



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

ROSÂNGELA BEZERRA DA SILVA

**DISCUTINDO A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Campina Grande
2012

ROSÂNGELA BEZERRA DA SILVA

**DISCUTINDO A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Thaísa Simplício Carneiro

Campina Grande
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial de Serviço Social Luiza Erundina– UEPB

S586d Silva, Rosângela Bezerra da.
Discutindo a política de saúde e os direitos reprodutivos [manuscrito] :
considerações sobre o planejamento familiar / Rosângela Bezerra da Silva.
– 2012.
28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) –
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,
2012.

“Orientação: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro, Departamento de
Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Relações de Gênero. 4.
Planejamento Familiar. 5. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ROSÂNGELA BEZERRA DA SILVA

**DISCUTINDO A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR**

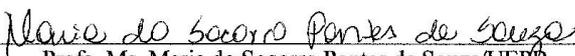
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 31 de Agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profª Ms. Tháisa Simplicio Carneiro/UEPB
(Orientadora)



Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza/UEPB
(Examinadora)



Esp. Luzimar Lacerda Rolim - UBSF Francisco Brasileiro
(Examinadora)

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
BEMFAM	Bem Estar Familiar no Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadorias
CIPD	Conferencia Internacional Sobre a População e Desenvolvimento
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPM	Plano Nacional de Saúde para Mulher
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO	7
3 O DEBATE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES.....	13
4 GÊNERO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	15
4.1 A atenção à saúde da mulher na perspectiva do Planejamento Familiar	16
4.2 Conquistas e perspectivas no cuidado à saúde da mulher e da criança	20
4.3 O marco da saúde das mulheres no bojo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos	22
4.4 Uma reflexão acerca da saúde integral, saúde sexual e saúde reprodutiva	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

DISCUTINDO A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Rosângela Bezerra da Silva

RESUMO

A saúde como um direito de todos tem a finalidade de contribuir para universalizar o acesso à atenção e aos serviços de saúde pública, inclusive ao planejamento familiar. O estudo sobre a referida temática é de suma relevância, uma vez que constitui um direito ao homem e à mulher sobre a decisão de *se, quando e quantos* filhos querem ter, assegurados pela política de saúde vigente. Assim, o artigo em pauta tem como objetivo analisar a potencialidade da implementação da Política Nacional de Saúde para a Mulher (PNSPM), bem como verificar efetivação a atenção à saúde da mulher, no sentido de contemplar a promoção, proteção, prevenção e recuperação preconizadas pela PNSPM. Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental e para tanto utilizamos publicações nacionais e (livros periódicos científicos e documentais) como fonte que contribuíram para nossas reflexões. Os resultados do estudo revelam a necessidade de mais discussões sobre a sobre o planejamento familiar. Tal debate é pertinente para estimular o conhecimento sobre os direitos reprodutivos; o cuidado na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e, contribuindo para maior controle sobre a saúde, corpo e vida do homem e da mulher.

Palavras-chave: Política de Saúde. Promoção a Saúde da Mulher. Relações de Gênero. Planejamento Familiar.

ABSTRACT

Health as a right for all aims to contribute to universal access to care and public health services, including family planning. The study on that topic is of paramount importance, since it is a right to man and woman on the decision of whether, when and how many children they want, provided by health policy in force. Thus, the article in question is to analyze the potential implementation of National Health Policy for Women (PNSPM) and verify how attention on women's health, to include promotion, protection, prevention and recovery advocated by PNSPM. It is a bibliographic and documentary and national publications and use both (books and journals documentary) as a source that contributed to our reflections. The results of the study reveal the need for further discussions on about family planning. This debate is relevant to stimulate knowledge about reproductive rights; care in the prevention of sexually transmitted diseases and contributing to greater control over health, body and life of man and woman.

Keywords: Politics of Health. Promotion the Health of the Woman. Relations of Sort. Familiar Planning.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto da nossa experiência enquanto estagiária do curso de Serviço Social na Unidade Básica de Saúde da Família UBSF Francisco Brasileiro situada no bairro de José Pinheiro, em Campina Grande/PB.

Na atual conjuntura homens e mulheres iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo, podendo ser surpreendidos com uma gravidez indesejada pela não efetivação do planejamento Familiar ou até mesmo, por não compreender a utilização dos métodos contraceptivos, discussão essa que vem atravessando o eixo da história da política de saúde.

Diante do exposto, Percebemos a relevância dos sujeitos obterem informações acerca da importância do Planejamento Familiar e a sua eficácia. Neste sentido, o Planejamento Familiar desvela à mulher a importância de conhecer o seu corpo e de ter autonomia sobre ele, dando-lhe o direito na decisão sobre os métodos contraceptivos como também na construção de sua família e na regulação da fecundidade através do direito garantido na Constituição Federal Brasileira (no artigo 266, parágrafo 7º, regulamentado pela Lei 9.263/1996), ser direito de todo cidadão os cuidados e informações relativas à saúde reprodutiva e sexual livre de coação e discriminação, cabendo ao Estado viabilizar os recursos para o exercício desse direito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar a potencialidade da implementação da Política Nacional de Saúde para a Mulher (PNSPM). Para tanto, buscamos também bem como verificar a efetivação da atenção à saúde da mulher, no sentido de contemplar a promoção, proteção, prevenção e recuperação preconizadas pela PNSPM. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, o que nos permitiu aprofundar teoricamente o problema pesquisado como também analisarmos a leituras e questionamentos a partir de uma interlocução crítica com o material bibliográfico. A pesquisa fala da relevância dos sujeitos obterem informações acerca da importância do Planejamento Familiar e a sua eficácia. Neste sentido, o Planejamento Familiar desvela à mulher a importância de conhecer o seu corpo e de ter autonomia sobre ele, dando-lhe o direito na decisão sobre os métodos contraceptivos como também na construção de sua família e na regulação da fecundidade.

2 POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

A trajetória da política de saúde no Brasil se caracterizou no contexto da emergência da questão social, a partir da qual uma parte da sociedade se *politiza* sobre a divisão desta em duas classes sociais (a dos proletariados, explorados pelo sistema capitalista; e a burguesia, que detém grande parte da riqueza socialmente produzida) e onde se inicia os conflitos e busca pela diminuição das desigualdades sociais, exploração, bem como a melhoria por melhores condições de vida.

Nas décadas de 1920 e 1930 houve uma ampliação da saúde no país, pois o avanço do modelo econômico agroexportador passava a exigir ações emergenciais do Estado, para que fossem propiciados mecanismos para o pleno desenvolvimento do capital. Desse modo, as ações passaram a se centrar nas campanhas sanitárias (o chamado *sanitarismo campanhista*), devido à urgência de sanear os espaços urbanos, assim como o desenvolvimento de ações voltadas para os trabalhadores mais ativos no processo de reprodução do capital.

De acordo com Paim (2009), naquele período, houve o início da previdência social do Brasil por meio das caixas de aposentadorias (CAPs), após a aprovação da lei de Elói Chaves¹ (1923). Assim, nasceu a medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujo objetivo era atendimento aos assalariados urbanos como forma de antecipar as reivindicações dessa categoria e não proceder a uma cobertura mais ampla.

Segundo Bravo (2006), a política de saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária que só vira a ser sobrepujar aos de saúde pública a partir de 1966.

Nessa mesma década foi instaurado o regime ditatorial impondo medidas repressivas que inviabilizavam a participação da sociedade na agenda das políticas públicas, reprimindo a sociedade da liberdade de expressão. Como afirma Netto (1994 apud SILVA, 2006, p. 12)

O governo optou pelo caminho mais perverso ao priorizar os interesses particulares em relação aos públicos, alegando a população que qualquer participação nos seus destinos e criando em sistema de saúde de má qualidade, arraigada nas suas distorções e por envolver muitos interesses escusos, restrito a mudanças.

¹ A Lei Elói Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram geralmente organizadas por empresas e sob regulação do Estado. As CAPs operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por ; outro fator de fragilidade era o elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Como resposta a essa expressão da questão social, no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política de assistência ampliada, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizando as tensões sociais e buscando legitimidade, bem como reproduzindo a acumulação do capital.

De acordo com Bravo (2007), em meados da década de 1970, emerge o movimento da Reforma Sanitária brasileiro, fruto da união de movimentos populares como os movimentos estudantis, de profissionais da saúde e pesquisadores que propuseram um novo modelo de atenção para o setor, defendendo a democratização no setor da saúde pública. As principais propostas debatidas por esses sujeitos foram a universalização do acesso; a concepção da saúde como direitos sociais e dever do Estado, a partir de um novo olhar para a saúde individual e coletiva.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Era um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990).

Nesse contexto de efervescência dos movimentos sociais em todas as suas esferas, emerge a Constituição Federal Brasileira de 1988, como frutos do clamor e da capacidade político-organizativa da sociedade civil. Destarte com a Constituição Federal Brasileira a saúde passa a ser reconhecida como um direito universal garantido pelos poderes públicos a Constituição Federal Brasileira afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, visando à redução dos riscos de doenças e de outros agravos garantindo o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2011, p. 54).

Apesar das conquistas no setor da saúde através de bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária, o confronto de dois projetos governamentais de origem antagônicas permaneceu até os dias atuais: trata-se do projeto de Reforma Sanitária e do projeto privatista.

Nesses embates destaca-se a criação e a regulamentação do SUS através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis nº 8.080/90² e 8.142/90³.

O SUS como conjunto de ações e serviços públicos de saúde é composto pelos seguintes princípios e diretrizes: a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização dos serviços do setor, a descentralização e o controle social. A partir deste advento do SUS surge a necessidade de implantar um modelo de atenção à saúde que não considerasse apenas a *recuperação/reabilitação*, mas valorizasse ações e serviços pautados na *prevenção* e, principalmente, na *promoção* da saúde. Neste caminho,

A promoção em saúde se faz por meio de educação, de adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidão e capacidade individuais, da produção em ambientes saudáveis. Esta estreitamente vinculada, portanto a eficácia da sociedade em garantia da implementação de políticas públicas voltada para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores de determinantes da condição de saúde (MATTOS, 2005 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2008, p. 221).

No contexto dos anos 1990, o Ministério da Saúde instituiu, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Hoje denominado Estratégica Saúde da Família (ESF), tem como objetivo:

Contribuir para a orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 10).

Partindo dessas premissas, a ESF é entendida como estratégia de orientação do modelo assistencial, sua operacionalidade se dá mediante a implementação das equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde na qual serão responsáveis pelos atendimentos das famílias, desenvolvendo ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitações de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção de saúde, concretizando os princípios e diretrizes do SUS a partir da atenção básica, mas articulada com

² Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

³ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

os demais níveis da assistência. Tendo como público alvo a “família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997, p. 10).

A implementação das equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde se deu, a princípio, por meio de uma equipe mínima constituída pelos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem e mais adiante os agente comunitário de saúde no ano de 1995. Na cidade de Campina grande em 2003, foram incluídas as equipes básicas sobre o princípio do SUS/SF e a integralidade dos profissionais biomédicos: odontólogo, auxiliares dentários e assistente social e fisioterapeutas para compor o plano de descentralização das ações de reabilitação. A atuação dessas equipes parte pelo o acompanhamento de um número definido por pessoa abrangente a um território de aproximadamente 600 a 1.000 por pessoa no limite de 4.500 habitantes.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 154, de 24 de janeiro de 2008, foi regulamentado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, em conjunto com a ESF compartilha com equipes às praticas em saúde nos territórios abrangentes da unidade básica. Esse núcleo é composto por 8 (oito) equipes de Saúde da Família no mínimo e, no máximo, 20 (vinte). Suas ações são de responsabilidade dos profissionais que as compõem e desenvolvem o NASF juntamente com a ESF.

A atuação do NASF deve estar voltada ao acolhimento e a humanização a atenção integrando e desenvolvendo as políticas sociais promovendo a participação dos usuários nas avaliações e decisões dos conselhos de saúde, tem também como objetivo um trabalho educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF e na elaboração de projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF⁴ do acompanhamento dos usuários, devendo realizar ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada propiciando qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

⁴ O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo. § 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

Apesar de algumas conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, cumpre sinalizar que os embates com o projeto privatista continuam tensos e ameaçam o fortalecimento do projeto democrático da saúde.

Nos anos de 1990 a política de saúde encontrou-se precarizada, com avanço da terceirização dos recursos humanos, bem como da falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, conquista de precípua relevância na Constituição Federal Brasileira.

A vitória para o cargo da presidência da República por Luiz Inácio Lula da Silva, eleito em 2002, foi considerado um marco da história democrática do Brasil, por ser “um presidente de origem pobre, vindo da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49). Vence por apresentar um projeto que não defende os interesses hegemônicos da classe dominante.

Em seu programa de governo, a saúde foi entendida como um direito fundamental, assumindo o compromisso de garantir o acesso universal, equânime e integral as ações e serviços de saúde. Esperavam-se ações do governo que fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde. Entretanto, a concepção de Seguridade Social não foi assumida na perspectiva na Constituição Federal Brasileira.

Como principais metas e diretrizes é destacado em seu governo a ampliação dos atendimentos ao SUS que inova com a política de educação nesse setor, o combate as endemias como também a criação das farmácias populares, e melhoramento dos setores de saúde com a capacitação continuada dos conselhos de saúde e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No contexto da saúde focalizou a ESF, sem alterá-la significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para a população carente. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade (BRAVO, 2006).

No tocante à saúde da mulher, o governo manteve os programas de combate ao Tabagismo e a AIDS, como também ao enfrentamento da mortalidade materna com intuito de tornar um programa de maior abrangência passando a concretizar a universalização aos acessos à atenção básica. Para Marques e Mendes (2005, p. 169),

As políticas sociais no governo Lula estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero que ficou basicamente concentrado no programa Bolsa-Família; o segundo a contra-reforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

A ação mais importante na área social é o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria e a exclusão social, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários.

No segundo mandato do governo de Lula, que iniciou de 2007-2010, a Reforma Sanitária por sua vez não foi priorizada, uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: o controle do plano de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho (PAIM, 2008).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 05 de dezembro 2007, abordou o tema com “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e de Desenvolvimento”. Os conselhos analisaram a importância das Diretrizes para os avanços e garantia da saúde como um direito fundamental do desenvolvimento humano, econômico social com participação social no enfrentamento dos desafios atuais. Temas como os de projetos sobre a Fundação Estatal de Direitos Privados no âmbito da saúde e a descriminação do aborto foram reprovados unanimemente pelos grupos e na plenária final da 13ª Conferência. O então Ministro da Saúde revoga a decisão dos (CNS) Defendendo juntamente com o governo o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e retomado da Contrarreforma do Estado. Por fim, o esforço de inserção da saúde em um Projeto de desenvolvimento em transformação se expressou na construção do plano Mais Saúde-PAC⁵ (2008-2011).

Dilma Vana Rousseff, eleita presidenta da República em 31 de outubro de 2010, priorizou em seu mandato, para o setor da saúde um diagnóstico geral no que tange o setor. Defendeu a consolidação do SUS, a qualidade dos serviços, a atenção básica e a garantia do acesso universalizado. Contudo, manteve as parcerias com o setor Privado da área da saúde dando ênfase a ampliação da terceirização o que gera a precarização do setor (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em março de 2011, Dilma solicitou formalmente ao Ministério da Saúde com relação à saúde da mulher e da criança a inclusão do programa rede cegonha (a qual envolve os cuidados desde a gestação até aos primeiros anos de vida da criança). Além disso, em seu

⁵ Os quatro pilares do Programa Mais Saúde: Promoção a Tenção ação em saúde para toda família da gestação a terceira idade. A criação da Fundação Estatal de Direitos Privados. Ampliação do Acesso com Qualidade cobertura no SUS. Desenvolvimento e Inovação em Saúde; tratar a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

programa de governo buscou também priorizar os cuidados referentes à prevenção, tratamentos, reabilitação e cuidados a mulheres acometidas pelos cânceres de mama e colo uterino. Outras demandas de seu mandato foram à implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas em todo o Brasil; o programa aqui tem farmácia popular; e em conjunto com o Ministério da Saúde políticas de enfrentamento ao crack e outras drogas.

A partir desse discurso histórico da política de saúde no Brasil, é de grande relevância discorrer sobre o marco da política de promoção a saúde da mulher enfatizando a viabilidade do acesso a atenção básica da saúde.

3 O DEBATE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

Em 30 de março de 2006, por meio da Portaria nº 687, foi aprovada a Política de Promoção da Saúde. Esta decorreu da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS e estruturando-se a partir de três eixos, quais sejam: o *Pacto pela Saúde*⁶, o *Pacto pela Vida*⁷, o *Pacto em Defesa do SUS*⁸ e *Pacto de Gestão do SUS*⁹, firmados entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde é compreendida a partir do conceito elaborado por Paim (2009, p. 46), o qual compreende a saúde como qualidade de vida, a exemplo do acesso à educação, atividade física, lazer, alimentação, arte, cultura, diversão e entretenimento e ambiente saudável entre outros. Cultivando o bem estar e a qualidade de vida, no sentido de cuidar e prevenir a saúde reduzindo ou eliminando os riscos por meio de vacinação e de combate aos insetos transmissores de doenças, como também na redução de acidentes de trânsito evitando

⁶ Pacto pela Saúde 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

⁷ O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. A exemplo saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; mortalidade infantil e materna.

⁸ O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

⁹ O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

o óbito pelo o uso de cinto de segurança, bem como o controle de qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologia médica.

Na cidade do Rio de Janeiro, em 1999, aconteceu o *I Encontro Latino-Americano de Saúde, Equidade e Gênero*, a luz dos acontecimentos e transformações referidas a esses três aspectos da promoção da saúde, com enfoque no desafio para as políticas públicas¹⁰. Naquela ocasião, ocorreram discussões sobre os aspectos relacionados às questões da saúde e adoecimento em conjunto com a participação do Estado e sociedade civil (ALMEIDA, 2000).

Destarte, podemos ressaltar que após esse evento que culminou com a política nacional da promoção da saúde se define ações que incidem nessa dimensão das políticas macroestrutural desde a carta de Ottawa¹¹, que atua na melhoria da qualidade de vida e da saúde no marco da reforma do Estado.

Nesses termos o Ministério da Saúde, a partir das diretrizes da PNPS, foi regulamentada no sentido reforçar o direcionamento do SUS, uma vez que enfatiza a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização, participação social, intersetorialidade informações, educação, bem como sustentabilidade.

A saúde vista como produção social integra os sujeitos usuários, os profissionais da saúde, bem como os gestores sanitários e de outros setores para analisar e formular ações de qualidade para um o atendimento dos usuários mediante uma gestão compartilhada. Dessa forma, a promoção da saúde é uma estratégica de articulação transversal na produção de saúde que trabalha de forma articulada com outras políticas e tecnologias desenvolvidas para o sistema de saúde do Brasil.

A Política Nacional de Promoção da Saúde é garantida na Constituição Federal vigente, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no país, dentre os quais destacamos a saúde (BRASIL, 2011).

Dentro dessa perspectiva da promoção da saúde compreende-se que a garantia assegurada ao setor inicia no acesso à atenção básica universal e igualitária ao uso dos serviços de saúde, articulado na formulação das políticas sociais e econômicas para a redução

¹⁰ I Encontro Latino – Americano de Saúde Equidade e Gênero - Organizado pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e pela Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES).

¹¹ A carta de Ottawa definiu a abrangência da saúde na perspectiva social, política, técnica, econômica e médica. A partir dos seguintes determinantes responsáveis pela saúde de um povo: condição financeira; estilo de vida; situação ambiental; desenvolvimento da biologia e a organização da assistência à saúde (MINAYO, 2002).

dos riscos de adoecer e no comprometimento e coresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo da gestão do setor em tela. Contudo a Promoção da Saúde nada mais é que um conjunto de implantação e implementação de ações na gestão do SUS integrado ao setor sanitário e aos demais setores das políticas públicas juntamente com a participação social inovando, organizando, planejando, realizando, verificando e avaliando o trabalho em saúde.

Diante da relevância das políticas públicas acima mencionadas trazemos no capítulo a seguir considerações sobre a questão de gênero no tocante ao planejamento.

4 GÊNERO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A categoria de análise gênero é histórica, cultural e política, e expressa relações de poder, o que possibilita utilizá-la em termos de diferentes sistemas de gênero e na relação desses com outras categorias, como raça, classe ou etnia, bem como levar em conta a possibilidade da mudança (SCOTT, 1995). Assim, podemos afirmar que as questões de gênero devem ser consideradas também como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O gênero é construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989, apud BRASIL, 2004, p. 12).

Tendo em vista a gênese da construção social no tocante a relações de gênero, nos deparamos com uma sociedade patriarcal, que, por muitos anos, foi atribuído ao homem o título de dominador, mantendo o seu poder sobre a mulher, bem como provedor da família (papel destinado a ele o que demarca o seu poder diante da relação familiar).

Na década de 1990 surge interesse de estudos/análises referentes à construção social da masculinidade, sobretudo no campo da saúde reprodutiva e sexual discutindo em conjunto com a Instituição da Rede Nacional de Direitos Reprodutivos e da Rede Nacional Contra a Violência Doméstica e Sexual (SILVA, 2006). A partir de uma perspectiva da igualdade

gênero, o qual luta pela efetivação dos direitos da mulher dentro do contexto social como um todo.

Em 1994, na IV Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher discutindo a saúde e os direitos sexuais reprodutivos, com a participação da figura masculina na produção dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a participação do homem na relação de reprodução e contracepção, no âmbito do planejamento familiar.

Sendo assim, a prática do planejamento familiar torna-se um direito a saúde reprodutiva do homem da mulher ou do casal.

4.1 A atenção à saúde da mulher na perspectiva do Planejamento Familiar

A discussão em torno de uma política voltada para o Planejamento Familiar perpassou fases que vão até meados dos anos 1980, enfatizando questões relacionadas ao paradigma submisso, preconceituoso e repressor sobre o papel destinado à mulher.

De 1930 a 1960, década que inicia o Brasil República período de implementação da industrialização no país, houve o ingresso das mulheres nas indústrias que, mesmo diante desse contexto sociopolítico conservador, marcou o período pela conquista da criação do salário Família e o auxílio maternidade. Desse modo, nasceram novos paradigmas no âmbito da ciência como o lançamento dos primeiros anticoncepcionais, novas discussões sobre as questões reprodutivas de tratamentos de fertilidades e infertilidade, como também o nascimento de bebês de provetas e as mães de alugueis.

Em 1980 com o 4º Encontro Internacional de Mulheres e Saúde, que traz novos conceitos no tocante aos direitos reprodutivos e sexuais elaborados pelos movimentos feministas que segundo Ávila (1993, p. 17), “A novidade em relação aos Direitos Reprodutivos é que é uma invenção das mulheres participantes, como sujeito da construção dos princípios democráticos”.

Naquela mesma década emergiu (1983) a luta pela implementação do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), o qual enfatiza a necessidade de uma intervenção que transcenda o caráter pontual e focalizado do Planejamento Familiar (centrado quase que exclusivamente no controle da fecundidade), passando a buscar desenvolver ações educativas referentes aos diversos aspectos que envolvem a saúde da mulher, a fim de que esta venha a

decidir se quer ou não gerar filhos, bem como quando e quantos filhos deseja ter (NOGUEIRA, 2000). O PAISM, na concepção de Costa, Merchán-Hamann e Tajer (2000, p. 36),

Constitui-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnia ou classes sociais, nas necessidades epidemiológica detectáveis-incluindo as demandas do processo reprodutivo. Compreende ainda todo o conjunto do risco à saúde e ao bem estar da população feminina [...] e a adoção desses princípio/orientação para todo o atendimento da rede de saúde, incluindo ações de emergências, internações hospitalares, ações de saúde mental, atenção clínica [...], complementadas pela oferta de ações educativas, promocionais, preventivas de diagnóstico e de recuperação da saúde.

Nesses termos da assistência integral com base na “oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com o serviço de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde” (BRASIL, 1984, p. 15).

O Planejamento Familiar vem sendo discutido desde a implantação do PAISM, adotando políticas e medidas que viabilizem o acesso da população aos meios de contracepção e pela capacitação dos profissionais que desenvolvem a atenção em Planejamento Familiar. Em meados dos anos 1980, a atenção ao Planejamento Familiar declinou pela a sua descontinuidade do supracitado programa como também pela baixa efetividade das suas ações. Naquele período quase não foram constatados avanços nas ações voltadas ao Planejamento Familiar, quadro que se estendeu até a década seguinte.

Na concepção de Osis (1994) o PAISM foi pioneiro, em propor atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral a saúde, superando as ações isoladas em Planejamento Familiar. Em razão disso, o Movimento das Mulheres, passou a lutar por suas implementações. Inclui definições sobre Saúde Reprodutiva adotada posteriormente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994, e em Beijing, no ano de 1995. Consequentemente, adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos Direitos Reprodutivos das Mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os foros internacionais de luta.

Do ponto de vista da Conferência Internacional da População em Desenvolvimento (CIPD):

No Cairo, 1994 a mulher tem o direito de exercer autoridade sobre o seu corpo, tomando decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva, e que o estado tem o dever de fornecer os meios para que esta autoridade seja de fato exercida (PINTANGUY, 1999, p. 37).

Contudo, o Movimento Feminista tornou-se um ícone da luta pela conquista da saúde e pela cidadania das mulheres no que tange o PAISM, passando a elaborar suas críticas aos médicos inspirados pelo pensamento de Foucault entre outros feministas a partir da visão fragmentada do corpo feminino no tocante ao discurso da biologização da reprodução e da sexualidade, como também sobre as técnicas curativas e em detrimento da prevenção e da promoção a saúde.

Toda mulher tem direito ao acesso à anticoncepcional, no momento em que sua saúde assim o exige, independentemente de qualquer política demográfica, o Planejamento Familiar, por direito individual ou de atenção médica, assim tendo seu lugar garantido (PINOTTI, 1981, p. 141).

O discurso que antecede a Constituição Federal diz respeito às lutas e conquistas das mulheres. Dessa forma, o discurso norteador do PAISM juntamente com os movimentos progressistas, evidenciou a luta pela efetivação de um dos direitos mais relevantes conquistados nesse âmbito que é a questão do planejamento familiar via o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher que enfoca o controle demográfico tendo como princípio da política macroeconômica no país.

- a) Soberania total do país na definição e implementação das políticas de população;
- b) Recusa as posições neomalthusianas, demonstrando não ser o crescimento demográfico a causa dos males do país em desenvolvimento e muito menos aceitar o controle demográfico como solução a miséria;
- c) A política nacional brasileira não deve contemplar metas pré fixadas para o crescimento demográfico, mas preocupar-se com a mortalidade e morbidade e problemas decorrentes das migrações internacionais;
- d) O planejamento da prole é direito de todo ser humano decorre de ações livres e informadas do indivíduo e casais;
- e) Planejamento da prole deve ser integrante do atendimento público à saúde e a proteção dos usuários deve ser proporcionada pelo público, através de órgão competente;
- f) A atuação do governo Brasileiro quanto ao planejamento da prole estar assegurada dentro de uma estratégia de assistência infantil a saúde da mulher.

Inspirado nos princípios acima relacionado à Lei Magna, aprova o artigo nº 226 que diz:

Família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...] §7º. fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento Familiar é livre de decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científico para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2011, p. 60).

Nesse contexto de luta e conquista do referido Planejamento Familiar envolve e abrange as demais esferas em questões no decorrer desses anos. Podemos citar as três forças sociais que estiveram frente ao tema em discussão: a Igreja Católica, representada pela CNBB; representantes do movimento feminista, representadas por CNDM e as entidades privadas representadas pela BEMFAM. Em suas discussões estão questões relacionadas ao aborto que defendem o direito a vida, a esterilização através da ligação tubária, entre outras questões referentes à autonomia e discriminação das mulheres enquanto cidadã.

A aprovação da Lei 9.263 de 12 janeiro de 1996 trata do planejamento familiar do Brasil enquanto um direito da mulher, do homem e do casal nas suas decisões, incluindo aos atendimentos global e integral aos meios da saúde e reprimir toda e qualquer forma de coação. De acordo com o Art. 9º. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. Contudo de forma universalizada no Art. 2º. Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Nos anos de 2000 a 2002 a atenção à saúde da mulher foi retomada pelo MS, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN). Este tem o intuito de priorizar os direitos e as perspectivas da humanização no que diz respeito à saúde da mulher. Outra proposta do MS são os métodos anticoncepcionais reversíveis para homens e mulheres pelos métodos da laqueadura e vasectomia sobre o atendimento do SUS. Tal modelo de atenção hegemônico ao cuidado a saúde da gestante ao pré-natal sofre ainda hoje na luta pela eficácia e efetividade do atendimento desejável por suas raízes arraigada num modelo de atenção.

Conforme Lima (1982, p. 137), planejamento familiar tem nove passos que precisam ser seguidos dos quais sejam:

1. Respeito ao direito da mulher decidir sua maternidade;
2. Condição de vida e de trabalho adequado durante a gestação;
3. Condição de vida digna para cada mulher ter e criar os filhos que deseja;
4. Descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda a rede de serviços de saúde pública e das previdências sociais;
5. Programa ativo e continuado de pesquisa sobre métodos anticoncepcionais;
6. Repúdio à esterilização forçada ou induzida;
7. Fim da maternidade Constrangida, fonte de opressão e de reprodução do modelo de domesticidade da mulher;
8. Estímulo aos programas de maternidade compartilhada; e
9. Programa de informações e fornecimento de contraceptivos pelo Estado para a população.

O cumprimento desses nove passos que significa, portanto, o respeito do Estado ao corpo da mulher, uma vez que esta deve ter assegurada a liberdade, autonomia para escolher sobre sua vida reprodutiva.

4.2 Conquistas e perspectivas no cuidado à saúde da mulher e da criança

Durante o período de escravidão no Brasil, a situação das crianças e adolescentes ganhou mais um agravante: nesse período crescia o número de óbitos de crianças escravas e as mães eram alugadas como amas de leite, sendo esta uma maneira de separar os filhos de suas mães. Mesmo depois da Lei do Ventre Livre, em 1871, a criança podia ser utilizada pelo senhor dos 8 aos 21 anos. Antes da referida lei começavam a trabalhar mais cedo, servindo de brinquedo para os filhos dos senhores de escravos.

Nesse período também era comum que os senhores tivessem relações sexuais com suas escravas ou índias. Devido ao grande número de filhos ilegítimos (filhos fora do casamento) tornou-se comum naquela época o abandono de crianças. Para sanar o referido problema, o vice-rei, em 1726, propôs a criação da Roda dos Expostos (mecanismo giratório que permitia que as crianças fossem abandonadas na Santa Casa, sem nenhum meio de identificação). A primeira Roda foi criada na Bahia, em 1726, e a última a ser extinta foi em São Paulo, nos anos 1750.

As Rodas criaram instituições denominadas Casa de Expostos, locais estes onde as crianças permaneceriam por até um ano e meio após a internação. Nas Casas de Expostos, era alta a mortalidade: cerca de 90% das crianças morriam. Em 1871 foi criado o asilo dos meninos desvalidos, as meninas já eram recolhidas pela Santa Casa desde 1740.

Após a proclamação da República, em 1889, precedida pela abolição em 1888, a situação dos asilos continuou a mesma. No entanto, o número dos mesmos crescia, agora uma parceria do Estado com a iniciativa privada, posto que as relações entre Igreja e Estado haviam sido rompidas. A partir de 1930 médicos higienistas começaram a preocupar-se com a questão da mortalidade infantil, criou-se então a primeira sala de partos e se deu mais atenção a assuntos como amamentação.

Até o início do século XX a atenção à criança era via caridade cristã e filantropia. Mais adiante, nesse mesmo século, surgiu novo paradigma no tocante à saúde da mulher: tratou-se de um novo modelo de assistência oferecido ao cuidado da mulher e da criança através da criação das instituições públicas, orientando as mulheres grávidas ao cuidado no pré-natal, durante toda gestação e ao puerpério. Ressalta também o cuidado com o recém-nascido, através de política de assistência por melhores condições de higiene, incubadoras para pré-maturo, aparelhos respiratórios e berçários.

Na década de 1980, ocorreram muitas conquistas no âmbito da saúde da mulher, bem como a queda da mortalidade materna, podemos destacar outros avanços na organização da assistência perinatal e neonatal com o processo de reorganização do sistema de saúde e a consolidação dos direitos da mulher e da criança (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Em 1984, foi implantado, no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e o Programa de Assistência Integral a Mulher, dentro de um enfoque epidemiológico e de risco com ações básicas para a redução da morbi-mortalidade em crianças menores de cinco anos. Essas ações compreendiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas e controle das doenças diarreicas e das doenças imunopreveníveis e maior atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Na década de 1990 houve um aumento da mortalidade infantil decorrente das doenças relacionadas à gravidez a exemplo a hipertensão, hemorragias, infecções puerperais e o aborto agravando o quadro da mortalidade neonatal. Profissionais da saúde, em conjunto com gestores e a participação da sociedade se mobilizam para estabilizar e diminuir os altos índices de óbitos.

No tocante ao direito da criança e do adolescente já referido na Constituição Federal agora sobre a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 13 de julho de 1990 a lei 8.060. Em seu Título II, Capítulo I, art. 7º, o texto trata do Direito à Vida e à Saúde e diz que: a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990, p. 31).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde cria um guia prático de informações da boa prática da assistência ao parto normal. Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C – práticas em relação às quais não existe evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão, e Categoria D – práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, divulgadas no documento denominado Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996).

Em 1998 o governo declara a saúde da mulher como prioridade mesmo em passos lentos ainda sobre a criação do PAISM, enfocando o direito reprodutivo e sexual qualidade na atenção e na assistência a saúde nas formas de humanização do acesso da mãe e do filho e na integração dos profissionais da área.

Em 2000, o Ministério da Saúde cria um Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Ampliando o acesso da grávida no setor da saúde na autonomia da escolha do hospital onde quer dar a luz, no acompanhamento pré-natal, contudo um acompanhamento de qualidade ao recém-nascido.

4.3 O marco da saúde das mulheres no bojo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos

A regulamentação da Política de Atenção a Saúde da Mulher (no ano de 1994) significou uma grande conquista e avanço no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos no tocante à saúde da mulher. Esse contexto de conquista iniciou com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo, 1994, no qual essa conferência teve uma postura relevante pela sua projeção global, cujas propostas foram adotadas por inúmeros países.

Segundo o Cairo (CIPD, 1994) “A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidades 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”.

Entre década de 1970 até meados dos anos 2000, marco de uma crise financeira que vem atravessando com continuidade ao longo dos anos afetando principalmente o setor econômico e refletindo no crescimento demográfico atinge a população de baixa renda. Diante desse contexto o governo preocupado com a situação inicia uma política de controle da natalidade. O que nem mesmo a redução da fecundidade não resultou em melhores condições da saúde no tocante à atenção à saúde da mulher com qualidade.

Contudo, após uma incursão sobre a questão dos direitos relacionados à vida da mulher enfrentamos problemas nos mais diversos âmbitos a questão da feminização da epidemia de doenças como o vírus AIDS/HIV a violência contra a mulher, o exercício da autonomia sobre seus direitos de decisão e as demais questões para efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim sendo, o acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, com atendimento humanizado e uso adequado e ético das tecnologias está disponível, ainda, apenas para uma pequena parcela das mulheres, sendo um exemplo claro das desigualdades sociais e iniquidades de gênero. A mortalidade materna se engrena, por sua vez, com o aborto, a violência de gênero e o HIV, constituindo um eixo em torno das quais inúmeras ações no campo da saúde podem ser articuladas.

4.4 Uma reflexão acerca da saúde integral, saúde sexual e saúde reprodutiva

No tocante às questões que envolvem as discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos percebemos significados antagônicos: A atividade sexual não é, a priori, mera obrigatoriedade de reprodução. Quanto à reprodução, geralmente, envolve a atividade sexual, mas com as novas técnicas de fertilização *in vitro* pode haver reprodução sem intercorrência sexual.

Para que haja uma saúde integral, que atenda as necessidades em questão e no âmbito da saúde pública (com lema do bem estar social) se faz necessário um amadurecimento e integração dos demais setores institucionais com efetiva participação social. A OMS vem redefinindo esses conceitos ao longo da história da saúde e ampliado à atenção não só ao cuidado à saúde feminina, como estendendo à saúde da criança, mulher, materno infantil e hoje ganha atenção maior a saúde do homem.

No contexto das conquistas no âmbito da saúde da mulher relacionado aos aspectos à reprodução biológica e social e ao respeito enquanto cidadã como também ao acesso aos métodos contraceptivos atendimentos ao pré-natal, puerperal e aos bebês.

No Brasil, final dos anos 1970 a OMS instituiu o Programa Materno Infantil com fins no cuidado da gravidez de alto risco. Com a configuração do PAISM nos anos 1980, estávamos diante de um novo modelo de saúde integral para mulher mais abrangente focado em todo ciclo vital e tratando em todos os aspectos relacionado ao cuidado com a saúde, preventiva, curativa e educativa, a exemplo do planejamento familiar.

A saúde reprodutiva é uma política pública abrangente, democrática e livre de preconceitos. Dispõe dos direitos pertinentes à escolha sobre sua vontade de ter ou não, bem como à quantidade de filhos desejada, desprovida de qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência. Em 1988, a OMS discutiu o conceito de Saúde Reprodutiva definindo-a na conferência do Cairo como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (CORREIA, 2003, p. 8).

Neste sentido, a saúde sexual na sua percepção faz parte do conceito de saúde reprodutiva e dos direitos humanos e implica na satisfação da vida sexual segura e livre de doenças sexualmente transmissíveis independente da questão reprodutiva. Nos embates da saúde sexual dois conceitos mais freqüentes são definidos, quais sejam:

A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e eqüitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade (Family Care International, 1999 apud CORREIA, 2003, p. 9);

Outra definição bem usável para a saúde sexual é:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORREIA, 2003, p. 9).

Contudo, as definições supracitadas acerca da saúde sexual condiz ao direito de possuir uma vida sexual livre, com prazer, respeito mútuo nas relações interpessoais e digna. Baseada nos princípios da luta contra a violência a qualquer pessoa humana independente de classe social, raça, etnia, e gênero.

No tocante a saúde do homem, o Ministério da saúde apresenta um novo plano que integra à saúde do homem de forma educativa e consciente bem como no que tange o dever e o direito a sua participação no planejamento reprodutivo. Sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo nos possibilitou uma aproximação com a discussão sobre os direitos reprodutivos e a Política Nacional de Planejamento Familiar. Percebemos que, com a criação do PAISM, se iniciou uma nova abordagem sobre a saúde da mulher, sobre o discurso referente ao controle da natalidade, a integralidade do programa, bem como a participação da

população no programa em tela e nas decisões das famílias opinarem quando e quantos filhos querem ter.

Neste sentido, percebemos que o documento PAISM implicou grande conquista do ideário feminista para a atenção à saúde integral da mulher na sua totalidade, buscando romper com o modelo de atenção materno-infantil predominante até a década de 1970.

No Brasil, com a consolidação da Constituição Federal, inovou o contexto dos direitos. O Planejamento Familiar no âmbito das políticas públicas também deve ser efetivado pela atenção básica, através da ESF: desenvolvendo ações em conjunto com as equipes técnica, centralizando nas informações educativas, preventivas e curativas, bem como cuidando da saúde da mulher em todo seu ciclo de vida e se estendendo ao cuidado com o bebê.

Diante do exposto, percebemos a necessidade de aprofundamentos nas discussões sobre a informação e a educação no que se refere ao planejamento familiar. Tal debate é pertinente, em especial, para estimular o conhecimento sobre os direitos reprodutivos como também o direito à saúde sexual e a saúde reprodutiva trabalhando o cuidado na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e, ao mesmo instante, contribuindo para autonomia e maior controle sobre a saúde, ao corpo e à vida do homem e da mulher hoje papel destinado a ambos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Saúde nas reformas contemporâneas. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). **Saúde, equidade e reformas contemporâneas: um desafio para as políticas**. Brasília: ABRASCO, 2000.

ÁVILA, M, B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.1, n. 2, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Anais...** Brasília, 1986.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, S. X. (Org.). Capacitação para conselheiro de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. et al. Política de Saúde no Brasil. In: _____. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e praticas profissionais, 2º. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAZ, M. O governo de Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 78, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). **Saúde, equidade e reformas contemporâneas**: um desafio para as políticas. Brasília: ABRASCO, 2000.

LIMA, M. J. **Política de planejamento familiar**: característica do processo decisório dessa política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Mimeo. 1982. (Trabalho realizado na disciplina: Formulação e Avaliação de Políticas Públicas do Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração em Políticas Públicas).

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Desvendando o social no governo Lula: **a construção de uma nova base de apoio**. In: PAULA, J.A. de (Org). Adeus ao desenvolvimento: a opção do governo Lula. Belo Horizonte: Autentica, 2005.

NOGUEIRA, R. P. A impotência na equidade. In. TANGER, D. et al (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB, 2000.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, C. R. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2008.

OSIS, Maria José Duarte. **Atenção integral a saúde da mulher**, o conceito e o programa: história de uma intervenção. 1994. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de Campinas, São Paulo, 1994.

PAIM, J. S **Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EDUFBA, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINOTTI, J.A. Planejamento familiar. **Revista Feminina**, Rio de Janeiro, p. 449-457. Jun. 1981.

PINTANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direito reprodutivo. In: COSTA, S. H.; GIFFIN, K. (Org). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, D. P. **A efetividade das ações de planejamento familiar**: a questão não é só os comprimidos, mas a orientação que a gente recebe. Campina Grande: UEPB, 2006.

SILVA, L. R. S.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquista e perspectiva no cuidado à criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-893, out.-dez. 2005.