mulher em especial o Programa de Planejamento Familiar, seu percurso histórico, em especial o operacionalizado pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, onde foi realizada a pesquisa

QUADRO 1- SÍNTESE HISTÓRICA DA LUTA DAS MULHERES NO BRASIL- 1ª ONDA DO FEMINISMO-MOVIMENTO SUFRAGISTA.

1810	1922	1931
<p>A Sra. Dionísia Farias da Rocha, denunciou a estreita ligação entre subjugação feminina e carência de educação. Foi uma das primeiras mulheres brasileiras a se manifestar a favor dos direitos de seu sexo</p>	<p>A bióloga Bertha Lutz destaca-se na luta pelo sufrágio feminino. Líder da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF), o sufrágio representava o primeiro instrumento a ser conquistado de legitimação do poder político</p>	<p>Nathércia da Silveira funda a Aliança Nacional de Mulheres (uma dissidência da FBPF). Embora ambas as instituições possuíssem propósitos muito próximos, a primeira ocupava-se mais com questões que envolviam o trabalho da mulher, enquanto a segunda tinha sua atenção dirigida principalmente à educação feminina. Neste mesmo ano, Bertha Lutz promove o Congresso Internacional Feminista, ocasião em que as congressistas tem acesso ao Presidente do Governo Provisório Getúlio Vargas, que se comprometeu a elaborar o código eleitoral. Segundo o qual consagra às mulheres o direito ao voto. Tal avanço em relação aos direitos das mulheres, mesmo que tenha representado uma importante conquista, foi seguido de um longo período de estagnação do movimento feminista, decorrente principalmente, do caráter do governo que na época instalou-se no país (Estado Novo), durante o qual todo tipo de mobilização popular de cunho reivindicatório foi impedido ou dificultado.</p>

Fonte:construído no decorrer da pesquisa bibliográfica

FEMINISMO DIFUSO: Segunda onda

1970	1972	1975
<p>O feminismo ressurgiu como um movimento de massa, com acentuada força política e enorme potencial de transformação social. Nasceram, assim, diversas organizações que atuam como núcleos congregadores. Elas desenvolvem atividades permanentes- grupos de trabalho, pesquisas, debates, cursos, publicações- e participam das campanhas que levam milhares de mulheres às ruas por suas reivindicações específicas, dentre as quais se destacam: sexualidade e violência, formação profissional e mercado de trabalho.</p>	<p>Realizou-se no Rio de Janeiro o Conselho Nacional de Mulheres, sob a presidência de Romy Medeiros da Fonseca. A tal encontro pode ser creditada importantíssima contribuição, em termos de mudanças na aplicação de leis que já vigoravam, como, também na criação de outras.</p>	<p>Um dos fatos mais emblemáticos daquela década foi a criação em 1975 (Ano Internacional da Mulher), do Movimento Feminino pela Anistia. No mesmo ano a ONU com apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), realiza uma semana de debates sobre a condição feminina. Ainda nos anos 70 é aprovada a lei do divórcio, uma antiga reivindicação do movimento feminista.</p>

Fonte: construído no decorrer da pesquisa bibliográfica

FEMINISMO INSTITUCIONALIZADO: Terceira onda

1980	1990	2000
<p>Nos anos 80 as feministas embarcaram na luta contra a violência. Na perspectiva de gênero as mulheres são diferentes, mas não desiguais. Em 1985 é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), subordinado ao Ministério da Justiça, com o objetivo de eliminar a discriminação e aumentar a participação feminina nas atividades políticas, econômicas e culturais.</p>	<p>A década de 90 foi marcada pela profunda conquista de direitos das mulheres, principalmente no campo civil, bem como estudos que analisavam as relações entre mulheres, vida pública e vida privada. Tais estudos tiveram uma importante contribuição ao denunciar que tanto o papel feminino quanto o masculino são na verdade criações culturais e como tal consistem em comportamentos aprendidos por meio do processo de socialização.</p>	<p>Em 2002 foi criada pela pressão dos movimentos de mulheres a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, subordinada ao Ministério da Justiça. Em 2003 é criada a SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres, que tem o objetivo de coordenar e incentivar nos órgãos institucionais as políticas transversais de gênero.</p>

Fonte: construído no decorrer da pesquisa bibliográfica

3 SAÚDE DA MULHER E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

No Brasil a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas no início do século XX, com um viés altamente conservador, pois a intervenção era restrita a gravidez e ao parto, contemplando somente um aspecto da vida da mulher, que é a maternidade, concebida como um estado vulnerável, que inspira cuidados. A concentração da assistência neste ciclo de vida da mulher era ordenada pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que foi inspirado nas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pautado na estratégia de atendimento prioritário a “grupos de risco e situações de vulnerabilidade”.

Segundo Souza Lobo (2000, p.198)

Não é preciso dizer que mais uma vez a mulher é vista pelas políticas sociais enquanto mãe e não enquanto ser integral posto que todo jogo de poder girou em torno do controle e não fertilidade feminina

Prevenção, diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas e biopsicossociais decorrentes de gestação não planejada, aborto e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, foram relegados a segundo plano, acarretando enormes prejuízos para a população feminina brasileira, expresso por alto percentual de morte de mulheres¹ na faixa etária de 15 a 49 anos, que morriam de causas evitáveis, como complicações na gravidez, parto e puerpério, além de neoplasias malignas da mama e colo do útero, detectáveis a partir do auto-exame das mamas e do PCCU, consideradas como medidas simples e eficazes que colocadas em prática pelos municípios poderiam salvar muitas mulheres.

Segundo Ávila (2003) o PSMI foi criado em, 1960, pelo Ministério da Saúde e implementado pelas secretarias estaduais de saúde. Por concentrar suas ações no

¹ A OMS define mortalidade materna como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela”. Na América Latina, além do Brasil, mais dez países conquistaram avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013. Nos últimos anos o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43%. A OMS alerta que, ainda assim, o país está longe de alcançar as metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que é de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna prevista para 2015. Segundo Botelho (2013), no Pará, os percentuais ainda são altos, ocorreram 383 mortes no período de janeiro de 2006 a Dezembro de 2010. Dados do Comitê Hospitalar de Mortalidade Materna da FSCMP, registrou em 2013, óbitos de 35 mulheres e, em de 2014 foram contabilizados 33 casos.

binômio mãe-filho, o PSMI, revelou-se muito tímido em relação a outros aspectos da vida da mulher como reivindicavam os movimentos feministas.

De acordo com Ventura (2009), Ávila (2003) e Berquó (2003) ao longo do tempo o tema saúde da mulher tem contemplado duas visões. Na primeira a saúde da mulher, é concebida somente do ponto de vista da maternidade e de questões ligadas ao aparelho reprodutivo e alvos dos principais investimentos de programas e campanhas por parte dos governos. Na segunda aparecem discussões relacionadas com reivindicações trazidas pelos movimentos sociais de mulheres, movimentos étnico-raciais e de homossexuais como: gênero, direitos sexuais e reprodutivos, pobreza, idade, orientação sexual, raça/etnia, trabalho e violência.

Em consonância com as aspirações do movimento de mulheres e do movimento da Reforma Sanitária, o governo federal cria em 1983 o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher), que traz para o debate questões que vão além da contracepção e do período gravídico-puerperal (gravidez, parto e puerpério), como o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, que só será normatizado na segunda década dos anos 1990, após as convenções internacionais do Cairo e de Pequim, que o Brasil é signatário.

Dentre as diretrizes do Programa considerava-se ações educativas, preventivas, diagnóstico, proteção tratamento e recuperação, englobando todo o ciclo de vida da mulher, do nascimento à velhice, preconizando a integralidade das ações, entendido como “assistência organizada, e voltada para o indivíduo na sua singularidade e totalidade holística” (Costa, 1999:322), bem como enfatiza a mulher como protagonista de sua saúde, ou seja, fazendo parte deste processo, não mero receptáculo das ações.

O site do Ministério da Saúde afirma que o PAISM é um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o Estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até,então, desenvolvido. Segundo o portal saúde, ligado ao MS:

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de

relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. (PORTAL SAÚDE. Saúde. gov.br)

O programa traz em seu bojo o princípio da assistência integral à saúde da mulher, rompe com o modelo anterior que atendia a mulher a partir de um aspecto da sua vida, que é a maternidade. Destaca a autonomia das mulheres sobre o seu corpo, sua vida e sua saúde, com o lema “nosso corpo nos pertence”, incorporado do movimento feminista que enfatizava ainda a necessidade do cuidado integral e das mulheres serem vistas como sujeitos, com direitos e deveres.

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, de ações globalmente dirigidas ao atendimento a todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984,p.15).

Considera – se como principais objetivos do PAISM:

- ✓ Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população.
- ✓ Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais).
- ✓ Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- ✓ Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmitidas.
- ✓ Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- ✓ Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

- ✓ Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Na avaliação de Gonçalves (2002), com o PAISM, pela primeira vez o governo brasileiro assume uma política e saúde voltada para os interesses das mulheres impulsionado pelas reivindicações dos movimentos de mulheres, que ganha apoio dos profissionais de saúde que lutavam não somente para o resgate da saúde sexual e reprodutiva da mulher, mas também pela qualidade da saúde pública no Brasil, assim:

O movimento de mulheres aglutinou forças, mobilizou a sociedade em torno dessa luta, realizou uma série de encontros, congressos nacionais e internacionais, promoveu inúmeros eventos demarcando definitivamente a conquista de direitos que até então não havia ocorrido na história das políticas sociais femininas no Brasil, especialmente na área da saúde. (GONÇALVES, 2002 p.25)

Outra contribuição do movimento de mulheres, em especial o movimento feminista, para alteração da concepção restrita de saúde e de doença da mulher nas agendas governamentais, articularmente, na política de saúde, diz respeito a problematização das relações privadas como uma discussão pública e causa de adoecimento de muitas mulheres, uma vez que os altos índices de violência de gênero, explicavam muitos problemas de saúde apresentados por elas.

No PAISM são preconizadas certas medidas sobre o planejamento familiar. Este programa ganha destaque nas questões referentes à acessibilidade da população aos meios reversíveis de contracepção. Foi disponibilizado grande número de métodos contraceptivos e desenvolvida, em nível nacional, a capacitação de profissionais de saúde para promover assistência qualificada durante o planejamento familiar. Essas ações obtiveram impacto inicial, mas não se verificou continuidade e resultados significativos na acessibilidade da população a métodos contraceptivos e contraceptivos nas décadas seguintes (COSTA, 1999).

Uma das principais razões atribuídas à desaceleração das ações do PAISM residiu na interrupção, em 1997, do fornecimento de métodos e insumos pelo Governo Federal. Quando o ministério descentralizou o PAISM, atribuindo aos estados e municípios a compra e distribuição de métodos contraceptivos e contraceptivos ocorreram expressiva queda na oferta de métodos contraceptivos à população (BRASIL, 1990).

Devido a sua importância e penetração na sociedade o PAISM é elevado a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, tendo como meta principal consolidar os avanços obtidos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, mas ainda com ênfase na atenção obstétrica e ampliação do acesso ao planejamento familiar.

Dentre os objetivos estabelecidos pelo PNAISM, destacam-se a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, possibilitando o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como os demais direitos, legalmente, constituídos, ampliando o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência. Nesta perspectiva, o Programa também se propõe a:

- Melhorar a atenção nas intercorrências obstétricas;
- Enfrentar a violência doméstica e sexual;
- Reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis;
- Prevenir e tratar as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, o câncer de mama e de colo de útero;
- Tratar as doenças crônicas não transmissíveis.

Para dar conta da diversidade das mulheres, ao longo dos anos os planos de ação da política de saúde, foram ampliados para atender grupos que historicamente foram alijados das políticas públicas, como mulheres vivenciando o climatério, jovens, adolescentes, lésbicas, bissexuais, negras, índias, quilombolas, apenadas, deficientes físicas e mentais, transexuais, mulheres que vivem no campo, na floresta, e em situação de rua, conforme o nível de reivindicação dos movimentos identitários.

Ao longo do tempo podemos constatar a ampliação da rede de serviços oferecidos a mulher no que tange a sua saúde, mas entendemos que algumas especificidades ainda não foram contempladas, como é o caso das mulheres que vivem distantes dos centros urbanos, como nas regiões longínquas da Amazônia, onde a rede de saúde é deficitária, são poucos os profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar sem o mínimo de condições, o quê tem profundos rebatimentos sobre a vida dos habitantes desta região, em especial das mulheres. Não é por

acaso que na região Norte é alto o número de casos de câncer de colo de útero² também chamado de cervical, causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano - HPV, apresenta-se bastante elevado.

Segundo os especialistas destacados nesta dissertação, a Constituição brasileira de 1988 representou um inegável progresso, mas no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, que já vinham sendo discutidos desde 1967 pela ONU, a carta magna não reservou um capítulo próprio para discutir esses direitos como fez com o meio ambiente. Mas adotou, integralmente, todos os princípios dos tratados internacionais de direitos humanos. Segundo Ventura (2009), estes princípios são:

- Princípio da cidadania e dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III);
- Princípio da convivência livre, justa e solidária (art. 3º, I);
- Princípio da promoção do bem de todos sem preconceitos ou quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, IV).

Na referida Carta Magna, o respeito aos direitos humanos são básicos e estão inseridos nas várias normas e princípios que dispõem sobre os Direitos e Garantias e sobre a Ordem Social, que constituem os direitos reprodutivos. Segundo Ventura (2009) a Constituição brasileira, estabeleceu direitos e garantias específicos sobre reprodução humana, que deverão ser contemplados nos vários campos do direito-civil, penal, trabalhista e saúde, entre outros- formando um sistema especial de proteção.

As diversas conferências internacionais organizadas pelas ONU, também contribuíram para que as políticas de saúde tivessem um desenho mais democrático e abrangente, relacionando as discussões em torno da saúde da mulher no contexto do debate dos direitos sexuais e reprodutivos.

O debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos é muito abrangente. Atualmente, não se limitam à proteção da reprodução, mas perpassam várias áreas do conhecimento, como saúde, direito, direitos humanos, assistência social,

² É o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Segundo o site do INCA (Instituto Nacional do Câncer), a prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*.

previdência social e englobam as questões referentes a um conjunto de direitos individuais e sociais, que devem interagir a fim de propiciar o exercício pleno da sexualidade e da reprodução humana.

Neste sentido, os direitos sexuais e reprodutivos estão assegurados a todas as mulheres e homens através de leis nacionais, internacionais, convenções, normas, princípios e medidas de cunho administrativo. O Brasil é signatário de muitos tratados internacionais que contribuíram para a construção a legislação brasileira no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos.

Os mais significativos são: Estatuto de Roma (2002); Corte Interamericana de Direitos Humanos (1998), CEDAW (1979), Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes (1984), Convenção sobre Direitos da Criança (1989), Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), Convenções da Organização Internacional do Trabalho (2000), Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1989), convenção Americana de direitos Humanos (1969), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e erradicar a Violência contra a Mulher (1994).

Todos estes sistemas se interligam e se completam para ampliar e fortalecer os direitos humanos. A realidade brasileira comporta um descompasso entre a norma e a efetivação dessas leis através das políticas públicas, sendo o judiciário pouco acionado para equacionar este descompasso. Segundo Ventura (2009):

No que concerne aos direitos reprodutivos, constata-se que ainda são muito pouco reivindicados no judiciário, fazendo-se necessária a utilização dessa estratégia para ampliar o acesso a justiça e permitir que os avanços obtidos na lei sejam incorporados à jurisprudência nacional e às políticas públicas.

Dentre as normas internacionais que tratam dos direitos sexuais e reprodutivos, destacamos a 1ª Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã, capital do Irã, em 1968, onde o tema dos direitos sexuais e reprodutivos já estava em discussão, sendo aprofundado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo em 1994, que estabeleceu:

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidade ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência. (Cap.VII,7.2)

Nesta conferência pela primeira vez é explicitado o termo “direitos reprodutivos”, e sua inter-relação com os direitos sociais e individuais, sendo os direitos sexuais e reprodutivos, entendido como o direito a reprodução e ao exercício da sexualidade. Para isso homens e mulheres precisam ter acesso à informação, métodos eficientes, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar, bem como o acesso a serviços de saúde que possam garantir o exercício deste direito, sendo responsabilidade do Estado à promoção, efetivação destes direitos.

Segundo um dos méritos desta conferência é elevar ao grau de direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos, reconhecendo-os como direitos básicos de todo casal ou individuo de decidir livre e responsavelmente sobre sua reprodução, bem como devem ser promovidas relações respeitadas e equitativas entre os sexos. Esta nova concepção dos direitos reprodutivos, como direitos humanos, deve orientar a formulação de novas políticas sociais.

A conferência do Cairo (1984) define os seguintes direitos reprodutivos e sexuais:

- Direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre os nascimentos;
- Direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade;
- Direito a ter controle sobre seu próprio corpo;
- Direito de exercer sua sexualidade sem sofrer discriminação ou violência.

E os direitos humanos básicos:

- Decidir livremente e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos.
- Ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências.

Os países signatários da conferência, entre eles, o Brasil, se comprometeram a promover o desenvolvimento, por meio da promoção dos direitos

humanos, através do fortalecimento da cidadania, o acesso universal à saúde, à informação e os serviços de saúde sexual e reprodutiva, a fim de propiciar escolhas responsáveis e a equidade entre os sexos. A partir deste momento os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser reconhecidos como direitos humanos.

A conferência do Cairo também define o conceito de assistência a saúde reprodutiva que inclui a saúde sexual, devendo ser realizada no nível primário, garantindo aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de pré-natal, de parto seguro e de assistência ao pós-natal; prevenção e o devido tratamento da esterilidade; aborto legal, tratamento das seqüelas do aborto provocado, sexualidade humana e paternidade responsável.

Nesta perspectiva, a assistência a saúde reprodutiva é entendida como:

Constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (Cap.VII,7.2 da Conferência do Cairo)

A referida conferência chama a atenção também para o papel desempenhado pelo homem na sociedade, que deve ser ativa, bem como enfatiza sua participação na questão da saúde reprodutiva. Para isso faz-se necessário alcançá-lo, nos mais diversos locais, seja no trabalho, no lar, local de recreação, na escola, oferecendo a estes métodos anticoncepcionais masculinos, informação e orientação adequada e a necessidade de:

Educar o homem e capacitá-lo a partilhar, de uma maneira mais equitativa, do planejamento familiar, das responsabilidades domésticas e da criação dos filhos, e a aceitar a principal responsabilidade pela prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (Cap.VII. 7.8 da Conferência do Cairo).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, é avaliada como a maior em número de participantes e a mais importante, pelos avanços conceituais, contidos em suas deliberações e pela influência que tem na situação da mulher. Constitui-se como um “guia de orientação” para os governos e sociedade no que concerne ao aperfeiçoamento das leis, na formulação das

políticas sociais e na implementação de programas para promover a igualdade e combater a discriminação da mulher em todos os campos da vida social.

Em seu capítulo I, na declaração de objetivos, a plataforma reafirma o direito das mulheres como Direitos Humanos (PEQUIM, 1995,p.154), como podemos constatar:

A Plataforma de Ação reafirma o princípio fundamental, estabelecido na Declaração e no Programa de Viena, aprovados pela Conferência Mundial de Direitos Humanos, de que os direitos humanos das mulheres e das meninas são uma parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. Como programa de ação, a Plataforma objetiva promover e proteger o gozo pleno de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as mulheres, ao longo de toda a vida.

Esta conferência vai além da plataforma do Cairo, quando, reafirma o dever do Estado em promover a saúde sexual, desatrelada da saúde reprodutiva, como fazendo parte, dos direitos individuais e sociais, constituindo-se em direito humano fundamental, como podemos observar nesta citação:

Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e a reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas conseqüências. (PEQUIM,1995,p.179)

No tocante a saúde reprodutiva e saúde sexual a Conferência formula um conceito bem abrangente que engloba aspectos gerais das condições de vida de homens e mulheres:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exeqüíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a

gravidez, bem como partos sem riscos, e dão aos casais as melhores possibilidades de terem filhosãos. Em consonância com essa definição de saúde reprodutiva, o atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, ao evitar 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 a assistência social e o atendimento relativo à reprodução e às enfermidades sexualmente transmissíveis. (PEQUIN, 95,p.175)

A Conferência de Pequim em seu capítulo 89^o reconhece que a mulher não goza nem de saúde e muito menos de bem estar e que a causa principal disso é a desigualdade entre mulheres e homens e também a desigualdade entre mulheres de regiões geográficas, classes sociais e grupos indígenas e étnicos diferentes e que as condições necessárias para a saúde e o bem estar, tem como tripé a distribuição das obrigações familiares, o desenvolvimento econômico e a paz entre os países.

A referida Conferência estabelece como objetivo estratégico a promoção de pesquisas e difusão de informações sobre a saúde da mulher. Para isso, faz-se necessário a adoção das seguintes medidas: formação de pesquisadores, incentivar pesquisas, tratamentos e tecnologias que levem em conta o gênero e que tenham a mulher como centro; vincular conhecimentos tradicionais e nativos com a medicina moderna;fomentar pesquisas preventivas e sobre as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas relacionados à saúde das mulheres, bem como aponta a necessidade de aumentar o número de mulheres em postos de direção nas profissões que tratam da saúde.

Todas estas medidas visavam ampliar os mecanismos de conhecimento sobre a situação da mulher nos mais diversos campos e incentivar os governos, as instituições e organizações não-governamentais a conjugar esforços na busca de soluções para os problemas que afetam o universo das mulheres, como o planejamento familiar.

3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR: fragmentos históricos

Os estudos nos mostram que inexistente consenso sobre o crescimento populacional e os rebatimentos que tal crescimento pode ocasionar na vida das pessoas, das nações e do planeta terra, em relação a utilização dos recursos

naturais, da ocupação dos espaços, relacionados com os impactos econômicos e sociais.

O desejo de procriar e de não procriar dos seres humanos também é influenciado pelas teorias favoráveis e desfavoráveis ao aumento populacional, embora ideologicamente seja visto como um assunto restrito a esfera privada, cabendo as famílias “controlar” a procriação, papel, historicamente, atribuído, principalmente, às mulheres, já que são elas que engravidam.

Este assunto há muito tempo foi objeto de preocupação dos governantes, influenciados pela teoria do reverendo inglês Thomas Robert Malthus (1766-1834), que no século XVIII, alertava sobre os riscos da superpopulação no planeta, pois afirmando que o crescimento desordenado da população causaria desequilíbrio e, conseqüentemente, fome com o passar dos anos, pois os alimentos produzidos não seriam suficientes para alimentar uma superpopulação.

Esta preocupação com a procriação acompanha a humanidade desde os primórdios, quando foi detectada a relação intrínseca entre sexo e gestação. Segundo Rodrigues (1990), nas sociedades primitivas o infanticídio foi a primeira e a maior interferência ao potencial reprodutivo, praticado quando o grupo sentia a ameaça para a sobrevivência de crianças mais velhas ou dos adultos diante da escassez de alimentos ou quando o nascituro se transformava em obstáculo para atividades produtivas cruciais.

Desde a antiguidade, o ser humano elaborou diversas formas de anticoncepção, há registros no Egito de vários tipos de pessários (supositórios vaginais) feitos de linho ou lã, utilização de fezes de crocodilo com fibras umedecidas na entrada do útero, mel e carbonato de sódio na vulva e uma mistura de ponta de acácia, tâmaras e mel dentro do útero. Todos estes mecanismos acreditavam-se ser espermicida. O coito interrompido (retirada do pênis pelo homem da vagina antes da ejaculação), também já era amplamente utilizado pelas pessoas visando a anticoncepção. Há relatos desta prática muito antiga até mesmo na Bíblia e, por muito tempo, foi o método contraceptivo mais utilizado. Nesta época já havia se relacionado a liberação do sêmen no interior da vagina com uma posterior gravidez. Entretanto somente no século XVII com o advento do microscópio foram descobertos os espermatozóides como células germinativas.

Segundo Rodrigues (1990) na idade antiga, já se conheciam mais de cem plantas que conteriam substâncias que afetariam a fertilidade humana, sendo o uso de chás a base de raízes muito empregado para conseguir a esterilidade temporária e usada também como abortivo. Para esta autora as diversas formas de contracepção já eram conhecidas pelos antigos, a mecânica, química e a comportamental.

Existem registros de preservativos masculinos rústicos feitos de intestinos de animal usados pelos homens europeus no século XVII com o intuito de evitar a gravidez e se proteger contra a sífilis. Estes preservativos não eram tão eficazes quanto os atuais preservativos masculinos feitos de látex.

Rodrigues (1990) afirma que a medida que as sociedades humanas foram se desenvolvendo surgiram outras formas de controlar o nascimento humano, como a restrição sexual compreendida como a delimitação de categorias sociais que poderiam copular ou não. Outra forma encontrada para delimitar a procriação foi o aborto provocado encarado com muita tolerância pela sociedade e até incentivado em alguns casos. Soma-se a isso razões de cunho físico, biológico e também estrutural como a escassez de alimentos, como podemos observar nesta citação:

O stress nutricional devido a carência sazonal de alimentos e a intensa atividade física traziam conseqüências significativas para o organismo, ao adiar a menarca, antecipar a menopausa, promover ciclos anovulatórios e, principalmente, influenciar a ocorrência de abortos espontâneo. Também a amamentação tinha um papel importante ao prolongar a amenorréia pós-parto, o que contribuía para o espaçamento de gestações, e a esperança de vida era muito inferior a dos tempos atuais. (1990,p.12 e 13).

Com o ciclo de vida da mulher reduzido por estes fatores, era natural que a procriação fosse difícil, penosa e representasse riscos a saúde da mulher. Durante a idade média coube à Igreja católica o papel de organizadora da sociedade, após a queda do Império Romano. Algumas medidas repercutiram, indiretamente, na queda da natalidade. Foram elas: proibição de muitos tipos de casamento como levirato, o sororato, entre filhos de criação, primos paralelos e cruzados e com “parentes próximos”. Repudiou o divórcio, a poligamia e o concubinato, reduzindo de sobremaneira as possibilidades de união conjugal.

Rodrigues (1990) afirma que para compensar essa perda da capacidade reprodutiva, era importante estimular os que viessem a casar na constituição de

grandes famílias. Neste período observamos que no final da idade média houve uma crescente expansão da população europeia aliada a produção agrícola, o que favoreceu a riqueza dos senhores de terra, incluindo a igreja. Neste cenário de prosperidade, inovações tecnológicas e reflorescimento comercial, além da mudança nas relações da Europa com outras regiões, surge a teologia de São Tomás de Aquino, enfatizando a procriação como “um bem natural”, um dever cristão de povoar a terra, estimulando dessa forma o crescimento populacional e “elevação da imagem da mulher e da sua condição”. Foi nesta época que foi construído também o culto a figura da Virgem Maria como exemplo de pureza, obediência, mãe e esposa.

Já a Idade Moderna foi um período de grandes turbulências e transformações no continente europeu, devido a transição entre o feudalismo e o capitalismo e as contradições vivenciadas no período. O crescimento populacional sofria a intervenção do Estado que controlava o tamanho da população, interferindo na natalidade, através da variação da idade mínima para o casamento, que no período de depopulação (eliminação de uma grande quantidade de habitantes, de determinado local ou região, objetivando uma quantidade mínima de sobreviventes a serem preservados) foi de 12 a 14 anos e, no século XIV, era de 15 anos. A idade permitida para contrair matrimônio variava de acordo com o quadro político-econômico da época.

Segundo Rodrigues (1990) durante a Idade Moderna era comum a prática do infanticídio e do abandono de crianças, especialmente de meninas, sendo rotineiro encontrar corpos de crianças em fossas e monturos de lixo ou abandonadas. O infanticídio e as epidemias periódicas contribuíram para que a população europeia neste período ficasse sob controle. No século XVIII, o racionalismo começa a balizar o comportamento e surge na França o controle consciente e direto da fertilidade:

O novo racionalismo começa a tratar a natureza, incluindo o homem, como uma máquina; logo seria possível conseguir a melhoria e o controle da vida e da morte através da técnica médica emergente, que incluía a prática da contracepção (RODRIGUES, 1990, p.25).

Logo, o racionalismo se espalhou pela Alemanha, América e a Inglaterra, berço da Revolução Industrial no século XVIII, ocasionando profundas mudanças no modo de vida da sociedade. Neste período houve um grande crescimento

populacional, ocasionado mais pela redução do infanticídio direto e indireto do que pela melhoria das condições de vida da população. Com a expansão das cidades, fábricas, do comércio, do setor de transporte, as oportunidades de emprego cresceram e vários membros da família podiam trabalhar, deslocando os trabalhadores para os novos centros de produção. Segundo Rodrigues (1990), o crescimento industrial se edificava baseado na terrível pobreza da classe trabalhadora, compelida a viver por baixos salários ou a tentar oportunidades de emprego errático que passaram a caracterizar o capitalismo industrial.

Neste período houve uma considerável demanda pela mão de obra feminina, que se obrigava a compatibilizar as extensas jornadas de trabalho nas fábricas com a maternidade. O trabalho das mulheres deslocou-se da casa para as indústrias. Até mesmo as crianças maiores eram convocadas para trabalhar nas fábricas e não poderiam cuidar dos irmãos menores. Diante deste quadro surgem as primeiras teorias para limitar a fertilidade dos pobres, e algumas décadas depois, a contracepção é um recurso usado não mais como prática individual, mas como movimento social organizado, um “remédio social”.

Em 1797, o inglês Jeremy Bertham sugeriu o uso de esponjas pelas mulheres pobres para reduzir a natalidade e “aliviar” a carga dos impostos que os ricos pagavam para amparar a pobreza. Nesta mesma linha de raciocínio o inglês Thomas Malthus divulga sua teoria sobre os riscos da superpopulação, afirmando que as pessoas pobres deveriam se casar mais tarde, tendo assim menos tempo para ter filhos, (Rodrigues, 1990, p.28). Em 1823 Francy Place, um reformista inglês iniciou uma campanha com a classe trabalhadora inglesa sobre contracepção, recomendando o coito interrompido e o uso de esponjas para evitar a gravidez. Afirmava que todos os meios seriam válidos, desde que não fossem infames para as pessoas, injuriosos à saúde ou destruidores da delicadeza feminina.

Como movimento social, a contracepção tem seu início, em 1854, com a publicação do livro: *elementsof social sciencede* George Drysdale que discutia de forma avançada sobre contracepção e educação sexual, sendo traduzido para dez idiomas na Europa. Uma forma encontrada pelo escritor de difundir as práticas contraceptivas foi fundar a Liga Malthusiana que não floresceu. Nos Estados Unidos, o médico Charles Knowlton, publicou um livro defendendo contracepção através da utilização de ducha pós-coito com espermicidas. Esta publicação não influenciou

muito a redução da natalidade, pois o país era grande e às áreas precisava ser ocupada, prevalecendo desta forma a constituição de grandes famílias. Rodrigues (1990) afirma que não havia incentivos políticos e econômicos para a limitação da família.

Somente com a vulcanização da borracha, em 1843, é que foi possível fabricar preservativos masculinos mais baratos e em larga escala; os anteriores eram rústicos, pouco eficazes, feitos de intestinos de animais. Entretanto, na Europa Ocidental, a forma mais utilizada para a contracepção continuava a ser o coito interrompido. Neste período, não havia interesse, nem investimentos científico e governamentais à contracepção. Esta ainda estava restrita ao espaço doméstico, às práticas individuais das pessoas.

Em 1877 o tema da contracepção foi, amplamente, discutido na Inglaterra a partir da divulgação de um panfleto elaborado por Annie Besant e Charles Bradlaugh que difundiram maciçamente através de seus livros práticas contraceptivas. Uma nova Liga Malthusiana foi formada, promovendo palestras sobre contracepção, afirmando que esta seria o “remédio” para todos os problemas sociais atribuídas a superpopulação e à “gravidez excessiva.” Com o sucesso do trabalho da liga, esta foi expandida para outros países, chegando ao Brasil em 1905. Rodrigues (1990), afirma que:

A Holanda teve uma importância enorme no movimento para reduzir a natalidade. Drysdale foi traduzido para o holandês em 1876, e uma Liga malthusiana foi fundada em 1882. A primeira médica do país, Aletta Jacobs, empenhou-se pela causa e passou a instruir as parteiras para que ensinassem os métodos de contracepção ao atender as mulheres em casa. Em 1880, Wilhelm Mesinga desenvolveu um diafragma para usar como pessário na vagina. Algumas décadas depois, já existiam na Europa cerca de 200 tipos de instrumentos mecânicos para a contracepção, além de grande variedade de soluções químicas que fossem espermicidas. A produção e o comércio de meios anticoncepcionais tornaram-se um grande negócio. (1990, p.31).

A contracepção deixa de ter um cunho estritamente pessoal e passa a ser objeto de investimento das indústrias farmacêuticas e de pesquisas científicas, com o intuito de produzir em larga escala os anticoncepcionais.

3.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

As demógrafas Berquó e Cavenaghi (2006) apontam que a redução da taxa de fecundidade das mulheres brasileiras desde a década de 1960 possui impactos diretos no nível de reposição da população e no envelhecimento da mesma. Afirmam também que as altas taxas de natalidade que não são homogêneas em todas as regiões brasileiras e nos segmentos da população, podem indicar a falta de acesso da população a programas de saúde reprodutiva, em especial, do planejamento familiar. Não sendo, entretanto, homogêneas em todas as regiões brasileiras e nos segmentos da população.

Segundo as referidas autoras as taxas sofreram redução de 24.1% entre 1970 e 1980, de 38.6% na década seguinte e a partir daí, 11.1% entre 1991 e 2000. A queda mais acentuada verificou-se naqueles grupos onde a fecundidade era mais alta em 1991, ou seja, nas mulheres pobres, menos escolarizadas, negras, moradoras das áreas rurais e na região Norte e Nordeste.

O gráfico abaixo mostra a queda da fecundidade no Brasil desde a década de 1940 onde a média de filhos por mulher era de 6.2 até 2004 em que se observou uma acentuada queda de 12.5% em relação ao último censo, com 2.1 filhos por mulher. Sendo os dados confirmados pela PNAD (2004), entretanto, os dados da PNDS (2006) apontam para nova queda no percentual de filhos por mulher, chegando a 1,8.

GRÁFICO 1 – QUEDA DA FECUNDIDADE NO BRASIL



Fonte: BERQUÓ e CAVENAGHI, 2006, p.12.

As autoras também analisaram as taxas de fecundidade total por regiões do Brasil, fazendo um estudo comparativo. Afirmam que as regiões Norte e Nordeste têm as maiores taxas de fecundidade, mas em contrapartida foram as regiões que

registraram os maiores declínios no número médio de filhos por mulher de 31% em 1991 para 37% em 2004.

QUADRO 1-TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO GRANDES REGIÕES. BRASIL 1991, 2000 E 2004

REGIÕES	1991	2000	2004
Norte	4,2	3,2	2,9
Nordeste	3,7	2,7	2,3
Centro-Oeste	2,3	2,3	2,1
Sul	2,2	2,3	1,9
Sudeste	2,0	2,1	2,0
Total	2,7	2,4	2,1

Fonte: BERQUÓ e CAVENAGHI, 2006, p.14.

A fecundidade possui relação direta com o nível de escolaridade e com a renda das mulheres, evidenciando-se que as mulheres com menos anos de estudo possuem mais filhos e as que apresentam doze anos ou mais anos de escolaridade tem menos filhos.

QUADRO 2 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO ANOS COMPLETOS DE ESTUDO DAS MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE.

ANOS DE ESTUDO	1991	2000	2004
Sem instrução	4,8	4,1	3,6
1 a 3	3,9	3,6	3,5
4 a 7	2,8	2,9	2,9
8	2,2	2,4	2,3
9 a 11	1,7	1,6	1,6
12 ou mais	1,3	1,1	1,4
Total	2,7	2,4	2,1

Fonte: BERQUÓ e CAVENAGHI, 2006, p.15.

Esses dados ilustram a queda da fecundidade das mulheres brasileiras nos últimos anos, impulsionada pela utilização de métodos contraceptivos, especialmente pela esterilização de laqueadura tubária, cada vez mais presente na vida dessas mulheres, aliada a outros fatores de ordem econômica e cultural.

A história do planejamento familiar, no Brasil, não difere do resto do mundo, também no país convive-se com o dissenso acerca do planejamento familiar como forma de controle populacional, principalmente para os trabalhadores mais desprotegidos. Ao inserir-se nas ações da política de saúde pública sofre influências tanto dos compromissos assumidos pelo Brasil junto aos organismos internacionais e financeiros como: ONU, OMS, FMI e BIRD como dos movimentos de mulheres e de toda a sociedade civil organizada em defesa dos trabalhadores.

O uso de contraceptivos, no Brasil, durante muitos anos foi inexpressivo, pois até a primeira metade do século passado, a sociedade brasileira era eminentemente agrária, e a produção um empreendimento familiar, sendo necessários muitos braços para dar conta das diversas atividades laborativas que envolviam todos os membros da família, inclusive as crianças. Assim, as famílias tinham que ser numerosas para serem unidades auto-suficientes. Neste contexto socioeconômico, a natalidade era incentivada e a utilização dos métodos contraceptivos conhecidos insipientes.

Gomes (2006) analisando este período histórico da história do Brasil, afirma que o país era subpovoado, como podemos observar nesta citação:

Quanto à disponibilidade de terras e de recursos naturais, o Brasil era um país subpovoado. Daí (conforme a política dos governos militares) o crescimento da população não agravava a superpopulação mundial. Porém, pela possibilidade de trazer um melhor aproveitamento dos recursos naturais, sobretudo em áreas “economicamente vazias”, seria um importante fator para a diminuição da possível crise mundial de alimentos, na época comumente alardeada pelos catastrofistas. Na época não existia, no Brasil (em termos absolutos), um problema de superpopulação, mas, em termos relativos, era preciso garantir que a taxa de crescimento demográfico não fosse superior à do crescimento das oportunidades de emprego. Até a metade da década de 1970 o crescimento econômico havia sido maior que o crescimento demográfico. (2006, p.09)

Era consenso entre as autoridades brasileiras que não havia necessidade de implantar no país políticas de contenção do crescimento populacional, mas era preciso acompanhar este crescimento, evitando distorções setoriais e regionais e incentivando a preencher os espaços “vazios demográficos”, como foi o caso da Amazônia, onde o Estado brasileiro incentivou a ocupação do território alegando “Questão de Segurança Nacional”.

Na década de 1960, a ONU, por intermédio de sua agência FNUAP – Fundo das Nações Unidas para Populações, “identificava” ligação direta entre demografia e crescimento econômico. De acordo com o Fundo, os países que apresentaram redução das taxas de natalidade nas últimas décadas ampliaram seu crescimento econômico. Neste sentido Gomes (2006) afirma que:

A diminuição da população como sinônimo de crescimento econômico, foi divulgada mundialmente pela FNUAP/ONU, e influenciou a política de planejamento familiar no Brasil, que inicialmente se estruturou como uma estratégia de controle da natalidade (desenvolvida pelo Estado como política de população ou demográfica). Vale ressaltar que o planejamento familiar, no país, também adveio dos movimentos feministas e demais movimentos sociais de combate às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV/AIDS. (2006, p.03)

No seu nascedouro, o Planejamento familiar, no Brasil, possui características de controle de natalidade, atrelado às concepções neomalthusianas de controle da população, sendo a implantação dos serviços de planejamento familiar instituídos, em 1965, seguindo a estratégia política das instituições internacionais. Com o objetivo de difundir os modernos métodos de contracepção, foi criada neste mesmo ano a BEMFAM, financiada e orientada pela Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) sediada na Inglaterra e pela USAID (United States Agency for International Development)

A estratégia da BEMFAM era treinar pessoas da comunidade, profissionais de saúde para que distribuíssem, principalmente, os métodos anticoncepcionais reversíveis, como os orais, as mulheres nos postos de saúde, acompanhado de uma sumária explicação sob sua utilização. Outra estratégia usada foi realizar palestras de planejamento familiar em clubes, associação de bairros e sindicatos.

A entidade procurou firmar convênios com as prefeituras, clínicas particulares e secretarias estaduais de saúde, para que pudesse usar a infraestrutura da rede pública para desenvolver seu trabalho. Rapidamente, a BEMFAM se espalhou por alguns estados do país, Amazonas, Piauí, Paraíba, Rio Grande do Norte e Paraná e recebeu do governo brasileiro incentivo financeiro e fiscal para ampliar seu trabalho junto a população empobrecida. Sua ação principal voltou-se para os estados do nordeste, onde precisava equacionar o binômio pobreza e número elevado de filhos.

Segundo Serruya (1996) a BEMFAM considerou como trabalho pioneiro atuar junto aos médicos no sentido de sensibilizá-los para a questão do planejamento

familiar, ratificando a idéia de usar um saber específico e de grande penetração social para maior convencimento. O saber médico foi utilizado para dar mais credibilidade a proposta, despolitizar a ação e aproximar as mulheres brasileiras da pílula, novidade da época, que ainda gerava medo e desconfiança nos anos 60.

Para a referida autora era necessário vencer as dúvidas propagando um discurso científico e nada melhor do que o médico, com o seu discurso de pseudoneutralidade científica para balisar a proposta:

Os médicos procurariam esclarecer os benefícios de espaçar as gestações, desmistificando tabus a cerca dos anticoncepcionais, incentivando-as a esta prática. Era assim que a argumentação controlista buscava dar um cunho puramente científico à questão do planejamento familiar através de dados que reforçavam as razões médicas para o controle de natalidade, sendo os mais fortes a alta mortalidade materna, tanto em relação ao abortamento como em relação ao parto, (SERRUYA, 2006, p.32)

Logo, outras categorias profissionais, como autoridades governamentais, políticos, religiosos, jornalistas, estudantes de diversas áreas, foram incorporadas a sua estratégia com o objetivo de disseminar as idéias controlistas, através da multiplicação de seus defensores. Para esta autora remontar às estratégias da entidade é importante por que:

Permite perceber que o importante era conseguir a veiculação de suas idéias não somente no meio jornalístico, mas principalmente na "mídia" especializada; representada por médicos, políticos, professores e economistas que possuem autoridade social para legitimar os discursos controlistas e aumentar a penetração social dos mesmos (2006,p.22).

Em 1981, surgiu a ABEPF com a finalidade de congregar dezenas de entidades de planejamento familiar que funcionavam no país, principalmente, no interior das faculdades de medicina. Em 1988 a ABEPF, já reunia 120 entidades ligadas ao planejamento familiar, sendo financiada pelos organismos internacionais como o BID e o Banco Mundial, UNFPA e a Pathfinder Fund. A ABEPF direciona suas ações para o controle da natalidade, através do fornecimento de apoio material, financeiro, jurídico e político a seus sócios e apresenta os seguintes objetivos, segundo Serruya apud Berquó (2006,p. 28):

- 1.Organizar e promover um programa de iniciativa privada, sem fins lucrativos, para prestação de serviços de planejamento familiar, a nível nacional, de acordo com um plano operacional coordenado em nível central, que assegure sua eficiência e eficácia, mas adaptado às necessidades regionais e locais.

- 2.Desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil.

- 3.Influir para uma política que apóie a prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, revisando a legislação e códigos de ética em vigor, e propondo modificações compatíveis.

Para Serruya (2006) a ABEFP se tornou um verdadeiro “sindicato”, fornecendo todo tipo de suporte para o desenvolvimento de suas atividades. Neste sentido, as clínicas filiadas receberam equipamentos para a instalação de consultórios, de laboratórios, além de material médico-hospitalar e didático, e ainda, treinamento para os recursos humanos, funcionando em vários estados brasileiros.

O modelo de planejamento familiar adotado pelo país foi conservador, pois não ampliou o leque de opções de contraceptivos, ao contrário, condicionou a utilização e difusão de apenas dois métodos a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina, através da ligadura de trompas, principalmente, para as mulheres que possuíam mais de três filhos. Rodrigues (1990) afirma que em poucos anos, já havia um grande número de mulheres esterilizadas no Brasil, pois a ligadura de trompas tornou-se o método “preferido” das brasileiras. Ávila e Correa (2003) em seus estudos sobre esterilização feminina constataram que, em 1996, 52,3% das mulheres usuárias de contracepção estavam esterilizadas (BEMFAM, 1997).

Para Costa (1992), o arrependimento está, diretamente, ligado à falta de informação sobre a existência e disponibilidade de alternativas contraceptivas, bem como a reversibilidade do procedimento cirúrgico. Berquó (1999) em seus estudos demográficos confirmam esta cultura da esterilização entre as mulheres brasileiras, afirmando que esta é difundida entre mulheres, de mãe para filha, de irmã para irmã, de amiga para amiga. Segundo a autora:

Esta rede familiar e social envolvida neste processo permeia gerações, raças e todos os setores sociais. Dela faz parte a cumplicidade médica. Seu vigor poderá ser atenuado quando recursos de saúde reprodutiva disponíveis, livres de discriminação, permitirem que escolhas informadas dêem as mulheres possibilidade de exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos.(1999,p.125)

A esterilização feminina e o aborto são os assuntos mais discutido e estudado dentro do planejamento familiar devido a sua complexidade e todas as controvérsias que pairam sobre os temas. Segundo Ávila e Correa (2003), as altas taxas de esterilização feminina, não possuem relação direta com uma política de controle de natalidade, como foi o caso da Índia e da China, onde, ainda hoje predomina a esterilização forçada. Para as referidas autoras:

Os altos percentuais de esterilização não resultam de uma política de corte neomalthusiano, mas sim de uma demanda das mulheres por métodos contraceptivos foi respondida por uma combinação perversa entre falhas de políticas públicas e distorções de mercado (2003, p.44).

A utilização da esterilização como método anticoncepcivo passou a ser oferecida na década de 70, e início dos anos 80 por hospitais privados, rede de serviços contratadas e por médicos individuais em hospitais públicos. Uma estratégia para facilitar o acesso das mulheres brasileira pobres à esterilização foi associá-la ao parto cesárea, deste modo o procedimento poderia ser escamoteado, realizado junto com o procedimento cirúrgico e foi usado como mecanismo de troca de votos, especialmente no nordeste. Nesta época, muitas mulheres engravidaram somente para realizar o procedimento conjuntamente.

Este debate da esterilização permeou o cenário brasileiro até os anos 1990 quando a Câmara dos Deputados instaurou uma CPI para investigar os abusos na esterilização feminina em 1991. Foram comprovadas as denúncias de esterilização em massa realizada por governos, financiadas por organismos internacionais, interessados no controle demográfico no Brasil e apoiado por políticos que usavam o procedimento em campanhas eleitorais.

Uma das recomendações da CPI ao Ministério da Saúde foi implementar o PAISM, inserindo o homem como usuário da política e ao poder legislativo, votação da lei que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, além de outras providências ao Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia, Relações Exteriores, Ministério da Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Trabalho, Ministério Público Federal e Conselho Federal de Medicina.

Neste sentido, em 12 de Janeiro de 1996 é aprovada a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96), cinco anos após a conclusão dos trabalhos da CPI. Definindo seu objeto no art.2º: Entende-se planejamento familiar como um conjunto

de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A lei diz ainda que o atendimento necessita ser realizado dentro de uma “visão global e integral à saúde”. A referida lei dispõe ainda em seu art.4º: O planejamento orienta-se por ações preventivas e educacionais e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Nossa experiência profissional no Programa de Planejamento Familiar objeto de estudo desta dissertação permite supor que isso na prática está longe de acontecer, pois o planejamento apesar de estar dentro dos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda carrega o ranço do conservadorismo em sua execução. Funciona como distribuidor dos métodos anticoncepcionais presentes no mercado, mas não abre espaço para a discussão sobre os malefícios à saúde feminina; contempla um insipiente viés educativo, não discute sexualidade e saúde sexual, tem como eixo central as consultas médicas. Muitas vezes, o que é para ser a última opção (laqueadura e vasectomia) é apresentado como primeira, contrariando, o que rege a lei do planejamento em seu art.10º quando afirma que somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

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

Percebemos que este capítulo da lei em especial é negligenciado, no Ambulatório da FSCMP, uma vez que os prazos, o aconselhamento e a idade mínima, não são considerados para a realização do ato cirúrgico. Tramita no Congresso Nacional um projeto de Lei que reduz a idade mínima para a realização da laqueadura tubária e vasectomia para 23 anos e dispensa o consentimento do cônjuge para a cirurgia, pois a lei determina que “na vigência da sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.” art. 10,§5º.

Uma das inovações da lei do planejamento familiar é a inserção das práticas de laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de contracepção, definindo os critérios para sua utilização e punição para os profissionais de saúde que a realizarem de maneira inadequada, como também regulamenta as práticas desenvolvidas na rede privada de hospitais, sob o controle do SUS.

Tais medidas são para se evitar os abusos cometidos por profissionais de saúde que laqueavam as mulheres no momento do parto cesáreo, até mesmo contra a sua vontade e independente da idade. Tal fato pode ser ilustrado através de depoimentos que temos no Ambulatório de que mulheres foram laqueadas aos 18 anos “a pedido da família”. Na rede privada este controle da observância da lei é mais difícil, pois inexistente controle social efetivo que coíbam os abusos.

Planejamento familiar é um programa de atenção a saúde de mulheres e homens em idade fértil que desejam planejar sua vida em relação à procriação. O planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, cabendo ao indivíduo o direito de ter ou não ter filhos, ter acesso a informação, métodos e serviços que ajudem nesta escolha. Esta decisão tem que ser tomada de forma conjunta entre homens e mulheres, pois historicamente as mulheres foram levadas a assumir sozinhas, qual o método anticoncepcional que usaria para evitar uma gravidez indesejada, já que como mencionamos a procriação era de sinônimo de maternidade e não de paternidade.

O site da Rede Saúde aponta a falta de acesso a serviços de planejamento familiar é uma das principais causas da prática de aborto no Brasil. O Ministério da Saúde estima que são cometidos mais de um milhão de abortos no Brasil anualmente, fruto de gestações indesejadas, estima-se ainda que 50% das gestações não foram planejadas e que a cada dez mulheres que engravidam uma recorre ao aborto, grave problema de saúde e principal causa de morte materna. Quando o aborto é realizado de forma insegura apresenta riscos de seqüelas graves como perfurações uterinas, hemorragias, infecções, infertilidade e em muitos casos a morte.

Segundo o site do Ministério da Saúde o número de laqueaduras financiadas pelo SUS, praticamente, dobrou nos últimos anos, passando de 31.216, em 2003, para 61.847 em 2008. O mesmo aumento é verificado nas cirurgias de vasectomia que passaram de 7.798 no ano de 2001 para 34.144 em 2009, ou

seja,proporcionalmente, observa-se um aumento na cirurgia de vasectomia. Tais números refletem uma tendência nacional que é observada também no Ambulatório da Mulher, onde cresce a opção dos homens pela anticoncepção definitiva.

4 A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FSCMP

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará como as demais que existem no Brasil, constitui-se uma instituição secular, originaria da Confraria da Misericórdia, fundada em Fevereiro de 1616, obedecendo ao modelo da lei Orgânica que regia a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Sendo que, em Belém, a Fundação da Irmandade da Santa Casa do Pará aconteceu em Fevereiro de 1650, com a construção na capital da Igreja da Misericórdia e a sede da Confraria na Rua Santo Antonio dos Capuchinhos, próximo ao Convento dos Mercedários, onde, hoje, está localizada a loja de tecidos Paris N'América, no antigo "Largo da Misericórdia".

A fundação da Irmandade traz em seu rastro a assistência aos pobres, à infância abandonada, aos enjeitados, os filhos de relações ilegítimas, em troca desta assistência recebiam ajuda financeira das famílias abastadas, doações de bens, terras, fazendas, para continuar a cuidar das crianças e de todos aqueles colocados a margem da sociedade. Segundo Costa (2011), os objetivos das Santas casas eram:

Atender os colonizadores portugueses e também os índios catequizados, que os jesuítas tomavam sob sua proteção. Mas o início do cultivo da cana-de-açúcar, trazendo o comércio de escravos africanos em situação sub-humana, apresentou novos problemas, como as epidemias, com destaque para a varíola(2011,p.62).

O atendimento aos colonizadores e aos indígenas pouco a pouco foi se ampliando, incorporando outras categorias como escravos, trabalhadores livres pobres e indigentes, que tinham nas Santas Casas a única forma de atendimento às suas necessidades de saúde física e espiritual.

Como no Brasil colônia havia poucos médicos formados, quase sempre na Europa, as Santas Casas de Misericórdia cumpriam um papel de reunir os doentes para:

Que os poucos entendidos em medicina lhe oferecessem os seus préstimos. Era um auxílio mais de natureza humana e caritativa do que médica. O conceito de hospital, como hoje é entendido, só aparece nas Santas Casas de Misericórdia no início do século XIX, quando os professores das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro começaram a entrar em atrito com os mordomos (diretores), na tentativa de transformar aqueles estabelecimentos em verdadeiros hospitais. (2011.p.64)

Em 1787, D. Frei Caetano Brandão, 6º Bispo do Pará, construiu o Hospital da Caridade “Senhor Bom Jesus dos Pobres” no Largo da Igreja da Sé, passando este a pertencer ao patrimônio da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, após divergências político-religiosas. Com o crescimento da cidade e intensificação dos problemas sociais e de saúde, o Hospital da caridade não atendia a contento a assistência aos pobres. Deste modo, tornou-se imperativo a construção de um novo hospital, mais “amplo e higiênico”.

A construção do novo hospital iniciou, em 1890, e duraram dez anos devido a varias interrupções. Em 1900 foi inaugurado o novo hospital, com o nome de Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob a administração do senador Antonio José de Lemos, ocupando um quarteirão no bairro do Umarizal em Belém, situando-se no quadrilátero das ruas Generalíssimo Deodoro, Bernal do Couto, Oliveira Belo e Travessa 14 de Março. Atualmente, a entrada principal do hospital esta localizada na Rua Bernal do Couto, esquina com a Avenida Generalíssimo Deodoro.

Durante décadas o hospital foi gerenciado pela congregação religiosa “Irmãs Filhas de Sant’Ana”, até passar por graves problemas financeiros e administrativos e passar para a administração do estado. Em 1983, no auge da crise financeira e administrativa fortaleceu-se um movimento de luta para a incorporação da Instituição a Secretaria de Estado de Saúde (SESPA), movimento organizado por funcionários e por estudantes das universidades públicas, já que o hospital era campo de estagio dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social. Em 13 de dezembro de 1990 através o decreto-lei Nº 7.444 a FSCM transforma-se em Fundação Pública.

A FSCMPA tem como finalidades essenciais a Assistência na Atenção à Saúde da Criança, da Mulher e do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação. Atende 100% do SUS, está cadastrado como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido. Além de espaço clínico, funciona hospital como campo de ensino e pesquisa sobre as políticas públicas dirigidas para a saúde.

Desde 1950, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, possui o título de Hospital Escola dando suporte às aulas práticas de todas as cadeiras de clínicas do curso de medicina da UFPA, sendo a única exceção a cadeira de Psiquiatria. Em 1977 foi instalado o primeiro programa de residência médica do estado do Pará. Hoje conta com doze programas credenciados junto ao MEC/ CNRM, num total de 112 vagas distribuídas nas seguintes áreas: Anestesiologia (06 vagas); cirurgia geral (10 vagas); cirurgia pediátrica (03 vagas); clínica médica (18 vagas); ginecologia-obstetrícia (30 vagas); medicina intensiva pediátrica (05 vagas); medicina intensiva adulto (03 vagas); nefrologia (04 vagas); pediatria (20 vagas); radiologia (06 vagas); hepatologia (02 vagas) e; neonatologia (05 vagas).

Oferece ainda uma residência multiprofissional em parceria com a UEPA que oferta, desde 2011, 18 bolsas de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde da Mulher e da Criança, distribuídas nas seguintes áreas: 08 bolsas para Enfermagem, 02 para Farmácia, 02 para Fisioterapia, 02 para Nutrição, 02 para Psicologia, 01 para Terapia Ocupacional e 01 para Serviço Social. A FSCMP possui um curso de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde na Amazônia em parceria com a Universidade Federal do Pará e Universidade Estadual do Pará. O Mestrado possui duas linhas de pesquisa: Saúde-adoecimento e seus agravos; Gestão e Planejamento em Saúde.

As crises têm sido uma marca da FSCMP, no início deste século devido a resistência de setores da sociedade paraense a eleição da primeira mulher governadora a FSCMP foi utilizada pela mídia como referência de ingovernabilidade. Toda vez que uma mulher ou criança não era atendida devido as questões estruturais e históricas da instituição, a imprensa que ficava de plantão, denunciava como algo conjuntural e partidário.

Como forma de enfrentar a reação midiática a ordem da direção da Santa Casa era “vaga sempre”, ou seja, os bebês e as mulheres grávidas não poderiam

retornar para casa sem atendimento. Todos teriam que ser atendidos, mesmo que tal atitude representasse a superlotação da capacidade instalada do hospital e a precarização da assistência, como mulheres sendo atendidas em macas e cadeiras e falta de respiradores para os prematuros. Esta situação gerou nos funcionários um descontentamento e tencionou a relação com a direção do hospital.

Tornou-se comum os médicos do hospital ir na delegacia de polícia registrar boletim de ocorrência para se respaldar caso alguma mulher ou bebê viessem a óbito por falta de equipamento ou leito durante seu plantão. O serviço social foi chamado pela direção da FSCMP para “administrar a crise”, ficar na portaria do hospital, diariamente, e fazer a “triagem” dos casos de bebês prematuros que precisavam de atendimento médico e internação hospitalar, bem como encaminhar os casos que não se enquadravam nos critérios do hospital.

Esta situação perdurou por alguns meses, onde as assistentes sociais da instituição realizavam o atendimento, registram as diversas situações vivenciadas e apresentavam os dados a direção do hospital para que fossem tomadas as providências cabíveis, pois o quadro que se apresentava para a triagem era de bebês e crianças com a saúde comprometida, casos graves, que precisavam de intervenção médica urgente, em muitos casos de UTI e na nossa compreensão não eram casos para o serviço social intervir.

Diante deste quadro o Ministério da Saúde (MS) enviou uma equipe de técnicos a Belém para ajudar a solucionar a crise que o hospital estava passando. A crise mobilizou o Congresso Nacional que mandou uma comissão parlamentar para averiguar a causa das mortes dos bebês. Foram identificados diversos problemas tanto de ordem estrutural, como também da organização dos serviços, passando pela pouca capacitação dos profissionais tanto do hospital, quanto, da rede, principalmente, dos municípios do estado do Pará. Neste sentido, várias ações estratégicas foram executadas, como:

- Mapeamento dos municípios que mais demandavam para a FSCMP, gestantes e bebês prematuros;
- Reuniões entre a SESP, MS e Prefeituras dos municípios para cooperação técnica, ajuda financeira, equipamentos e capacitação dos funcionários (ginecologistas, obstetras e pediatras) para atendimento das gestantes (pré natal) e bebês no próprio município;

- Realização de reuniões com todas as categorias funcionais da FSCMP para identificar os principais problemas vivenciados;
- Compra de vagas de UTI neo nos hospitais privados da capital e do interior do estado para atender a demanda;
- Contratação de mais pediatras e neonatologistas para trabalhar nas UTIs da FSCMP;
- Reestruturação da UTI de neonatologia do Hospital Abelardo Santos no distrito de Coaraci, vinculado a SESPÁ;
- Abertura de novas UTIs de neonatologia nos municípios polos de Castanhal, Marabá, Santarém e na região do Marajó;
- Realização de curso de capacitação para a equipe de saúde dos municípios pólos no que tange a pré natal e cuidados com bebês prematuros. Estes cursos foram realizados pelos médicos e enfermeiros da maternidade e neonatologistas da FSCMP, com apoio da SESPÁ, MS em parceria com os municípios;
- Envio de técnicos da FSCMP para conhecer outras maternidades no sul e sudeste do Brasil e para realizar treinamento em serviço;
- Construção de um novo prédio anexo a FSCMP para onde os serviços de neonatologia e maternidade seriam transferidos, pois um dos problemas identificados foi a falta de estrutura do prédio centenário para abrigar serviços de alta complexidade;

Em 2013, foi inaugurado o Anexo ao prédio centenário, um novo e moderno prédio da FSCMP, denominado Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, com oito andares, 406 leitos, distribuídos nas alas de pediatria, neonatologia, UTI materna e pediátrica, banco de leite, maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Unidade para o programa "Mãe Canguru" e acolhimento obstétrico. No prédio centenário ficaram os serviços que não puderam ser transferidos para o Anexo por falta de estrutura física, como clínicas médicas, cirúrgicas, ambulatórios, laboratório, diagnóstico por imagem, farmácia central, banco de sangue, biblioteca, centro cirúrgico, museu, auditório e o setor administrativo da Fundação.

A inauguração do Anexo se deu em meio a uma grande mobilização dos funcionários e de alguns setores do movimento social e parlamentares da oposição do governo do PSDB, que não concordavam com o repasse do "novo" hospital para uma Organização Social (OS) administrar. Este modelo de administração do

patrimônio público foi implantado desde a década de 1990 em todos os sete hospitais regionais construídos pelo governo do estado do Pará na gestão do governador Almir Gabriel (PSDB), Simão Jatene (PSDB) e da governadora Ana Julia Carepa (PT) e novamente Simão Jatene (PSDB)

A construção do Anexo representou um ganho para a população no que tange ao aumento dos leitos de UTIs de neonatologia, conforto para as mulheres grávidas e parturientes, enfermarias com três leitos, proporcionando conforto e privacidade aos pacientes, bem como melhores condições estruturais para os funcionários, com um espaço novo e equipado.

Entretanto, velhos problemas persistem, como a lotação da maternidade e equipes reduzidas para o atendimento da permanente demanda reprimida. Foi ampliado o número de leitos, mas não houve investimento por parte dos gestores na capacitação e na realização de concurso público para a contratação de mais profissionais em todas as áreas. Ao contrário, o que se viu foi a contratação de profissionais em regime de trabalho precário, por indicação política e sem critérios definidos, o que compromete a qualidade da assistência prestada a população.

4.1 O AMBULATÓRIO DA MULHER

Como abordado anteriormente, o atendimento a saúde da mulher numa perspectiva mais ampla e relacional, foi uma conquista dos movimentos feministas que influenciaram as políticas públicas e a construção de serviços de saúde voltados para as especificidades das mulheres, mas o avanço das discussões no campo das relações sociais de sexo que remetem à dimensão relacional de homens e mulheres ainda não se materializa no âmbito da política pública local quando se observa a identificação dos espaços no feminino. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, criada recentemente, não possui alocação de espaço na FSCMP e tem pouco rebatimento no contexto do debate dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em Belém, o primeiro ambulatório voltado para as especificidades da saúde das mulheres foi criado, em 2002, e foi denominado “Casa da Mulher”, vinculado à SESMA, após uma intensa discussão com os movimentos feministas que participaram ativamente da discussão e implantação do ambulatório, sendo esta uma reivindicação antiga do movimento. Em Outubro de 2008, foi inaugurado o

“Ambulatório da Mulher”, nas dependências da FSCMP, pensado para ser referência estadual no atendimento especializado em ginecologia, principalmente mulheres grávidas de alto risco e como espaço de referência pública no atendimento materno-infantil a bebês prematuros.

O Ambulatório da Mulher³ tem como objetivo atender de forma integral e humanizada as mulheres, criança e adolescente na área de ginecologia especializada. O Ambulatório recebe a demanda espontânea desde que referenciadas para o pré-natal de alto risco e planejamento familiar. As consultas de primeira vez para as demais especialidades são agendadas através da central de marcação de consultas especializadas, que disponibiliza uma quantidade de vagas para os postos de saúde da rede do município de Belém e demais municípios do Estado do Pará.

A demanda atendida pela FSCMP⁴ advém da zona rural, urbana do estado do Pará e dos estados vizinhos, como Maranhão, Piauí e Amapá. O grande número de atendimentos diários tanto no ambulatório quanto na unidade hospitalar (maternidade e neonatologia) é resultado das precárias condições que se encontram as unidades municipais de saúde tanto da capital quanto do interior do estado do Pará, que não conseguem atender a população em suas necessidades de saúde, ocasionando quase sempre a lotação da capacidade operacional do hospital e, conseqüente, sobrecarga de trabalho para os funcionários, gerando insatisfação, desgaste, adoecimento e descontentamento frente à uma situação que, em médio prazo, não se vislumbra melhoria.

A FSCMP possui também o Programa de Assistência integral às vítimas de escarpelamento – PAIVES que acolhe e assiste as vítimas, em sua maioria mulheres jovens que, precisam de cirurgias plásticas, curativos e albergamento para continuar o tratamento e repor sua autoestima. Encontra – se, ainda, sediado na FSCMP o Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (PROPAZ) em que a maioria das vitimas também são do sexo feminino.

³ Além da FSCMP, a cidade de Belém conta com duas unidades especializadas de atendimento a saúde da mulher: UREMIA e Casa da Mulher, que atendem a demanda da capital e do interior do estado.

⁴ Em 2014 foram contabilizados 102.876 (cento e dois mil oitocentos e setenta e seis) atendimentos e 5048 (cinco mil e quarenta e oito) procedimentos em nível ambulatorial. Sendo que o Ambulatório da Mulher foi responsável por 21.108 (vinte e um mil e cento e oito) atendimentos no referido ano.

A estrutura física do Ambulatório melhorou bastante, com a reforma e o número de consultórios foi ampliado para 16 salas, sendo três exclusivos para a equipe multidisciplinar (assistente social, psicóloga e nutricionista), bem como passou-se a contar com novas especialidades ginecológicas, como é o caso da histeroscopia e cardiologia voltada para grávidas, assim como, a assistência com a ampliação do número de profissionais médicos por especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem, mas isso na prática está aquém das necessidades do ambulatório.

Novos equipamentos foram comprados para que os exames de colposcopia, cardiotoco, ultrassonografia e biopsia de colo e de mama fossem realizados no próprio espaço do Ambulatório, tornando o diagnóstico mais rápido e, conseqüentemente, o tratamento das patologias fossem rápidos. Entretanto, um impasse se verifica no tempo dos resultados das biopsias de colo e mama, que são feitos em laboratórios tercerizados e que levam até quarenta dias para ficarem prontos. Os exames de ultrassonografia precisam ser autorizados pelo Departamento de Regulação da SESMA (DERE) e demoram até 30 dias para a sua realização.

Uma das principais queixas das mulheres é em relação ao tempo que as consultas demoram a serem viabilizadas junto aos postos de saúde do município de Belém e também pelas secretarias municipais de saúde do interior do estado. Muitas mulheres diante da gravidade do caso acabam vindo, pessoalmente, ao Ambulatório na esperança de serem atendidas com mais brevidade. Geralmente, esta demanda vem para o serviço social “avaliar” e dentro das possibilidades “autorizar” a consulta na especialidade indicada no encaminhamento médico.

O Ambulatório da Mulher também dá suporte para a demanda interna do hospital, ou seja, mulheres que são atendidas em outras clínicas, quando verificada a necessidade de atendimento especializado em ginecologia são encaminhadas através de formulário próprio (Ficha de Referência) para uma das especialidades do Ambulatório. As grávidas com alguma patologia e as mulheres com DTG (Doença Trofoblástica Gestacional) atendidas no setor de acolhimento obstétrico (urgência) do hospital que necessitem dar continuidade ao atendimento ambulatorial do pré-natal de alto risco e de DTG, também são encaminhadas ao Ambulatório sem

necessidade de agendamento via DERE, basta a ficha de referência encaminhando para o atendimento especializado.

O Ambulatório funciona de 07 as 19 horas, de segunda a sexta-feira, contando com uma equipe multiprofissional, composta de 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 03 enfermeiras, 01 agente administrativo, 04 técnicos de enfermagem e 22 médicos distribuídos nas seguintes especialidades: cirurgia ginecológica, programação cirúrgica, mastologia, climatério, infanto-puberal (ginecologia para crianças e adolescentes), patologia do trato genital inferior (PTGI), planejamento familiar, pré-natal de alto risco, cardiologia e DTG.

4.2 O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA FSCMP

O Programa de planejamento familiar existe a mais de 15 anos na FSCMP, primeiro oferecendo os métodos reversíveis de anticoncepção (hormonal e DIU) e desde 2008, oferece os métodos definitivos de anticoncepção (Laqueadura tubária e Vasectomia), atendendo a prerrogativa da Lei do Planejamento Familiar.

As mulheres e os homens que optam pelos métodos definitivos e pelo DIU são encaminhados pela rede básica de saúde de Belém e de outros municípios. Após serem cadastradas no Ambulatório da Mulher, participam de uma atividade educativa realizada pelo Serviço Social e Enfermagem, onde é apresentado o fluxo do Ambulatório, o atendimento, a legislação do Planejamento Familiar no que concerne a vasectomia e laqueadura, os métodos de anticoncepção reversíveis, DSTs, saúde reprodutiva e sexual.

Após a atividade educativa os usuários são encaminhados para as consultas médicas. Os homens que desejam realizar a vasectomia para o urologista, e as mulheres que optam, pela laqueadura tubária, à ginecologia, para a realização dos exames pré-operatórios. No fluxo do atendimento está previsto uma entrevista com a assistente social do Ambulatório da Mulher (preenchimento do perfil socioeconômico, assinatura do Termo de Esclarecimento e orientações gerais, bem como para avaliação psicológica). Após esta etapa é elaborado parecer social e psicológico.

Em média as mulheres demoram de 04 a 06 meses para realizar a cirurgia de laqueadura tubária, pois é uma cirurgia eletiva (sem urgência) e depende de

várias etapas como: consultas, exames, parecer social e psicológico e disponibilidade de leito enquanto a vasectomia por ser um procedimento ambulatorial (sem necessidade de internação), é realizada no máximo em dois meses após a decisão do homem. Depois da cirurgia, o vasectomizado é encaminhado para as Unidades de saúde mais próxima de sua residência para acompanhamento do pós-operatório.

Todavia, nos últimos dois anos, este procedimento tem enfrentado dificuldade de ordem de estrutura, expresso pela indisponibilidade do urologista que, alegando falta de equipamento para realização da cirurgia, tem se recusado a realizar algumas cirurgias. Se por um lado, este problema, põe em questão o credenciamento da FSCMP ao SUS para fazer a cirurgia, por outro lado, o limite institucional é um prejuízo para as conquistas do movimento feminista, que há décadas tem contribuído para amenizar as resistências dos homens em constituírem-se sujeitos ativos do planejamento familiar, submetendo-se as opções de contraceptivos, como a esterilização masculina, que conforme os dados expostos anteriormente tem avançado numericamente, no Brasil, com financiamento do SUS.

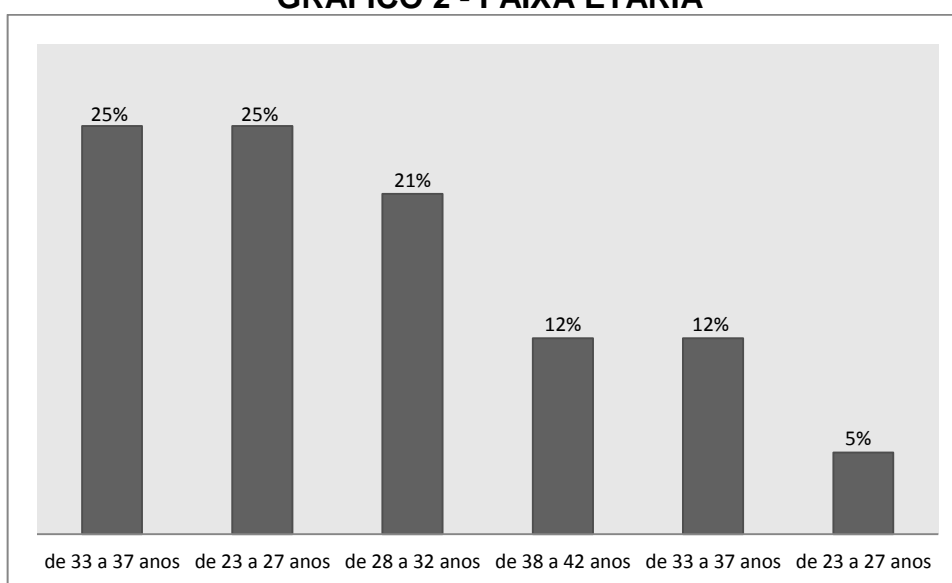
Atualmente, 30 homens aguardam a realização do procedimento de vasectomia, no Ambulatório da Mulher; um avanço se considerarmos a procura em outras décadas. Mas o Programa de Planejamento Familiar da FSCMP ainda é constituído, majoritariamente, por mulheres. 80 % dos usuários inscritos são mulheres.

O Programa de Planejamento Familiar conta com apenas três profissionais para atender as mulheres que vão se submeter a cirurgia de laqueadura tubária. O ritual implica em espera longa e torna a cirurgia inviável em curto tempo, para as mulheres dos municípios mais distantes. Observa-se que este fator acaba por influenciar na desistência de algumas. Quando isto ocorre, elas retornam ao Programa grávidas e expressam interesse em realizar a esterilização por ocasião do parto cesárea, em clínicas particulares, o que é proibido por lei, como já sinalizado. Outra dificuldade é com a aquisição do DIU que nem sempre é comprado pela FSCMP em quantidade suficiente para atender a demanda do Ambulatório. Por isso, a instituição passa meses sem fazer a inserção de um único dispositivo, chamando atenção para mais um limite do Programa.

4.3 PERFIL DAS MULHERES INSCRITAS NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA FSCMP

A faixa etária das mulheres inscritas no programa de Planejamento Familiar varia de 14 a 45 anos. Das mulheres pesquisadas verificou-se que 25% estão na faixa etária de 33 a 37 anos; 25% entre 23 a 27 anos; 21% entre 28 a 32 anos; 12% entre 38 a 42 anos; 12% 33 a 37 anos e 5% entre 23 a 27 anos. O gráfico abaixo ilustra a faixa etária das mulheres.

GRÁFICO 2 - FAIXA ETÁRIA



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Este dado confirma a PNDS (2006) que ao entrevistar às características sócio demográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva constatou, que a região Norte apresenta a menor média nacional, 29 anos.

A estrutura de idade das mulheres brasileiras em idade reprodutiva pode ser entendida como a de uma população relativamente jovem, com o grupo de menores de 30 anos representando cerca de 50% do total. Ao estimar a média de idade das mulheres entrevistadas segundo a macrorregião de residência, as mulheres residentes no Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram média de idade superior a 31 anos, as residentes no Nordeste apresentaram média de idade de 30 anos, e as da região Norte apresentaram a menor média etária, 29 anos. (p.58)

A maioria das mulheres atendidas no Programa de Planejamento Familiar opta cada vez mais cedo pelos procedimentos cirúrgicos de caráter definitivo. Sua trajetória de vida é marcada pelo exercício da maternidade na adolescência.

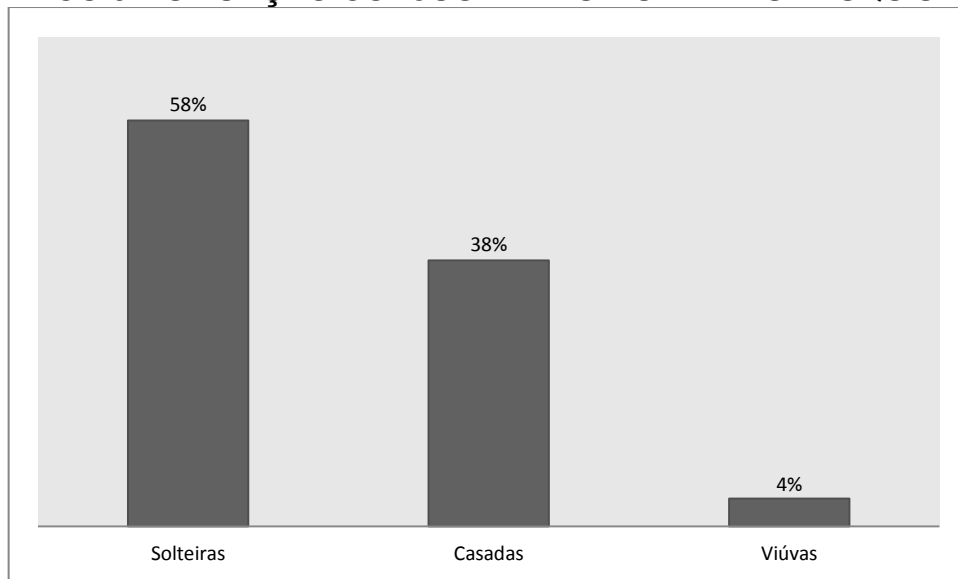
Geralmente, os bebês são prematuros, resultado de gravidez de alto risco. A experiência da primeira gravidez é marcada pela ausência de trabalho remunerado e sem o apoio da família e do pai da criança. Essas mulheres chegam a idade adulta com dois ou até três filhos e quando têm conhecimento que a FSCM realiza esterilização vêm na laqueadura tubária o único método seguro para não engravidar, destacando a retomada dos estudos e inserção no mercado de trabalho visando melhorar as condições de sobrevivência.

Como já afirmamos, a lei do planejamento familiar determina que as cirurgias de laqueadura e vasectomia só poderão ser realizadas em homens e mulheres acima de 25 anos⁵ ou com dois filhos vivos. No entanto, é comum recebermos pedidos de esterilização por mulheres abaixo desta idade, com 18 anos, que já possuem três filhos. Quando lembradas do condicionamento legal, elas expressam o medo de uma nova gravidez e a insegurança com os anticoncepcionais reversíveis.

Quando questionadas sobre arrependimento futuro e possibilidade de novas relações em que o parceiro pretenda ter filhos, as mulheres afirmam “ele vai ter que aceitar”. Esses posicionamentos reforçam as hipóteses de Ávila e Correa (2003), expostas anteriormente quando afirmam que as altas taxas de esterilização feminina, no Brasil, não possuem relação direta com uma política de controle de natalidade e de Serruya (1996) que ao abordar as contradições da esterilização feminina em mulheres pobres da cidade de Belém, no início da década de 1990, afirma a opção pela laqueadura como submissão e desejo. Submissão à instrumentalização de seus corpos pela medicina e desejo que se faz a partir da representação que essas mulheres têm do avanço alcançado pelas mulheres de classe média, que segundo as entrevistadas, progrediram na vida profissional quando encurtaram a procriação.

Outro dado investigado foi em relação a situação conjugal, 58% das mulheres declaram-se solteiras; 38% casadas e 4% viúvas.

⁵ , Tramita no Congresso Nacional um projeto de lei que se aprovado reduzirá para 23 anos a idade mínima para a laqueadura e a vasectomia.

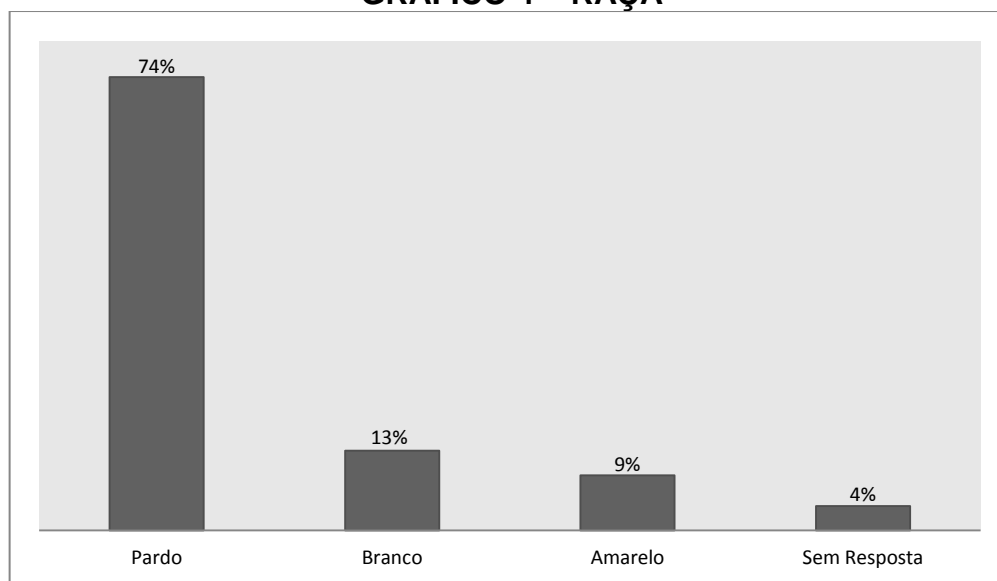
GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO CONJUGAL DAS MULHERES PESQUISADAS

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Cabe destacar que muitas mulheres que se declaram solteiras de direito, de fato possuem uma união estável. Este dado corrobora com a PNDS (2006) onde a maioria das mulheres (64%) que se declaram solteira remetem à união consensual.

Segundo o Código Civil Brasileiro a união estável é caracterizada pela relação de convivência entre dois cidadãos que é duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar, não possuindo prazo mínimo de duração da convivência para que se atribua a condição de união estável. Não é necessário que morem juntos, isto é, podem até ter domicílios diversos, mas será considerada união estável, desde que existam elementos que o provem, como por exemplo, a existência de filhos. O gráfico abaixo ilustra o estado civil das mulheres do Programa de Planejamento Familiar da FSCMP.

Em relação a raça, 74% declaram-se parda, apenas 13% de raça branca, 9% de raça amarela e 4% não respondem a pergunta. Nota-se, neste item uma predominância nas respostas das entrevistadas pela opção parda. O gráfico abaixo ilustra os percentuais.

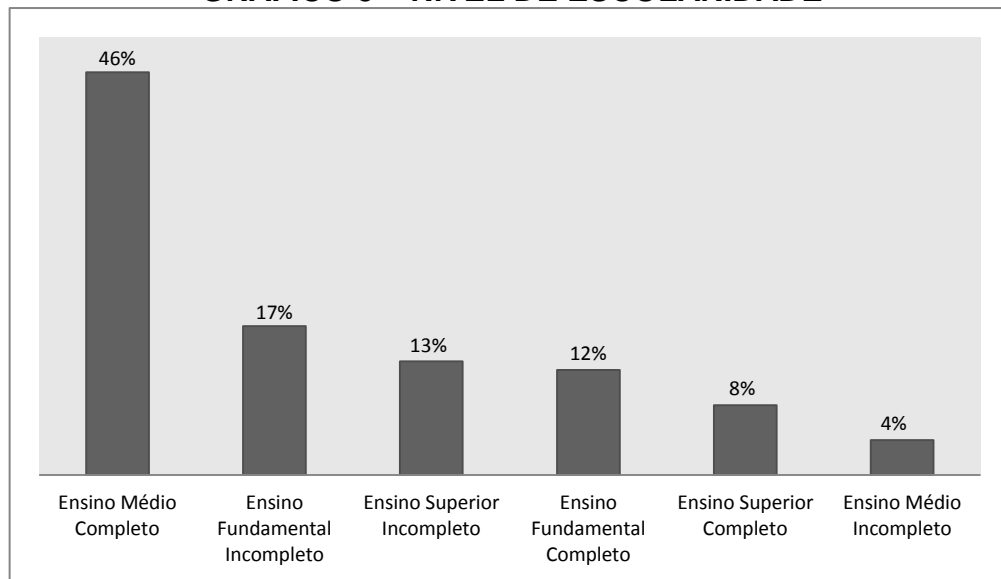
GRÁFICO 4 – RAÇA

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano 2013.

Optamos por não oferecer previamente a classificação de cor utilizada pelo IBGE em suas pesquisas (branca, preta ou parda, amarela ou indígena) mas deixar que as próprias mulheres se autodenominassem, pois concordamos com as declarações de Freire, quando afirma que “A auto-declaração é a única forma possível. A questão é como o indivíduo se percebe e não como o outro o percebe. Do contrário, haveria um viés discriminatório” (jornal, O Globo, 23/02/03).

Muitas das mulheres atendidas apesar de morarem, em Belém, capital do estado do Pará, são oriundas do interior do estado, onde predomina a herança indígena e negra, presente no perfil biofísico dessas usuárias do Programa, mas nenhuma das entrevistadas se autodenominou negra ou indígena. No percentual de 74% de mulheres que se declaram pardas, podemos inferir que existe um percentual de mulheres negras que não se reconheceram como tal. Entendemos que este tipo de conduta consiste em uma estratégia de enfrentar os preconceitos de raça que ainda persistem.

Quanto à escolaridade existe uma grande diferenciação, com a maioria das mulheres informando possuir o Ensino Médio completo (46%), 12% concluíram o Ensino Fundamental, 17% possuem Ensino Fundamental incompleto, somente 8% das mulheres possuem Ensino Superior completo. Os dados informam o Ensino Médio como à escolaridade máxima da maioria das mulheres. O gráfico abaixo ilustra os percentuais de escolaridade das mulheres do Programa.

GRÁFICO 5 – NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Fonte:Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano 2013.

A este respeito o PNDS (2006) enfatiza que:

20% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva declararam ter completado até a quarta série do ensino fundamental, enquanto 50% superaram oito anos de estudo, indicando portanto, terem no mínimo o ensino fundamental completo. Essa proporção sofreu aumento expressivo se comparado com os dados de 1996, quando 30% das mulheres declararam ter oito anos de estudos (2009, p.59).

Ao realizar um cruzamento entre contraceptivos, esterilização, nível de escolaridade e situação socioeconômica, a mencionada fonte, afirma que a escolaridade possibilita que as mulheres tenham mais opções em termos de anticoncepcionais, conhecimento sobre outros métodos reversíveis disponíveis do mercado, enfim amplia o leque de possibilidades, tornando a escolha do método mais segura.

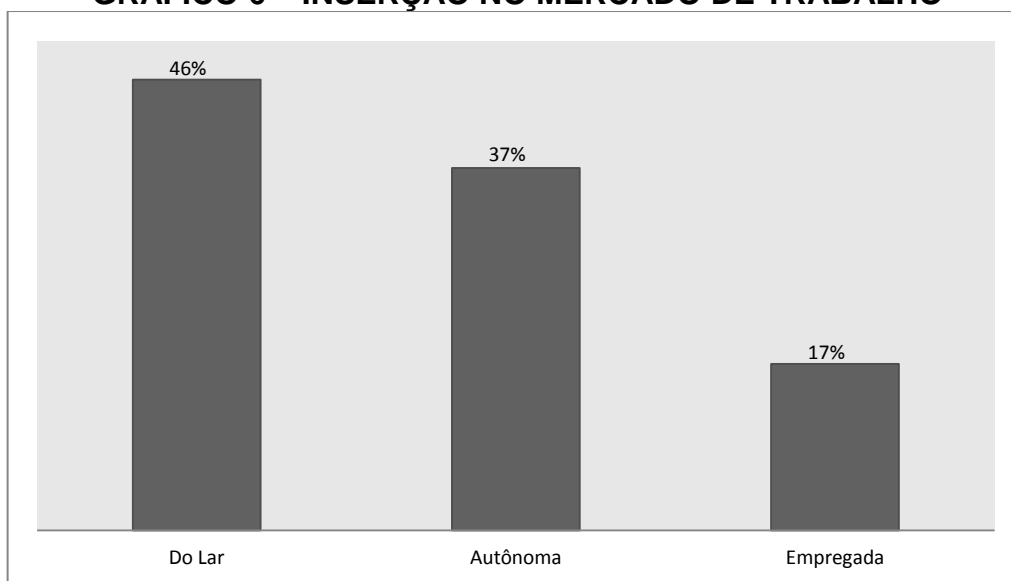
Note-se que o peso da esterilização decresce com o aumento da renda e do nível de escolaridade, e os diferenciais socioeconômicos se tornaram mais pronunciados em 2006. Os diferenciais por nível de escolaridade foram maiores que aqueles por classe econômica. Adicionalmente, entre mulheres menos privilegiadas, tanto do ponto de vista de renda quanto de escolarização, a laqueadura tubária permanece como método mais utilizado, chegando a responder por 65% da anticoncepção no grupo de mulheres sem instrução, em contraste com os 25% no grupo daquelas com oito e mais anos de estudo. Esses resultados indicam perda de influência do poder aquisitivo como fator de acesso ao método e, por outro lado, que a escolaridade torna possível a ampliação de opções anticoncepcionais, uma vez que possibilita maior conhecimento sobre outros métodos e problemas associados à laqueadura tubária (2006, p.94).

Embora não possa afirmar que o aumento da escolaridade seja um fator determinante na opção das mulheres que participam do Programa, particularmente, as entrevistadas, outras pesquisas têm indicado que a alta escolaridade tem elevado o status das mulheres no Brasil na última década. Segundo Diniz (2013):

As mulheres brasileiras vivem em média oito anos a mais que os homens e são mais escolarizadas do que eles em todas as faixas de idade e escolaridade. As diferenças salariais entre homens e mulheres tem diminuído consistentemente, ainda que esteja longe da igualdade, e apesar do fato de que as mulheres negras recebem ainda menos do que as brancas. Renda e escolaridade são duas variáveis fundamentais nas mudanças dos padrões sexuais e reprodutivos, por razões que vão desde o maior empoderamento e a independência financeira das mulheres nas relações amorosas, até o impacto da maior escolaridade sobre o número de filhos (2013, p.160).

Como podemos observar a elevação da escolaridade entre as mulheres tem rebatimentos em outras áreas de sua vida como a financeira, amorosa e também no número de filhos, além de reforçar positivamente a estima e a auto-imagem das mulheres.

No que refere à inserção no mercado de trabalho formal, constatamos que 46% das mulheres declaram não exercer atividades fora do lar, 37% são autônomas e apenas 17% estão empregadas com carteira assinada ou são funcionárias públicas. Das mulheres que estão empregadas ou autônomas a renda familiar média é de dois salários mínimos. Somente 17 % das entrevistadas declaram renda superior a três salários. O gráfico abaixo ilustra em percentuais a situação de trabalho das mulheres pesquisadas.

GRÁFICO 6 – INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano 2013.

Os dados oficiais tem destacado a crescente participação feminina no mercado de trabalho, isso decorre das grandes transformações sociais ocorridas no Brasil, como o processo de urbanização e o crescimento do setor terciário da economia, bem como a redução da fecundidade, as mudanças na dinâmica conjugal e familiar e a elevação dos níveis médios de escolaridade tornaram o sexo feminino uma força de trabalho indispensável para o desenvolvimento do país. Segundo Saffioti (2013):

Permanecendo-se no nível do aparente, o engajamento de certo número de mulheres em ocupações remuneradas e desempenhadas fora do lar constitui suficiente evidência da ampla aceitação de que supostamente goza o trabalho feminino e da liberdade que a sociedade de classes deixa à mulher para, numa pretensa determinação pessoal e voluntária de sua existência, escolher uma carreira profissional ou o casamento, ou ainda a conjugação de ambos. O invólucro ideológico das sociedades capitalistas induz, a crença de que o número de mulheres economicamente ativas se eleva à proporção que o desenvolvimento econômico-social vai sendo alcançado. Na verdade, o movimento do real nas sociedades capitalista, se faz no sentido inverso ao do verdadeiro movimento da força de trabalho feminina efetiva (p.331).

A autora chama a atenção de que somente parte da mão de obra feminina é aproveitada no sistema de produção capitalista, a maioria das mulheres fica em situação de inatividade econômica, não por vontade própria, mas pela lógica do sistema capitalista que não absorve a totalidade das trabalhadoras e trabalhadores.

Todavia, as participantes do Programa de Planejamento Familiar da FSCMP ainda fazem parte das mulheres que estão vinculadas, majoritariamente, ao trabalho doméstico. Este trabalho nem sempre é valorizado, e é visto como voluntário, parte integrante das atribuições femininas, fazendo parte dos cuidados familiares. Esta atividade é vista como “parte do pacote”, o ônus a ser assumido pela mulher prioritariamente. Para Saffioti (2013:332) as funções domésticas, embora econômicas, inibem a determinação da mulher como pessoa economicamente independente que deveria ser na sociedade individualista de padrão urbano industrial capitalista.

Mesmo as mulheres que trabalham fora do lar, exercem uma dupla jornada de trabalho, além do trabalho remunerado ao chegar a casa precisam dar conta das inúmeras tarefas domésticas, cuidado com os filhos, marido ou parceiro. Desta forma, a jornada de trabalho remunerado e não remunerado de uma mulher será sempre superior a do homem. Sobre a relação trabalho doméstico e mulheres, Ávila (2013) afirma:

As mulheres, majoritariamente responsáveis por este trabalho, realizam todas as tarefas necessárias e imprescindíveis para a manutenção da vida cotidiana, enquanto os homens, minoritariamente envolvidos nesse processo, realizam tarefas pontuais, em geral consideradas como apoio ou suporte àquelas de responsabilidade das mulheres. (2013, p.233)

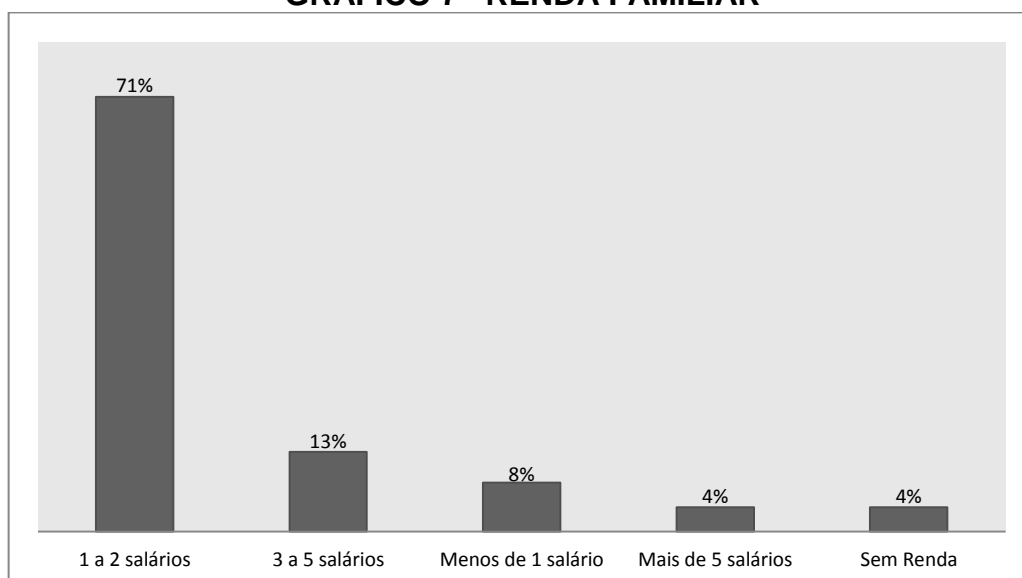
Soma-se a isso a ausência de uma rede de serviços públicos que vise minimizar estas tarefas domésticas, mesmo assim, a responsabilidade pela casa ainda seria da mulher. Até pouco tempo atrás o trabalho doméstico ou reprodutivo não era estudado. Foi o movimento feminista que no final dos anos 1960 que primeiro reconheceu a importância de estudar o tema, como podemos observar nesta citação de Fougeyrollas-Schwebel 2009, p.257:

Foi incontestavelmente o movimento de liberação das mulheres no final dos anos 60 que, na França, como no conjunto dos países ocidentais e apoiando-se nas na denuncia da invisibilidade de uma parte do trabalho das mulheres, colocou na ordem do dia novas elaborações científicas e políticas. Essa invisibilidade aparece como resultado de dois grandes fatores: para todas as correntes de pensamento, a família nos anos 60 é definida como um lugar de consumo; com a industrialização, ela teria perdido toda função ou papel produtivo. O segundo fator decorre de que as diferenças de funções e atividades entre mulheres e homens são percebidas antes de tudo como “naturais”

Na aplicação dos formulários às mulheres participantes da pesquisa, o acesso ao mercado de trabalho é apontado como um dos objetivos principais a ser alcançado e para isso é necessário limitar o número de filhos, optando cada vez mais cedo por métodos anticoncepcionais definitivos, pois segundo as entrevistadas o cuidado com um grande número de filhos e os afazeres domésticos acarretaria dificuldades em permanecer no trabalho, evidenciando a interferência do trabalho reprodutivo na permanência ou não das mulheres no mercado de trabalho. Segundo Ávila (2013) o enfrentamento das tensões entre trabalho produtivo e reprodutivo são resolvidas pela desistência de se manter em um trabalho remunerado, gerando com isso a marginalização do trabalho feminino.

Quanto à renda familiar, consideramos nesta pesquisa a soma dos rendimentos de todas as pessoas que exercem atividade remunerada na casa. Foi verificado que 71% das mulheres vinculadas ao Programa e das entrevistadas vivem em famílias que possuem renda entre um a dois salários mínimos; 13% das entrevistadas de três a cinco salários, 4% possuem renda superior a cinco salários mínimos e 12% possuem renda de menos de um salário ou se declararam sem renda fixa. O gráfico a seguir ilustra a referência de renda familiar das mulheres pesquisadas.

GRÁFICO 7– RENDA FAMILIAR



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Esta renda familiar advém do trabalho das mulheres, dos maridos ou parceiros, dos programas transferência de renda, principalmente, do “Programa Bolsa Família” do Governo Federal, bem como aposentadorias e pensões.

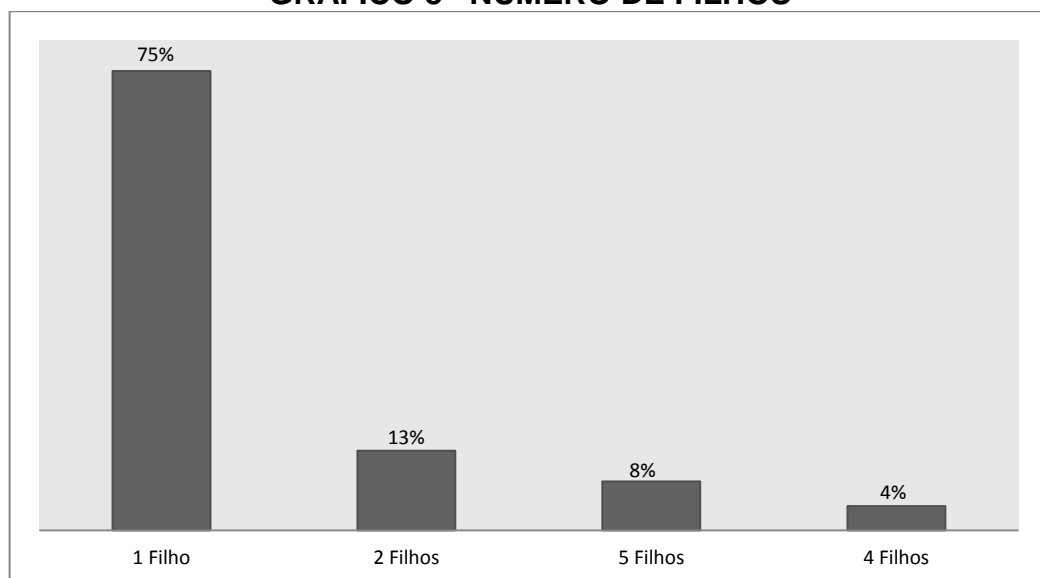
Este dado tem impacto direto na qualidade de vida destas mulheres, na alimentação, educação, acesso a cultura, ao lazer, no consumo de bens e serviços, legitimando sua opção por um número reduzido de filhos. Observamos que muitas mulheres que residem distante da FSCMP, faltam as consultas especializadas e aos exames por não ter dinheiro para pagar as despesas com transporte, uma vez que os gastos “extras” acabam onerando o orçamento doméstico

As mulheres empregadas recebem salários menores que dos homens, exercendo a mesma função, reproduzindo a realidade de outros segmentos de mulheres pesquisadas, o que evidencia uma persistente desigualdade de gênero independente do poder aquisitivo das mulheres, como chama atenção Ávila.

4.4 O PLANEJAMENTO FAMILIAR E NÚMERO DE GESTAÇÕES: O que falam as mulheres entrevistadas.

As informações referentes a relação entre planejamento familiar e número de filhos, indicam que 75% das mulheres entrevistadas possuem somente um filho vivo e não desejam mais engravidar, por isso, estão no Programa de Planejamento Familiar, a fim de evitar uma gravidez indesejada. Já 13% possuem dois filhos e estão satisfeitas com a prole, 8% das mulheres cinco filhos e 4% três filhos.

GRÁFICO 8– NÚMERO DE FILHOS



Fonte:Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

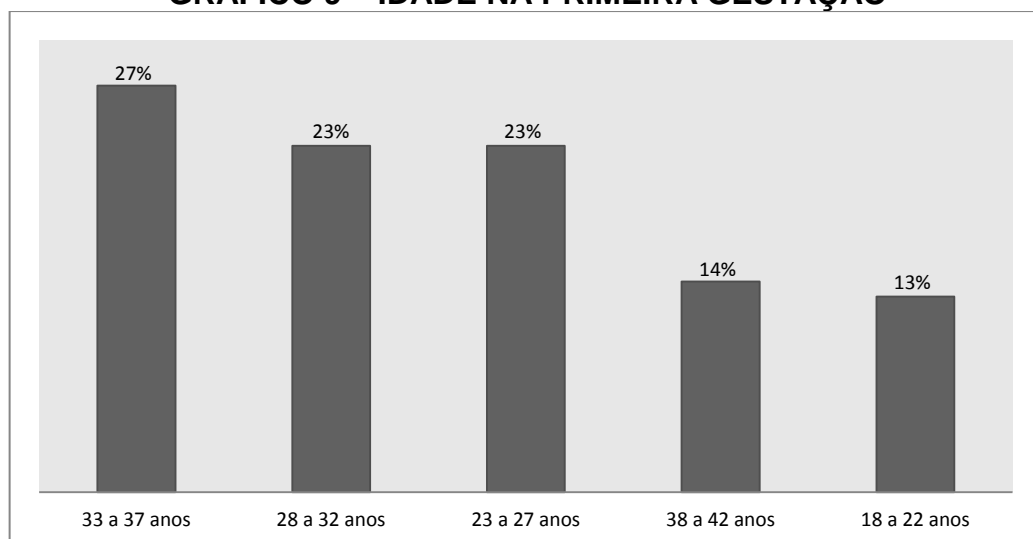
Observamos nas entrevistadas o mesmo posicionamento do conjunto de mulheres que participam do Programa: o desejo das mulheres ou casais em ter poucos filhos, no máximo dois, sendo que um número reduzido de mulheres 12% possui mais de três filhos.

Diniz (2013) afirma que independente das políticas públicas, as mulheres conseguiram regular sua fecundidade que caiu de forma expressiva e bem mais rapidamente do que o previsto, alcançando 1,8 filhos por mulher, segundo a PNDS(2006). Aponta como fatores que contribuíram para isso a maior participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade que elevou seu status social.

A busca pela esterilização por mulheres jovens com reduzidos número de filhos no Ambulatório da Mulher no Programa de Planejamento Familiar difere dos dados empíricos observado na maternidade da FSCMP, onde notamos a prevalência de múltiparas com 08, 10, 12 gestações que, raramente, tiveram acesso aos exames básicos de PCCU, pré-natal e ao Programa de Planejamento Familiar. Essas mulheres, geralmente, advêm do interior do estado, onde a precariedade do setor saúde é muito grande e o acesso a informação e aos métodos anticoncepcionais é difícil.

As mulheres entrevistadas informam que a idade da primeira gestação, se concentra na faixa entre 15 a 26 anos (87%) e desse total, (33%) tiveram filhos ainda adolescentes; 13% tiveram filhos após os 27 anos de idade. Conforme ilustra o gráfico abaixo.

GRÁFICO 9 – IDADE NA PRIMEIRA GESTAÇÃO



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Para algumas entrevistadas o fato de terem engravidado cedo, motivou a procura por um serviço de planejamento familiar ou a utilização de método anticoncepcional por conta própria a fim de evitar uma segunda gestação. Os estudos demográficos de Berquó(1999, p. 119) comprovam que:

O aumento das esterilizações femininas no Brasil veio acompanhado de um decréscimo da idade mediana ao esterilizar-se, que passou de 31,4 em 1986 para 29,9 anos em 1996, tendo ocorrido em áreas mais pobres, rurais e com mulheres de menor escolaridade.

Constatamos em nosso estudo que em muitos casos não houve uma segunda gravidez durante o trabalho de campo da pesquisa e grande parte verbaliza não querer engravidar novamente. Isso nos leva a inferir que o fato da primeira gravidez ocorrer quando as mulheres ainda são muitos jovens, sem estabilidade emocional e econômica, muitas vezes, sem o apoio do pai do bebê leva, necessariamente, ao encerramento precoce da vida reprodutiva, principalmente, no caso das mulheres que não apresentam problemas de doença.

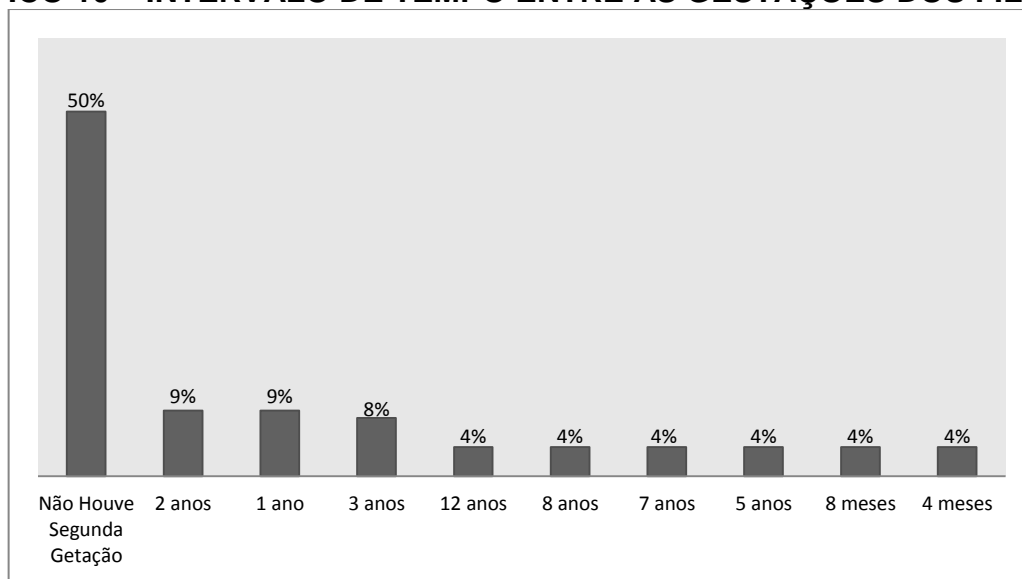
Muitas das mulheres atendidas no Programa de Planejamento Familiar da FSCMP, utilizam métodos anticoncepcionais reversíveis enquanto aguardam a idade mínima de 25 anos para realizar a cirurgia de laqueadura. Nessa espera, algumas mulheres acabam engravidando por desejo próprio ou do marido e/ou companheiro, como também pela falha do método.

Verificou-se que 50% das mulheres entrevistadas possuem um filho vivo⁶ e expressam o desejo de não mais engravidar; 9% tiveram intervalo de 01 (um) ano; 9% de 02 (dois) anos; 8% de 3 (três) anos; 4% de doze anos; 4% de oito anos; 4% de sete anos; 4% de 5 (cinco) anos; 4% de oito meses; 4% de 4 (meses).

O gráfico abaixo ilustra o intervalo de tempo entre o nascimento dos filhos das mulheres.

⁶ A pesquisa contemplou somente os filhos nascidos vivos, não considerou os natimortos, e os abortos espontâneos ou provocados.

GRÁFICO 10 – INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES DOS FILHOS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Este dado é muito interessante quando pensamos em termos regionais e de Brasil, onde os estudos comprovam a queda na taxa de fecundidade, que se manteve contínua, mas não uniforme em todas as regiões na última década. Segundo a PNDS (2009) a fecundidade no Brasil já estava em declínio há 40 anos, atingindo patamares baixos por volta de 2000, onde se verificou a marca de 1,8 filhos por mulher no período de 2002 a 2006.

Os outros 50% das mulheres apresentaram uma média alta de intervalo entre as gestações variando de um a doze anos, somente 8% das mulheres entrevistadas tiveram intervalos de meses entre as gestações. Diante destes dados podemos inferir que a utilização de método anticoncepcional seguro, adequado, proporciona as mulheres condições de decidir sobre uma nova gestação ou se não desejam mais engravidar, isto é, a possibilidade de escolha como propõe o planejamento familiar.

O Programa de Planejamento Familiar da FSCMP tem dado ênfase a inserção do DIU e aos procedimentos anticonceptivos definitivos, reafirmando a conclusão de Serruya (1996, p. 78) de que a opção das mulheres pobres pela laqueadura, no início da década de 1990, em Belém, devia-se a ineficiência do programa de planejamento familiar “que não é capaz de apresentar o conjunto dos métodos anticonceptivos disponíveis, a exemplo dos países desenvolvidos”.

Como a maioria das mulheres e dos homens que participam do Programa, as entrevistadas ao chegarem ao Ambulatório, já possuem informações prévias sobre a

laqueadura e a vasectomia e estão decididos pelo procedimento definitivo. As informações que trazem ao Programa são resultado de pesquisa na internet, acesso a vídeos sobre esterilização, conversas com amigos e familiares. Um número reduzido de mulheres procura o Programa visando à contracepção reversível.

Em relação ao conhecimento do conjunto de métodos anticoncepcionais disponíveis no Programa de planejamento familiar da FSCMP, 71% das mulheres entrevistadas, afirmaram ter sido acompanhadas pelo programa de planejamento familiar no intervalo entre as gestações, o que possibilitou o acesso a informação, escolha e acompanhamento do método anticoncepcional escolhido, relativizando a hipótese de Serruya. Segundo Vieira (2002), este tipo de postura é comum entre mulheres pobres que não atribuem o direcionamento de métodos ao programa. As falhas na utilização do método anticoncepcional estão relacionadas com seu uso inadequado, pois se usado corretamente as falhas são mínimas, como podemos observar na tabela a seguir, extraída do Manual Técnico de Assistência em Planejamento familiar:

TABELA 1: TAXA DE FALHA DE ANTICONCEPCIONAIS

MÉTODO	TAXA DE FALHA
DIU	0,6 A 0,8
Anticoncepcional oral	0,1 a 6-8
Anticoncepcional injetável	0,1 a 0,6
Ligadura tubária	0,5
Vasectomia	0,1 a 0,15

Fonte: ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR: manual técnico, Brasília, DF, 2002.

A falta de informação adequada cria mitos, fantasias sobre os anticoncepcionais, como por exemplo, que o DIU provoca câncer de útero e prejudica uma nova gravidez ou que a laqueadura tubária e a vasectomia são facilmente revertidas.

Diaz e Diaz (1999) afirma que a falta de conhecimento e habilidade sobre os anticoncepcionais não é privilégio somente da população, os profissionais de saúde

também apresentam esta dificuldade. Para este autor, esses problemas estão relacionados ao fato de que a maioria das escolas de medicina e enfermagem não incluem em seus currículos a temática do planejamento familiar e quando o fazem deixam de lado aspectos importantes como técnicas de comunicação e sexualidade, limitam-se a falar dos aspectos técnicos do anticoncepcional, o que dificulta a interação, o desenvolvimento de relações horizontais com os profissionais no trato com um assunto tão delicado e ainda cercado de tabus.

Como o tema do planejamento familiar está ligado diretamente ao exercício da sexualidade e todos os seus desdobramentos, talvez por isso, os profissionais de saúde preferem enfatizar os aspectos técnicos do que iniciar uma discussão que envolva os direitos sexuais e reprodutivos com as mulheres e homens que vão além do uso do anticoncepcional. Neste sentido, pode-se afirmar que o planejamento familiar da FSCMP não rompeu com a hegemonia clínica, ao contrário, em muitos aspectos reforça esta hegemonia quando não abre espaço para a discussão e reflexão sobre os efeitos nocivos dos anticoncepcionais no corpo da mulher, a partir de uma relação horizontal entre profissional e usuários.

Em Belém, além da FSCMP, o programa é operacionalizado pela SESMA, através de suas vinte e nove unidades municipais de saúde espalhadas pelos diversos bairros e distritos da capital do estado e pela unidade especializada “Casa da Mulher”. Nesses espaços, a população tem acesso as consultas médicas, exames e os métodos anticoncepcionais reversíveis, com exceção do DIU que é colocado nas unidades de referências FSCMP, Casa da Mulher e UREMIA.

Entretanto as unidades municipais enfrentam muitas dificuldades, como bem observa Gomes (2006):

O que se verificou é que este sistema ainda não atingiu um grau de satisfação adequada ao atendimento da população, que convive com uma estrutura médico-hospitalar sucateada, tendo como realidade intensas filas, falta de médicos e leitos, além da precariedade no atendimento. Estes são os problemas mais comuns enfrentados diariamente pelas pessoas que procuram os serviços públicos de saúde na Amazônia e mais especificamente em Belém(p.102).

Em relação à pergunta sobre planejamento das gestações, a maioria das mulheres entrevistadas 16 (dezesesseis) declararam que não houve planejamento das gestações, estas aconteceram de forma inesperada, somente 7 (sete) afirmaram

terem planejado as suas gestações, com a utilização de métodos anticoncepcionais seguros, sendo que uma das mulheres (Flor de Liz) afirmou que das cinco gestações duas foram planejadas e três não foram.

Flor de Liz se destacou durante as entrevistas, pois falou bastante sobre o programa de planejamento familiar, avaliando este como muito bom, pois teve a oportunidade de “se cuidar” através da realização de exames e das consultas. Apresentou como sugestão maior divulgação do programa, principalmente para o interior do estado, pois quando sofreu um aborto espontâneo e ficou internada na maternidade da FSCMP, teve contato com mulheres que nunca ouviram falar de métodos contraceptivos e, uma em particular, segundo ela, possuía dez filhos.

A gravidez não planejada é um dos indicadores de falha, desconhecimento ou não acesso ao uso dos contraceptivos. Segundo o PNDS (2006):

A gravidez não planejada é considerada um indicador da falha no controle do processo reprodutivo. Por este motivo, é muito usado por programas de planejamento reprodutivo para avaliar a demanda não satisfeita de anticoncepção. Esta inclui a falta de informações e de acesso a todos os métodos contraceptivos, a falha de métodos e não disponibilidade, na rede pública de saúde, de todos os anticoncepcionais. (2006, p.137)

A falha no uso de métodos anticoncepcionais está associada a diversos fatores da vida das mulheres, ligados, principalmente, a sexo sem proteção, uso incorreto de métodos anticoncepcionais, intolerância a alguns métodos, insucesso na negociação com o parceiro para usar preservativo, não uso de método anticoncepcional enquanto aguarda uma cirurgia de laqueadura e/ou vasectomia.

É muito forte, ainda hoje, a responsabilização da mulher, independente de seu estado civil e grau de escolaridade, no processo reprodutivo, como se a prevenção de uma gravidez fosse exclusiva dela, cabendo ao homem um papel de coadjuvante. Neste sentido, as entrevistadas informam que a cobrança para que elas utilizem algum método é muito forte e quando este apresenta alguma falha resultando em gravidez, o parceiro ou marido, se sente isento de qualquer responsabilidade, cabendo a mulher decidir se leva a gestação à diante ou não. Nestes casos, o aborto também aparece como imposição.

A análise deste quadro nos revela a importância do programa de planejamento familiar dentro dos direitos reprodutivos e a necessidade e sua capilarização nos

municípios brasileiros, em especial no estado do Pará, onde os equipamentos de saúde são precários e os profissionais não recebem a capacitação necessária para lidar com o tema dos direitos reprodutivos. Na capital do Estado do Pará a realidade não é diferente, com o sucateamento das unidades municipais de saúde, o acesso ao serviço de planejamento familiar é cada vez mais difícil, fazendo com que diante das dificuldades de acesso ao serviço, aos métodos anticoncepcionais e as dificuldades financeiras, as mulheres optem cada vez mais cedo pelo método definitivo, em especial a laqueadura tubária.

Mais de 50% das mulheres entrevistadas afirmaram não terem planejado suas gestações, o que podemos inferir que não tiveram acesso a informação, aos métodos anticoncepcionais disponíveis no mercado e engravidaram sem desejar. Duas mulheres em especial (Iris e Hortência) disseram que todas as gestações 04 (quatro) não foram planejadas, ocasionando dificuldades financeiras, abandono da escola e do trabalho remunerado, além da configuração familiar ter se modificado.

TABELA 2 : NÚMERO DE GESTAÇÕES

Mulheres	Nº de gestações	Gestações planejadas	Gestações não-planejadas
Flor de Liz	05	02	03
Alfazema	02	-----	02
Lavanda	01	-----	01
Onze horas	02	-----	02
Azaléia	01	-----	01
Orquídea	04	02	02
Gardênia	04	01	03
Margarida	01	-----	01
Bergônia	05	05	-----
Tulipa	02	02	-----
Rosa	01	01	-----
Iris	04	-----	04
Crisântemo	02	02	-----
Cravina	01	01	-----
Cerejeira	01	-----	01
Copo de Leite	01	-----	01
Antúrio	01	-----	01
Angélica	01	-----	01
Açucena	01	-----	01
Amarilis	01	-----	01
Girassol	03	-----	03
Vinca	01	-----	01
Camélia	01	01	-----
Hortênci	04	-----	04

FONTE:Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Em relação ao tempo de atendimento no Programa de Planejamento familiar das 24 (vinte e quatro) mulheres entrevistadas, 15 (quinze) possuem de 1 (um) a 5 (cinco) anos de atendimento no programa de planejamento familiar da FSCMP, 5 (cinco) mulheres são atendidas a mais de 5 (cinco) anos; 4 (quatro) são atendidas há 10 (dez) anos, praticamente desde o início do programa. Essas mulheres que possuem um tempo maior de atendimento no programa, são também as de maior nível de escolaridade e de renda familiar acima de dois salários mínimos.

TABELA 3: NÚMERO DE MULHERES E TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA

NÚMERO DE MULHERES	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA
15	01 a 05 anos
05	+ de 05 anos
04	+ de 10 anos

FONTE: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Sobre aos métodos anticoncepcionais utilizados pelas mulheres, observamos uma multiplicidade de respostas, pois grande parte das mulheres ao longo da vida reprodutiva optou por mais de um método anticoncepcional, às vezes combinando dois métodos (dupla proteção) para se prevenir de uma gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Mas prevalece nesta escolha o uso de métodos anticoncepcionais hormonais (injetável e oral), talvez pela maior divulgação do método e pela facilidade da compra sem receituário médico nas farmácias e pelo preço do medicamento, principalmente, a pílula que existe desde a década de 1960. Distribuída pelos postos de saúde a partir dos anos 1990 representou um marco na vida das mulheres com baixo poder aquisitivo, desvinculando sexo de reprodução, como já faziam as mulheres de classe média e alta.

A pílula do dia seguinte ou contracepção de emergência chegou no Brasil, em Julho de 1999, deve ser utilizada em situações em que houve a relação sexual sem

proteção, violência sexual, enfim em situações de urgência, pois possui uma sobrecarga hormonal muito grande que acarreta diversos efeitos colaterais no organismo feminino. No caso das mulheres entrevistadas, um número insignificante, informou uso esporadicamente quando mantiveram relações sexuais sem proteção, com o intuito de evitar uma gravidez indesejada.

O DIU é identificado pelas mulheres entrevistadas como um método não-desejável em decorrência de mitos associados a sua utilização como: provocar câncer de colo de útero, ser abortivo, entre outros, mitos que o Programa procura desmistificar nas atividades educativas, mas que enfrenta ainda muitas resistências.

Já os outros métodos anticoncepcionais mencionados foram o preservativo masculino que depende da negociação entre o casal para que o homem utilize e nem sempre as mulheres mais jovens possuem um repertório que possibilite o diálogo e, conseqüentemente, a utilização do preservativo pelo parceiro. O preservativo feminino é desconhecido pela maioria das entrevistadas. Dado grave, uma vez que ele foi criado pelo Ministério da Saúde para atender um público de mulheres adolescentes e jovens, como alternativa ao preservativo masculino. Segundo, os especialistas, o preservativo feminino não foi bem aceito pelas mulheres, pela dificuldade de colocação, compra, divulgação e disponibilidade nos postos de saúde. O preservativo feminino precisa ser mais bem trabalhado com as mulheres em idade fértil, pois representa uma independência em relação ao preservativo masculino, com a mesma eficácia e proteção.

O método da tabela ou tabelinha (OGINO-KNAUS) e o coito interrompido (consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação) foram também outros métodos já utilizados pelas mulheres entrevistadas e são classificados como naturais, dependem do comportamento dos parceiros, do conhecimento do próprio corpo e do autocontrole, por isso sujeito a falhas. Ressalta-se que os métodos naturais (tabelinha) são os únicos métodos aceitos pela Igreja católica com fins de anticoncepção, todos os demais são vistos com reserva. Essa relação entre contracepção e religião é, extremamente, complexa na vida das mulheres, pois mexe com valores, crenças, com a condução de sua vida. O princípio bíblico do “Crescei e multiplicai-vos” é um mandato explícito de Deus para a mulher como responsável pela procriação e neste sentido é algo “natural” inerente a natureza da mulher, sendo a finalidade do sexo dentro do casamento a procriação. Portanto, não

é legítimo tem relações sexuais somente para sentir prazer carnal e se evitar o designo da vontade divina.

TABELA 4: PRINCIPAIS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Principais métodos anticoncepcionais utilizados pelas
mulheres entrevistadas

Anticoncepcional injetável

Anticoncepcional oral

Preservativo masculino

DIU

Tabela (OGINO-KNAUS)

Coito interrompido

Pílula do dia seguinte (anticoncepcional de emergência)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013

No que se refere as experiências de prevenção não habitual de gravidez que as mulheres já fizeram uso, observamos que 91.6% (22 mulheres) acompanhadas há muitos anos pelo programa de planejamento familiar da FSCMP, e por este motivo não apresentam relatos fora do comum de experiências de prevenção de uma gravidez indesejada. Acreditamos que a grande quantidade de informação veiculada na mídia sobre os métodos e o maior acesso das mulheres e homens aos métodos anticoncepcionais disponíveis no mercado, nos postos de saúde, contribui para este reduzido número.

Ademais acreditamos que por se tratar de um assunto que até hoje é considerado tabu, sexo, sexualidade, gravidez e aborto provocado, muitas mulheres não se sentiram a vontade para relatar algo tão íntimo como experiências não convencionais para evitar uma gravidez. Somente 8,4 %, 02 (duas mulheres) das mulheres relataram terem feito uso de chás de ervas com o objetivo abortivo, após relação sexual desprotegida.

TABELA 5: EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ

Experiências de Prevenção de Gravidez	
Sem relatos	22 mulheres
Utilizou chá de ervas	02 mulheres

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013.

Quanto ao anticoncepcional usado, atualmente, pelas mulheres entrevistadas observamos que há uma polaridade entre os anticoncepcionais injetável (onze mulheres) e o DIU (sete mulheres), Isso nos leva a inferir que a praticidade do método contribui muito para a sua utilização. No caso do DIU ele pode ficar no corpo da mulher até por dez anos, é colocado em ambulatório e a manutenção é realizada de seis em seis meses, através de exame de ultrassonografia e outros. Já o anticoncepcional injetável é aplicado no músculo uma vez no mês.

Como afirmou Serruya (1999) enquanto nos países desenvolvidos as mulheres utilizam mais os métodos reversíveis, no Brasil, observamos o aumento progressivo da esterilização feminina, quando na área de tecnologia da reprodução humana cada vez mais se amplia a lista de possibilidades de regulação da concepção com a criação de mais métodos, como anel vaginal, implantes subcutâneos e adesivos, ainda não disponíveis no sistema público de saúde, o país investe na esterilização. Assim:

A esterilização feminina, que era o método mais utilizado em 1996, sem diferenciais sociais significativos de prevalência, perdeu importância no período recente. A queda de sua prevalência foi muito maior nas classes mais altas. Assim, diferentemente de 1996, passa a apresentar uma relação fortemente negativa com a renda, um primeiro indicativo de que a cirurgia da laqueadura estaria mais amplamente disponível e de que as mulheres mais bem posicionadas estariam privilegiando o uso de outros métodos. Neste sentido, em 2006, o percentual de uso da pílula entre mulheres das classes econômicas mais altas suplantou o da laqueadura. Também entre essas mulheres, a participação masculina, seja por realização da vasectomia seja por uso do preservativo masculino, foi de quase 30%. Por outro lado, na classe econômica mais baixa, a prevalência de métodos usados pelos parceiros foi pouco maior que 10%. (PNDS, p.92)

TABELA 6 – NÚMERO DE MULHERES POR TIPO DE ANTICONCEPCIONAL

Anticoncepcional	Número de mulheres
Anticoncepcional injetável	11 mulheres
DIU	07 mulheres
Anticoncepcional oral	04 mulheres
Preservativo masculino	02 homens/mulheres

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa realizada no ano de 2013

No ano de 2012 houve um aumento significativo nas cirurgias de vasectomia após a divulgação nos meios de comunicação da oferta do procedimento no hospital. Já a laqueadura tubária apresenta um decréscimo desde que foi instituída no hospital. Na época de campanhas políticas, a laqueadura tubária é moeda de troca por votos na capital e no interior do estado. Tal procedimento realizado por profissional não habilitado coloca à vida da mulher em risco.

TABELA 7: PROCEDIMENTOS DE LAQUEADURA E VASECTOMIA NOS ÚLTIMOS 07 ANOS NA FSCMP

Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Laqueadura tubária	21	71	42	38	31	23	22
Vasectomia	0	13	18	12	30	18	06

FONTE: livro de registro de atendimento do planejamento familiar do ambulatório da mulher da FSCMP.

Quanto às dificuldades encontradas na administração do método anticoncepcional escolhido 24(vinte quatro) mulheres entrevistadas 16 (dezesesseis) não relataram nenhuma dificuldade na utilização do método anticoncepcional escolhido. 04 (quatro) mulheres que utilizam o anticoncepcional oral relataram esquecimento de tomar a pílula na hora estipulada e variação de humor. As mulheres que utilizam o DIU relataram dor e sangramento e as que utilizam o

anticoncepcional injetável relatam aumento de peso, elevação da pressão arterial e aumento do nervosismo.

A escolha do método anticoncepcional pressupõe o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, no sentido de garantir a mulher e ao homem os elementos necessários para que possa fazer a opção livre e consciente do método que melhor se adapte, bem como, é necessário garantir o acompanhamento clínico-ginecológico aos usuários independente do método escolhido.

Na escolha do método anticoncepcional é necessário levar em conta alguns fatores como: eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV. Além disso, precisamos considerar também: condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da mulher/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, medos, dúvidas e vergonha.

Das dificuldades elencadas pelas mulheres entrevistadas percebemos que algumas estão relacionadas ao comportamento como esquecimento de tomar a pílula, as demais são de origem orgânica e estão previstas no Manual Técnico de Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (2002).

Os sintomas secundários aparecem em maior ou menor grau dependendo do organismo de cada pessoa e do o método utilizado. A inocuidade, a ausência de efeitos adversos, ainda não foi obtida até os dias atuais pela indústria farmacêutica, sendo direito da mulher e/ ou homem serem informados corretamente sobre as diferenças entre os anticoncepcionais e os efeitos secundários adversos devem ser tratados pelos profissionais de saúde, com o intuito de minimizá-los.

A avaliação do programa de planejamento familiar da FSCMP foi bem avaliado pelas mulheres usuárias, tanto no que concerne ao tratamento dispensado pelo profissional médico, como pela equipe multiprofissional, bem como pela qualidade do atendimento. 12 (doze) mulheres avaliaram como bom e 09 (nove) mulheres como “ótimo” e “excelente”, afirmando que este contribuiu muito para minimizar as dúvidas referentes à utilização dos métodos anticoncepcionais, conforme podemos observar na fala das entrevistadas:

-As pessoas tratam bem e a médica é ótima (**Amarílis**)

- Investiga doenças através dos exames laboratoriais e de imagem (**Girassol**)
- Encaminha pra outras especialidades, dá assistência (**Rosa**)
- A equipe é atenciosa, garantia da consulta e do exame (**Tulipa**)
- Não é tão burocrático (**Hortênsia**)
- Ensina muita coisa (**Vinca**)

Nesta avaliação as entrevistadas correlacionaram a avaliação do programa ao acesso aos demais serviços ofertados pela FSCMP, afirmando que este além de cumprir seu papel de esclarecer, orientar sobre a utilização dos métodos anticoncepcionais, é uma porta de entrada para o acesso a outras especialidades, programas e exames de alta complexidade.

Somente 03 (três) mulheres avaliaram o programa como razoável e “escasso”, no sentido da falta de medicação, apontando como as principais causas: intervalo entre as consultas muito longo (em média três meses), não aprofundamento das queixas da paciente pela médica, falta informação, deficiência (demora) no exame de ultrassonografia, principalmente, para quem utiliza DIU e exames laboratoriais para as demais pacientes que utilizam outros anticoncepcionais.

Outra reclamação é quanto ao período prolongado para a realização dos exames pré-operatórios para a cirurgia de laqueadura tubária, que ficam em torno de 04 a 06 meses, pois não há um fluxo exclusivo para as mulheres que desejam a esterilização, elas entram no mesmo rol das demais cirurgias eletivas (sem urgência), o que gera insatisfação, já que muitas mulheres esperavam ser laqueadas no momento do parto cesárea e como esta prática é proibida por lei, com poucas exceções, as mesmas retornam após o puerpério ao ambulatório na expectativa de que sua demanda seja logo atendida e ficam decepcionadas com a demora para a realização do procedimento.

Segundo a lei do planejamento familiar deve-se observar um intervalo de tempo sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Neste período, o casal ou a pessoa participará de aconselhamento multiprofissional e deverão ser oferecidos os métodos anticoncepcionais reversíveis para que possa fazer a opção pela esterilização de forma esclarecida.

Este intervalo serve para que a pessoa e/ ou casal avalie, pense, não tome uma decisão tão importante num impulso e venha a se arrepende mais tarde. E também para se evitar a esterilização precoce.

Do total de 24 (vinte e quatro) mulheres entrevistadas, 23 (vinte e três) afirmaram que o Programa contribuiu para a redução do número de filhos e somente uma disse que não, pois já utilizava método anticoncepcional antes de entrar no mesmo, portanto já tinha conhecimento anterior a participação no programa. No relato das mulheres observamos a valorização dos conhecimentos adquiridos sobre a utilização dos métodos, corpo, sexualidade e como este foi importante para as suas vidas, apesar de todas as dificuldades estruturais vividas pelo programa. A seguir alguns relatos das mulheres entrevistadas sobre o mesmo:

- O programa é bom pelo conhecimento adquirido (**Crisântemo**)
- Sim, pois de outra forma engravidaria novamente (**Açucena**)
- Sim ao contrário teria tido mais filhos (**Hortênsia**)
- A informação de qualidade prestada pela médica faz a diferença (**Iris**)
- Contribui para o planejamento de uma nova gravidez (**Girassol**)
- Oportuniza tirar as dúvidas, recebemos muitas orientações, e aprendemos a conhecer o nosso corpo (**Begônia**)

Na fala das mulheres observamos que os maridos e parceiros pouco ou nunca participam do Programa de Planejamento Familiar da FSCMP, quando o fazem é de forma pontual, esporádica, principalmente, na palestra de ingresso realizada uma vez por mês ou na consulta com a psicóloga por ocasião do procedimento de laqueadura tubária e vasectomia. Alguns homens quando aparecem, ficam na sala de espera do Ambulatório. Observa-se uma postura de desconforto dos mesmos no local, uma vez que são minoria em um espaço constituído, majoritariamente, por mulheres. Além do mais, para o senso comum, a vasectomia implica na perda da virilidade, portanto, se submeter a cirurgia seria pôr em risco tal crença.

Para a maioria das entrevistadas é natural que os homens não as acompanhem no programa, deixando claro que a prevenção “é coisa de mulher” e que não querem “cobrar” esta participação, tomando para si a responsabilidade pela prevenção da gravidez. Na abordagem inicial com as mulheres do programa de planejamento familiar, o atendimento social e psicológico procura ressaltar a

necessidade do comparecimento do marido/parceiro na palestra de ingresso, no programa e nas consultas, pois conforme a Lei é inerente ao planejamento a participação do casal, nos casos em que o participante possui relação marital. Nas entrevistas as mulheres também explicaram a ausência dos homens devido ao trabalho ou outros compromissos por eles assumidos, deixando claro que o planejamento não é uma prioridade, dentre as inúmeras dificuldades enfrentadas pela família. A feminização do planejamento familiar também não tem sido revertido pelo Programa, reafirmando a responsabilidade da mulher com a prevenção da gravidez.

Selecionamos alguns dos motivos que foram verbalizados pelas mulheres entrevistadas:

“Falta porque precisa viajar no momento das consultas”.

“Falta porque tem medo; não gosta de hospital”.

“Falta porque nunca se interessou em acompanhar as consultas do planejamento familiar, mas ele acompanhava as consultas do pré-natal e de outras especialidades”.

“Falta porque não existe incentivo e informação sobre o programa de planejamento familiar; não houve pra ele convite. A equipe multiprofissional nunca solicitou a presença dele nos atendimentos.

“Nunca houve necessidade de o marido comparecer as consultas”.

Pelo exposto se observa que a feminização do planejamento familiar também não tem sido revertido pelo Programa, reafirmando a responsabilidade da mulher com a prevenção da gravidez.

O depoimento das mulheres entrevistadas quanto as orientações recebidas sobre a escolha do método anticoncepcional adotado (efeitos colaterais, eficácia, composição, administração e seguimento), 20 (vinte) mulheres relataram que receberam as orientações a respeito do anticoncepcional escolhido, ou seja, através da palestra educativa, proferida pela equipe multiprofissional (enfermagem e serviço social) ou através de folheto informativo, como também pela equipe médica do ambulatório na ocasião das consultas.

04 (quatro) mulheres relataram que não receberam as informações necessárias para a administração dos medicamentos, ressaltam que a consulta médica era restrita aos aspectos técnicos (data e como tomar o medicamento), não

tendo espaço para esclarecer as dúvidas, falar sobre os mitos e estreitar as relações entre médico e usuária.

A relação verticalizada é apontado, principalmente, quando elas se referem ao médico, prática que encontra-se presente em outros espaços de materialização da relação doença/saúde. Todavia como construção histórica, acreditamos que estas práticas podem ser desconstruídas, dando lugar a práticas horizontais, de diálogo, respeito e valorização do conhecimento do usuário. O programa de planejamento familiar em sua gênese foi concebido a partir da integração do tripé: Atividade educativa, aconselhamento individual e/ ou do casal e atividade clínica.

A atividade educativa deve ser realizada, preferencialmente, em grupo e preceder a consulta médica, tendo como objetivo oferecer as mulheres e homens os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado. A atividade deve primar pela participação, pela troca de experiências e valorização do conhecimento de cada pessoa.

Já o aconselhamento é entendido como “um processo de escuta ativa individualizada e centrada no indivíduo”. Segundo o Manual Técnico de Assistência ao Planejamento Familiar, esta prática pressupõe:

O acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas às questões de planejamento familiar e prevenção das DST/AIDS. Avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DSTs e reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta dos interlocutores (profissionais e indivíduo ou casal). Implica, portanto, na promoção de um diálogo na qual a mensagem é contextualizada às características e vivência da (s) pessoa (s) e na necessidade de participação ativa nesse processo. A idéia demarcada no aconselhamento é a troca. Dessa forma torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento. (2002,p.12)

As atividades clínicas devem ser realizadas após a atividade educativa e incluem a anamnese, exames laboratoriais e de imagem, exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para o autoexame das mamas e coleta de PCCU, análise da escolha do método e prescrição do método anticoncepcional.

Segundo o Manual Técnico de Assistência ao Planejamento Familiar (2002) as consultas subseqüentes visam o atendimento periódico e contínuo para reavaliar

a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

As sugestões das mulheres entrevistadas para o programa de planejamento familiar da FSCMP podem ser classificadas em três eixos: educativo, organização do serviço e participação.

No eixo educativo as principais sugestões envolvem atividades educativas voltadas para os usuários do programa de planejamento familiar da FSCMP, incluindo os parceiros, maridos, além da palestra de ingresso. Outra sugestão é levar o programa para além dos muros do hospital, com atividades educativas nas escolas, associações, sindicatos, clubes, etc. E dentro do hospital realizar estas atividades como sala de espera nos demais ambulatórios, não só o da mulher, mas desencadear esta discussão nos demais espaços da fundação através do uso de vídeos.

Na organização do serviço, as principais sugestões são para a contratação de mais médicos para atuarem no programa de planejamento familiar, diversificando com isso a oferta de novos horários de atendimento e encurtando o retorno das consultas médicas, que hoje chegam a durar três meses. Quanto aos medicamentos é necessária uma negociação com a direção do hospital para que se amplie a lista de anticoncepcionais disponibilizados as mulheres com regularidade, inclusive os que hoje não compõem a lista do SUS como anel vaginal, adesivo, implante subcutâneo e DIU hormonal.

No eixo participação a sugestão apresentada pelas mulheres é para que a equipe do Programa invista mais profundamente na participação dos parceiros e maridos, presença que hoje se reduz a palestra de ingresso no programa de planejamento familiar. A lei do planejamento familiar em seu artigo 4º e 5º prevê as ações preventivas e educativas, como podemos constatar:

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

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

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

Ainda é muito raro os parceiros e maridos acompanharem as mulheres no programa de planejamento familiar, o que reforça a idéia de que a utilização de anticoncepcional é um assunto para as mulheres, pois são elas que gestam e por isso a prevenção cabe à elas. Muitos integrantes da equipe técnica também pensam desta mesma forma e se sentem desconfortáveis com a presença dos homens nas consultas. Neste sentido, a capacitação da equipe técnica para que possamos esclarecer os equívocos presentes no Programa de Planejamento Familiar da FSMCP é fundamental, principalmente, a idéia naturalizada de que o principal protagonista do mesmo é a mulher.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como registrado na Introdução a principal questão norteadora desta dissertação é: Como a lei 9.263 se aplica no Programa Planejamento Familiar na FSCMP? Além das sub-questões: Como as mulheres usuárias do programa avaliam o programa e o atendimento recebido pelos técnicos do ambulatório da mulher? Qual a percepção de mulheres usuárias do programa acerca do método de anticoncepção definitiva? Quais as principais dificuldades encontradas pelas usuárias do planejamento familiar no que concerne ao uso dos métodos anticoncepcionais reversíveis? Qual a representatividade numérica da esterilização masculina e feminina no estado do Pará e em Belém?

Como objetivo se destaca: analisar os limites entre a lei 9.263 e a execução do Programa Planejamento Familiar na FSCMP; bem como investigar como mulheres usuárias do programa avaliam o programa e o atendimento recebido pelos técnicos; conhecer a percepção de mulheres usuárias do programa acerca do método de anticoncepção definitiva; descrever quais as principais dificuldades encontradas pelas usuárias do planejamento familiar no que concerne ao uso dos métodos anticoncepcionais reversíveis e, por último, verificar a representatividade numérica da esterilização masculina e feminina como Pará e em Belém.

Consideramos que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Os resultados da pesquisa expostos nesta dissertação indicam que: as respostas encontradas informam a existência de um hiato entre a lei 9.263 e a execução do

Programa Planejamento Familiar na FSCMP, pois estamos longe de aplicar os princípios norteadores da lei no que concerne ao viés educativo, preventivo e de atenção integral a saúde da mulher, possibilitando a mesma ser protagonista de sua saúde. Ainda estamos centrados na consulta médica e a atenção se reduz ao aspecto biológico.

É na FSCMP, onde se realiza a maior parte da esterilização de mulheres e homens em Belém embora os procedimentos de laqueadura e vasectomia sejam realizados em outros hospitais públicos e privados. A representatividade numérica dos procedimentos na Fundação não implica obediência da legislação, uma vez que tanto os equipamentos como os recursos humanos apresentam limites. A realização dos métodos definitivos de anticoncepção pelas outras instituições, não é objeto de notificação compulsória como prevê a Lei 9.263/96. Este fato prejudica a notificação oficial da questão no Estado do Pará, colocando um obstáculo a análise da representatividade no estado.

A esterilização feminina no estado do Pará tem sido caracterizada por mulheres jovens, entre 19 a 28 anos, que muitas vezes, optam pelo procedimento definitivo por questões de ordem econômicas. Alegam impossibilidade de sustentar mais de um filho com o rendimento familiar que possuem. Todavia nos últimos cinco anos se observa uma redução do método definitivo de anticoncepção feminina, a laqueadura tubária.

Em relação à avaliação das usuárias sobre o Programa, destaca-se que há uma percepção de que a equipe técnica, principalmente os médicos priorizam a esterilização, principalmente no caso das mulheres. Neste sentido, as entrevistadas apontaram a necessidade de atividades educativas freqüentes a fim de dirimir as dúvidas e ampliar a participação dos homens em todas as etapas do programa e no sentido de trabalhar a cultura vigente de que cabe somente a mulher a prevenção da gravidez indesejada. Sugeriram também o aumento do número de profissionais e a diversificação da oferta de outros tipos de contraceptivos como implantes, adesivos, anel vaginal e DIU hormonal, ainda não disponíveis no SUS e ampliar as possibilidades de anticoncepção.

Quanto aos homens observou-se um registro significativo de demandantes da vasectomia, mas não existe por parte da instituição o cumprimento das condições necessárias para realização do mencionado procedimento. O não enfrentamento

deste limite indiretamente continua privilegiando a esterilização feminina, já que para esta existe mais agilidade no enfrentamento das dificuldades. Este dado se coloca como impossibilidade de concretizar uma das reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres: a esterilização quando necessária deve ser praticada por homens e mulheres, já que a procriação não é inerente a mulher.

Finalmente registra-se que esta pesquisa representa nossa inquietude, enquanto profissional de serviço social, em sistematizar a complexidade inerente à vivência das mulheres que se utilizam do Ambulatório da Mulher da Santa Casa de Misericórdia no Município de Belém. Buscamos analisar suas condições de vida e percepções sobre o planejamento familiar, bem como ampliar o espaço de inserção do profissional de serviço social no programa.

Este estudo também consiste em um esforço de registro da prática profissional dentro da área da saúde, onde os assistentes sociais estão inseridos a mais de cinquenta anos e mesmo assim, as produções no Pará, ainda são poucas, especialmente em se tratando da discussão de gênero no contexto da proposta integral da saúde da mulher. Observamos que predomina uma prática profissional de viés conservador e autoritário. Outrossim destacamos ser primordial retomarmos os princípios do PAISM sobre a integralidade das ações no tocante a saúde da mulher, que não deve resumir-se somente a consulta médica, distribuição de medicamentos sem levar em conta todos os demais aspectos da vida humana que afetam sua saúde. Neste sentido o programa de planejamento familiar da FSCMP tem muito a avançar.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. **A Sociologia entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. Cadernos de Sociologia/Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Número especial (1995). Porto alegre: PPGS/UFRGS, 1993.

ALEXANDRE, L.B. S, P. **Políticas Públicas de Saúde da Mulher**. In: Enfermagem e Saúde da Mulher. Barueri, São Paulo: Manole,2007.

ALVAREZ, Maria Luzia Miranda [org]. **A mulher existe?** Uma contribuição ao estudo da mulher e gênero na Amazônia. Belém: GEPEM, 1995.

ALVES, Branca Moreira. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense: 2007.

ÁVILA, Maria Bethânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde**. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro,19, 2003.

BARBIERI, Teresita. **Sobre a categoria gênero**: Uma introdução teórico-metodológica. SOS CORPO.Recife:Setembro, 1993.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERQUÓ, Elza [org]. **SEXO & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: editora da UNICAMP, 2003.

_____. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil**. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 113-25.

BORDALO, Alípio Augusto Barbosa. **A Misericórdia Paraense Ontem e Hoje**. Belém- Sagrada Família, 2000.

BORGES, Ângela e CASTRO, Mary. **Família, gênero e gerações**: desafios para as políticas públicas. 1ª ed. São Paulo: Paulinas, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**.11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRAVO, M.I. S [et al]. **Saúde e Serviço Social**. 2.ed. - São Paulo:Cortez; Rio de Janeiro:UERJ,2006.

_____. **Saúde e serviço social no capitalismo**: Fundamentos sócio-histórico. São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher.**Assistência ao planejamento familiar/manual técnico-4ª edição**- Brasília:Ministério da Saúde,2002.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____, Lei 9263, de 12 de janeiro de 1996. Do Planejamento Familiar. DF, Brasília. www.planalto.gov.br/CCivIL_03/LEIS/L9263.htm.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: **dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: ministério da Saúde, 2009.

BRUSCHINI, Cristina. **Reflexões sobre o uso de estatísticas sensíveis à questão de gênero**. Artigo apresentado na XX Reunião da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-graduação e pesquisa em Ciências Sociais-GT relações de Gênero. Caxambu, 1996.

_____. **Tempos e lugares de gênero**. São Paulo: FCC: 34 ed, 2001.

BUTLER, Judith .Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. 1ed- são Paulo: outras Expressões, 2012.

CHIZZOTTI, A **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 7ª ed.-São Paulo: Cortez, 2005.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. 4, 1995, Pequim. Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. 1994, Cairo. Relatório Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo.

COSTA, Alfredo Pereira da. **O Hospital e sua evolução histórica**. Belém: FSCMP, 2011.

COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil**. In: **Questões da Saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1999.

Delphy, Christine. **Patriarcado (teorias do)**. In: **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27 ed- Petropolis, Rj: Vozes, 2008.

DINIZ, Simone Grilo. **Direitos sexuais e reprodutivos** in: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudanças na opinião pública. Editora Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013.

ENGELS, Frederico. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. São Paulo. Civilização Brasileira, 1977.

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Gênero e Políticas Públicas**. Revista estudos feministas v.12, n1. Florianópolis: jan/abr 2004.

FERNANDES, A.Q. **Saúde da mulher em situação de exclusão social**. In: Enfermagem e Saúde da Mulher. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

FONSECA, R.M.G.S. **Gênero e saúde-doença**: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Enfermagem e Saúde da Mulher. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

FRANCO, Maria Laura P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília, 4ª Ed : Líber Livros, 2012.

FREIRE, Nilcéia. Entrevista Concedida ao Jornal O Globo em 23/02/2003. www.mcconsultoria.com.br/novo/iframe/verartigo.php?fonte=mc_news&codigo=904. Acessado em 15/01/2015.

FOUGEYROLLAS-Schwebel. Dominique. **Movimentos feministas**. In: **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

GALVÃO, Elaine F. violência e Poder. Revista Fazendo Gênero, N°08-Corpo,. Florianópolis. Agosto de 2008.

GIFFIN, Karen [org]. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GOMES, Luciano Silva. **Planejamento Familiar**: Três décadas de polêmicas, contradições e avanços. Tese de Doutorado. UFRJ, 2006.

GONÇALVES, Andréa Lisly. **História e gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GONÇALVES, M.C.C. O Lado Oculto do Movimento Feminista: Fator Determinante para a Cidadania e para a Saúde Reprodutiva no Pará. Tese de Doutorado. PUC - São Paulo, 2002.

HIRATA, Helena... [et al.]. **Dicionário Crítico do feminismo**. São Paulo: editora UNESP, 2009.

IANNI, Otávio. **Construção da categoria**. Transcrição da aula dada no curso de Pós-graduação em ciências sociais da PUCSP- 1º semestre de 1986.

KLOETZEL, Kurt. **A questão do controle de natalidade**. Editora Brasiliense: São Paulo, 1985.

MATOS, C.M de. **ODebate do Serviço Social na Saúde nos anos 90**. In: Revista Serviço Social & Sociedade (74). São Paulo, Julho. 2003.

_____. **Serviço Social, ética e saúde:** Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MILLETT, Kate. **Política Sexual.** Lisboa: Dom Quixote, 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição-São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, Maria Antonia Cardoso. **Bolsa Família e Renda para viver Melhor: reflexões a partir da teoria feminista.** Revista Gênero na Amazônia. Belém, nº1. jan/jun 2012.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PATERMAN, Carole. **O contrato sexual.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

Portal da Saúde, saúde da mulher. Disponível em: <[www.saúde.gov.br/saúde da mulher](http://www.saúde.gov.br/saúde%20da%20mulher)>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

Rede feminista de saúde, Saúde da mulher. Disponível em <www.redesaúde.org.br> Acesso em: 25 de maio de 2014.

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

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2001.

RUBIN, Gayle. **A Circulação de Mulheres:** nota sobre a “economia política do sexo”. Texto digitado. 2º semestre de 1991.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

_____. **A mulher na sociedade de classes.** 3ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. **A mulher brasileira é assim.** UNICEF: Editora Rosa dos Ventos, 1984. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo.

SÃO PAULO, Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS”. Boletim CEInfo Análise | Ano VI, nº 05, Maio/2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 54 p.

SANTOS, FILHO, J.C. e GAMBOA, S.S. **Pesquisa educacional:** quantidade-qualidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SARTI, C.A. **O feminismo brasileiro desde os anos 1970**: revisitando uma trajetória. Revista Estudos Feministas, Florianópolis/UFSC, v.12, n.º2, p.35-50, maio/ago, 2004.

SAÚDE EM DEBATE, revista do centro Brasileiro de Estudos de saúde-CEBES. v.34, n.86. Rio de Janeiro, 2010.

SCOTT, Joan. **História das mulheres**. In: Burke, Peter (org). A escrita da História. Novas perspectivas. São Paulo: Unesp, 1992. p.63-95.

SERRUYA, Suzanne. **Mulheres Esterilizadas**: Submissão e desejo. Belém: UFPA-NAEA/UEPA, 1996.

SOUSA, R.M.S. **Controle Social em Saúde**. In: Revista Serviço Social & Sociedade (74). São Paulo, Julho. 2003.

SOUZA-LOBO, Elizabeth. **A classe operária tem dois sexos**: Trabalho, dominação e resistência. 2ed. São Paulo: Editora da Fundação Perseu Abramo, 2011.

SCHRAIBER, L. B. **Pesquisa qualitativa em saúde**: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

TRAT, Josette. **Movimentos sociais**. In: **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

TELES Maria Amélia de Almeida. **O que são direitos humanos das mulheres**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais (Pesquisa Qualitativa em Educação)**. São Paulo, Atlas, 1987.

VENTURA, Mirian. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Ed. UNFPA. Brasil, DF, 2009.

VENTURI, Gustavo e GODINHO, Tatau [orgs]. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privado**: Uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013.

VIEIRA, E.M. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010. 284p.

APÊNDICE A – Formulário de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
FORMULÁRIO DE PESQUISA
PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO DA MULHER DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

DATA DA COLETA DE DADOS:
COLETADOR:

1. Idade:

2. Estado civil:

3. Cor:

4. Escolaridade:

5. Situação de trabalho:

6. Renda familiar:

7. Número de filhos:

8. Qual a idade em que teve o primeiro filho:

9. Qual o intervalo de tempo entre o nascimento dos filhos:

10. No intervalo entre as gestações você foi acompanhada pelo programa de Planejamento familiar da FSCMP:

11. As gestações foram planejadas? (1) sim (2) Não, quantas não foram:

12. Há quanto tempo você é atendida pelo programa de planejamento familiar:
13. Quais os métodos anticoncepcionais que você já utilizou:
14. Quais as experiências de prevenção (gravidez) que você já fez uso:
15. Qual o anticoncepcional que você esta utilizando agora:
16. Quais as dificuldades encontradas na administração do método anticoncepcional escolhido:
17. Como você avalia o programa de planejamento familiar:
18. Você avalia que o programa contribui para a redução do número de filhos ou para o intervalo entre uma gravidez e outra:
19. Como se dá a participação do casal no programa de planejamento familiar e se não há, por que isso ocorre:
20. Você considera que recebeu orientações a respeito da escolha do método anticoncepcional que optou (efeitos colaterais, eficácia, composição, administração, seguimento,etc):
21. Quais as sugestões para o programa de planejamento familiar da FSCMP:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a) da pesquisa **PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO DA MULHER DASANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**, que esta sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Marcia Farias Serrão, residente a rua Cezário Alvim nº 282, bairro da Cidade Velha, município de Belém-Pará, CEP 66023-170, telefones de contato: **999072039/4009-2204/32229250**, **E-mail: anamarciaserrao@gmail.com** e esta sob a orientação da Prof.^aDra. Maria Antonia Cardoso do Nascimento.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final do documento que esta em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr (a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO:

Desde o seu surgimento através da lei nº 9.263 de Janeiro de 1996, o programa de planejamento familiar, constitui-se um marco na luta de profissionais de saúde e dos movimentos feministas, pois pela primeira vez o estado brasileiro, assume que planejar sua família, é direito de todo cidadão brasileiro e se compromete por um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Passados 16 anos da promulgação da lei, é importante avaliarmos os impactos desta na vida de homens e mulheres usuários do programa e saber como os mesmos avaliam sua execução na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, bem como devido a escassez de estudos em Belém, de natureza strito senso sobre a avaliação do mencionado programa sob a perspectiva de homens e mulheres usuários, optamos por desenvolver a referida proposta de investigação científica, visando contribuir para a Pós-Graduação da UFPA e do Serviço Social e, para a política de saúde pública do Pará, por meio do trabalho desenvolvido pelo ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Neste sentido o presente estudo, tem por objetivo principal compreender o impasse entre a lei e a execução do programa de planejamento familiar da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, procurando ainda verificar o conhecimento de homens e mulheres a cerca da política de planejamento familiar, bem como o aperfeiçoamento da execução e gestão do programa a partir das contribuições e sugestões fornecidas pelos usuários participantes da pesquisa. Outro objetivo é

verificar a representatividade numérica da esterilização masculina e feminina em nosso estado.

OUTROS ESCLARECIMENTOS:

As informações prestadas serão tratadas de forma confidencial. Os participantes do estudo serão identificados através de números, sem qualquer possibilidade de identificação do indivíduo. A sua participação é voluntária, assim caso você queira participar do estudo terá total liberdade de fazê-lo, sem que isso prejudique o seu atendimento no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Se aceitar participar deste estudo você responderá a um questionário sobre o programa de planejamento familiar da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Você poderá não ter benefício direto com a participação neste estudo, porém, os resultados poderão auxiliar no aumento do conhecimento sobre o assunto e beneficiar homens e mulheres e no futuro, além de contribuir para o aperfeiçoamento da execução do programa. Não são conhecidos riscos pela participação neste estudo, mas você poderá sentir algum desconforto ao responder o questionário.

A pesquisadora responsável pelo estudo esta a disposição para os esclarecimentos de qualquer dúvida durante o andamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da FSCMP-Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no seguinte endereço: Rua Oliveira Belo nº 395, Umarizal, CEP 66050-380, telefone 4009-2264.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, _____ concordo em participar do estudo _____ como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e assinatura do participante _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C – Fotos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Fonte: Acervo do Pesquisador



Fonte: Acervo do Pesquisador



Fonte: Acervo do Pesquisador