

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DR. FRANCISCO MAEDA**

Maria Lúcia Pedrozo

EFETIVIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

**ITUVERAVA
2012**

MARIA LUCIA PEDROZO

EFETIVIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. Francisco Maeda. Fundação
Educativa de Ituverava., para obtenção do
título de Bacharel em Direito.**

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira.

**ITUVERAVA
2012**

MARIA LUCIA PEDROZO

EFETIVIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

**Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do título de Bacharel em Direito.
Fundação Educacional de Ituverava.
Faculdade Dr. Francisco Maeda.**

Ituverava, de de 2012.

Orientador: _____
Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

Examinador (a): _____
Prof.^a Dr.^a Maria Eunice Vidal de Mendonça

Examinador (a): _____
Prof.^a Giovana Estela Vaz

00000 Pedrozo, Maria Lúcia
P.372p Efetividade do planejamento familiar/Maria Lucia Pedrozo –
Ituverava: FE/FAFRAM, 2012.
49f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito -
Bacharelado).

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira.

1. Planejamento Familiar 2. Sexualidade. 3. Direitos
reprodutivos.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Monografia a duas pessoas que embora não estejam mais presentes em meu convívio ensinaram-me o valor da honestidade e o significado de dignidade, pelo exemplo de seres humanos: Geraldo Pedroso e Idalina Severino Pedroso. E ainda a todos que de alguma maneira contribuíram para que eu pudesse concluir este que com certeza foi o maior desafio da minha vida.

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO a Deus, fonte de paz e sabedoria, por ter me proporcionado a vida e forças para minha caminhada;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira, pelo apoio, incentivo, doação e por iluminar-me com seus conhecimentos;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Responsabilidade é nossa habilidade natural de gerar respostas para criar a nossa própria vida, sabendo que experimentaremos as conseqüências de nossas ações

Gaspareto

RESUMO

Esta pesquisa sobre Planejamento Familiar foi realizada no Município de Guará/SP, objetivando observar a atuação dos profissionais da área de saúde, quanto aos meios de abordagem das usuárias do sistema, tendo em vista o cumprimento efetivo da legislação brasileira em vigor, notadamente: a Constituição Federal de 1988, Código Civil e Lei 9.263/96. A funcionalidade do programa, neste município, a capacitação do profissional para transmitir conhecimento através de diálogo claro e de fácil compreensão, respeitando as crenças e convicções de cada usuária que também foram objeto do trabalho. As ações desenvolvidas em planejamento familiar anteriormente faziam parte das unidades de Saúde da Família, porém sem alcançar seu objetivo. Atualmente fazem parte das ações desenvolvidas no Centro de Saúde Central do Município, que conta com uma estrutura física mais adequada ao atendimento humanizado dos usuários do sistema de saúde, não só no caso do planejamento familiar, como das demais ações voltadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. As equipes deveriam estar sensibilizadas e capacitadas para dar assistência, promovendo oficinas e grupos de discussão, cursos e outras atividades de capacitação e atualização com a intenção de ampliar seus próprios conhecimentos e transmiti-los aos usuários. Os profissionais devem estar abertos a realizar troca de conhecimentos, experiências e percepções procurando explorar os sentimentos de cada um em relação ao tema. O que na realidade não se observa, visto serem os encontros realizados “semanalmente”, porém de forma individual, isto é, quando têm participantes. É necessária formação profissional para que haja uma intensa troca de saberes e experiências, com oferta de informações adequadas em planejamento familiar onde as usuárias devem ter participação ativa para que se sintam parte de algo importante não só para elas como também para o município em questão. Para realizar tal estudo foram ouvidos quatro profissionais envolvidos no programa, para identificar o tipo de assistência é oferecida por estes profissionais objetivando entender o alcance, ou seja, o que entendem por planejamento familiar, se na prática se efetiva ou se é usado como mero instrumento para se chegar a cirurgias. Foram ouvidas também cinco usuárias/os interessados em planejamento familiar. Para verificar o perfil, foi realizada a coleta de dados. Para isso foi utilizado um questionário previamente estruturado para facilitar o trabalho; um gravador de voz para que nenhum dado importante se perdesse, com o compromisso que fosse apagado logo após a transcrição, além da constituição, legislações, doutrinas, revistas, sites e manuais de saúde pública. O resultado deste estudo foi surpreendente, verificamos que na verdade falta interação entre os profissionais, pois não há reuniões da equipe para discutir qualquer estratégia de desenvolvimento do programa como preconizado pelo Ministério da Saúde. Mesmo assim, segundo relato dos profissionais está surtindo efeito mesmo de forma deficiente, visto a evasão ser praticamente nula. Ainda, segundo os profissionais entrevistados, depois de iniciado o programa planejamento familiar que conta com profissionais: médico, enfermeira, psicólogo e uma assistente social, o número de abortos e gravidez não desejada no município diminuiu consideravelmente.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar. Sexualidade. Direitos reprodutivos.

SUMMARY

This research was conducted on Family Planning in the City of Guara / SP, to observe the performance of health professionals, as the means of addressing the users of the system, given the effective enforcement of current Brazilian legislation, notably: the 1988 Federal Constitution, the Civil Code and Law 9.263/96. The functionality of the program, in this city, the professional training to impart knowledge through dialogue clear and easy to understand, respecting the beliefs and convictions of every user that were also the subject of the work. The actions developed in family planning units formerly part of Family Health, but did not reach your goal. Currently part of the actions developed in the Central Health Center in the city, which has a physical structure that best fits humanized by users of the health system, not only in the case of family planning, as other actions aimed at guaranteeing the rights sexual and reproductive. The teams should be sensitized and trained to provide assistance, promoting workshops and discussion groups, courses and other training activities and update with the intention to expand their own knowledge and communicate them to users. Professionals should be open to perform exchange of knowledge, experiences and insights by exploring the feelings of each in relation to the theme. What in fact is not observed, since they are the meetings "weekly", but individually, that is, when participants have. Training is needed so that there is an intense exchange of knowledge and experiences, offering adequate information on family planning where users must have active participation to make them feel part of something important not only for them but also for the city in question. To perform such a study were heard four professionals involved in the program, to identify the type of assistance is offered by these professionals aiming to understand the scope, ie what they mean by family planning, the practice is effective or if it is used as a mere instrument to reach surgeries. Were heard also five users / stakeholders in family planning. To check the profile, was conducted to collect data. For this we used a questionnaire previously structured to facilitate the work, a voice recorder so that no important data was lost, with the commitment that was deleted after the transcription in the constitution, laws, doctrines, magazines, websites and manuals public health. The result of this study was surprising, we found that actually lack interaction between professionals, because there is no team meetings to discuss any development strategy of the program as proposed by the Ministry of Health Nevertheless, as reported by professionals is having an effect even poorly because evasion is practically nil. Still, according to the respondents, after starting the family planning program that has professionals: physician, nurse, psychologist and a social worker, the number of abortions and unwanted pregnancies in the county has decreased considerably.

Keywords: Family Planning. Sexuality. Reproduction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	12
1.1 EVOLUÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	12
1.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA CONSTITUIÇÃO DE 1988	17
2 PLANEJAMENTO FAMILIAR E PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS.....	19
2.1 ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	20
2.1.1 REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE.....	20
2.1.2 CONTROLE DA NATALIDADE.....	21
2.1.3 CONTROLE DEMOGRÁFICO	21
2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	21
2.2.1 PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	22
2.2.2 PRINCÍPIO DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL	24
2.2.3 PRINCÍPIO DA IGUALDADE.....	25
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	26
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	26
3.2 SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	26
3.3 SOCIEDADE DO BEM-ESTAR DA FAMÍLIA	28
3.4 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	28
3.4.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS	29
3.4.2 SISTEMAS DE SAÚDE ANTERIORES AO SUS	30
4 PLANEJAMENTO FAMILIAR E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	31
4.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	32
4.2 TIPOS DE MÉTODOS	33
5 ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE GUARÁ SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	46

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve início com base em observações sobre o programa de planejamento familiar, no Município de Guará/SP, onde o número de profissionais envolvidos no programa é muito pequeno, mesmo para as cidades com menos de 30 mil habitantes. Trabalhando na assistência à saúde do município, percebe-se ser o planejamento familiar de suma importância para o casal ou a pessoa individualmente, que precisam se valer da atenção básica à saúde como forma de controlar sua fecundidade através dos meios, métodos e técnicas oferecidas pela rede pública. Os cônjuges deveriam comparecer juntos o que pode ocorrer antes ou depois de engravidar. Quando se pretende preparar para iniciar após o parto o uso de contraceptivos, normalmente a mulher comparece sem o companheiro, por ser ela ainda a maior interessada em controlar a fecundidade, procura o serviço de planejamento familiar, como meio de controlar a prole. (VILELA, 2000).

Isto inclui as informações necessárias fornecidas por meio da educação em saúde, oferecida por profissionais capacitados a orientar os usuários/as sobre a importância e a responsabilidade que é ter filhos somente quando estiverem realmente preparadas. Planejar não é apenas fornecer mecanismos ou dispositivos, é muito mais amplo que isso, abrange todas as aspirações da família, como alimentação, moradia, educação além de receber conhecimento e desenvolvimento por meio de ações educativas.

Atualmente, o planejamento familiar está entre as principais políticas de atenção à saúde não apenas da mulher, mas, também da família como um todo. Visto que o planejamento familiar engloba não somente a procriação, mas todo um conjunto de necessidades e aspirações da entidade familiar como: moradia, alimentação, estudo e outros fatores que contribuem para a redução da pobreza. Porém o hábito, a falta de informações adequadas leva unicamente as questões da reprodução, ou seja, o controle da fecundidade através da anticoncepção.

No planejamento familiar, as decisões tomadas pelo casal, sobre o melhor momento para viabilizar ou não o crescimento da família, poderão trazer desconforto se não contarem com uma estrutura familiar bem definida, forte e pautada no bem-estar de todos e o desenvolvimento da sociedade conjugal. A família deve estar preparada para receber mais um membro, que necessitará de cuidados, segurança e condições básicas de sobrevivência e desenvolvimento com dignidade. Sendo sua realização de enorme importância tanto para a criança quanto para os pais.

Planejamento familiar é um ato consciente do casal ou da pessoa individualmente, de planejar o nascimento de um filho ou quantos filhos deseja ou não ter, para compor sua família. Levando em consideração o momento mais adequado, seja por condições socioeconômicas, seja por desejar conquistar um projeto de vida importante para seu crescimento pessoal e profissional. Para que este planejamento seja alcançado, o casal pode utilizar o programa de planejamento familiar com as equipes multidisciplinares treinadas para dar toda orientação e informações sobre os meios e métodos oferecidos pela rede pública, que melhor se adaptem à pessoa e que não coloque em risco sua saúde. (BRASIL, 2002)

Somados a isto, a deficiência das equipes e muitas vezes o despreparo para lidar com problemas de ordem cultural, social e até emocional, leva à falta de periodicidade e até à evasão do programa de planejamento familiar, pois este deve oferecer muito mais que contraceptivos ou preservativos. Os profissionais de saúde devem estar empenhados em informar, orientar e acompanhar durante todo o processo de planejamento, ganhar a confiança da mulher para só assim poder realmente contribuir com uma melhor qualidade de vida da família, através de diálogos reais e claros que levem ao exercício deste direito.

Para que estes direitos sejam efetivamente exercidos, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento de influir no ritmo de procriação e tenham acesso aos meios para que possa intervir se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole. (BRASIL, 2002)

O objetivo deste estudo foi verificar a real assistência dispensada pelos profissionais de saúde aos usuários do Sistema com relação ao Planejamento Familiar no município de Guará/SP. Para demonstrar a importância de se ter uma equipe bem preparada, apta a ser o diferencial necessário para a efetiva implementação dessa política pública voltada à saúde da mulher, do homem e ao casal, com relação não só a saúde reprodutiva, mas também a sexual, através de ações educativas capazes de mudar hábitos prejudiciais à vida como um todo. Com base no exposto decidimos elaborar a pesquisa de forma participante, ou seja, a participação nos grupos realizados na unidade de saúde, num segundo momento, realizar entrevistas com as mulheres participantes e seus companheiros descrevendo opiniões de casais e demais usuários/as que se envolveram no programa de planejamento familiar e também com os profissionais que fazem parte deste programa.

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Central, no município de Guará/SP, onde foram entrevistadas, cinco pessoas entre usuários/as do programa de planejamento familiar. Também foram entrevistados quatro membros da equipe em seu próprio local de

trabalho: uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social. Para a elaboração desta pesquisa foi escolhido o método de perguntas estruturadas, por meio do qual os sujeitos respondem um questionário previamente elaborado, para conhecer o perfil dos usuários, e o grau de envolvimento dos profissionais e a efetiva contribuição dada através de suas ações.

No primeiro capítulo são apresentados aspectos, gerais do planejamento familiar no Brasil. No capítulo dois, o planejamento familiar é discutido face aos princípios constitucionais. No capítulo três, são consideradas as políticas públicas envolvendo o planejamento. No capítulo quatro, são discutidos os métodos contraceptivos e, no capítulo cinco, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa realizada no município de Guará/SP.

1 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

1.1 EVOLUÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

No passado as famílias eram instituições formadas através do casamento, sendo considerada como célula vital da sociedade, onde o homem e a mulher tinham suas funções bem definidas. Ao homem cabia prover o lar de todas as suas necessidades materiais e de sobrevivência, enquanto a mulher cabia a concepção, os afazeres domésticos e os cuidados com a prole, inclusive em relação à educação. As famílias eram numerosas, não se falava em planejamento, os filhos viriam de acordo com os desígnios de Deus e as regras da natureza.

A Igreja foi a instituição que, quase com exclusividade, sustentou o ideal social que se pretendia na época do Brasil colônia, isto é, uma sociedade portuguesa cristã, onde a mulher era impedida de assumir outro papel que não fosse o determinado pela família e pela sociedade da época. (COSTA, 1996)

Devido a esse entendimento, por volta de 1606, é negada a construção de um mosteiro de freiras na Bahia onde a Igreja renunciava-se “pelo muito que convém povoar aquele estado, de gente principal e honrada”. A Igreja aliada à medicina tinha acesso à intimidade da mulher, cada qual a sua maneira, uma voltada ao cuidado com a alma; a outra com o corpo, mas, em ambas destacava-se uma violenta intervenção na vida das pessoas. (COSTA, 1996).

Assim, no passado como nos dias atuais, a Igreja tem forte influência em todas as atividades ligadas a fecundidade, pois a figura da mulher deve estar ligada aos interesses da Igreja, isto é, apenas a procriação, onde a sexualidade só deveria existir para esse fim. A mulher infecunda era amaldiçoada por não sofrer as dores do parto, que serviam como forma de purificação.

As razões de ordem religiosa, econômicas e os valores culturais pregavam a constituição de proles numerosas e as vantagens de ter filhos. À mulher só eram permitidos a maternidade e os afazeres do lar, devendo ser totalmente desprovida de ideais e projetos fora do contexto familiar.

O código de 1916 colocava a mulher, enquanto cidadã, em situação desigual em relação ao homem na sociedade, mas, fortalecia os padrões patriarcais de família. A década de 20 foi marcada por uma crise política que culminou com a derrubada do governo por uma junta militar sendo o poder central assumido por Getúlio Vargas na década seguinte. Foi justamente nos anos 30, que se iniciou a centralização da política de saúde, sendo criado o Ministério da Educação e Saúde; promulgação da Nova Constituição; foram retomadas as

campanhas sanitárias, constituindo importantes elementos para o processo de centralização das políticas nacional de saúde, que a partir dos anos 30 o Estado passou a ter mais autonomia, rompendo-se a estrutura de poder da república. (BRAGA; PAULA, 1986).

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) foram adotados dispositivos legais para o fortalecimento de famílias numerosas, por meio de diversas medidas como regulamentação e desestímulo ao trabalho feminino. Foram instituídos impostos incidindo sobre os solteiros e os casados sem filhos, facilidades para a aquisição de casa própria aos indivíduos que pretendessem se casar e regras de privilégio para os casados com filhos para o acesso e promoção aos serviços públicos. Tais medidas foram tomadas devido ao alto índice de mortalidade materno-infantil que ocorria no Brasil até a metade do século XX. (FONSECA, 2001)

Nas décadas de 1930 e 1940, o tema família esteve presente como centro das preocupações sociais em dois registros: no primeiro reconhecer as práticas matrimoniais entre os imigrantes e seus descendentes, e propor medidas de distribuição dos imigrantes no território para se evitar a formação de ilhas étnicas; o segundo registro, organizar certo tipo de família que fosse a ideal a base da grandeza nacional, por meio de medidas concretas que deveriam incidir diretamente sobre os indivíduos, como ditos acima. (ALVES, 2006).

Em 1937, a nova Constituição, promulgada por Getúlio Vargas, traz em seu artigo 124, “A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos”. Na verdade, o que estava sendo proposto, é que toda família numerosa teria o apoio incondicional do Estado, mas, a imposição já estava implícita.

Nos anos 40, foram criados serviços de atenção primária à saúde, entre eles o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o de combate a febre amarela, que, teve apoio americano, por ter este interesse na produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce. A razão principal para esse interesse, era o de vencer a resistência de Vargas e fazer com que o Brasil entrasse na Guerra. Assim o Brasil passa a ter estreita relação com os Estados Unidos. (ALVES, 2006)

Havia uma preocupação das elites nacionais no sentido de fortalecer as famílias numerosas com objetivos étnicos e pró – natalistas, a família tinha procedência sobre o indivíduo. A cidadania passava pela família e contava com os instrumentos internos de redistribuição familiar. Essa coalizão anticontrolista permaneceu hegemônica até os anos 60, visando fortalecer os vínculos entre família e reprodução. A proibição do trabalho feminino se

enquadrava no objetivo de fortalecimento da família patriarcal e a alta descendência. (FONSECA SOBRINHO, 1993)

Também a Constituição de 1946 dá ênfase à família constituída pelo casamento indissolúvel que terá direito à especial proteção do Estado. Em 1948, a ONU, integrou o planejamento familiar no rol dos direitos humanos, diante da degradação humana, evidenciava a urgência na busca de uma nova postura na garantia da vida. O crescimento desastroso vem de muitas décadas, tudo começa pela mão de obra familiar, passando pelas crenças religiosas e políticas ditatoriais, inclusive o capitalismo já palpitou. Em 1960 surgiu a primeira chance de controle da reprodução com o uso da pílula, logo se viu o quão hipócrita era a idéia dos que tinham o poder de decidir. (Varella, 2012).

Margaret Sanger criou em 1952, com sede em Londres, o International Planned Parenthood (IPPF), que contava diversas entidades interessadas em planejamento familiar visando o controle demográfico, restritivo à liberdade de procriar das mulheres ou dos casais. O IPPF virá, nos anos sessenta, financiar entidades e outras instituições que no Brasil realizaram o planejamento familiar.

No mesmo período o Ministério da Educação começa a investir na formação de técnicos em saúde, medidas estas que constituíram a base para a criação, em 1953, do Ministério da Saúde. Mais foi a partir dos anos 60, que o Brasil começou a falar em controle da natalidade e crescimento populacional, mais por imposição americana, feita aos países subdesenvolvidos do qual o Brasil fazia parte. Os objetivos principais para os programas de planejamento familiar no Brasil na década de 60 foram: melhorar a saúde da família e reduzir as altas taxas de crescimento populacional contrárias ao desenvolvimento econômico. (FONSECA SOBRINHO, 1993)

Em razão disto surgem as propagandas de contraceptivos com forte conotação política baseadas nas Teorias de Malthus, que dizia; quanto mais a população crescia, a pobreza crescia na mesma proporção. Fator este que segundo Malthus era o causador de escassez de recursos naturais e a degradação do meio ambiente. Para os demógrafos malthusianos, controlar a natalidade era objetivo número um, pois o crescimento demográfico dos países pobres impedia o desenvolvimento econômico, e assim perpetuava a pobreza. (FONSECA SOBRINHO, 1993)

O movimento neomalthusianismo defendia a diminuição do tamanho das famílias como forma de combater a pobreza e a promiscuidade gerada pela superpopulação e se engajaram na defesa do controle da natalidade, através da contracepção. Essa política controlista exigia que os países pobres aderissem às campanhas de esterilização em massa,

uso de contraceptivos pouco testados. Havia inclusive a oferta de recompensa para àquela que se submetesse à esterilização. (BRAUNER, 2003).

Neste caso nota-se claramente a interferência do Estado sobre a vida da mulher ou do grupo familiar, ditando regras a ser seguidas, não com foco na saúde ou na qualidade de vida, mas, tão somente como condições para empréstimos junto ao FMI (Fundo Monetário Internacional), (COELHO et al., 2000). Ressalta-se que, ainda hoje, são encontradas nos contratos e convênios internacionais, cláusulas que explicitem compromisso com o controle da população.

Por pressões externas, a família e principalmente as mulheres se vêem subjugadas às vontades do Estado, passam a aderir aos métodos de contracepção hormonal sem o devido acompanhamento e assistência adequada, fazendo da mulher, uma dependente do sistema, com limitada oferta de métodos contraceptivos. Porém para a mulher o uso da pílula foi considerado um dos mais importantes meios para a sua liberação. A partir desse momento, com sua entrada no mercado de trabalho, suas atribuições são cumuladas com as funções domésticas tradicionais, que não foram compartilhadas e nem amparadas pelos homens. Isso equivale dizer, a mulher continuava como cidadã e trabalhadora de segunda categoria.

No ano de 1964, os militares tomaram o poder, adotaram posturas demográficas expansionistas expressas em programas de desenvolvimento, em seguida em 1965, em meio a uma grave crise política criou-se a BEMFAM, (Sociedade Civil de Bem Estar familiar no Brasil), financiada por entidades internacionais, que facilitou ainda mais o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente a pílula, porém sem acompanhamento médico. (COELHO et al., 2000)

Em 1967, foi criada uma CPI para investigar a esterilização em massa de mulheres na Amazônia que não deu em nada e provocou uma hostilidade contra o planejamento familiar. Já no governo de Costa e Silva (1967-1969), foram reafirmadas as posturas natalista face ao desenvolvimento e a segurança, em mensagem enviada ao Papa Paulo VI, de forma a não contrariar a opinião de Igreja católica diante da visão controlista da natalidade.

Na década de 70, apesar dos incentivos à natalidade, surgia uma nova configuração de família, principalmente nas áreas urbanas que apresentavam maior desenvolvimento econômico, maior alfabetização, especialmente das mulheres, tudo isso influenciou na fecundidade, contendo-a, pois cria motivação para preferência de famílias menores. Nesta década o planejamento familiar, passa a fazer parte tanto das preocupações macroeconômicas como das questões da regulação da fecundidade, a assistência à saúde e aos direitos reprodutivos. O planejamento familiar juntamente com a urbanização da população, e a maior

participação da mulher no mercado de trabalho, demonstra a redução da taxa de natalidade no Brasil, devido à queda da fecundidade das mulheres brasileiras, provocada pelo uso de anticoncepcionais. (VARELA, 2012).

Nos meados dos anos setenta, a própria Igreja, com seu conjunto de razões e argumentos de moral e doutrinária, diminui a ênfase na defesa das teses natalistas e ao invés de pregar a quantidade passou a dar prioridade à “qualidade de vida dos brasileiros”. Porém vale dizer, a Igreja só permitia o método cíclico, ou seja, o método da abstinência periódica, aquele em que consiste em abster-se das relações sexuais durante o período ao qual a mulher pode conceber. Para a Igreja qualquer meio que impeça a vida é condenado, somente são aceitáveis os métodos naturais de planejamento familiar.

O BENFAM foi considerado pelo Governo Médici (1969-1974), como de utilidade pública, atuando empenhadamente no planejamento familiar, aceito e enaltecido por certas correntes e entidades, combatidos por outros em seus excessos. Seu programa consistiu principalmente na ampla distribuição de contraceptivos cujo alvo era a população do Nordeste brasileiro, área declaradamente mais pobre do país, com a mais alta taxa de fecundidade. (CANESQUI, 1985)

O Brasil adotou, na questão de natalidade, posição totalmente contrária à limitação do crescimento populacional na Conferência sobre o Meio Ambiente em Estocolmo, em 1972, e nas preparatórias para a conferência Mundial de População de 1974, realizada em Genebra em 1973. Em 1974, quando da Conferência Mundial sobre População de Bucareste, patrocinada pela ONU, destaca a importância do controle da natalidade, o plano de ação implicaria que os países onde fosse “muito elevado a taxa de natalidade” teriam de encontrar uma forma de reduzi-la de 5% a 10%, recomendações apresentadas pelos países ricos e rejeitadas pelos pobres de urgente contenção populacional. Foi justamente a partir de 1974, que o governo brasileiro compreende o planejamento familiar como um direito (FONSECA SOBRINHO, 1993).

A partir desta data de (1974 a 1985) muitos países se empenharam para tal objetivo. Os países desenvolvidos tentavam demonstrar que a explosão demográfica no terceiro mundo seria a causa de todo um cortejo de calamidades como a fome, o desemprego, as doenças e a falência econômica, isto é, a explosão populacional seria a fonte de todos os males da terra. (OLIVEIRA, 1993).

O Governo brasileiro declarou ser o planejamento familiar um direito social de o casal decidir sobre a composição de sua família e para tanto caberia ao Poder Público, disponibilizar os meios e informações sobre a contracepção, para que se efetive. O que na

prática não se verificou. No Brasil o discurso oficial do governo passou a ser de neutralidade política, baseado no princípio da não intervenção estatal sobre a dinâmica demográfica o país se recusa a estabelecer metas populacionais. Sendo esta sua posição oficial nos Fóruns internacionais.

A ONU decretou o ano de 1975 como o ano Internacional de Mulher, e em seguida, três Conferências Internacionais foram realizadas: no México (1975), Copenhague (1980) e Nairóbi (1985) onde os temas tratados eram específicos de interesse das mulheres. Em 1983, o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa concebia a questão de saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção, mas durante todo seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, mas com abordagem de todos os problemas desde a adolescência até a terceira idade inclusive o planejamento familiar e tratamento para infertilidade. (BRASIL, 1992)

Neste período o Presidente Jose Sarney criou o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), que incorporou os princípios da reforma sanitária, porém não atingiu seus objetivos, por razões de ordem político-ideológica ligadas a interesses da iniciativa privada e por erros estratégicos.

1.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” e contemplou a descentralização dos serviços de saúde entre os três níveis de governo, através do SUS (Sistema Único de Saúde). Também em 1988, as discussões sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher evoluíram para o conceito de “Saúde Reprodutiva”, adotada pela OMS.

Durante a constituinte três forças atuaram de forma organizadora sobre o tema “planejamento familiar”: a Igreja católica representada pela CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), as feministas representadas pelo (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher) CNDM e as entidades privadas sem fins lucrativos representadas pela BEMFAM, o texto aprovado, no final contemplou os três grupos de forma que nenhum deles saiu vitorioso. Ao final dos debates da Assembléia Constituinte, a redação aprovada da Constituição brasileira de 1988, ficou assim:

Art., 226. A 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 decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas..

A questão da esterilização não fez parte do texto constitucional, a ligação tubária e a esterilização masculina eram vedadas no Brasil, pois era considerada lesão de natureza grave. Porém a esterilização feminina se tornou o método mais utilizado dentre aqueles disponíveis para a anticoncepção no Brasil. (DINIZ, 2007)

O Congresso Nacional aprovou em 1996 a Lei, 9.263, que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar no Brasil, esta lei incorpora muito do que foi discutida anteriormente a respeito do tema enquanto direito da mulher, do homem e do casal, faz parte do conjunto global de ações de atendimento integral à saúde. Contudo o art. 10 da lei que tratava da questão da esterilização foi vetado pelo Presidente da República. Somente em 1997 o referido artigo foi aprovado e sancionado, com a ressalva de que haverá penalidade na forma da lei para quem descumprir.

Percebe-se que nas décadas de 80 e 90 o Brasil conseguiu implantar uma legislação regulando a prática do planejamento familiar, não porque adotou a política controlista ou natalista de outras décadas, pois o estado brasileiro continuou reafirmando sua posição contrária às metas demográficas, mas, por reconhecimento de que a população estava demandando meios para o controle da natalidade. Apesar de toda controvérsia, existia o apoio ao planejamento da prole. (ALVES, 2006)

Neste sentido, percebe-se, o programa planejamento familiar não é uma política do passado ou do presente, nem tão pouco algo voltado apenas à distribuição de métodos anticoncepcionais. O planejamento familiar é muito mais que isso, em que todas as pessoas envolvidas devem estar preparadas para através de meios de conscientização e educação, transferirem conhecimento, não só as mulheres de baixa renda, como também a de outras faixas da população, a respeito da sexualidade, da procriação com responsabilidade, da saúde sexual do casal ou de cada um individualmente. Além disso, a finalidade primordial do Planejamento Familiar é esclarecer a população que não dispõe de meios educacionais para saber da importância de se planejar o nascimento de um filho, com paternidade e maternidade responsável onde o essencial é alcançar o bem-estar da família, em todos os seus aspectos.

2 PLANEJAMENTO FAMILIAR E PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

“O Planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes”. (DRUCKER, 2007). Segundo este autor, planejar algo é dar condição de sucesso para qualquer atividade humana desde que ocorra de forma organizada, onde todos os membros têm papel igualmente importante, para o desenvolvimento da sociedade conjugal. Dessa forma podemos destacar, planejar é criar estratégias para a saúde financeira da família e isto inclui acumular bens e recursos para que num futuro próximo possa ter seus filhos garantidos contra eventuais dificuldades.

No planejamento familiar, as decisões tomadas pelo casal, sobre o melhor momento para viabilizar ou não o crescimento da família, poderão trazer desconforto se não contarem com uma estrutura familiar bem definida forte e pautada no bem-estar de todos. A família deve estar preparada para receber mais um membro, que necessitará de cuidados, segurança e condições básicas de sobrevivência e desenvolvimento com dignidade. Sendo sua realização de enorme importância tanto para a criança quanto para os pais.

Planejamento familiar é um ato consciente do casal ou da pessoa individualmente, de planejar o nascimento de um filho ou quantos filhos deseja ou não ter, para compor sua família. Levando em consideração o momento mais adequado, seja por condições socioeconômicas, seja por desejar conquistar um projeto de vida importante para seu crescimento pessoal e profissional. Para que este planejamento seja alcançado, o casal pode utilizar o programa de planejamento familiar com as equipes multidisciplinares treinadas para dar toda orientação e informações sobre os meios e métodos oferecidos pela rede pública, que melhor se adaptem à pessoa e que não coloquem em risco sua saúde.

O planejamento é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e consiste num conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, isto é, auxiliam o casal que deseja ter filhos como também aqueles que preferem prevenir uma possível gravidez ainda não desejada. O planejamento é realizado pelo casal, porém com a participação e acompanhamento das equipes de saúde aptas a fornecer a informação, a assistência especializada e acesso aos recursos que irão possibilitar a decisão livre e consciente da qual falamos anteriormente, indicando o caminho mais adequado que o casal deve seguir.

O planejamento familiar compreende: a promoção da saúde; é um direito de todo cidadão; a opção deve ser livre e consciente e é acima de tudo um dever do Estado por ter alcançado a condição de direito fundamental pela Constituição Federal de 1988. O planejamento familiar, “fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desses direitos, vedada qualquer forma de coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (CF.ART. 226, §7º). O planejamento familiar consagrado tanto na C.F, quanto em sede legal, art. 1565, § 2º. C.C de 2002, o referido princípio também se encontra regulado na Lei nº 9.263/1996 que assegura a todo cidadão não apenas ao casal de regulação da fecundidade, não havendo qualquer limitação. Esta legislação está mais voltada à implementação das políticas públicas de controle da natalidade, dentro de uma visão de atendimento global e integral a saúde, proibindo qualquer forma de controle demográfico.

2.1 ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

2.1.1 REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a regulação da fecundidade ou taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, mantidas constantes as taxas observadas na referida data. Também pode ser definida como: o número médio de filhos por mulher em idade de procriar, ou seja, de 15 a 49 anos. Nos últimos anos, a partir de 1960, vem caindo a fecundidade desde que o governo começou a divulgar os métodos anticoncepcionais e a mulher passou a fazer parte da força de trabalho. Convém enfatizar que a regulação da fecundidade está entre os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas de se reproduzirem quando acharem adequado ou estiverem economicamente preparadas, para assumir tal responsabilidade.

Para o demógrafo Jose Eustáquio Diniz Alves, professor da Escola Nacional de Ciência Estatística do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (ENCE/IBGE), essas opiniões são equivocadas. Em vez de usar a expressão “planejamento familiar” ele prefere utilizar “regulação da fecundidade”, defendendo que esta regulação seja debatida sob a ótica dos direitos sexuais e reprodutivos e não como imposição ou controle coercitivo sobre a liberdade das pessoas de se reproduzirem do modo que julguem adequados.(ALVES, 2006)

2.1.2 CONTROLE DA NATALIDADE

O controle da natalidade é considerado como uma ação impositiva de um Estado, tem foco higienista, ou seja, de limpeza social. Este termo é utilizado quando se deseja controlar a força reprodutiva de determinada parcela da população. Faz parte deste tipo de ação o método de laqueadura das trompas sem a autorização da paciente. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o controle da natalidade e a educação sexual são fundamentais para combater a pobreza nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2002).

No Brasil não existe o controle da natalidade por parte do Governo, porém a sociedade brasileira tem a prática de por si só fazer tal controle através dos abortos clandestinos, das mortes prematuras de crianças nos hospitais, das mães que abandonam seus filhos em lixeiras, enfim, aqui o controle da natalidade é realizado por pessoas sem escrúpulos.

Segundo Maria Helena Diniz, o que consolidou o controle da natalidade no Brasil, foi a alta fertilidade e o crescimento populacional. Para ela o controle da natalidade visa reduzir o crescimento demográfico, como meio para reduzir a pobreza.(DINIZ, 2007).

2.1.3 CONTROLE DEMOGRÁFICO

O controle demográfico não existe atualmente no Brasil, visto que está fora das políticas públicas adotadas no país. A demografia é um estudo que engloba além de estudos individuais e dependentes, até projetos do governo em relação à população. Fato este ocorrido durante o governo Vargas (1930-1945), quando foram adotados dispositivos legais para estimular o crescimento populacional, como a cobrança de impostos incidindo sobre os solteiros e os casados sem filhos. Porém, este controle demográfico no Brasil, pode-se dizer ter sido realizado de forma positiva já que visava o aumento da natalidade e não o contrário como ocorreu na China. (BERQUÓ, 1987). De acordo com esta autora, a explosão demográfica afeta o planeta pois é considerada um problema universal, tanto em questões ambientais como socioeconômicas, por isso considera um desafio a busca por mecanismos que controle o crescimento populacional.

2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

No princípio repousa a essência de uma ordem, seus parâmetros fundamentais e direcionadores do sistema. Seja qual for o campo do saber que se tenha em mente, designa

estruturação de um sistema de idéias, pensamentos ou normas por uma idéia mestra ou por um pensamento chave, de onde todas as demais idéias, pensamentos ou normas derivam se conduzem ou se subordinam. O princípio vai apontar um fim a ser alcançado pela norma, uma diretriz para atuação do Estado, ditando deveres para promover os meios necessários a uma vida humana digna, associada ao mínimo existencial, isto é, não pode o Estado deixar de cumprir o que já está consagrado na Constituição Federal.

2.2.1 PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Segundo Fabio Konder Comparato, a dignidade da pessoa humana consiste não apenas no fato de ser ela diferentemente das coisas, um ser considerado e tratado como um fim em si e nunca como um meio para consecução de determinado resultado. Ela resulta também do fato de que, por sua vontade racional, só a pessoa vive em condições de autonomia, isto é como um ser capaz de guiar-se pelas leis que ele próprio edita. Pois todo homem tem dignidade e não um preço como as coisas.

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é o fundamento precípua da nossa Constituição Federal de 1988, o qual deve obrigatoriamente ser respeitado em todas as relações jurídicas, sejam elas públicas ou privadas, estando aqui incluídas as relações familiares Este princípio constitui o princípio máximo do estado democrático de direito e está elencado no rol dos direitos fundamentais da nossa Carta Magna. (COMPARATO, 2005)

Assim nota-se que a dignidade da pessoa humana é o bem maior do ordenamento jurídico brasileiro, que foi introduzida por nossa Carta Magna de 1988, como cláusula pétrea, no inciso, III do artigo 1º, sendo assim cabe aos legisladores brasileiros criar mecanismos de proteção, contra qualquer tipo de infração a tal princípio fundamental. Tal cláusula deve, inevitavelmente, reger todas as relações jurídicas reguladas pela legislação infraconstitucional, de qualquer ramo do direito, e principalmente, do direito de família, já que “é um ramo do direito civil com características peculiares, é integrado pelo conjunto de normas que regulam as relações jurídicas familiares, orientadas por elevados interesses morais e bem-estar social”. (VENOSA, 2005)

O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana é o principal e mais amplo princípio constitucional, no direito de família diz respeito à garantia plena de desenvolvimento de todos os seus membros, para que possam ser realizados seus anseios e interesses afetivos, assim como garantia de assistência educacional aos filhos, com o objetivo de manter a família duradoura e feliz. (DINIZ, 2007)

A pessoa humana é considerada como indivíduo em sua singularidade e partindo dessa premissa obtém-se o princípio de que deve ser livre, como ser social, estando com os demais indivíduos, numa relação de igualdade. A dignidade da pessoa humana é muito mais do que os direitos fundamentais por ser anterior e hierarquicamente superiores. Estes estão inseridos na dignidade que constitui um princípio base da própria existência do Estado. A razão de existir Estado e as leis é assegurar a dignidade humana. Por essa razão este princípio é inserido no primeiro artigo da Constituição Federal logo após Soberania e Cidadania. A função do Estado é realizar valores, sobretudo os fundamentais do ser humano. Respeitá-los e protegê-los é obrigação de todos os poderes estatais. (COMPARATO, 2005).

O Estado brasileiro se constrói a partir da pessoa humana e cabe ao Estado o dever de propiciar condições materiais mínimas para que as pessoas tenham condições de viver com dignidade, conforme determina a nossa Carta Magna visto ser a dignidade da pessoa humana o bem maior do ordenamento jurídico brasileiro. (COMPARATO, 2005)

Assim podemos concluir que a Dignidade da Pessoa Humana é um direito absoluto e deve prevalecer sempre sobre qualquer outro valor ou princípio.

Tratando-se, portanto, de um princípio que identifica um espaço de integridade moral a ser assegurado a todas as pessoas por sua só existência no mundo constituindo desta forma um direito individual assegurado pela Carta Magna. A dignidade relaciona-se tanto com a liberdade e valores espirituais como com as condições materiais de subsistência, ou seja, o mínimo existencial sem a qual ainda que haja sobrevivência, não há dignidade. (BARROSO, 2009)

Mínimo existencial significa a satisfação das necessidades básicas de todo cidadão brasileiro, sendo necessário que haja consenso por parte daqueles que elaboram o elenco de prestações que compõem o mínimo necessário à subsistência com dignidade, onde se inclui pelo menos os direitos à renda mínima, saúde básica, educação fundamental e acesso à justiça.

O princípio da dignidade humana por tudo que representa por si só bastaria para que todas as necessidades humanas fossem realizadas, sejam elas econômicas ou sociais diminuiria o abismo de desigualdades existentes entre as várias camadas sociais do nosso povo, onde o acesso à justiça; à renda mínima; educação fundamental e saúde deve ser a regra e não exceção. (DINIZ, 2007).

Este princípio tem tudo a ver com o planejamento familiar, se levarmos em conta que aquele que sofre com a falta do mínimo necessário para sua própria sobrevivência, não terá estrutura nem base para desenvolver uma família, antes de ter garantido seus principais direitos, declarados na Constituição de 1988.

2.2.2 PRINCÍPIO DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL

De acordo com a Lei nº 8.560 de 1962; a paternidade responsável, inserido no direito de estado de filiação, está garantida implicitamente na Constituição Federal, no artigo 227, pois é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente a convivência familiar, colocando-os a salvo de toda forma de discriminação, vedado expressamente as designações discriminatórias relativas ao estado da filiação.

O princípio da paternidade responsável também foi inserido no (Estatuto da Criança e do Adolescente). Lei nº 8.069/90, no art. 27 que dispõe: “o reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e indiscreto”. (BRASIL, 1990)

Os princípios da paternidade responsável assim como o princípio da dignidade da pessoa humana inserida na Constituição Federal de 1988, no art. 226, § 7º reza:

Art. 226. A 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 decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

O princípio da paternidade responsável significa que esta responsabilidade começa desde a concepção e dura enquanto houver necessidade da presença dos pais ao lado dos filhos. Desta forma estaremos respeitando o preceito constitucional do art.227, que é uma garantia a um direito fundamental. O direito de ter filhos é proporcional à responsabilidade de criá-los, sejam os filhos biológicos ou afetivos. Tal princípio possui estreita relação com os princípios da dignidade da pessoa humana e do planejamento familiar, o qual deve ser exercido de forma igualmente responsável. (BRASIL, 1988).

Paternidade responsável, assim como a maternidade, pressupõe um planejamento da concepção, de maneira que não só a mulher deve assumir tal responsabilidade, mas também o homem visto que é um dever da família, da sociedade e do Estado. Logicamente este é um instrumento de aproximação dos casais, fazendo com que ambos assumam a gestação de maneira consciente, cuidando para que a saúde da mulher e da criança seja protegida. Daí a importância do planejamento familiar, pois este significa dar a seus membros um futuro com educação, saúde, alimentação, moradia e, sobretudo afeto. Estas são condições mínimas e dignas a que todo ser humano tem direito. (VENOSA, 2005).

Sendo assim, este princípio juntamente com o princípio da dignidade da pessoa humana, são de suma importância para o desenvolvimento e manutenção da família.

2.2.3 PRINCÍPIO DA IGUALDADE

Atualmente, diferentemente do que ocorria no passado, a mulher não vive mais sob as ordens do marido, subjugada com tarefas intermináveis dentro do lar, além da criação e educação da prole. Tais tarefas, que eram exclusivamente da mulher, não lhe deixava tempo algum para o seu próprio cuidado, cabia a ela apenas obedecer ao marido. Nos dias atuais os direitos e deveres para com a família não requerem nenhum privilégio de qualquer das partes, diante do princípio da igualdade, desaparece o poder marital, onde as decisões no que diz respeito à família devem ser tomadas de comum acordo entre conviventes ou entre marido e mulher. Conforme o estabelecido no art.226, § 5º, da Constituição Federal, “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher”. O princípio da igualdade, como visto, também se aplica aos filhos, pois o texto constitucional deixa bem claro, não há qualquer diferença entre filhos legítimos, naturais e adotados. (VENOSA, 2005)

A quarta Conferência Mundial sobre a Mulher adotou em sua Declaração, no princípio 15: “a igualdade dos direitos, de oportunidades e de acesso aos recursos, a partilha igual das responsabilidades familiares e a parceria harmoniosa entre as mulheres e homens são essenciais o seu bem-estar e de sua família, como ao fortalecimento da democracia”. Conferência das Nações Unidas sobre a mulher (Pequim – 1995).

Portanto, os princípios do planejamento familiar são os mesmos que regem a vida de qualquer cidadão que dessa forma, têm seu estado de direito garantido, como declarado em todas as conferências onde o foco era os direitos humanos e na Constituição federal de 1988. Assim, em respeito à nossa Carta Magna, foram formuladas políticas públicas voltadas à assistência integral à saúde não apenas do gênero mas de todos que, de uma forma ou de outra, utilizam dos serviços de saúde disponibilizados pelos governantes.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas não se referem apenas a atos isolados, ou praticar determinado ato de forma exclusiva. Consiste numa atividade técnica elaborada pela mais recente teoria jurídica. Trata-se de uma série de atos dos mais variados tipos unificados e organizados num programa de longo prazo. (COMPARATO, 2005).

Entre as primeiras políticas públicas adotadas, que envolviam o planejamento familiar no Brasil, foram criados alguns dispositivos legais, quais sejam: o desestímulo ao trabalho feminino; a cobrança de impostos incidindo sobre os solteiros e os casados sem filhos; facilidade para aquisição da casa própria àqueles que pretendessem se casar e privilégios para os casados com filhos. Estas foram práticas introduzidas pelo Estado, como um meio para forçar, ou melhor, incentivar os casais a terem mais filhos e, se solteiros, que se casassem para unicamente procriarem. (OLIVEIRA, 1993)

Neste período pregava-se o fortalecimento das famílias numerosas, politicamente o Brasil tinha maior interesse em promover o crescimento da população, para distribuir no seu vasto território, mesmo com seus graves problemas de ordens econômicas e sociais. E isto, não tinha nada a ver com a qualidade de vida de seu povo, mas sim como uma forma de garantir sua soberania.

3.2 SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 17 de julho de 1942, decorrente de um acordo entre Estados Unidos e Brasil, tendo como atribuições garantir as condições sanitárias na Amazônia e no Vale do Rio Doce, e mais tarde se expandiu para outros Estados. Este órgão foi de grande importância para a formação de profissionais da área de saúde da época e para levar conhecimento às populações das áreas mais pobres do país, onde imperavam as doenças transmissíveis decorrentes da ausência de saneamento ambiental, isto é, o controle de doenças transmissíveis, para proteger e melhorar as condições de vida da população do interior do país. (CAMPOS, 2007)

Segundo Campos (2007), o SESP exerceu grande influência no trabalho educativo em saúde pública tornando-se um marco de divulgação do pensamento sobre educação sanitária, por ser esta a pedra fundamental da saúde pública. Porém esta não era a única razão, seu

maior objetivo estava em melhorar a produção de matérias-primas, como a borracha e o minério para os aliados durante a segunda Guerra Mundial, entretanto ajudou a consolidar um projeto de inserção da saúde pública no interior do território brasileiro. Importante ressaltar que este período fez parte da fase de imposição de crescimento da população brasileira, para justamente povoar o nosso imenso território. O que é um dos principais fatores de aumento das desigualdades sociais existentes até os dias de hoje.

Com a explosão populacional e a degradação das famílias, aumentaram os problemas sociais, cresce o número de mães solteiras sem paternidade responsável e sem as mínimas condições de sustentar sua prole. Foi justamente neste ambiente em que se registrou o maior número de natalidade e ao mesmo tempo de mortalidade, não só infantil como também materna, pois a população que mais crescia era justamente a de baixa renda. (OLIVEIRA, 1993)

De acordo com Oliveira (1983), por falta de conhecimento e capacidade para separar sexo de sexualidade em nossa sociedade, é que os métodos mais prejudiciais eram os mais utilizados: esterilização e o aborto. Sendo as classes média e alta, com melhores condições, optavam pela esterilização ficando incapacitados de procriar, enquanto as de baixa renda e as adolescentes sem alternativa praticavam o aborto, o que muitas vezes matava mãe e filho. Foi a partir destes eventos tão constrangedores, tanto para a sociedade como para o Poder Público que se tornou necessário o controle da natalidade, porém com o nome de Planejamento Familiar.

Desse modo, o planejamento familiar e o controle da natalidade estão ligados às questões de ordem econômica, social e política. Estes problemas só se apresentaram a partir do século XVIII, segundo as teorias do economista Thomas Malthus, que relatava ser o crescimento populacional maior que o crescimento dos meios de subsistência. Até a metade do século XX, a ameaça foi praticamente debelada nos países desenvolvidos, cujas populações se estabilizaram ou diminuíram e passaram até mesmo a estimular a concepção. (BRASIL, 2004).

Contudo, nas três últimas décadas, se associavam: política populacional, planejamento familiar e controle da natalidade, como se os três fossem a mesma coisa, porém, não são sinônimos. Por isto, as políticas públicas devem ser pensadas em um contexto universal e os direitos reprodutivos como um direito conquistado que faz parte do progresso da humanidade, diferente do estilo malthusiano, que pregava o controle coercitivo da natalidade. (CORREIA, 1993)

3.3 SOCIEDADE DO BEM-ESTAR DA FAMÍLIA

Em virtude da ausência de políticas públicas surgiu em 1966 o BEMFAM (Sociedade Bem-Estar da Família no Brasil), que passou a oferecer serviço de regulação da fecundidade, o que facilitou o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos principalmente a pílula, financiada por entidades internacionais, acompanhamento médico. (COELHO et al., 2000)

O BEMFAM, de 1966 e 1975, expandiu suas atividades através de um conjunto de clínicas, muitas delas conveniadas com a rede médica, empresas e universidades. Além do BEMFAM, surgiu também em 1975, o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC), e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), organizada em 1981, em 1989, contava com 123 entidades prestadoras de serviços de planejamento familiar. (BRASIL, 2002)

3.4 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher lançada pelo Ministério da Saúde em 1983, porém divulgado oficialmente em 1984, anunciado como a mais nova abordagem a saúde da mulher, sendo esta, a primeira vez que o Estado brasileiro propôs explicitamente, embora de forma parcial a questão da regulação de fecundidade. Para estabelecer sua proposta, o Ministério da Saúde entendia que o cuidado com a saúde da mulher pelo sistema de saúde limitava-se ao período que compreendia a gestação até o período puerperal, era mais voltada para a relação materno-infantil e mesmo assim de forma deficiente. (BRASIL, 2002)

Porém a atenção à saúde da mulher deveria ser de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção, mas durante todo seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, mas com abordagem de todos os problemas desde a adolescência até a terceira idade inclusive, o planejamento familiar e tratamento para infertilidade. (COELHO, 2005).

Para incorporar a assistência à mulher em todas as etapas da vida, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, deu ênfase à preocupação com as doenças ginecológicas existentes, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, além, da assistência á mulher vítima de violência. A presença da mulher no mercado de trabalho tornou-se um agravante, além do seu papel fundamental no núcleo familiar. (BRASIL, 1983)

Desse modo, o programa concebia a questão de saúde da mulher dando privilégio às questões ligadas à reprodução, onde o homem não fora incluído, tão pouco lhe atribuía qualquer responsabilidade no planejamento familiar. (OLIVEIRA, 1993)

Com a falta de comprometimento político, a efetiva execução deste programa acabou por não acontecer. Devido a isto, as mulheres que dependiam do sistema público de saúde, dispõem de poucos recursos para regular a fecundidade, ficando restritos a métodos contraceptivos como pílulas e à esterilização feminina. (SCHOR et al., 2000). Segundo Schor et al (2000), a realidade da anticoncepção para a mulher brasileira tem despertado discussões diversas que envolvem desde aspectos sociais até aspectos políticos, uma vez que os programas de atenção à saúde ainda não estão efetivamente implementados e a realidade das práticas contraceptivas se agravam. De acordo com a Conferência das Nações Unidas sobre população e desenvolvimento (Cairo – 1994), no princípio 8 em destaque:

Os Estados devem tomar todas as medidas apropriadas para assegurar, sobre a base da igualdade do homem e da mulher, o acesso universal aos serviços de saúde, compreendendo os relacionamentos à saúde em matéria de reprodução, integrados pelo planejamento familiar e a saúde em matéria de sexualidade. Os programas de saúde da reprodução devem oferecer a mais vasta gama possível de serviços, sem nenhum recurso à coerção. Todo casal e todo indivíduo têm o direito fundamental de decidir livre e responsabilmente acerca do número de seus filhos, do espaço de seu nascimento e de dispor da informação, da educação e dos meios desejados na matéria.

3.4.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS

Direito reprodutivo é o direito que tem a pessoa de decidir de maneira livre e responsável se desejam ter filhos ou não, quantos querem e qual o momento mais adequado para tê-los, é o direito de receber informações sobre os meios, métodos e técnicas para decidirem qual o mais adequado para o seu caso. Da mesma forma, o direito sexual é o direito que tem a pessoa de viver e expressar livremente sua sexualidade, sem violência ou qualquer imposição e discriminações; é o direito de escolher seu parceiro, de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha ou culpa. Ter direito sexual é poder vivenciar sua sexualidade independentemente de estado civil idade ou condição física; escolher se quer ou não ter relação, e com quem; é o direito de ter relação sexual independentemente da reprodução.

Enfim, os direitos sexuais são muito amplos, pois se estende a todos independentemente de sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade,

bissexualidade entre outros, além de garantir o acesso seguro com privacidade aos serviços de saúde. (BRASIL, 2005)

3.4.2 SISTEMAS DE SAÚDE ANTERIORES AO SUS

Além da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), já mencionada anteriormente, que tinha como local de atuação principalmente as regiões norte e nordeste, com forte caráter filantrópico, assistência com formato de caridade, porém de grande importância para o desenvolvimento do interior do país.

Tivemos também o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado durante o regime militar em 1974. Este sistema tinha um agravante, pois ele foi criado para atender apenas a seus associados, isto é, somente os empregados que contribuíam com a previdência social tinha assistência à saúde, apenas determinados grupos eram protegidos pelo sistema, os demais se socorriam das entidades filantrópicas.

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral a Saúde (AIS), neste momento ocorreu a passagem do modelo previdenciário para um modelo mais universalista, com objetivo de expandir a atenção primária à saúde. O Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), criado pelo então Presidente Jose Sarney, que incorporou os princípios da reforma sanitária, porém não atingiu seus objetivos, por razões de ordem político-ideológica, ligados a interesses da iniciativa privada e por erros estratégicos. Muitos outros sistemas de assistência a saúde estiveram presentes durante a evolução dos programas assistenciais, contudo, mais voltados à saúde do trabalhador conveniado, com desconto diretamente em sua folha de pagamento a contribuição.

4 PLANEJAMENTO FAMILIAR E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde. (BOURGET, 2005)

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198, estabelece que saúde seja um direito de todos e um dever do Estado e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com diretrizes estabelecidas em Lei. (BOURGET, 2005)

A Lei 8.080, traz detalhadamente o que fora estabelecido pela CF. Por sua vez, a Lei 8.142, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos intergovernamentais na área da saúde. (BRASIL, 1990)

O objetivo maior do Sistema Único de Saúde é de por fim às situações de desigualdade na assistência, tornando obrigatório o atendimento a todos os cidadãos, sem qualquer ressalva, sendo proibida qualquer forma de cobrança, sob qualquer pretexto, todos sem distinção alguma têm direitos a atendimento com dignidade.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais trazidas pela Constituição Federal de 1988, cujos princípios apontam a democratização das ações e dos serviços de saúde que passam a ser universais e deixam de ser centralizados para ser descentralizados. (BRASIL, 2000)

A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” e contemplou a descentralização dos serviços de saúde entre os três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal, através do SUS (Sistema Único de Saúde). Também em 1988, a discussão de saúde da mulher e saúde integral da mulher evoluiu para o conceito de “Saúde Reprodutiva”, adotada pela OMS. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Lei 9.029/95, art. 2º, inciso II, alínea “b”:

Artigo 2º constituem crimes as seguintes práticas discriminatórias:

Inciso II, alínea “b” - promoção do controle da natalidade, assim não considerado o oferecimento de serviços e aconselhamento ou planejamento familiar, realizadas através de instituições públicas ou privadas submetidas às normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo afirmação do Ministério da Saúde, o SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal, sua principal meta é tornar-se um mecanismo de equidade no atendimento a todas as necessidades da população. Com serviços de qualidade, e o propósito de promover ações preventivas, disponibilizando informações relevantes para que se conheçam seus direitos e os riscos a sua saúde. (BRASIL, 2000)

4.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Como já sabemos, os primeiros meios de controlar a fecundidade das mulheres brasileiras chegou ao Brasil através de doação dos Estados Unidos, mas, como um meio de controle da natalidade, pois o nosso país fazia parte daqueles que poderiam causar a escassez de alimento e a degradação do meio ambiente no mundo. Para eles o crescimento populacional no Brasil, seria causa de pobreza, miséria e promiscuidade. Por essa razão, os anticoncepcionais passam a ser oferecido às mulheres brasileiras, sem qualquer custo a não ser, de prejuízo à própria saúde. Na época houve inclusive recompensa para aquelas que se submetessem à esterilização, o que as deixavam mutiladas, e não mais poderiam ter filhos.

No início dos anos 1990 o governo brasileiro passou a adquirir os anticoncepcionais hormonais orais, através da Central de Medicamentos (CEME). Porém foi interrompido pelo Ministério da Saúde em 1997, devido à descentralização dos recursos, isto é, os estados e municípios tinham o dever de incluir em suas listas básicas de insumos e medicamentos, também os métodos anticoncepcionais, o que não fizeram. Com a descentralização o Ministério da Saúde, disponibilizaria 30% da demanda de contraceptivos, enquanto 70% caberiam aos Estados e municípios suprir a necessidade.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde, visando aumentar a oferta de métodos anticoncepcionais no Sistema Único de Saúde (SUS), retomou a compra de métodos pelo nível federal, voltando a distribuir às Secretarias de Saúde. O Ministério da Saúde entende que as ações de anticoncepção devem ser garantidas para mulheres e homens em idade reprodutiva, adultos e adolescentes que desejem ter acesso a métodos e meios para regular sua fecundidade.

4.2 TIPOS DE MÉTODOS

O uso de métodos anticoncepcionais deveria ser uma decisão única e exclusiva da pessoa, mas está ligada a questões de caráter econômico, social e político, como o controle da natalidade e o planejamento familiar. Estes problemas só se apresentaram a partir do final do século XVIII, apontados por Thomas Malthus. Na época, o crescimento populacional, era maior que o crescimento dos meios de subsistência. (BRASIL, 2006)

Segundo o Ministério da Saúde, os meios anticoncepcionais próprios para mulheres se classificam em: naturais, mecânicos, químicos e cirúrgicos. Seja para prevenir uma possível gravidez não desejada ou para prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis, os métodos devem fazer parte da vida dos brasileiros. Por esta razão o Ministério da Saúde, coloca à disposição da população feminina e masculina, diversos tipos de métodos contraceptivos: **pílula oral, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intra-uterino (DIU), pílulas anticoncepcionais de emergência, preservativos, inclusive os femininos etc.**

Os diferentes métodos existentes são conhecidos por todos os profissionais da área da saúde e também da educação. Ocorre que se não houver o empenho efetivo destes profissionais para transmitir conhecimento, educação em saúde, através das ações voltadas a saúde da mulher do homem e também do adolescente, para que possam viver sua sexualidade independentemente da procriação, porém com toda segurança transmitida pelos profissionais participantes do programa de planejamento familiar

Estes profissionais têm o objetivo de fornecer, não só os meios para proteger a saúde de doenças oportunistas que a falta de conhecimento pode provocar, como também ajudá-los na escolha do método que mais se adapte à situação de cada um. O profissional bem treinado será a pedra fundamental para se garantir às usuárias a efetividade do planejamento familiar entre as populações de baixa renda mesmo se houver falta de meios contraceptivos. Como se sabe existem meios para se evitar uma gravidez não desejada usando apenas meios naturais fortemente pregados pela Igreja, que se realizados de maneira correta, trarão resultados esperados.

5 ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE GUARÁ SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR

As ações em planejamento familiar, no município de Guará/SP, anteriormente eram realizadas no Programa de Saúde da Família PSF com as equipes de saúde da família, porém exatamente por faltar atuação comprometida com a atenção integral à saúde da mulher, que integra o conjunto de ações básicas que devem ser executadas pelas equipes de saúde, houve a necessidade de se transferir para uma unidade que tivesse um acompanhamento mais especializado, ou seja, que contasse com a presença além do médico, também de psicólogos, assistente social e enfermeiros.

A assistência em Planejamento Familiar requer mais que simplesmente viabilizar técnicas, e meios para anticoncepção, exige que haja intensa participação de um grupo de profissionais ligados por interesses comuns. Contribuir com a dignidade da pessoa humana, através de ações educativas, com a formação de grupos para adolescentes, mulheres e casais que levem conhecimento sobre sexualidade e reprodução sem culpa por meio da promoção e prevenção contra doenças oportunistas.

Para desenvolver este estudo, foi utilizado o método de pesquisa junto a profissionais da área de saúde envolvidos com o planejamento familiar, assim como algumas das usuárias do sistema, inclusive com homens, o que no caso do planejamento familiar é muito difícil, além de estudos realizados em documentos oferecidos pela Secretaria da Saúde do município de Guará/SP. Para tal pesquisa foi escolhido o método da entrevista estruturada, por meio do qual os sujeitos respondem a um questionário previamente elaborado, com objetivo de conhecer o perfil dos usuários atendidos no programa. Poder identificar os métodos mais orientados pelos profissionais da saúde, conhecer quais métodos estão disponíveis na rede pública para que a usuária possa optar por aquele que melhor se adapte às suas condições de saúde.

A entrevista constava de perguntas e foram realizadas no Centro de Saúde onde trabalham, foram questionadas quais ações são desenvolvidas no município em relação ao planejamento familiar, se recebem capacitação, e a opinião destes sobre a efetividade do programa no município.

De acordo com o que foi levantado a respeito do planejamento familiar, no município de Guará/SP, observa-se que ainda falta uma maior interação entre os membros da equipe, falta desenvolver ações mais voltadas à orientação geral sobre saúde, sexualidade e procriação

de modo que as responsabilidades sejam divididas para dar maior segurança aos usuários. As informações e orientações vêm de várias maneiras, sempre uma completando a outra para que não haja qualquer dúvida por parte dos interessados em fazer o seu planejamento familiar, confiante num resultado adequado à sua vida. Assim os resultados desta pesquisa seguem relatados.

O entrevistado nº1 (um) tem 36 anos, dois filhos sendo que um deles é do 1º casamento de sua esposa, relata que prefere fazer a vasectomia, pois sua esposa tem problemas de saúde e não se adapta a nenhum método disponível e também por considerar a vasectomia menos prejudicial que a laqueadura, e que mesmo sendo ambas definitivas, a vasectomia é menos invasiva. Este usuário relata ainda, que foi informado sobre os métodos disponíveis no município, porém ele quer mesmo é a cirurgia de vasectomia, por isso procurou o serviço, e sendo encaminhado pelo médico diretamente para triagem com a assistente social. Questionado sobre as possibilidades de contraceptivos se mostra irredutível, declara ser esta sua decisão, mesmo porque sua situação econômica não lhe permite ter outros filhos.

Entrevistada nº 2 (dois), na verdade é um casal, o que também é raro no programa de planejamento familiar, por motivos já declarados anteriormente, isto é, falta interesse do homem em participar do planejamento familiar e quando tem interesse, perde dia de trabalho, pois nenhum médico fornece atestado para que o homem participe das decisões relacionadas à fecundidade do casal. Esposa entrevistada tem 25 anos, primeiro grau completo, do lar, mãe de 3 (três) filhos: o primeiro filho tem 9 (nove) anos; o segundo filho tem 04 (quatro) anos e o recém-nascido que tem 02 meses. Relata: “tenho problemas de pressão alta, não me senti bem com nenhum dos anticoncepcionais, tanto os orais quanto os injetáveis me causavam mal estar, também não gostaria de colocar o dispositivo intra-uterino (DIU), pois acho que vai incomodar muito, o diafragma nem se quer foi citado por nenhum dos participantes”. Como já conta com 25 anos, prefere fazer a laqueadura já que apenas o primeiro filho nasceu de parto normal, as outras duas nasceram de parto cesariano. Esposo tem 29 anos, pai de três filhos e considera o número adequado, levando em conta sua situação econômica, não poderia arcar com as responsabilidades de aumentar sua prole, pois certamente teria dificuldades em proporcionar um crescimento saudável e de qualidade para seus filhos.

Questionado sobre as razões de ele próprio não se submeter ao procedimento de vasectomia, declara ter muito medo de operar, mas não tem nada a ver com impotência porque conhece homens que fizeram e nada mudou em sua masculinidade. O fato é que este casal se considera satisfeito e não querem outros filhos.

Aqui, vale informar que este casal veio à consulta de puerpério e foi encaminhado à assistente social para que se seguisse o procedimento com a finalidade de realização da laqueadura. Receberam orientações sobre o prazo exigido por lei para que se efetive sua opção pelo método definitivo.

A entrevistada nº 3(três) relata: “eu criei sozinha meu filho de 10 anos, meu segundo filho, tem 07 anos e há 08 anos estou casada com meu marido, decidimos ter mais um filho, para depois fazer a laqueadura”. Fui informada pela agente comunitária do meu bairro sobre o programa de planejamento familiar oferecido no posto de saúde e na consulta de pré-natal fui encaminhada pelo médico para a Assistente Social do programa.

Terceira entrevistada compareceu desacompanhada, conta com 37 anos, cursou o ensino médio completo, tem dois filhos nascidos de parto cesáreo. Após 08 anos usando pílula, espera o terceiro filho que segundo seu relato, também será cesariana. Usuária declara que tomou conhecimento do programa através da agente de saúde da família, conhece os métodos anticoncepcionais, porém só utilizou os orais e nada sabe sobre o DIU. Neste caso, observam-se mais uma triagem para a laqueadura do que qualquer outra coisa.

O quarto entrevistado tem 36 anos dois filhos, um de 16 anos do primeiro relacionamento e um recém-nascido da sua união atual. Relata que após conversa com sua esposa, decidiram ser melhor que ele se submetesse à vasectomia já que para ela não seria possível a laqueadura por ter apenas um filho apesar de ter mais de 25 anos. Mas ainda segundo este usuário a situação financeira do casal não permitia ter outros assim preferem garantir o melhor para os dois.

O profissional médico, durante o pré-natal como regra ou após o nascimento da criança, orienta quanto aos meios e métodos contraceptivos e prescreve o mais adequado para a paciente, sendo caso de laqueadura ou vasectomia, outro critério deverá ser seguido. O casal ou qualquer um deles individualmente, após consulta médica serão encaminhados para a Assistente Social, membro do Planejamento Familiar que fará todo levantamento do perfil de cada um dos interessados, que devem preencher os requisitos exigidos para a efetiva participação no programa de PF, sendo este um passo fundamental para demonstrar que todos os requisitos exigidos pelo programa foram preenchidos.

Interessados, munidos destes documentos, passam agora pela enfermeira responsável pelo programa que irá abordar os indivíduos como um todo, levando em conta o contexto familiar em que esta pessoa está inserida, sem deixar de observar os aspectos culturais, emocionais e econômicos do casal ou da pessoa individualmente. Como profissional da saúde tem o dever de transmitir segurança e conhecimento sobre o assunto abordado, para que sua

opinião possa ser aceita e acolhida traduzindo em qualidade de vida as usuárias do Sistema de Saúde (SUS).

Enfermeira entrevistada demonstra conhecimento sobre os contraceptivos e tenta orientar sobre cada um deles. Explica os mecanismos de ação, que nenhum deles tem eficácia de 100%, ou seja, até mesmo os métodos cirúrgicos podem apresentar falhas. Orienta sobre o uso do DIU (dispositivo intra-uterino), porém observa um grande desinteresse por parte das mulheres, isso explica a baixa procura por este método. A paciente recebe informação sobre os anticoncepcionais orais, que estes podem ser mais eficientes se acompanhados dos preservativos que tanto podem evitar uma gravidez não desejada quanto prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis, (DST) e (AIDS). A enfermeira destaca ser fundamental esclarecer aos usuários, que mesmo havendo escolha por métodos definitivos, é essencial o uso dos preservativos como forma de prevenir contra doenças como: sífilis, hepatite, etc.

Além dos aspectos voltados exclusivamente às usuárias do programa de planejamento familiar, também constatamos falta de adequação da área física destinado ao desenvolvimento serviço, já que tudo faz parte de um mesmo contexto. Neste sentido, apesar da unidade ser ampla, o local utilizado para a enfermeira desenvolver sua função educadora fica bastante prejudicada visto não ser um local de uso individual, o que seria mais adequado para o desenvolvimento de tal procedimento, onde são tratadas questões ligadas à sexualidade, à intimidade dos/as usuários/as, intimamente ligados ao exercício da contracepção e da concepção. Os demais profissionais atendem em salas individuais o que torna mais produtiva sua atuação, junto aos usuários do sistema.

Posteriormente foi entrevistada uma psicóloga, que assim como a enfermeira, a assistente social, reforça todas as informações a respeito dos métodos anticoncepcionais. Porém, relata se houver a menor dúvida que seja por parte dos usuários pede para retornar para uma segunda consulta. Importante informar que a consulta com a psicóloga é a última etapa do programa planejamento familiar para a realização da cirurgia isto é, da laqueadura para a mulher ou da vasectomia para o homem. É do setor da psicologia que surge o aval para que respeitados os requisitos necessários, o hospital através de seu cirurgião realize o procedimento indicado.

Vasectomia e laqueadura, ambos os métodos são irreversíveis, recomendados em caso de alto risco ou para mulheres e homens com no mínimo dois filhos, atualmente vários são os motivos para que os casais tenham poucos filhos, sendo o financeiro o principal. Assim os métodos anticoncepcionais são grandes aliados para o controle da natalidade inclusive optando pela esterilização.

É importante observar, a razão de ser deste programa, não é de preparar os pacientes para realizarem a esterilização consentida, pois isso teria características de controle demográfico e não é esta a finalidade do programa planejamento familiar dispensado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém é garantido como direito reprodutivo, desde que cumpridas às exigências da Lei. A finalidade deste programa é contribuir transferindo conhecimento por meio da educação em saúde, realizado por uma equipe de multiprofissionais com condições e saberes diversos, que possa levar aos usuários, garantias quanto à importância de planejar o crescimento da família, além dos cuidados com a saúde. É necessário um planejamento com responsabilidade, para garantir qualidade de vida para todos os membros da família, levando sempre em consideração, a situação cultural, emocional e também econômica do casal, sem desrespeitar as crenças de cada um, ações estas fundamentais para o desenvolvimento da família.

Após as entrevistas com usuárias/os e profissionais, contata-se que na verdade não se trata de um programa com visitas semanais durante certo período, para decidir sobre o método a ser utilizado, mas sim, em uma única visita estes pacientes já são encaminhados para o seguimento seguinte, isto é, para avaliação psicológica, para constatar a real decisão tomada. É necessário salientar, somente o setor de psicologia, em percebendo qualquer dúvida dos/as usuários/as a respeito da decisão, é que novas consultas são agendadas para se garantir se tal decisão é realmente definitiva. A lei exige que seja respeitado o prazo de três meses após o parto ou o prazo de 60 dias contados da manifestação de vontade do cliente para a realização da laqueadura ou a vasectomia.

Todos os entrevistados já tinham conhecimento sobre os métodos de anticoncepção, com exceção do DIU, que pouco ou nada sabiam a respeito. Os usuários/as quando chegam ao programa para planejamento familiar, vieram encaminhadas pelo médico do programa, na verdade elas desejam utilizar o direito que a Lei do planejamento familiar lhes garante, de opção inclusive pela laqueadura ou vasectomia, desde que preenchidos os requisitos exigidos, entre eles o de participação em programas de planejamento familiar dispensado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este serviço encontra-se disponível aos usuários tanto na rede pública de saúde quanto no sistema privado, porém sob a supervisão do SUS. (BRASIL, 2006).

Levantamento realizado através de documento constatou-se que no ano de 2011, dentre as (24) vinte e quatro mulheres/homens entrevistados, (22) vinte e duas realizaram a laqueadura, enquanto apenas dois homens fizeram vasectomia. Sendo que apenas uma (01) faz uso do DIU (dispositivo intra-uterino) e uma segunda mulher que faz uso de tabela isto é, método que se baseia em cálculos relativos ao período fértil da mulher. Este método só será

eficaz se a mulher realmente tem conhecimento sobre seu próprio corpo e reconhece seu período fértil, e o companheiro respeitar essa fase.

A função primordial desta equipe multiprofissional (formada por: médicos, enfermeiras, psicólogas, assistente social, etc.) é procurar explicar o que é a esterilização, tentar desencorajar, principalmente os mais jovens que evite a esterilização precoce e estar preparada para dar suporte e orientação quanto aos meios, métodos e técnicas de contracepção por meio da educação em saúde.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Lei Nº 9.263/96.

Após estudos realizados sobre o planejamento familiar oferecido pelo Ministério da Saúde, que através de políticas públicas coloca à disposição dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), meios e métodos para controlar a fecundidade além de ações voltadas à saúde como um todo. Desse modo constatou-se que, no município de Guará/SP, todos os usuários/as já faziam uso de um dos métodos oferecidos pela unidade e que procuram pelo “planejamento familiar”, apenas os interessados em métodos definitivos procuram pelo serviço. Individualmente ou o casal passa por consulta médica, pela assistente social que fará toda coleta de dados para observar o perfil do usuário/as que respondem questões como: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, número de filhos, tipo de parto, etc., e em seguida pela enfermeira que orienta sobre os métodos, porém sem sucesso.

Passaram pelo programa de Planejamento familiar no município de Guará/SP neste período, apenas mulheres e homens com suas decisões já tomadas em concordância com os companheiros. Procuram o serviço, por ser este o caminho para garantir o direito que a Lei lhes dá de escolher seu método de contracepção, mesmo sendo ele definitivo. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS) exige para a realização da cirurgia que a decisão seja de livre escolha do casal sem qualquer forma de coerção.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, pois: diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados; diminui o número de cesarianas realizadas para fazer a laqueadura; diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais; aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para

diminuir a frequência de nascimentos de bebês de baixo peso e para que os bebês sejam amamentados adequadamente; possibilita a prevenção de gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas, tais como a diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadores de HIV, entre outras. (BRASIL, 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os vários meios utilizados para realizar esta pesquisa, observamos que no passado havia, mesmo não assumida, uma política demográfica em relação à fecundidade das mulheres brasileiras. Apesar de o governo não assumir tal postura, a “pílula” chegou ao Brasil por meio de doações vindas dos EUA. O que facilitou em muito a vida da mulher que acabara de entrar no mercado de trabalho, e tinha a necessidade de se conciliar com a vida em família, este fato levou ao declínio o número de nascimentos no país.

O governo adotou dispositivos legais para o fortalecimento das famílias numerosas, isto é, penaliza aqueles que, casados, não quisessem ter filhos ou fossem solteiros, além de desestimular o trabalho feminino. Criaram-se diversas entidades interessadas em planejamento familiar, objetivando o controle demográfico, restringindo a liberdade de procriar das mulheres, mais por interesses externos, do que da própria pessoa, as altas taxas de crescimento populacional contrariavam ao desenvolvimento econômico. Nesta mesma época o Ministério da Saúde começa a investir naqueles que seriam os primeiros profissionais da saúde, para trabalhar a questão do planejamento familiar.

O Brasil passa por um momento em que a taxa de nascimentos é tão baixa que preocupa o governo, pois, apesar dos incentivos à natalidade, as famílias residentes nas áreas urbanas tinham preferências por famílias menores e devido ao seu alto conhecimento tinham maior acesso aos anticoncepcionais. Enquanto o Brasil se empenhava no crescimento da população, os países desenvolvidos tentavam demonstrar a explosão demográfica que ocorria nos países de terceiro mundo.

Surgem, então, as várias políticas de saúde voltadas à fecundidade da mulher, até se chegar ao que é hoje o planejamento familiar no qual o governo coloca à disposição, todos os meios e métodos garantidos pela constituição e legislações especiais. Sendo o planejamento familiar, ligado às questões de ordem econômicas e sociais, não abarca somente a fecundidade, mas toda uma gama de ações voltadas à saúde global do indivíduo. É neste momento que entram, com todo seu preparo, os profissionais da saúde, que através de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, e viabilizadas pelos governos municipais de forma a solucionar as dificuldades encontradas por estes profissionais para o desempenho com qualidade e segurança de ações de interesse da comunidade usuária do sistema.

Por este estudo, somos levados a acreditar que apesar dos profissionais entenderem ser de qualidade o planejamento familiar no município e que tem se efetivado nos últimos

anos com sucesso, segundo informações da Secretaria da Saúde do município, entendemos que ainda se encontra deficiente com relação à saúde global.

O planejamento familiar é muito mais amplo do que o demonstrado, visto não ser ele apenas meio para realização de cirurgias, ou informar sobre métodos, mas sim para oferecer uma variedade de ações educativas onde todos os profissionais da área da saúde estejam envolvidos. É imprescindível que os gestores de saúde implementem as ações e dêem condições adequadas aos profissionais inclusive oferecendo capacitação em planejamento familiar as equipes, com o objetivo de sanar as dificuldades encontradas.

Portanto o planejamento familiar considerado como política pública tem como foco a saúde da mulher, do homem, do casal, e dos adolescentes, encontra-se deficiente devido à falta de local apropriado para realização deste projeto, assim como treinamento específico em planejamento familiar aos funcionários da área da saúde que estejam envolvidos. Além disso, a falta de subsídios didáticos para a prática pedagógica prejudica as ações da equipe dos profissionais que estejam realmente engajados no desempenho de ações de educação em saúde para os indivíduos desta comunidade. Para que isto ocorra é necessário um comprometimento mais eficaz dos gestores de saúde, dessa forma a qualidade e eficácia do planejamento familiar no município não dependem somente do número de laqueaduras ou de vasectomias realizadas. Mas sim da satisfação encontrada pelos usuários/as no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva, independentemente da idade que tenham.

Necessário se faz relatar, no que diz respeito à saúde, muitos outros estudos devem ser realizados, não só neste município, mas em todo país. Para verificar o preconizado está muito longe da realidade encontrado, pelas legislações em relação à realidade encontrada e, a partir daí, serem elaboradas políticas públicas que atentem para as condições factuais diversas e as necessárias para a efetividade das ações de cumprimento às formalidades da lei.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D. **As Políticas Populacionais** e o planejamento familiar na America Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006a, b, c, d, e. 52p. – (Textos para Discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ISSN 1677-7093; N.21)

BARROSO, L. R. **Interpretação e Aplicação da Constituição**. São Paulo: Saraiva 2009.

BOURGET, M. M. (org). **Programa saúde da família guia para planejamento local**. São Paulo: Martinari, 2005 a, b. (Coleção o Cotidiano do PSF).

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: Estudos de políticas sociais. 2. ed. HUCITEC, São Paulo; 1996.

BRASIL. **Lei 9.263/96**, de 12 de janeiro de 1996. Planejamento Familiar.

_____. Ministério da Saúde. **Ter ou não filhos?** Eis a questão. Brasília, 25 fev. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 24 abr 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de Emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e reprodutivos**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006. Acesso em 29 de mai 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Brasília. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Brasília. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquista/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p, il.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília (DF): Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico **Pré-Natal e Puerpério** Atenção Qualificada e Humanizada – caderno nº 5 – Brasília – DF 2006.

_____. **Constituição Federal de 1988**, de 05 de Outubro de 1988. Brasília, 2010.

BRAUNER, M. C. C. **Direito sexualidade e reprodução humana**: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro. 2003.

CAMPOS, A. L.V apud MARTINHO, F.C.P. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública. Disponível em:<
<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/livros/politicas-internacionais-de-saude>.> Acesso em: 25 maio 2012.

COELHO, E. C. E. et al. O Planejamento Familiar no Brasil no Contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev Esc. USP**, v.34, n. 1, p.37-44, 2000 a, b, c.

COMPARATO. F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 4 ed., e atual. São Paulo: Saraiva 2005 a, b, c, d.

CONESQUI, A. M. Planejamento familiar nos planos governamentais: **Rev. bras. Est. Pop.**v. 2, p. 1 – 20. Disponível em:< http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_n2.> 1985. Acesso em: 27 mai. 2012.

COSTA, A. M. **Planejamento Familiar no Brasil**. 1996. Disponível em: < <http://www.cfm.gov.br/revista/bio/planeja/>.html >. Acesso em: 29 mai. 2012.

DINIZ, M. H. **O Estado Atual do Biodireito**. 4. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

FONSECA, A. M. M. **Família e política de renda mínima**. São Paulo, ed. Cortez, 2001.

FIBGE. **Tendências demográficas**: uma análise a partir dos resultados do Censo Demográfico de 1991. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996.

FONSECA SOBRINHO D. **Estado e população**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosas dos tempos; 1993.

LENZA, P. **Direito Constitucional Esquematizado**. 13. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo (SP): Editora Saraiva 2009.

NUNES, L. A. R. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**: Doutrina e Jurisprudência. São Paulo: Saraiva 2002.

OLIVEIRA, J. S. **Educação sexual, direito de família e violência sexual**. Belo Horizonte (MG): Nova Alvorada 1993.

PAPALEO, C. C: **Aborto e contracepção**: Atualidades e Complexidades da Questão. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000

RODRIGUES, G. de C. **Planejamento familiar**. São Paulo: Ática, 1990.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2 p. 377-384, 2000 a.

VARELA, D. **Planejamento familiar:** natalidade e violência.

Disponível em: <<http://www.drauziovarela.com.br>>. Acesso em: 13 abr. 2012

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil:** direito de família. 5 ed. rev. atual. São Paulo: Atlas, 2005.

VILELA, A. L. M. Fisiologia da reprodução. **Anatomia e Fisiologia Humana.** Endócrino.

Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/>>. Acesso em: 27 maio 2012.

ANEXOS

Ituverava - SP, 13 de Junho de 2012.

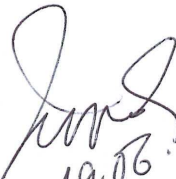
Venho, por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria permissão para realização do projeto de pesquisa no município de Guará, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade Doutor Francisco Maeda – FAFRAM - Ituverava/SP. Projeto intitulado “Efetividade do Planejamento Familiar”, Tendo por objetivo, além de identificar as possíveis lacunas da Lei, observar a efetiva participação do profissional através da educação em saúde, informação e orientação. Realizar um estudo, colher informações tanto das usuárias quanto dos profissionais envolvidos, sobre a atenção em saúde e sexualidade. Sob a orientação do Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira.

Ressalto que, após a permissão de Vossa Senhoria, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade para análise.

Desde já, renovo meus protestos de estima e consideração.


Maria Lucia Pedroso
Graduação em Direito
FAFRAM
Ituverava/SP

A Ilma Sr^a
Dr^a Rosebel de Alencar Custódio Lúpoli
Secretária Municipal de Saúde
Guará-SP


19.06.12

1 Perfil das usuárias do planejamento familiar

Nome _____ Sexo () M () F
 Idade _____ escolaridade: Fundamental () Médio () Superior ()
 Procedência _____
 Numero de Integrantes no seu grupo familiar _____
 Numero de gestação -----Normal () Cesáreo ()
 Numero de abortos -----
 Numero de filhos- -----
 Há quanto tempo você utiliza o serviço de planejamento familiar nesta unidade?

2 Você tinha algum conhecimento sobre planejamento familiar antes de participar do programa de planejamento desta unidade?

3 se a resposta for afirmativa cite 05 tipos de métodos que você foi orientada a usar antes de participar do programa nesta unidade

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____

4 Após iniciar o programa de planejamento familiar nesta unidade você passou a utilizar algum métodos contraceptivos SIM () NÃO ()

Quais?

5 Quais os métodos contraceptivos foram mais orientados pela equipe de saúde mais utilizados nesta unidade

6 Os profissionais de saúde lhes passaram alguma informação sobre planejamento familiar e o método disponível na rede publica. () SIM () NÃO

Quais?

7- As informações trazidas pelos profissionais de saúde contribuíram para o seu conhecimento sobre PF, e ao métodos disponíveis na rede pública?

SIM () NÃO ()

Por quê?

Usuária

Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Maria Lucia Pedroso estudante do Curso de Direito da Faculdade Doutor Francisco Maeda – FARAM - de Ituverava São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Efetividade do Planejamento Familiar”, no município de Guará/SP, sob orientação da Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira. Tendo por objetivo, além de identificar as possíveis lacunas da Lei, observar a efetiva participação do profissional através da educação em saúde, informação e orientação. Realizar um estudo, colher informações tanto das usuárias quanto dos profissionais envolvidos, sobre a atenção em saúde e sexualidade.

Para obter esses dados, você está sendo convidado (a) a responder o questionário e permitindo que sejam gravadas as respostas às questões abertas. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa, que não haverá risco ou problemas de qualquer ordem e que uma cópia deste Termo lhe será entregue e a outra será seguramente arquivada, juntamente ao material coletado da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal, despesa ou gratificação. Estará garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho. Os colaboradores do estudo têm liberdade de negar-se a continuar participando, caso julgue necessário, sem sofrer qualquer dano, prejuízo ou pressão por parte do pesquisador ou da instituição. A entrevista terá a duração de, aproximadamente, 40 minutos.


Antecipadamente, agradecemos sua preciosa colaboração.

Eu, _____, _____ anos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa e afirmo que fui convidado e esclarecido que receberei resposta para qualquer pergunta ou dúvida que possa surgir durante a pesquisa. Estou sabendo que, em nenhum momento, serei identificado nem exposto a riscos devido a minha participação nesta pesquisa. Sei também que, a qualquer momento, poderei recusar-me a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nessa pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Assinatura

Nº do Documento (RG)

Guará, SP, _____ de _____ de _____.


Maria Lucia Pedroso
Pesquisadora


Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira
Orientador