



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MODALIDADE PROFISSIONAL

Fabiana de Souza Canto

**Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento
familiar brasileiras: Uma análise da legislação**

Recife

2023

Fabiana de Souza Canto

**Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento
familiar brasileiras: Uma análise da legislação**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Coorientadora: Prof.^a Dra. Michele Feitoza Silva

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: Gender inequity and its influence on brazilian family planning policies: an analysis of the legislation.

C231i Canto, Fabiana de Souza.
Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação / Fabiana de Souza Canto. -- 2023.
63 p. : il.color.

Orientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.
Coorientadora: Michele Feitoza Silva.
Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.
Bibliografia: f. 56-62.

1. Política de Planejamento Familiar. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde Reprodutiva. 4. Legislação. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Fabiana de Souza Canto

**Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento
familiar brasileiras: Uma análise da legislação**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 03 de março de 2023

BANCA EXAMINADORA

Dra. Lousiana Regadas de Macedo Quinino
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Lucilene Rafael Aguiar
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/
Universidade de Pernambuco

RESUMO

CANTO, Fabiana de Souza. Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A contracepção moderna foi o principal determinante da queda da fecundidade no Brasil a partir da década de 1960 e a demanda crescente por regulação da fecundidade foi suprida pelo aumento da utilização da laqueadura tubária. Ao longo dos anos, percebeu-se tendência em centralizar o controle da natalidade sob a perspectiva da figura feminina, o que pode influenciar as políticas de planejamento familiar. Este trabalho analisou se as políticas de planejamento familiar brasileiras se estruturaram de modo a responsabilizar a mulher pelo planejamento familiar. Realizou-se análise documental a partir da análise de conteúdo de Bardin. Consideraram-se ‘documentos’ os arquivos oficiais públicos e as publicações parlamentares. Pesquisaram-se, na plataforma google, os descritores ‘métodos contraceptivos’, ‘contracepção’, ‘planejamento familiar’, ‘saúde da mulher’, ‘Direito reprodutivo’, ‘direito sexual’ AND Brasil AND lei OU portaria/ decreto/ resolução/ projeto/ recomendação/ manual/ programa. Excluíram-se os documentos que não foram publicados pelo governo federal. Realizaram-se pré-análise, exploração do material pontuando unidades de registro e contexto em coerência com os descritores visando responder à pergunta de pesquisa. Neste trabalho, ao mesmo tempo em que se percebeu evolução no que diz respeito a uma abordagem global e integral da saúde da mulher, desvinculada do binômio mãe-bebê e demais processos ligados ao estado gravídico-puerperal, viu-se que o foco do planejamento familiar segue sendo a mulher, o que pode ser consequência, do período de omissão do estado com relação ao planejamento familiar e do foco das políticas estar voltado para o indivíduo. A tendência das abordagens é manter ou voltar seu foco para a mulher, trazendo ponderações sobre a participação do homem de forma tímida e instável. Percebe-se, em todo percurso de tempo, tendência ao retrocesso, ao foco na mulher e na sua capacidade de gestar, desconsiderando os contextos sociopolíticos e sua repercussão na formulação de políticas públicas. Na medida em que se verifica a ineficiência do estado em perceber este estado para além do biológico, ocorrendo dentro do contexto social, aquele passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre todos os fenômenos. Esta concepção, construída historicamente, alimenta a produção de políticas. Assim, apesar de vários esforços no sentido de enxergar a mulher para além do paradigma biologicista-reprodutivo, a tendência foi de sempre voltar para a estaca zero. Por fim, considera-se que o avanço da saúde sexual das mulheres e seus direitos, ainda é tímido e vem enfrentando vários desafios, merecendo políticas públicas efetivas e eficazes.

Palavras-Chave: Política de Planejamento Familiar; Saúde da Mulher; Saúde Reprodutiva; Legislação.

ABSTRACT

CANTO, Fabiana de Souza. Gender inequity and its influence on Brazilian family planning policies: an analysis of the legislation. 2023. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Modern contraception was the main determinant of the drop in fertility in Brazil from the 1960s on, and the growing demand for fertility regulation was met by the increased use of tubal ligation. Over the years, there has been a tendency to centralize birth control from the female perspective, which may influence family planning policies. This study analyzed whether Brazilian family planning policies have been structured in such a way as to make women responsible for family planning. A documental analysis was carried out based on Bardin's content analysis. The official public archives and parliamentary publications were considered as 'documents'. The descriptors 'contraceptive methods', 'contraception', 'family planning', 'women's health', 'reproductive rights', 'sexual rights' AND Brazil AND law OR ordinance/ decree/ resolution/ project/ recommendation/ manual/ program were searched in the Google platform. The documents that were not published by the federal government were excluded. Pre-analysis and exploration of the material were carried out by scoring registration and context units in coherence with the descriptors aiming to answer the research question. In this work, at the same time in which an evolution was perceived with respect to a global and integral approach to women's health, disconnected from the mother-baby binomial and other processes linked to the gravidic-puerperal state, it was seen that the focus of family planning continues to be on women, which can be a consequence of the period of omission of the state in relation to family planning and of the focus of the policies being turned to the individual. The tendency of the approaches is to maintain or turn their focus to women, bringing considerations about the participation of men in a timid and unstable way. It is noticeable, throughout the course of time, the tendency to go backwards, to focus on women and their capacity to gestate, disregarding the sociopolitical contexts and their repercussion on the formulation of public policies. To the extent that the inefficiency of the state is verified in perceiving this state beyond the biological one, occurring within the social context, it becomes dominant, as a legitimate and unique explanation for all phenomena. This conception, historically constructed, feeds the production of policies. Thus, despite several efforts to see women beyond the biologicist-reproductive paradigm, the tendency was to always go back to square one. Finally, it is considered that the advancement of women's sexual health and rights is still timid and has faced several challenges, deserving effective and efficient public policies.

Keywords: Family Planning Policy; Women`s Health; Reproductive Health; Legislation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	Anticoncepcionais Orais
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CPAIMC	Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
DIU	Dispositivo Intrauterino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC	Long Acting Reversible Contraceptives
LT	Laqueadura Tubária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPFB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	12
3.1	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: BREVE HISTÓRICO	12
3.2	TIPOS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	13
3.3	DIREITO REPRODUTIVO	16
3.4	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.....	20
3.5	A ESTERILIZAÇÃO FEMININA	24
4	MÉTODOS	28
4.1	DESENHO DO ESTUDO	28
4.2	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	28
4.3	ESTRATÉGIA DA PESQUISA	28
4.3.1	Pesquisa de documentos	28
4.3.2	Rastreamento e seleção das normas	30
4.4	ANÁLISE DOS DOCUMENTOS	30
4.4.1	Análise dos dados qualitativos	30
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	48
7	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A contracepção moderna foi o principal determinante da queda da fecundidade no Brasil a partir da década de 1960 e a demanda crescente por regulação da fecundidade foi suprida, principalmente, pelo aumento da utilização da laqueadura tubária, a partir de 1980, especialmente nas áreas mais pobres e nos estratos de baixa renda¹.

Ao longo dos anos, percebe-se a tendência em centralizar o controle da natalidade sob a perspectiva da figura feminina. Esse pensamento se fez presente desde os anos 70, com os conceitos do planejamento familiar que reforçavam os benefícios do controle da prole sob a responsabilidade feminina, sendo apontado como um bem à saúde da mulher, da família e da sociedade em geral².

Observa-se, desde este período, que a mulher sempre esteve no papel central da regulação da fecundidade. Havia, por parte delas, preocupação com o aumento de sua prole quando da procura por um serviço de planejamento familiar, onde a maior demanda era pelo método da laqueadura, método que simbolizava, naquele momento, a liberdade já que é irreversível³.

Ao mesmo tempo em que liberta, a laqueadura penaliza a mulher, pois mesmo que a atual legislação trate sobre a responsabilização do casal no planejamento reprodutivo, recai sobre a mulher a responsabilidade em controlar a fecundidade. O planejamento familiar durante muito tempo colocou a mulher no foco, e estas ainda são, em grande medida, responsabilizadas pela decisão da escolha do método de prevenção, pela gravidez não planejada⁴. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil utilizando-se de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 1996) encontrou uma prevalência de 40,1% e 2,6% respectivamente de esterilização feminina e masculina, observando-se uma elevada taxa de esterilização por mulheres⁵.

As dificuldades diante dos efeitos adversos com os contraceptivos reversíveis, os problemas de negociação do casal na utilização do preservativo, a falta de orientação ou mesmo desconhecimento no uso da camisinha feminina ou diafragma, as dificuldades em adquirir o Dispositivo Intrauterino (DIU), costumam culminar na intervenção cirúrgica³.

No curso das últimas décadas, as características das mulheres que buscaram a esterilização como alternativa para colocar a vida reprodutiva a termo sofreram

algumas mudanças. Na Europa, na década de 1940, por exemplo, as mulheres de estratos mais pobres e provenientes de famílias numerosas, imigrantes, eram as que mais frequentemente faziam a ligadura de trompas⁶.

Da mesma forma, no Brasil, por volta da década de 1970, as mulheres que aceitavam ou optavam por fazer a ligadura de trompas eram provenientes de classes mais pobres e com família numerosa, muito embora não pudessem arcar com os custos da cirurgia. O acesso era livre para as mulheres da camada social pauperizada. Ocorria também que, nos períodos de pleitos eleitorais, sobretudo nas regiões localizadas ao Centro-Oeste, Norte e Nordeste do País, muitas mulheres conseguiam a execução da cirurgia sem custos financeiros, questionamentos ou requisições³.

Neste período, existia no Brasil uma cultura da esterilização, em que se acreditava que a ligadura tubária era a melhor opção para o controle populacional das camadas economicamente menos favorecidas. Essa estratégia baseada em teorias que acreditam que somente o controle populacional levaria o país ao desenvolvimento econômico, sobretudo pautados na teoria de Malthus, os quais defendiam a divulgação de métodos contraceptivos como forma eficaz de combater o excesso populacional e a pobreza^{7,8}.

Partindo dessa ideia, em 1986, 28,2% das mulheres de 15 a 44 anos unidas eram esterilizadas cirurgicamente, proporção que passou para 40,1%, em 1996, entre mulheres de 15 a 49 anos em união estável. Houve, portanto, um aumento substancial, entre 1986 e 1996, de mulheres em idade reprodutiva, em união, esterilizadas^{1,9}.

Diante deste cenário, na década de 1970 começaram a surgir as reivindicações que envolviam os Direitos Reprodutivos, centradas nas reivindicações das mulheres pela autonomia corporal, o controle da própria fecundidade e atenção especial à saúde reprodutiva. Foi um período marcado pela luta para descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção. Posteriormente, nos anos 1980 e 1990, a agenda dos Direitos Reprodutivos incorporou a questão da concepção, do exercício da maternidade e das novas tecnologias reprodutivas¹⁰.

Após denúncias sobre as cirurgias em massa principalmente em mulheres negras e de baixa renda e de regiões específicas do país, o Brasil criou a lei do planejamento familiar 9.263/96. Esta lei é considerada um marco histórico por regular oficialmente as esterilizações e outros métodos contraceptivos⁷.

A lei nº 9.263/96, estabelece que é dever do Estado prover informações e disponibilizar outros métodos anticoncepcionais, esclarecendo as dúvidas sobre o método definitivo, para garantir a liberdade de escolha dos cidadãos. As mulheres, então, podiam optar por métodos reversíveis que incluíam aqueles de barreira e os hormonais ou pelo método definitivo, através da esterilização voluntária feminina pelo SUS⁷.

No âmbito pessoal, porém, a opção por determinado método contraceptivo perpassa questões mais profundas. De fato, as escolhas das mulheres podem ser limitadas por fatores culturais, sociais e econômicos, fazendo com que a tomada de decisão sobre qual método utilizar envolva outras circunstâncias além das considerações clínicas sobre a saúde da usuária⁸.

Estudos mostraram que os motivos principais para a realização da laqueadura foram o desejo de não ter mais filhos, falta de condições de criá-los ou ter o número ideal de filhos. Estes elementos revelam a preocupação feminina com o número de filhos e o ônus que elas carregam em relação à responsabilidade pela concepção e controle da fertilidade do casal^{11,12}.

A ampla adoção por mulheres pela esterilização cirúrgica facilitada por vários fatores que incluem a insatisfação, insegurança, difícil acesso ou pouca informação a outros métodos reversíveis, desinformação referente à irreversibilidade da laqueadura, baixa escolaridade, baixa participação dos homens no uso de métodos contraceptivos, as mulheres têm mais segurança em relação à esterilização cirúrgica, maior liberdade para a mulher¹⁵. Sendo assim, a esterilização cirúrgica, para as mulheres representa o método mais seguro e eficaz para limitar o número de filhos, após terem vivenciado o uso de métodos contraceptivos temporários, principalmente a pílula¹³.

Diante dos fatores mencionados acima surgiu a questão norteadora da pesquisa: o modo como as políticas de planejamento familiar brasileiro foi planejado podem ter responsabilizado a mulher em detrimento do homem pelo planejamento familiar?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se as políticas de planejamento familiar brasileiras se estruturaram, ao longo do tempo, de modo a responsabilizar a mulher pelo planejamento familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a linha do tempo da implementação do planejamento familiar no Brasil;
- b) Analisar os documentos normativos sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos na perspectiva do foco na figura da mulher.

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: BREVE HISTÓRICO

Ao longo da história, deparamo-nos com uma grande diversidade de práticas contraceptivas que possibilitaram às mulheres o controle sobre o número de filhos e o momento de tê-los. Tais práticas adotadas variaram na história, de acordo com diferentes culturas e dependeram do estímulo e valorização que a sociedade conferiu a cada método contraceptivo¹⁴.

As egípcias, desde 1850, utilizavam fezes de crocodilos (por possuírem pH alcalino, como os espermicidas modernos), gomas e uma mistura de mel e bicarbonato de sódio, colocadas em suas vaginas para bloquear ou matar os espermatozoides. Na Grécia antiga, as mulheres usavam tampões de confecção caseira com ácido tânico. Em Atenas, por volta de 500 a.C, eram utilizados unguentos à base de chumbo^{15,16}. Diferentes métodos foram utilizados por mulheres, sendo que alguns colocaram sua saúde em risco ao serem usados no corpo feminino¹⁷.

Entre as primeiras tentativas, encontra-se a descrita num papiro egípcio de há 3850 anos, onde se explica como evitar a gravidez. A receita era misturar mel com cinza da barrilheira e excremento de crocodilo, juntar substâncias resinosas, aplicar uma dose do produto na entrada da vagina, penetrando um pouco nela¹².

Outros exemplos de práticas contraceptivas são demonstrados na literatura, tais como o uso de rolhas de argila por chinesas da dinastia Hia, sudanesas e maias. No Japão antigo, prostitutas introduziam esponjas do mar, polpa de romã ou figos, macerados de variadas folhas e películas de bambu, embebidas em óleo¹⁶.

O precursor do diafragma, um capuz cervical de látex, foi criado em 1838 por Frederick Adolphe Wilde. Registros antigos indicam artefatos semelhantes produzidos com diferentes materiais como, marfim, prata, ouro e borracha. O diafragma foi descrito pela primeira vez em 1880 pelo médico alemão Hasse, tendo sido bastante difundido na Holanda e Alemanha, no final do século XIX^{16,18}.

As primeiras intervenções que mudaram as formas de prevenir a gravidez e a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis iniciaram com os métodos de barreira, especialmente a camisinha¹⁹. Historiadores afirmam que o preservativo masculino data do século XVI e a sua invenção é atribuída ao médico italiano Gabriel Falloppio, professor de Anatomia da Universidade de Pádua que criou um protótipo

em 1564. Este não tinha fins anticoncepcionais, mas, sim, o propósito mais moderno de evitar contágios venéreos, como o da sífilis, que causava sérios danos. Além disso, no século XIX, o uso do preservativo era restrito, o custo era alto e o acesso era difícil para classes sociais baixas, na maioria das vezes, ele era usado, lavado, seco e reutilizado^{15,20}.

Foi no século XIX que Charles Goodyear inventou o processo de vulcanização da borracha, a partir do qual o preservativo masculino passou a ser produzido em látex e em quantidades maiores, reduzindo, conseqüentemente, o seu preço. Com ele nasceu o profilático de borracha e a camisinha de borracha que foi sendo aperfeiçoada até atingir a qualidade dos preservativos atuais. O preservativo, tal como hoje o conhecemos, foi popularizado por ele. Portanto, o primeiro preservativo apareceu em 1842, ganhou status entre os soldados na segunda guerra mundial que contribuiu para ampliar ainda mais o seu uso. Porém, foi o desenvolvimento da pílula anticonceptiva, em 1960, que na realidade revolucionou as práticas contraceptivas, deixando o preservativo masculino ficou em segundo plano^{16,21}.

Estudos apontam que a esterilização tubária é uma técnica do século XX, todavia, suas origens mais profundas se encontram pautadas no século XIX, especificamente no ano de 1809, quando Haighton construiu alguns experimentos seccionando as tubas de coelhas. Em procedimentos realizados em humanos, Blundell, em Londres, no ano de 1823, é visto pelos ingleses como o pioneiro quanto se trata da ligadura tubária²².

Contudo, como não se pode encontrar uma publicação específica na literatura médica como prova do fato mencionado anteriormente. Outros autores, mais precisamente os americanos, consideram que foi Lungren (1881), nos Estados Unidos, o primeiro a executar o procedimento da ligadura tubária. A experiência realizada por ele através da esterilização tubária, fez o uso de fios e seda para segurar as tubas de uma paciente que já tinha feito duas operações cesarianas^{22,23}.

3.2 TIPOS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Anticoncepção é o uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. É recurso de planejamento familiar para a constituição de prole desejada e programada, de forma consciente. Os métodos anticoncepcionais podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois

grupos principais: os reversíveis (comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais os de emergência) e os definitivos (laqueação das trompas de falópio e vasectomia, que são as cirurgias, chamados métodos irreversíveis)^{24,25}.

Os métodos contraceptivos são os aliados do casal/parceiros para alcançar sucesso no planejamento familiar, evitando gravidez não desejada com seu uso adequado, além de proporcionarem a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Existem inúmeros métodos contraceptivos, mas sabe-se que, no Brasil, há hegemonia de dois métodos em especial, a anticoncepção oral e a ligadura tubária²⁶.

Os mais utilizados e estimulados pelo programa de planejamento familiar são os métodos de barreiras (preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma e espermicidas) e os hormonais (contraceptivos orais combinados, pílulas de progestogênio, injetável mensal e injetável trimestral) pois apresentam maior eficácia. Os métodos definitivos (laqueadura tubária e vasectomia) são aconselhadas de acordo com o perfil familiar, número de filhos dentre outros fatores, por se tratarem de meios definitivos de anticoncepção²⁷.

A contracepção hormonal foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 1960, como o primeiro método de evitar a gravidez com quase 100% de eficiência. Segundo consta, teve boa aceitação nos EUA e na Europa, sendo considerado um grande feito da farmacologia²⁸.

No Brasil, há indícios de que a venda das pílulas anticoncepcionais foi iniciada a partir de 1962, sendo prescritas em consultórios médicos e vendidas em farmácias diretamente às mulheres, assim como distribuídas gratuitamente a partir de 1965 por entidades privadas de planejamento familiar ligadas ao International Planned Parenthood Federation (IPPF) e a outras agências internacionais empenhadas em conter o crescimento populacional²⁹.

Desde sua introdução, nos primeiros anos de 1960, rapidamente as pílulas anticoncepcionais se difundiram e foram prescritas pelos ginecologistas, vendidas nas farmácias, distribuídas gratuitamente por entidades de planejamento familiar – como por exemplo, a Sociedade de Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM) – produzidas e comercializadas pelas indústrias farmacêuticas sediadas em território nacional e consumidas em larga escala pelas mulheres³⁰.

No período de 1972-1975, Richers e Almeida realizaram um estudo que revelou que, no ano de 1966, o mercado havia absorvido 6 milhões de cartelas de pílulas,

aproximando de 38 milhões no ano de 1974. Ademais, o número de laboratórios fabricantes de anticoncepcionais tinha aumentado de quatro para dezesseis até o ano 1975, completando 25 marcas e 47 produtos no mercado brasileiro²⁹.

Os métodos mais utilizados mundialmente são a contracepção oral (30,6%), a laqueação de trompas (27,0%) e o preservativo masculino (18,0%). A vasectomia é a escolha em 9,2% dos casos correspondendo a 43 milhões de homens em todo o mundo³¹.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 já revelavam que 55% das mulheres faziam uso de algum tipo de método de contracepção, baseado na pesquisa o método utilizado com maior frequência nesse período era a ligadura tubária (27%), contraceptivo oral (16%) e preservativo masculino (4%)³².

Na PNDS-2006, 65,2% das mulheres de 15 a 49 anos referiram uso atual de método contraceptivo considerado moderno. Predominaram contraceptivo oral (22,1%), esterilização feminina (21,8%), preservativo masculino (12,9%), injeção contraceptiva (3,5%) e esterilização masculina (3,3%)³³.

Na PNDS de 2006, os dados além de revelarem aumento na prevalência do uso de anticoncepcionais, mostram mudança significativa em relação à situação revelada pela PNDS 1996. Tal mudança consiste na redução significativa da prevalência da esterilização feminina e avanço na utilização de outros métodos, especialmente pelo aumento do envolvimento masculino, que passaram a escolher e utilizar a vasectomia e o preservativo. Contudo, a esterilização feminina (25,9%) e a pílula oral (27,4%) permanecem como os dois métodos predominantes na população, já o uso de preservativo masculino cresceu (13,0%) e a contracepção de emergência surge como o quinto método mais utilizado entre todas as mulheres em idade reprodutiva³².

No Brasil a utilização de contraceptivos vem aumentando muito desde 2006. Cerca de 80% das mulheres em idade fértil utilizam algum tipo de método reversível²⁵. De acordo com dados da pesquisa Nacional de demografia e saúde (PNDS, 2009), no Brasil, 27,4% das mulheres com união estável em idade reprodutiva (entre 15 a 44 anos) utilizavam a pílula, seguida pela laqueadura (25,9%) e condon (13,0%). A esterilização masculina representa 5,1%³⁴.

Trindade³⁵, ao analisar a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, evidenciou que os principais métodos utilizados entre brasileiras em idade reprodutiva têm sido os

ACO com 34,2%, a laqueadura tubária (LT) com 25,9%, seguidas do preservativo masculino com 14,5% de utilização. Corroborando com o fato, dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos apontam as prevalências de uso de ACO (28,2%) e anticoncepcional injetável (4,5%) em mulheres de 15 a 49 anos, não gestantes, residentes em área urbana³³.

Nos últimos dez anos, iniciativas para ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos foram implementados no Brasil. Incluem-se a incorporação dos contraceptivos hormonais injetáveis na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), a ampliação da distribuição de contraceptivos no SUS e a inclusão de anticoncepcionais hormonais orais (ACO) e injetáveis no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), para fornecimento gratuito em unidades próprias ou na rede comercial de drogarias. Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar colocaram a obrigatoriedade da cobertura de procedimentos em contracepção como dispositivo intrauterino (DIU) e esterilizações. Além disso, chegaram ao mercado no Brasil outros contraceptivos como o adesivo intradérmico, o anel vaginal e o implante subcutâneo, os quais são de média e longa duração, estes conhecidos como LARC (*long acting reversible contraceptives*), promovem-se sobretudo entre adolescentes, por não dependerem do uso diário³⁶.

Os fármacos liberados nos serviços públicos de saúde e no (PFPB) e que constam no RENAME são: acetato de medroxiprogesterona; enantato de noretisterona + valerato de estradiol; etinilestradiol +levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg; e noretisterona 0,35 mg. Nos serviços públicos de saúde fornecem também os contraceptivos de emergência: levonorgestrel 0,75 mg e misoprostol 0,025 mg e 0,2 mg²⁵.

3.3 DIREITO REPRODUTIVO

Os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e, basicamente, abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecida³⁷.

As políticas de controle ou de expansão, frequentemente citadas como antinatalista ou anticontrolista, concomitantemente, marcaram presença em diferentes países, em distintos períodos³⁸. Conforme Fonseca e Sobrinho, *apud*, Cavalieri³⁹, até meados do século XX, as políticas populacionais na América Latina eram

explicitamente ou implicitamente expansionistas e pró-natalistas, despertando em países hegemônicos a preocupação controlista, regulada pela teoria malthusiana do século XVIII.

Sobrinho, *apud*, Alves⁴⁰, afirma que o Brasil, até a Ditadura Militar, não aderiu à política de controle. Ao contrário, o autor encontra momentos políticos, nos quais a preocupação era de estímulo ao aumento populacional e a distribuição da população pelo território. Foi durante o regime militar que se estabeleceu um posicionamento dúbio do Estado brasileiro sobre o tema. Por um lado, havia a aposta na política de segurança nacional que proclamava a necessidade do crescimento da população para ocupação territorial, devido às extensões continentais do País. Por outro lado, aumentava o interesse de agências internacionais em promover políticas antinatalistas em países pobres, a partir do que o governo brasileiro cedeu espaço e consentiu a presença de iniciativas privadas no campo da distribuição e divulgação de métodos contraceptivos e de cirurgias de esterilização.

A violação do direito à saúde reprodutiva com a interferência do estado sobre o corpo feminino pode ser vislumbrada desde longa data, em vários lugares do mundo, mas também no Brasil. Deste processo, resulta um panorama de violação massiva de direitos humanos, sobretudo dos direitos reprodutivos, e da liberdade de decidir acerca do planejamento familiar⁴¹.

No tocante à questão, os direitos sexuais e reprodutivos e a saúde reprodutiva são temas que começaram a ganhar força na década de 60, período em que são promovidas internacionalmente as políticas de planejamento familiar. Até a década de 60 do século XX, persistiu a luta pela igualdade, mas essa crítica à desigualdade que incluía as relações sociais baseadas nas relações de poder entre homens e mulheres se fortaleceu ainda mais nos anos 60 e 70, momento em que os grupos feministas começaram com a luta para romper com a opressão da mulher e com um intenso trabalho para desmontar as formas de construção dos papéis sociais de mulheres e homens⁴².

No Brasil, a formulação do conceito de direitos reprodutivos iniciou a partir da reflexão das mulheres a respeito do exercício de sua função reprodutiva, de seu papel e de suas condições na sociedade⁴³. A mudança da nomenclatura 'saúde da mulher' para a de 'direitos reprodutivos' passou a ser usada no início dos anos 1980, quando havia participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. Porém, esse termo só foi

consagrado na década de 1990 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou reuniões temáticas internacionais, nas quais questões relativas ao gênero, saúde, equidade, autonomia, direitos humanos, dentre outras, foram reafirmadas e reforçadas mutuamente³⁷.

As reivindicações feministas na área da Reprodução e Sexualidade, podem ser datadas historicamente a partir do século XVII, no Ocidente. Entretanto, os conceitos acerca dos Direitos Reprodutivos e Sexuais das Mulheres, é uma discussão iminentemente contemporânea, no Brasil o debate tem início entre os anos de 1970 e 1980^{44,45}.

Foi na década de 1970 que se apresentou, no Brasil, um período de transição no debate político da sexualidade e da reprodução. Apesar de o feminismo no Brasil ter sido um movimento presente no país desde o sufrágio nas primeiras décadas do século XX, ele ganha força no país na década de 1970⁴⁶. Nesse período, emergiam os movimentos de mulheres influenciados por princípios de democratização do país e movimentos sanitaristas, reivindicando o acesso a métodos contraceptivos, não mais associado ao controle da natalidade, mas como um direito. O contexto político do Brasil no período influenciou a mobilização das mulheres que lutavam contra a ditadura militar, através de articulações com organizações marxistas, na época, consideradas clandestinas e contra o regime ditatorial³⁹.

Na perspectiva feminista os direitos reprodutivos dizem respeito a igualdade e a liberdade no âmbito da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Tratá-los como dois campos separados é questão determinante no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada a sua autonomia de decisão na vida reprodutiva.

O processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtor de direitos e nesse caso construtor de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a dominação a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens⁴⁷.

Foi somente na década de setenta, na I Conferência Mundial sobre População, realizada em Bucareste em 1974, que o Brasil assumiu oficialmente uma postura em relação à política populacional, advogando que os casais tinham o direito de determinar livremente o número de filhos que gostariam de ter. Já na II Conferência Mundial sobre População, realizada na cidade do México em 1984, o governo brasileiro assumiu o compromisso de fornecer meios de informação às famílias para que estas planejassem livremente o tamanho de sua prole, sendo todo esse processo incorporado nas atividades de assistência integral à saúde da mulher⁴⁸.

O Ministério da Saúde criou em 1983 e divulgou oficialmente em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com uma postura defendida pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, destacando que ao Estado caberia proporcionar meio e informação para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias. Na realidade constituiu um marco histórico na medida em que foi pioneiro no cenário mundial, tendo como proposta a definição de saúde reprodutiva que seria adotada na III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (CIPD), em 1994⁴⁸.

A Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas realizada em Cairo, em 1994, é reconhecidamente uma das mais importantes sobre o tema direitos reprodutivos, pois estabelece uma formulação alinhada com os Direitos Humanos, e um conjunto de princípios, diretrizes e metas que devem guiar as políticas públicas e as leis relacionadas à população e ao desenvolvimento. O acordo estabelecido nesta conferência pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas, foi um passo inicial importante para se avançar e tornar firme a noção de que as pessoas são detentoras de direitos próprios no que se refere à área reprodutiva, e que tais direitos precisam ser respeitados pelos Estados-Nacionais¹⁰.

Nesta Conferência de Cairo, de 1994, a concepção sobre Direito Reprodutivo no parágrafo 7.3 ficou definido que:

Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência⁴⁹.

Ficavam, então, estabelecidos os princípios e regulamentos de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e

reprodução humana. Este direito é particular de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os espaços entre seus nascimentos, além de ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem passar por qualquer tipo de discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza⁴⁰.

Na Constituição Federal, promulgada em 1988, o planejamento familiar foi considerado como livre decisão do casal, cabendo ao Estado e ao sistema de saúde garantirem o acesso à informação e aos métodos, sendo os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para que o casal decida livremente com orientação e acompanhamento dos serviços de saúde²⁶.

Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, os indivíduos são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e devem ser livres para decidir se, quando e com que frequência desejam ter filhos. O acesso à informação e aos métodos contraceptivos deve ser garantido pelo Estado e pelo sistema de saúde para promover o exercício responsável e igualitário desses direitos⁵⁰.

Os instrumentos legais e institucionais têm consonância com os direitos enunciados nos tratados internacionais. Entre eles, a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher de 1979, a Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 e a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim de 1995⁴⁸.

3.4 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O Planejamento Familiar é um tema que vem se constituindo em objeto de estudos e pesquisas ao longo das últimas décadas. Sua abordagem o caracteriza de forma controversa no campo da saúde coletiva, encontrando-se não somente na esfera da biologia, mas também da ética, geopolítica, sociologia e economia⁵¹.

Santos e Freitas⁵², discorrem sobre a questão de que o planejamento familiar nasce atrelado às contradições teórico-ideológicas ligadas à crise do crescimento populacional, uma vez que estudiosos da demografia prenunciavam impactos significativos com os crescimentos acelerados e desordenados da população e poderiam trazer prejuízos econômicos, político e sociais para a sociedade em geral, especialmente nos países subdesenvolvidos.

Vignoli⁵³ diz que na Europa a preocupação com o crescimento populacional surgiu na primeira revolução industrial no século XVIII, provocando mudanças significativas, modificando os costumes e desestruturando a urbanização, elevando a taxa de natalidade e mortalidade, resultando no crescimento populacional.

Há de citar que, no pós-guerra, houve uma maior preocupação com o crescimento acelerado da população. Com isso, foi criada em 1952 a Federação Internacional de Planejamento Familiar – *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), a qual recebia apoio financeiro de instituições interessadas no controle demográfico, assim esta federação assegurava que o crescimento populacional tinha que ser controlado em favor do crescimento econômico e do desenvolvimento. A partir desse movimento países como Estados Unidos iniciaram mecanismos de controle populacional, incluindo também os países da América Latina mediante a ajuda econômica⁵¹. Essa preocupação também passou em todos os continentes, inclusive na América Latina que seguiu ordens de controle populacional das potências econômicas. Segundo Scarparo e Ecker⁵⁴, este tema veio para o debate na América Latina por meio dos interesses internacionais que, após a Revolução Cubana, sugeriam o controle da natalidade para impedir a implantação de regimes comunistas e mudanças nas estruturas sociais, o que poderia levar à desordem econômica, política e social nestes países.

A história do planejamento reprodutivo no Brasil, do período colonial à República, demonstrava convergência ao natalismo e às ideias de aperfeiçoamento e controle da raça brasileira, sobretudo no período republicano. Neste período foram criados programas pró-natalistas, como salário-família e auxílio natalidade, entretanto eram também registradas as políticas “controlistas”⁵¹.

O Brasil tinha adotado uma postura pró-natalista, mas a partir dos anos 60 aderiu às pressões principalmente dos Estados Unidos que forçaram a entrada de entidades internacionais no Brasil, com o foco principal de controlar o crescimento populacional dos países pobres⁵⁵.

O controle da natalidade no Brasil está historicamente contido à política externa brasileira, sobretudo aos países desenvolvidos. A subordinação a estes países ricos é demonstrada claramente pela brusca queda da natalidade nos últimos anos⁵⁶. Dada a questão, Sobrinho e Costa, *apud*, Pereira⁵⁷, afirmam que o tema do controle populacional no Brasil teve disputas acirradas entre grupos de atores, onde um se denominava “anticontrolistas”, que se recusava à implantação de políticas de

contenção demográfica e o outro chamado de “controlista”, a favor de tais medidas. Os autores em questão aprofundam mais sobre esse embate político no Brasil de oposição de grupos contrários e favoráveis ao controle populacional:

O primeiro grupo tem as suas bases no histórico pró-natalista do Estado e da sociedade brasileira, na defesa da moral e dos costumes tradicionais e, nos preceitos da Igreja Católica, encarnando o que o foi chamado de “pró-natalismo difuso”. O segundo grupo é composto pelos defensores dos ideais neomalthusianos e desenvolvimentistas e seus componentes pregavam a redução do crescimento populacional como necessária para a manutenção dos recursos naturais, o desenvolvimento econômico e a paz social. Essa corrente acreditava que com o advento de mecanismos viabilizadores dessa redução haveria uma correspondente redução da pobreza, que era vista como consequência direta da “superpopulação”⁵⁷.

Os controlistas, até certo tempo, ditaram as regras sobre o controle populacional no país, sobretudo no período da ditadura militar, no entanto houve grandes transformações políticas no país que deram uma reviravolta sobre a imposição do controle. De acordo com Perez⁵⁸, as últimas três décadas o Planejamento Familiar no Brasil sofreu mudanças profundas no que tange o enfoque controlista existente na época dos governos militares e os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ter destaques nos governos democráticos posteriores, sobretudo a partir de 1983.

Foi a partir da década de 1980, com a retomada da trajetória democrática no país, caracterizada pela organização de movimentos sociais, que as mulheres passaram a conquistar certos direitos relacionados as suas escolhas no campo do planejamento familiar, com políticas sanitárias mais estruturadas foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, fruto de uma intensa luta das mulheres em parceria com os movimentos sanitaristas^{51,57}.

Este programa foi resultado de incansáveis lutas de movimentos sociais preocupados com a saúde reprodutiva das mulheres, como consta na citação abaixo:

Políticas sanitárias e de planejamento familiar mais estruturadas começaram a ser pensadas somente a partir da década de 1980, período de transição democrática. Em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto de uma árdua luta das mulheres em parceria com os movimentos sanitaristas, que desejavam um programa que visasse a atender integralmente as necessidades das mulheres, e não só as reprodutivas⁵⁷.

Assim sendo, historicamente, as questões relacionadas à concepção e contracepção direcionadas às mulheres têm como ponto de partida a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, em 1983, o qual surge como modelo na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, oferecendo uma assistência integral, que abarque todos os ciclos de vida da mulher, e não exclusivamente o período gravídico-puerperal⁵⁹.

A partir desse acontecimento, houve mudanças no cenário da saúde no Brasil, especialmente com as lutas populares para o governo reconhecer a saúde como direito de todos e garantir oficialmente as ações e serviços de saúde. Desta forma, com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 os cidadãos passaram a ter o direito de decidir pela limitação ou aumento do número de filhos que desejam procriar⁵⁴.

Deste modo, o planejamento familiar no Brasil é regulamentado pela Lei 9.263/96, que o determina como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos reprodutivos à mulher, ao homem ou casal, na perspectiva de um atendimento global e integral à saúde. A utilização ou não dos serviços de planejamento familiar e a possibilidade de acesso proporcionada pelo sistema de saúde precisam respeitar a autonomia do cidadão, seu desejo, sua religião, sua cultura e, sobretudo, sua família⁵⁹.

O planejamento familiar se propõe por meio de seus objetivos a viabilizar o acesso à informação e à educação em saúde, prover o acesso a todos os métodos contraceptivos, atuar na prevenção de gravidezes sem planejamento, casos de aborto, gravidez na adolescência e gravidez de alto risco, além de promover o maior intervalo entre os partos, diminuir os casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e promover a paternidade e maternidade responsável⁶⁰.

Outras políticas públicas têm sido implantadas, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, e que apresenta dentre seus objetivos aqueles já ressaltados pelo PAISM, mas também a redução da mortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis. Nesse contexto, inserem-se todas as doenças passíveis de prevenção, bem como as doenças crônicas e as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos⁶¹.

Em 2007 o MS desenvolveu a Política Nacional de Planejamento Familiar, trazendo a demanda de oito tipos diferentes de MC (Dispositivo intrauterino,

diafragma, anticoncepcionais injetáveis, preservativos masculinos e femininos, pílula e minipílula, pílula de emergência, além de procedimento cirúrgico em ambos os sexos) e reduzindo o preço de outros através da Farmácia Popular, garantindo/facilitando o acesso de todos os usuários à prevenção⁶².

Dessa forma, compreende-se o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole. Ele faz parte do atendimento integral à saúde, tanto à mulher quanto ao homem, ou do casal. Deve ser ofertado em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), sem empregar ações no que se refere qualquer tipo de controle demográfico⁶³.

3.5 A ESTERILIZAÇÃO FEMININA

As esterilizações humanas não são práticas recentes ao redor do mundo. Ao contrário, em diversos momentos da história esse procedimento foi realizado com distintas finalidades, no mais das vezes, com recortes de controle demográfico racista e eugênico e para a diminuição de população indesejável¹⁰.

Nesse sentido, Lobo, apud, Sturza⁴¹, para os Estados Unidos, Espanha, Alemanha e Suíça, à priori a esterilização era destinada aos anormais e aos criminosos sexuais, como forma de tentar evitar a transmissão de moléstias e também para prevenir a reincidência de criminosos portadores de desvio sexual.

Outros países também adotavam a prática para prevenir a reprodução da população considerada com características genéticas que não atendessem ao padrão de normalidade da época. Ademais, muito se utilizava com forma de higienização social, a fim de que os seres indesejados não viessem a ocupar lugar na sociedade em qualquer momento, de tal modo que, o projeto de esterilização forçada em pobres, como forma de controle da natalidade, foi muitas vezes financiado com capital estrangeiro, tal como ocorreu no Brasil das décadas de 1960 e 1970⁴⁰.

Foi o crescimento populacional ocorrido nos países desenvolvidos o motivador de investimento internacionais nas políticas de contracepção dirigidos as populações mais pobres. Dessa forma, na década de 60 e 70 são implantados programas verticais de planejamento familiar no Brasil, ao mesmo em que foi autorizada a atuação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) juntamente com Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC)⁴⁸.

A sociedade BEMFAM e o CPAIMC tinham como objetivo distribuir em massa os métodos contraceptivos e a prática da laqueadura, assim como treinavam profissionais da área médica e afins para auxiliar nos serviços médicos na realização de tal prática, uma vez que no Brasil havia a fragilidade política no âmbito da saúde reprodutiva, o que favoreceu a ação de agentes privados no controle da natalidade⁴⁸.

Em meados a ditadura militar no Brasil que ocorrem as utilizações da laqueadura tubária de forma arbitrária, sem fiscalização e em massa por meio instituições financiadas com dinheiro privado internacional que passaram a atuar principalmente no Nordeste, como a BEMFAM⁴¹. Estas organizações, consolidaram uma prática de laqueadura em massa, aumentando significativamente o número de mulheres brasileiras esterilizadas, levando ao que se denominou “cultura da esterilização” especialmente entre mulheres negras, pobres, e em situação de vulnerabilidade, uma vez que no Brasil até o final da década de 70, não havia uma política de saúde pública com ações destinadas, de fato, ao planejamento familiar^{40,48,64}.

Lima⁶⁵ demonstra que, nos anos em que atuavam esses órgãos internacionais no país, havia baixa oferta de métodos contraceptivos menos invasivos. Contraditoriamente, constatou-se que 45% de todas as mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas. Ainda acordo com Lima⁶⁵, comprovou-se que as ações destinadas ao controle de natalidade eram, prioritariamente, incidentes sobre regiões periféricas e mulheres negras, evidenciando que, na verdade, a esterilização não significava a liberdade e sim imposição para essa camada da sociedade.

Jardim e Brauner, apud Cetolin⁶⁶ *et al*, corroboram mostrando que devido à ausência de políticas de saúde na área de planejamento familiar no setor público no Brasil contribuiu bastante para o uso indiscriminado da laqueadura tubária em brasileiras. Ensejou-se, assim, a ação de clínicas e serviços privados de controle de natalidade, que agiram livremente no período da ditadura militar. No Brasil, 31,1% das mulheres de 15 a 54 anos estavam esterilizadas no ano de 1986 e posteriormente a 10 anos, já eram 40,1%, bancando a esterilização feminina como o método contraceptivo mais usado no País^{64,67}.

Um dos motivos era que de acordo com Caetano, apud, Hahn e Nielson(68), durante muito tempo no Brasil a cirurgia de laqueadura foi utilizada de forma disseminada em mulheres pobres, negras, e especialmente nordestinas para controlar o aumento populacional no país. Desta forma, acreditava-se que a ligadura tubária

era a melhor opção, se não a única, para o controle populacional das camadas de menor potencial econômico, calçados em teorias que acreditam que somente o controle populacional levaria o país ao desenvolvimento econômico⁷. Assim, o método irreversível, laqueadura tubária, continua sendo o mais utilizado entre as mulheres com pouco ensino e de baixo nível de renda, alcançando uma porcentagem de 65% da anticoncepção, em contraste com os 25% no grupo daquelas mulheres mais privilegiadas com oito e mais anos de estudo³².

Uma pesquisa realizada em 2015 no município de São Leopoldo, Gonçalves⁵⁰ et al, constatou que a prevalência de uso de anticoncepcional oral, de ligadura tubária e de uso de preservativo masculino foram, respectivamente, 31,8%, 11,1% e 10,9%. Nessa mesma pesquisa encontrou-se que as mulheres mais jovens, de menor escolaridade e classe econômica mais baixa relataram menor uso de anticoncepcional oral. Já a ligadura tubária foi mais prevalente entre as de classe econômica mais baixa, mas apenas na faixa etária de 30 a 39 anos.

Segundo Berquó apud Tavares⁴⁸, a alta prevalência de esterilização feminina conjuga fatores socioeconômicos ao difícil acesso aos métodos contraceptivos, devido à ausência completa de serviços públicos em planejamento familiar. A intenção reprodutiva, no sentido de reduzir o número de filhos, associada à dificuldade na aquisição de métodos contraceptivos faz com que as mulheres optem por um método irreversível para não correrem o risco de uma gravidez indesejada ou um aborto provocado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um estudo referente à prevalência do uso de método contraceptivo no ano de 2005 e desvendou que as mulheres em idade reprodutiva e com união estável entre as idades de 15 a 49 anos a prevalência no mundo da esterilização cirúrgica tanto feminina quanto masculina é concomitantemente 20,5% e 3,4%, já nas regiões menos desenvolvidas a prevalência tem alta alcançando 22,3% e 3,0% simultaneamente⁵.

Trindade³⁵ et al, ao analisarem a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 constataram disparidade no uso de contraceptivos por brasileiras em idade reprodutiva de 18 a 49 anos referente às regiões do país, especialmente sobre o uso contraceptivos oral e esterilização cirúrgica. Nessa análise, destacou-se a laqueadura como o método mais utilizado nas regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, enquanto que no Sul e Sudeste o uso desse método é menor. Em contrapartida, o inverso ocorre

com os contraceptivos orais, que na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste o seu uso é menor e na região Sul e Sudeste o uso é bem elevado, concomitantemente.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 apontaram que o percentual de mulheres de 15 a 44 anos que não usavam nenhum método na classe mais baixa ainda era quase o dobro que o de mulheres com maior poder aquisitivo⁸. Assim, embora a taxa de fecundidade tenha diminuído drasticamente nas últimas décadas, essa redução atingiu de modo desigual diferentes estratos populacionais, com pouco impacto entre as jovens com menos de 20 anos e entre mulheres com menor escolaridade, pretas e pardas^{9,50}.

Ainda de acordo com a análise da PNS de 2013 realizada por Trindade³⁵ et al, as mulheres com menos escolaridade (0 a 8 anos) estão mais propensas às esterilizações cirúrgicas com 39,7%, já as mulheres com maior escolaridade (12 ou mais anos) o uso da esterilização é de 16,0%, mostrando que a variável sociodemográfica escolaridade tem influência na escolha dos métodos contraceptivos. Farias³³, ao analisar a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) de 2013, a região Sul do país mostrou maior prevalência de uso de ACO (37,5%), e apresentou menor prevalência no Norte (15,7%). Nesse sentido, conforme os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 vê-se que:

Na região Centro-Oeste, os métodos mais utilizados são os cirúrgicos (34,4%), em vez da pílula anticoncepcional (32,0%). Nas regiões Norte e Nordeste, as esterilizações também lideram o *ranking*, porém as nortistas utilizam mais camisinhas (23,6%) do que os contraceptivos orais (16,5%). Na região Sul há peculiaridades significativas, uma vez que o anticoncepcional oral (ACO) é o método mais utilizado (44,7%), seguido das camisinhas (13,8%) e da dupla proteção (13,6%). Os métodos cirúrgicos aparecem em quarto lugar nessa região (13,4%). A região Sudeste segue o mesmo *ranking* nacional³⁵.

A menor prevalência de uso de contraceptivo oral no Norte é semelhante aos dados da PNDS 2006 para as mulheres que vivem em união estável. Pode-se considerar a hipótese da composição etária da região, a qual é mais jovem, com idade mediana de 22 anos no Censo de 2010. Na PNDS 2006, a região Norte apresentou alta prevalência de esterilização feminina (41,0%), o que também pode contribuir para a menor prevalência de uso de CO na região³³.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Pesquisa de abordagem qualitativa realizada em duas fases. A primeira realizou uma busca dos documentos legislativos e técnicos que remetessem ao planejamento familiar no Brasil. A segunda, visando compreender se a legislação brasileira focalizou na mulher a responsabilidade pelo planejamento familiar, recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin⁶⁹.

4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

De janeiro de 2022 a outubro de 2022, realizou-se uma pesquisa documental de diversos documentos normativos que tratam sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos no Brasil e que foram publicados pelo governo federal e pelo ministério da saúde a partir de 1980 até o ano de 2022.

4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

4.3.1 Pesquisa de documentos

Consideraram-se ‘documentos’ os arquivos oficiais públicos e as publicações parlamentares sobre o tema em questão⁷⁰.

Para o levantamento documental dos principais documentos normativos existentes no Brasil que versam sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos, utilizou-se a seguinte estratégia de busca de acordo com o quadro 1 e a figura 1:

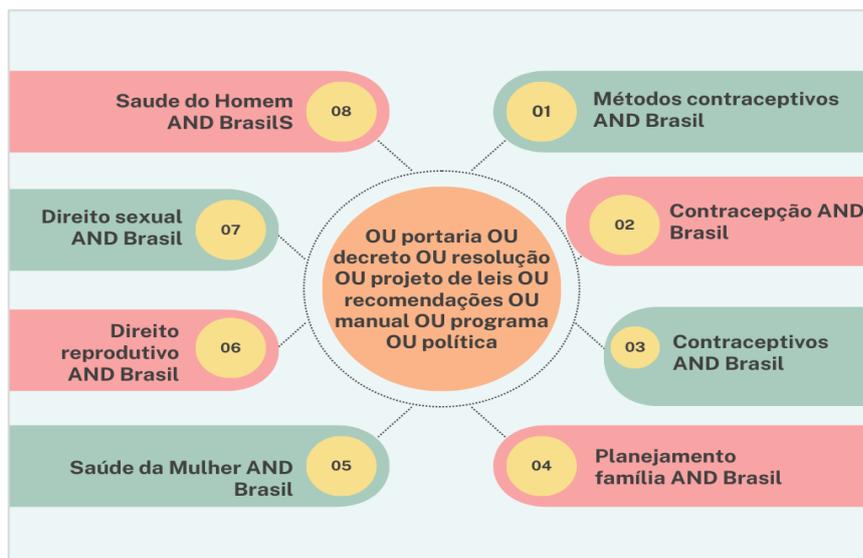
Quadro 1- Descritores e operadores booleanos utilizados no estudo

Descritores e operadores booleanos
Métodos contraceptivos AND Brasil
Contracepção AND Brasil
Contraceptivos AND Brasil
Saúde do Homem AND Brasil
Planejamento família AND Brasil
Saúde da Mulher AND Brasil
Direito reprodutivo AND Brasil
Direito sexual AND Brasil
AND (lei OU portaria OU decreto OU resolução OU projeto de leis OU recomendações OU manual OU programa OU política)

Fonte: A autora.

A plataforma google foi a plataforma de pesquisa escolhida por permitir uma busca de amplo espectro sobre o tema. Buscou-se por instrumentos normativos em geral: leis, portarias, decretos, manuais e outros publicados pelo governo federal e pelo Ministério da Saúde que versassem sobre planejamento familiar e/ ou contracepção.

Figura 1. Diagrama da busca documental.



Fonte: A autora.

4.3.2 Rastreamento e seleção das normas

Incluíram-se os documentos que abordam os temas planejamento familiar ou métodos contraceptivos. Excluíram-se os documentos que não foram publicados pelo governo federal e pelo ministério da saúde e aqueles que não versam sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos.

Dois autores realizaram uma revisão duplo-cego: um doutor em Saúde Pública e um profissional da atenção primária. Primeiro as normas foram rastreadas independentemente com base em nossa estratégia de pesquisa. Em seguida, leu-se a descrição de cada normativa e a uma leitura superficial da mesma para identificar as que atendiam o critério de inclusão, sendo os desacordos resolvidos com o apoio de um terceiro autor (doutor em saúde pública). As causas de exclusão foram registradas para cada norma, como previamente assinalado. Por fim, os documentos que preenchiam os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra.

4.4 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

Procedeu-se à organização dos documentos coletados, separando-os inicialmente por data de publicação, órgão emissor, tipo (constituição federal, programas, leis, normas, portarias, manuais técnicos, políticas, projetos de lei) e síntese do documento.

Para avaliação do contexto dos documentos, processou-se a leitura dirigida, fazendo a identificação e agrupamento dos termos e assuntos recorrentes.

4.4.1 Análise dos dados qualitativos

Utilizou-se a análise de conteúdo que, de acordo com Bardin, é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁷¹.

Segundo Bardin⁷¹, a análise de conteúdo preconiza os seguintes passos:

1) Pré-análise

Esta fase já foi realizada quando da pesquisa documental. Tendo o corpus do trabalho sido constituído, as hipóteses e inferências foram montadas com base nos objetivos propostos.

2) Exploração do material

Dentro desta fase, tem-se as etapas de codificação, onde foi feito recorte das unidades de registro e de contexto, e a categorização do material. As unidades de registro mais “duras”, aqui consideradas como as palavras que devem estar presentes nos documentos. Elas precisaram ser encontradas nos textos dos documentos para responder às seguintes perguntas, que conformam as categorias de análise:

1. Como se distribuíram, no tempo, as legislações brasileiras no tocante ao planejamento familiar?

2. O modo como as leis e diretrizes foram publicadas tendem a colocar a mulher no centro da responsabilização pelo planejamento familiar?

Partiu-se, então, para a inferência. Para Bardin⁷¹, a inferência poderá “apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”. Por isso, aqui é preciso atentar-se para: a) O emissor ou produtor da mensagem; b) O indivíduo (ou grupo) receptor da mensagem; c) A mensagem propriamente dita; e d) O médium, o canal por onde a mensagem foi enviada.

Neste trabalho, comunicou-se (mensagem) ao receptor a resposta às perguntas de pesquisa, unindo os pontos chave (unidades de registro) na construção de uma mensagem única e compreensível. Esta parte do trabalho compôs a discussão.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atentou para as devidas resoluções do Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, dentre elas: Resolução nº 466, de 12 de

dezembro de 2012; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Este estudo utilizou dados secundários e disponíveis em domínios públicos. Não havendo em hipótese alguma identificação de pessoas. Assim sendo, foi dispensável a apresentação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética.

5 RESULTADOS

O quadro 1 mostra a evolução temporal dos documentos normativos publicados pelo governo brasileiro com relação ao planejamento familiar no Brasil. Verifica-se que os documentos foram encontrados com publicação no intervalo de tempo de 1980 ao ano de 2022.

O quadro 2 pontua as unidades de registro consideradas na análise de conteúdo e disserta minimamente sobre o contexto de publicação de cada uma delas. A figura 2 pontua, resumidamente, os principais marcos da legislação brasileira com relação ao planejamento familiar, ressaltando o papel da mulher frente a essa questão.

Quadro 1 - Evolução temporal dos documentos normativos publicados pelo governo brasileiro com relação ao planejamento familiar no Brasil

(continua)

	ANO	ÓRGÃO	TIPO	SÍNTESE DO DOCUMENTO
01	1984	Ministério da Saúde	Programa	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher , ofereceu a assistência integral, que abarcasse todos os ciclos de vida da mulher, e não exclusivamente o período gravídico-puerperal.
02	1988	Senado Federal	Constituição Federal	No artigo 226 incisos 7º, ficou estabelecido o planejamento familiar , fundado na dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável e livre decisão do casal, ficando o Estado responsável em propiciar recursos para exercício deste direito, vedada qualquer forma de coerção.
03	1996	Senado Federal	Lei 9263	Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar , estabelece penalidades e dá outras providências.
04	1997	Ministério da Saúde	Portaria 144	Trata sobre a esterilização voluntária. Foi Revogada pela Portaria N º 048 de 11/02/199.
05	1999	Ministério da Saúde	Portaria 048	Regula o parágrafo 7o da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar , estabelece penalidades e dá outras providências.
06	2002	Ministério da Saúde	Manual Técnico	Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar que oferece aos profissionais de saúde informações atualizadas sobre anticoncepção, a fim de apoiá-los nesta tarefa de fundamental importância.

Quadro 1 - Evolução temporal dos documentos normativos publicados pelo governo brasileiro com relação ao planejamento familiar no Brasil

(continuação)

07	2004	Ministério da Saúde	Política	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que manifesta um enfoque de gênero, a integralidade e promoção da saúde como princípio norteadores, busca consolidar os avanços na atenção obstétrica, no planejamento familiar , na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.
08	2005	Ministério da Saúde	Política	Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar .
09	2011	Ministério da Saúde	Portaria 1.459	Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como a criança tem o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
10	2013	Ministério da Saúde	Manual Técnico	Cadernos de Atenção Básica N 26 - tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.
11	2013	Senado Federal	Lei 12845	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, enfatizando o uso da pílula de emergência .
12	2015	Ministério da Saúde	Norma Técnica	Norma Técnica Nacional de Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios que recomenda o atendimento humanizado as pessoas em situação de violência sexual e uso de contracepção de emergência nas vítimas, para evitar gravidez e HIV/AIDS.
13	2017	Ministério da Saúde	Portaria 3.265	Dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
14	2018	Ministério da Saúde	Portaria 2.234	Esta portaria Institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres" especialmente ampliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres de forma integral.
15	2020	Ministério da Saúde	Recomendação 039	Recomenda aos governadores e prefeitos o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres durante a pandemia em especial a garantia de acesso aos métodos contraceptivos .

Quadro 1 - Evolução temporal dos documentos normativos publicados pelo governo brasileiro com relação ao planejamento familiar no Brasil

(conclusão)

16	2021	Ministério da Saúde	Portaria 13	Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo entre outros no SUS.
17	2021	Ministério da Saúde	Recomendação 009	Recomenda ações referentes à portaria nº 13, do Ministério da Saúde, que trata de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel em grupos específicos de mulheres, no âmbito do SUS.
18	2022	Senado Federal	Projeto de Lei 1941	Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar .
19	2022	Senado Federal	Portaria 715	Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) em substituição a Rede Cegonha.
20	2022	Senado Federal	Lei 14.443	Determina prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar , entre as alterações reduz a idade mínima de 25 anos para 21 anos, além de revogar o consentimento dos cônjuges.

Fonte: A autora.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continua)

DOCUMENTOS NORMATIVOS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 1984	Planejamento Familiar	Pondera que para a efetivação do planejamento familiar as pessoas devem ter o conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso as informações e aos meios de separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva. O planejamento familiar segundo este programa não pode ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ser ignorado a sua ligação com o setor saúde.
	Métodos Contraceptivos	Entende-se a regulação da fertilidade como um direito fundamental, constitui grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, como a falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos . O problema tornou-se mais grave porque a ausência de uma atitude oficial do governo fez com que mulheres buscassem alternativas de orientação pouco confiáveis em termos de promoção da sua saúde.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Constituição Federal de 1988	Planejamento Familiar	Fundado na dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é livre decisão do casal, sendo o Estado responsável em propiciar recursos para exercício deste direito, vedada qualquer forma de coerção, além de discorrer sobre o direito ao planejamento familiar às pessoas com deficiência, de decidir de maneira livre sobre o número de filhos e espaçamento entre eles e de ter direito à informação sobre a questão.
Lei Nº 9.263 de 12/01/1996	Planejamento familiar	Este é um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais entre homens e mulheres na limitação ou aumento da prole, sendo o SUS responsável por ações preventivas e educativas, pela garantia de acesso igualitário a informações de meios, métodos e técnicas para promover treinamentos de pessoal para capacitar os profissionais visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a livre escolha.
	Métodos contraceptivos	Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. O planejamento familiar se orienta por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.
	Laqueadura	As mulheres devem ter a capacidade civil plena, vinte e cinco anos de idade ou que tenham dois filhos vivos, observados o prazo de sessenta dias da manifestação da vontade ao ato cirúrgico. Exige o registro em documento escrito e firmado, após as orientações dos riscos e opção de contracepção reversíveis existentes, além do consentimento do cônjuge. É proibido a laqueadura durante o parto ou aborto, salvo em casos de comprovada necessidade ou cesarianas sucessivas anteriores.
	Vasectomia	Os homens devem ter a capacidade civil plena e vinte e cinco anos de idade ou que tenham dois filhos vivos, observados o prazo de sessenta dias da manifestação da vontade ao cirúrgico. Exige o registro da manifestação de vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos e opção contraceptivas reversíveis existentes, além do consentimento do cônjuge.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Portaria Nacional Nº 144, de 20/11/1997	Planejamento Familiar	Portaria revogada, no entanto, tratava-se de mudança na lei 9.263/96 que regula o inciso sétimo do artigo 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar , que positivaram a realização da laqueadura e da vasectomia pelo SUS.
	Métodos contraceptivos	Discorre que somente as instituições que ofertam todos os meios e opções de métodos contraceptivos reversíveis poderão realizar a esterilização cirúrgica.
	Laqueadura	Por meio desta portaria resolveu incluir no Grupo de Procedimentos Cirurgia de Trompas II- código 34.104.02.0 da tabela do SIH/SUS o procedimento de Laqueadura Tubária com o código 34.022.04.0.
	Vasectomia	Por meio da Portaria manteve-se também no Grupo de Procedimentos Cirurgia do Cordão Espermiático III – Código 31.109.03-9 da tabela SIH/SUS o procedimento de vasectomia parcial ou completa com o código 31.005.09-8.
Portaria Nacional Nº 048, de 11/02/1999	Planejamento Familiar	Portaria vigente baseado na lei 9.263/96 que regula o parágrafo sétimo da CF que trata do planejamento familiar que estabelece penalidades e dá outras providências.
	Métodos contraceptivos	Discorre que as instituições para realizar cirurgia de esterilização tem que oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos .
	Laqueadura	Por meio desta portaria resolveu incluir a Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida; com Atendimento RN na Sala de Parto em gestante de alto risco.
	Vasectomia	Discorre sobre manter o procedimento vasectomia parcial ou completa.
Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar, MS, 2002	Planejamento familiar	Deve pautar-se no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e casais. Deve ser tratado no contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos.
	Métodos contraceptivos	No manual técnico enfatiza que a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações indispensáveis para a garantia do exercício dos direitos reprodutivos no país.
	Método Comportamental OGINO-KNAUS(Ritmo, calendário ou tabelinha)	Baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatório) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação.
	Método comportamental da temperatura basal corporal	Fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual. A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Método comportamental do muco cervical ou billings	Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva.
Método comportamental Sinto-Térmico	Baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.
Método comportamental do Colar	É uma simplificação do método de Ogino-Knaus que facilita e encurta o tempo requerido para a aprendizagem na utilização da abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual.
Método comportamental Coito interrompido	Necessário um autocontrole por parte do homem para que possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos.
Método de Barreira Preservativo Masculino	É um envoltório de látex que recobre o pênis no ato sexual e retém o esperma na ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os micro-organismos da vagina tenham contato com o pênis. Reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.
Método de Barreira Preservativo Feminino	Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os micro-organismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.
Método de Barreira Diafragma	Anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo totalmente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.
Método de Barreira geleia espermaticida	São substâncias químicas que recobrem a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozoides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo os espermatozoides.
Método hormonal oral combinado	São componentes que contêm o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical.
Método hormonal oral apenas de progestogênio	São comprimidos que contêm uma dose muito baixa de progestogênio, que promove o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides, e inibe a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais.
Método hormonal injetável com progestogênio isolado	Consiste na administração de progestogênio isolado, via parenteral (I.M), com obtenção de efeito anticonceptivo por períodos de 3 meses. Além de inibirem a ovulação, aumentam a viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

	Método hormonal injetável combinado	Os anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados contêm um éster de estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético que inibem a ovulação, tornam o muco cervical espesso, evitando a acesso dos espermatozoides
	Dispositivos intrauterinos de Cobre	Feito de polietileno e revestido com filamentos e ou anéis de cobre, que inseridos na cavidade uterina exercem sua função contraceptiva. Atualmente os modelos TCU-380 A e MLCu-375 são os mais usados.
	Dispositivos intrauterinos de Hormônio	Feito de polietileno e libera, continuamente, pequenas quantidades de levonorgestrel.
	Esterilização Cirúrgica Laqueadura	Consiste na mulher em evitar a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas.
	Esterilização Cirúrgica Vasectomia	Vasectomia sem bisturi consiste num procedimento ambulatorial pouco invasivo, realizado com anestesia local, de imediata recuperação e liberação do paciente.
	Anticoncepção pós-parto e pós-aborto	Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada a taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações. E quando o leite deixa de ser o único alimento do bebê. Este efeito inibidor da fertilidade, que tem o aleitamento exclusivo com amenorréia, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção.
	Anticoncepção de emergência	É um uso alternativo da anticoncepção hormonal oral para evitar a gravidez depois da relação sexual desprotegida, tomada antes de completar 72 horas após o ato sexual. É também conhecida como anticoncepção pós-coital ou pílula do dia seguinte. Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes 2004	Planejamento Familiar	Atribui-se ao planejamento familiar assim como à expansão da rede pública e ao aumento de cobertura das ações obstétricas uma tendência da queda de mortalidade materna. Discorre que é preciso estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar , para homens e mulheres, adultos e adolescentes no âmbito da atenção integral à saúde, especialmente ampliar e qualificar essa assistência.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

	Métodos contraceptivos	O panorama da Situação da Saúde da Mulher no Brasil era precário em relação a Assistência em Anticoncepção, o uso de métodos contraceptivos se alocava em dois métodos a laqueadura e a pílula . As mulheres tinham limitado acesso às informações sobre as opções de métodos para regular a fecundidade como os injetáveis, DIU, diafragma , vasectomia , condom e outros. Uns dos objetivos específicos e estratégias da PNAISM é garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva e ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais.
Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos de 2005	Planejamento familiar	Esta política contém 14 propostas voltadas ao planejamento familiar , que serão implementadas entre 2005 e 2007. Os principais eixos de ação são a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS.
	Métodos contraceptivos	A primeira proposta é a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS para os municípios como a pílula de emergência, Diu, preservativo masculino e feminino, injetáveis e outros. Reforça-se a preocupação do governo na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, garantindo as especificidades da adolescência, o acesso a ações educativas e métodos contraceptivos e para prevenção das DST/HIV/Aids.
	Laqueadura	Devido existir dificuldade de acesso ao método de esterilização cirúrgica voluntária, umas das 14 propostas da política em questão é a ampliação de acesso a este método, sobretudo a laqueadura que ainda permanece a prática abusiva de cesarianas para fins de realizar laqueadura .
	Vasectomia	Na proposta de ampliação de esterilização cirúrgica voluntária inclui-se o método de vasectomia .
Portaria Nº 1.459 de 24/06/2011	Planejamento Familiar	A Rede Cegonha tem como uma das suas diretrizes garantir o acesso às ações do planejamento reprodutivo.
	Métodos contraceptivos	A Rede Cegonha também ações para a orientação e ofertas de métodos contraceptivos.
Manual Técnico Caderno de Atenção Básica, Nº 26 de 2013	Planejamento Familiar	Pondera que o planejamento familiar não implica somente nas ofertas de métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, mas na oferta de informações e acompanhamento da escolha livre e informada destes. Pondera sobre os principais marcos teóricos que norteiam o planejamento familiar no Brasil, como o PAISM de 1984, a constituição federal de 1988, a lei 9.263 de 1996 e outros. Pondera que em se tratando de marcos legais a elaboração do PAISM de 1984 é um dos primeiros marcos nessa área, que incluiu o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher, até então, não havia, no Brasil, política instituída nesta área.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Métodos Contraceptivos	O serviço de saúde deve estar munido de insumos de prevenção das DST/HIV/Aids, métodos contraceptivos e desenvolver metodologias para abordar essas informações com as mulheres, homens, jovens e casais. Traz recomendações aos profissionais de saúde sobre o métodos contraceptivos que contem N-9 pois podem aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST, comprovada cientificamente, seguindo as orientações da organização mundial da Saúde.
Método Hormonal Oral Combinado	Os anticoncepcionais orais combinados contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. São mais conhecidos como pílula. As pílulas combinadas dividem-se em monofásicas, bifásicas e trifásicas.
Método Hormonal Oral apenas com progestogênio ou minipílula	Este contém uma dose muito baixa de progestogênio. Não contém estrogênio. São conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta, as que não amamentam também podem usá-los. Acetato de noretisterona, levonorgestrel e desogestrel.
Método Hormonal injetável combinado mensal	Este contém um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides. Provocam, ainda, alterações no endométrio.
Método Hormonal injetável de só de progestogênio	É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea. É conhecido como acetato de medroxiprogesterona. Inibe a ovulação e espessa o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides por meio do canal cervical.
Método implantes subcutâneos	Constituídos de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, tem efeito anticoncepcional quando liberado na corrente sanguínea. É disponível atualmente no Brasil à base de progestogênio. Inserção é feita no subcutâneo da face interna do braço, no esquerdo das mulheres destras e no direito das canhotas. Por ser administrado pela via subcutânea evita a primeira passagem pelo fígado.
Método de barreira preservativo masculino	Consiste em um envoltório de látex, bem fino, porém resistente, que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma na ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os micro-organismos da vagina tenham contato com o pênis. É um método que reduz o risco de transmissão DST/HIV/Aids.
Método de barreira preservativo Feminino	É um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade. Método de proteção contra DST/HIV/Aids e de anticoncepção sob o controle da mulher. O seu uso junto com a camisinha masculina pode ocorrer o rompimento.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Método de barreira Diafragma	Diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.
Método de barreira Espermaticida	São substâncias químicas que, quando introduzidas na vagina, destroem ou imobilizam os espermatozoides ou ainda inativam as enzimas necessárias para a penetração no óvulo.
Dispositivo intrauterino de Cobre	É feito de polietileno estéril radiopaco e revestido com filamentos e ou anéis de cobre, enrolado em sua haste vertical, sendo que o modelo TCu-380 A também tem anéis de cobre em sua haste horizontal. Atualmente os modelos TCu- 380 A e MLCu-375 são os mais usados. Atua impedindo a fecundação porque torna mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo.
Dispositivo intrauterino de Hormônio	É feito de polietileno e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel. devido aos níveis elevados de levonorgestrel na cavidade uterina, ocorre insensibilidade do endométrio ao estradiol circulante, diminui a produção e aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a migração espermática.
Método comportamental tabela ou calendário ou ritmo – Ogino- Knaus	Baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatória ou fase lútea) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 e 16 dias antes do início da próxima menstruação.
Método comportamental curva térmica basal ou de temperatura	Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual. A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.
Método comportamental Muco Cervical	Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.
Método comportamental Sintotérmico	Baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade. Fundamentalmente, ele combina os métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e a observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher.
Método comportamental dos dias fixos ou método do colar	É uma simplificação do método da tabela, que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

	Método comportamental Coito interrompido	O homem retira o pênis da vagina um pouco antes da ejaculação e o sêmen é depositado longe dos genitais femininos. Esse método também é conhecido como “gozar fora”. Apesar de ser muito utilizado não deve ser estimulado seu uso como anticoncepcional.
	Método comportamental da lactação e amenorria	É um método anticoncepcional temporário que ocorre no uso da amamentação exclusiva para evitar a gravidez. A amamentação é um método importante de planejamento familiar, pois é acessível à maioria das mulheres e, efetivamente, contribui para o espaçamento entre as gestações.
	Laqueadura	É um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo.
	Vasectomia	É um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções.
Lei Nº 12.845, DE 01/08/2013	Pílula de emergência	Uso de pílula de emergência , em situação de violência sexual, para evitar gravidez após a violência sexual.
Norma Técnica Nacional de Atenção humanizada às Pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, MS 2015.	Pílula de emergência	Entre outras etapas deste atendimento deve-se fazer uso da contracepção de emergência a estas vítimas. Assim se atribui para todos os serviços de saúde realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência.
Portaria Nº 3.265, DE 01/12/2017	Planejamento familiar	Estimula a implantação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes no âmbito da Atenção Integral à Saúde como um dos objetivos específicos e estratégias da PNAISM. A implantação do Diu de cobre no pós-parto e pós-abortamento imediato devem ser estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo.
	Métodos Contraceptivos	Refere-se à disponibilização dos métodos contraceptivos pelo Ministério da Saúde inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos Estados e Municípios.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

	DIU	Trata-se da ampliação do acesso ao Diu Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do SUS que poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto ou pós-abortamento imediatas. Deverão ser implementadas por meio de ações que assegurem direitos sexuais e reprodutivos como a disponibilização da isenção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos hospitais de saúde públicos e rede conveniada ao sus com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento.
Portaria N° 2.234, de 23 de julho de 2018.	Planejamento familiar	Considerando que o Brasil assumiu o compromisso de implementar a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, elaborada no âmbito da ONU, da qual consta os seguintes Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS até 2030, dentre outros: assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar , informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ODS 3.7); e assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos. Artigo segundo argumenta que a Agenda de Mais Acesso, cuidado, informação e Respeito à saúde das mulheres” tem o objetivo geral ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres em todos os ciclos de vida, com ou sem deficiência, e a inclusão de ações estratégicas que envolvam os homens nas sua trajetória reprodutiva e sexual, visando a redução de agravo.
Recomendação Nacional N° 039, de 12 de maio de 2020.	Método contraceptivo	Considerando a necessidade de proteger os serviços essenciais de saúde para mulheres, inclusive os serviços de saúde sexual e reprodutiva, no período da pandemia do Covid-19, que garantam serviços as mulheres e meninas, incluindo especialmente garantia de acesso ao método contraceptivo e ao aborto seguro nas unidades básicas de saúde e centros de referência em IST/AIDS.
Portaria MS N° 13 de 19/04/ 2021	Subdérmico de etonogestrel	Visa implantar o Subdérmico de etonogestrel na prevenção de gravidez não planejada para mulheres em idade fértil em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; as privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos no âmbito do SUS.

Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(continuação)

Recomendação Nacional Nº 009, de 04 de maio de 2021	Planejamento familiar	Considerando a CF de 1988, que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, considerando a Lei nº 9.263, segundo o qual 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. Recomenda-se a implementação de políticas públicas de planejamento familiar observando o direito de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, sem discriminação, sem coerção e sem violência e a ampliação da oferta dos métodos contraceptivos , a serem disponibilizados de forma universal.
	Subdérmico de etonogestrel	A portaria nº 13 do Ministério da Saúde não contempla as diretrizes da Política Integral da Saúde da Mulher, o princípio da universalidade nos serviços e ações de saúde do SUS e nega os princípios básicos da dignidade da pessoa humana e do direito ao pleno exercício da cidadania. Recomenda-se a revogação da portaria SCTIE/MS nº 13 que torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
	Métodos contraceptivos	Que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam respeitados, inclusive, o princípio da universalidade e da autonomia das mulheres quanto às suas escolhas relativas ao uso ou não de métodos contraceptivos , respeitando critérios clínicos e considerando as especificidades das mulheres.
Projeto de Lei Nacional Nº 1941/2022 Aprovado pelo Senado em 10/08/2022. Nº 7.364/2014 na Câmara dos deputados.	Planejamento Familiar	Esta lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar . Reduz a idade para realização de esterilização cirúrgica para 21 de idade, como também desobriga o consentimento dos cônjuges
	Métodos contraceptivos	No artigo 2º congresso Nacional decreta que a Lei 9.263/96 passa vigorar com as seguintes alterações: Artigo 9º inciso 2º estabelece a disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de trinta dias.

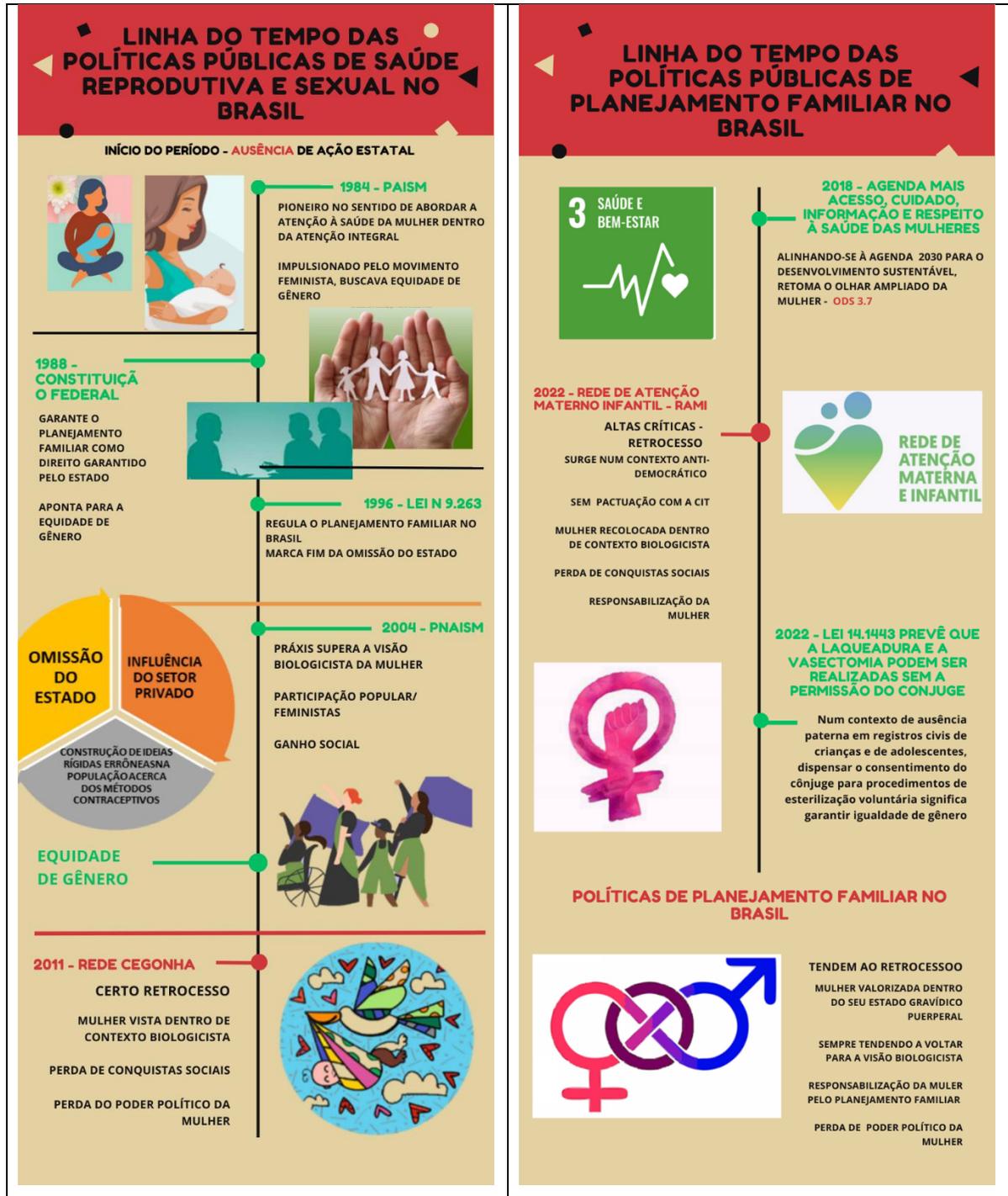
Quadro 2 - Unidades de registro e contexto encontradas nos documentos normativos

(conclusão)

Portaria Nº 715 de 28/09/2017	Planejamento familiar	Nos mesmos termos da Rede Cegonha o RAMI vem assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e a sexualidade responsável, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério, assim como o direito do recém-nascido e à criança o nascimento e crescimento saudável.
	Métodos contraceptivos	Visa assegurar nos moldes da APS acesso oportuno à oferta de métodos contraceptivos com as devidas orientações, com a qualidade, a eficácia, os critérios assistenciais e autonomia da mulher.
Lei Nacional Nº 14.443 de 02/09/2022 oriunda do projeto de lei nº 7.364, de 2014.	Planejamento familiar	Esta lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar . Reduz a idade para realização de esterilização cirúrgica para 21 de idade, como também desobriga o consentimento dos cônjuges
	Métodos contraceptivos	No artigo 2º desta lei decreta que a Lei 9.263/96 passa vigorar com as seguintes alterações: Artigo 9º inciso 2º estabelece a disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de trinta dias.
	Laqueadura Tubária	No mesmo artigo no inciso 2º garante a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto, desde que a mulher solicite no prazo de sessenta dias entre a manifestação da vontade ao parto e as devidas condições médicas.

Fonte: A autora.

Figura 2. Linha do tempo das principais publicações normativas brasileiras sobre planejamento familiar. Infográfico



Fonte: A autora

6 DISCUSSÃO

Os marcos legais da legislação brasileira e marcos normativos do Ministério da Saúde seguem uma linha cronológica dos acontecimentos que passaram a normatizar o planejamento familiar ao longo dos anos, antes da constituição federal e após a sua promulgação. Neste trabalho, ao mesmo tempo em que se percebeu evolução no que diz respeito a uma abordagem global e integral da saúde da mulher, desvinculada do binômio mãe-bebê e demais processos ligados ao estado gravídico puerperal, viu-se que o foco do planejamento familiar segue sendo a mulher, o que pode ser consequência, do período de omissão do estado com relação ao planejamento familiar e do foco das políticas estar voltado para o indivíduo, do número de filhos ser a principal meta do planejamento, da influência do modelo biológico com desconsideração de aspectos socioculturais^{45,72}.

O primeiro marco normativo na linha temporal é o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM) de 1984 é um marco decisivo no que tange as ações sobre o planejamento familiar no Brasil. O PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Aqui, desvinculou-se a saúde da mulher do termo materno infantil, passando-se a usar o nome integralidade.

O PAISM rompeu com a abordagem controlista que marcava as ações em planejamento familiar e passou a abordar claramente sobre os direitos reprodutivos e direitos ao planejamento familiar^{73,74}. Este programa, nascido antes mesmo da constituição de 1988 e, conseqüentemente, do SUS, contou com o apoio dos movimentos feministas da época⁷⁵.

Na sequência o marco legal que faz referência ao planejamento familiar, é a própria Constituição Federal de 1988 que garante o planejamento familiar como direito promovido pelo Estado para as pessoas decidirem sobre a procriação sem qualquer forma de coerção. Está estabelecido no seu artigo 226 que o planejamento familiar fundado no princípio da dignidade humana é considerado como uma livre decisão do casal, cabendo ao Estado prover a assistência apropriada, utilizando-se de recursos educativos e científicos para emancipar os envolvidos nessa questão⁷⁶.

O próximo marco legal que se destaca no cenário brasileiro sobre o planejamento familiar é a lei 9.263 de 1996, que trata sobre a regulação da

fecundidade, aborda métodos contraceptivos, especialmente sobre a esterilização cirúrgica no Brasil. Seu principal avanço foi colocar a responsabilidade para o casal quanto à contracepção, destacando que o homem e a mulher têm total liberdade de escolher sobre os métodos contraceptivos que julgar adequados, assim como regular a sua fecundidade, decidindo se quer ter filhos ou não e sobre a quantidade que desejam. Esta lei traz as questões educacionais como base para o planejamento familiar correto, colocando no SUS a responsabilidade sobre sua realização⁶³ e pôs fim a um período de omissão do Estado brasileiro no âmbito do planejamento familiar, além de legislar a provisão de esterilização cirúrgica no sistema público de saúde⁵⁴.

Ainda sobre a Lei nº 9.263 destaca-se que, a partir deste período, a questão do Planejamento Familiar deveria ser tratada dentro do contexto dos direitos reprodutivos. Procurou-se disseminar, então, os conceitos de direito reprodutivo e direito sexual⁷², sendo que o primeiro trata da livre escolha do número de filhos que um casal deseja ter, independentemente de casamento, sendo assegurado o direito ao matrimônio, desde que haja concordância plena de ambos. O segundo discorre sobre a livre exploração da orientação sexual, podendo a pessoa promover a escolha do parceiro e exercitar a prática sexual de forma dissociada do objetivo reprodutivo⁷³.

Destaca-se, ainda, que até este período, por causa da omissão estatal, a oferta de métodos era feita e controlada pela iniciativa privada, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e a laqueadura de trompas⁷⁷. Assim, embora o conceito de direito reprodutivo adotado pela lei seja um ato político, a mudança de pensamento é complexa e demanda tempo, uma vez que implica em transformações culturais da sociedade e necessita estar focada na educação em saúde e no protagonismo dos atores envolvidos com o cuidado, através do diálogo, co-responsabilização e reflexão acerca dos mesmos^{72.78}. No Brasil, arrisca-se dizer, este hiato permanece até hoje.

Neste período, fez-se necessário regulamentar a esterilização cirúrgica na prática. Instituiu-se, portanto, a Portaria nº 144/97, que regulamentou os parágrafos relativos ao tema na Lei nº 9.263 a partir desta portaria, de tal modo os serviços públicos de saúde precisam proporcionar desde então, entre outros métodos anticoncepcionais, a laqueadura e a vasectomia.

A partir deste momento, qualquer cidadão que se encaixasse nos critérios para realização de esterilização cirúrgica poderia solicitá-la, sob adequado aconselhamento. No entanto, estudos abordam que, quando um casal procura o programa de esterilização cirúrgica, a decisão já está tomada, constituindo uma

barreira no processo de aconselhamento. Isso ocorre porque cada casal constrói a sua interpretação de um determinado método, valendo-se de informações de diversas fontes, corretas ou não, com base nas quais fazem a sua escolha⁶⁸.

Considerando-se o ano de publicação desta lei e das portarias, vale discutir a participação dos homens no planejamento familiar até esta data. Até então, era visível que os programas de planejamento familiar se preocupavam quase que exclusivamente em atingir apenas a população feminina.

A portaria nº 144/97 foi revogada pela portaria nº 048 de 1999⁷⁹. A maior modificação apresentada foi a proibição a realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas consecutivas antecedentes e em casos que a exposição ao ato cirúrgico colocasse em risco a vida da mulher.

Com as leis sendo instituídas, foi preciso também oferecer orientações práticas aos profissionais de saúde, o qual foi iniciado pela divulgação do Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar de 2002 do Ministério da Saúde⁸⁰. Este manual aborda sobre todos os métodos contraceptivos utilizados no Brasil, e sobre a função dos profissionais de orientar e informar sobre cada método detalhadamente, dentro dos conceitos de direito. Destaca-se a percepção de que a disseminação da informação sobre os diversos métodos, principalmente os reversíveis, faz-se necessária.

Na sequência, em 2004, surgiu a política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher- PNAISM, consolidando a programa de atenção integral de 1984. Em vigor até 2021, foi responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos)⁸¹.

Esta política aborda os termos de planejamento familiar trazendo conceito de que é preciso estimular cada vez mais a assistência nesse seguimento para homens e mulheres, adultos e adolescentes, especialmente de forma a qualificada. Enfatiza a existência dos diversos métodos e a necessidade de divulgação e educação da sociedade, visando superar o paradigma da soberania da laqueadura tubária e da pílula⁸².

A PNAISM avança com relação ao PAISM de 1984, anexando na sua redação a concepção sobre gênero e de determinantes sociais da saúde. Ambos os programas apresentam-se como mecanismos de ruptura da condição da mulher vista

como objeto, a partir de práticas de saúde que adotem a figura feminina como sujeito do processo saúde-doença, portador de necessidades e expectativas, em consideração ao contexto socioeconômico e cultural ao qual pertence⁸³.

A Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos do ano 2005 vem apresentar as diretrizes do governo no intuito de garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes na saúde sexual e reprodutiva. Sobre planejamento familiar existem nesta política quatorze propostas voltadas para o planejamento familiar para serem implementadas de 2005 a 2007 os quais citam-se os mais relevantes como a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis destacando-se a pílula de emergência, o DIU, os preservativos masculino e feminino, injetáveis e entre outros, o aumento do acesso a esterilização cirúrgica sendo a laqueadura tubária e vasectomia. Teve, também, a introdução da reprodução humana assistida pelo SUS⁸⁴.

Até aqui, as diversas publicações procuraram superar a visão biologicista da mulher^{45.72.41}. Porém, furtivamente, o MS implementa a Rede Cegonha, através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011(85), vista como um retrocesso nas políticas com enfoque de gênero, saúde integral da mulher e direitos reprodutivos e sexuais, retomando o conceito de mulher atrelado à maternidade⁸⁶. Por outro lado, deve-se considerar a incorporação do conceito de redes⁸⁷.

Em 2013 o MS lançou o Manual Técnico, o caderno de atenção básica nº 26 que tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos⁸⁸. No entanto, suas diretrizes encontram-se viciadas pela Rede Cegonha⁸⁶.

Na sequência se destaca a iniciativa de se dispor da pílula do dia seguinte ou contracepção de emergência pela Lei n 12.845 de 2013, mas para os casos de mulheres em situação de violência sexual. Esta lei obriga que o atendimento a estas vítimas seja de forma de emergência, integral e multidisciplinar e que garanta acesso ao método de contracepção de emergência e entre outros atendimentos essenciais às mulheres em condição de violência sexual^{89,90}. Autores ressaltam a importância de disseminar o conhecimento para evitar seu uso inconsciente⁹¹. Além disso, faz-se necessário desvincular do seu uso a questão do preconceito advindo da discriminação, desinformação e valores de cunho moral e religioso, reforçando-a por parte dos profissionais de saúde e gestores públicos que repreendem a utilização do

contraceptivo de emergência acreditar que ele é abortivo ou por não concordarem com o livre exercício sexual das mulheres como um direito⁸⁹.

A Portaria 3.265 de 2017 vem ampliar o acesso ao Diu Tcu 380 (Diu de Cobre) no âmbito do SUS (92). Importante, esta portaria contribui para a liberdade feminina no que diz respeito a aspectos da construção da sua sexualidade⁴⁷.

Outro documento na linha cronológica e que de certa forma é importante destacar neste trabalho é a Portaria 2.234 de 23 de julho de 2018 que Institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres"⁹³. Carrega o compromisso do Brasil no que tange à Agenda 2030 que se refere ao Desenvolvimento Sustentável, entre outros compromissos, encontra-se o de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais⁹⁴. Esta confluência de objetivos retoma o conceito de direito humano sexual das mulheres enquanto seres políticos independentes⁹⁴.

Documentos mais recentes foram divulgados durante a pandemia em relação à saúde das mulheres, no que tange aos métodos contraceptivos, a exemplo está a Recomendação Nacional nº 039 de 12 de maio de 2020, que prevê medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres. Esta recomendação estabeleceu que no período da pandemia do covid-19 o poder público garantisse as mulheres e meninas os serviços de saúde sexual e reprodutivo, sobretudo garantir o acesso aos métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde de todo o Brasil⁹⁵.

Na sequência cronológica tem-se a Portaria nº 13 de 19 de abril de 2019 do Ministério da Saúde, a qual torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para grupos de mulheres específicos (mulheres em idade fértil que vivem em situação de rua, com HIV/AIDS, as privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e entre outras no âmbito do SUS)⁹⁶. O Ministério da Saúde por meio da Recomendação Nacional nº 009 de 04 de maio de 2021 vem ponderar que a Portaria nº 13 de 19 de abril de 2019 não está de acordo com a com as diretrizes da PNAISM, nem com o princípio da universalidade do SUS e desvirtua os princípios básico da pessoa humana além do direito ao exercício da cidadania, inclusive

recomenda a revogação da portaria, uma vez que se distancia dos objetivos da Constituição Federal e da lei 9.263/96, que repreende qualquer tipo de coerção⁹⁷.

Autores pontuam que a seletividade no uso do implante subdérmico pode acarretar efeitos sociais como acirramento do racismo institucional nas práticas de saúde, além de infringir princípios de cidadania e prerrogativa constitucional⁹⁸. Assim, a sujeição sistemática de mulheres jovens, negras, pobres, em situação de exclusão social a mecanismos de tutela do aparato estatal, traz um cariz racista e eugênico, que instigam a desigualdade social e violam de forma inaceitável e violenta a dignidade e integridade do corpo dessas mulheres⁹⁹.

Neste ínterim, a trajetória política de ganhos com relação aos direitos humanos da mulher sofre mais um revés, com a publicação da Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022¹⁰⁰, que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), em substituição à Rede Cegonha de 2011. Recebida com amplas críticas de entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que afirmaram que seu conteúdo não foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o que torna o processo antidemocrático. Além disso, suas ações voltam a atenção para as mulheres no seu estado gravídico puerperal, retomando o enfoque biologicista.

Em seguida, foi aprovada no Senado Federal o projeto de Lei Nacional Nº 1941 de 10 de agosto de 2022 altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Entre outras mudanças traz a redução da idade de 25 anos para 21 anos para realização de esterilização cirúrgica, a desobrigação do consentimento dos cônjuges e permite a realização da laqueadura tubária das mulheres durante o parto, desde que solicitado com 60 dias de antecedência ao parto.

Assim, foi criada a lei 14.443 de 02 de setembro de 2022 que vem determinar as mudanças na lei 9.263/96 sobre o prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e determinar as condições para realização de esterilização no âmbito do planejamento familiar, abarcando as mudanças do projeto de lei¹⁰¹. Esta lei foi considerada um grande avanço no contexto histórico em que foi criada, sobretudo para as mulheres, embora tenha sido alvo de muitas críticas, exatamente por estabelecer exigências que inibiam o acesso ao procedimento de esterilização

cirúrgica, a exemplo da vedação de sua realização durante o parto e da exigência do consentimento prévio dos parceiros¹⁰².

Com relação à hipótese que se levantou quando da realização desta pesquisa, cremos que podemos afirmar que, no Brasil, antes mesmo do entendimento da saúde como direito de todos promulgado na constituição Federal de 1988, existia um contexto tanto histórico-cultural como normativo que favoreceu a construção de uma ideia coletiva, mesmo que indireta, de que a mulher é responsável pelo planejamento familiar.

Pressupõem-se que tal questão guarda relação com “o poder das relações de gênero, apontando para o papel social desempenhado pelo homem, em uma sociedade historicamente patriarcal, que impõe à mulher a responsabilidade pela contracepção”¹⁰³. Constata-se, assim, que repousaria sobre a mulher a responsabilidade de prevenir a gravidez e cuidar da prole, com a isenção dos homens desse compromisso enquanto *constructo* social entendido como natural.

A trajetória histórica e cultural de formatação sobre modos de ser de viver e, de se cuidar como homens, ou como mulheres, tem estrita relação com as questões de gênero e a maneira desigual na qual são transformadas as diferenças entre o gênero masculino e o gênero feminino, leva a encargos no que tange à responsabilidade reprodutiva à mulher¹⁰⁴. Isso pode se relacionar com fato de que em décadas anteriores “os serviços saúde de assistência reprodutiva no Brasil se orientaram tradicionalmente pela política centrada exclusivamente na mulher reprodutora”¹⁰³. As ações eram voltadas somente para a reprodução feminina, ou seja, dava-se a atenção no período de gestação e parto, não priorizando a saúde sexual e reprodutiva das mulheres na integralidade, o que pode ter reflexo das desigualdades de gênero.

A relação de gênero com o planejamento familiar pode estar relacionada com a desigualdade que existe entre os gêneros feminino e masculino, a qual foca nas mulheres a responsabilidade de responder historicamente sobre esse processo, que deveria ser responsabilidade tanto de mulheres quanto dos homens.

Nesse sentido, na busca de desfazer esse pensamento o movimento feminista procurou desconstruir o naturalismo da reprodução social e sexual feminina limitada ao debate biológico, e busca principalmente defender o livre arbítrio de escolha de usar ou não a contracepção, no sentido de desconstruir essa focalização do planejamento familiar na mulher, uma vez que as mulheres não devem carregar quase que exclusivamente responsabilidade de evitar a gravidez¹⁰⁵.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa encontrou que, em relação ao planejamento familiar, a tendência das abordagens é manter ou voltar seu foco para a mulher, trazendo ponderações sobre a participação do homem, mas de forma tímida e instável. Percebe-se, em todo percurso de tempo, tendência ao retrocesso, ao foco na mulher e na sua capacidade de gestar, desconsiderando os contextos sociopolíticos e sua repercussão na formulação de políticas públicas.

Acredita-se que esta tendência, no Brasil, seja decorrente do fato de somente a mulher, até então, ser biologicamente capaz de gerar um ser humano, parir e amamentar. Na medida em que se verifica a ineficiência do estado em perceber este estado para além do biológico, ocorrendo dentro do contexto social, aquele passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre todos os fenômenos. Daí a tendência em considerar a maternidade, o instinto maternal e a divisão sexual do trabalho como atributos "naturais e essenciais", o que fomenta a divisão de gênero na sociedade. Esta concepção, construída historicamente, alimenta a produção de políticas.

Assim, apesar de vários esforços no sentido de enxergar a mulher para além do paradigma biologicista-reprodutivo, a tendência foi de sempre voltar para a estaca zero. Por fim, considera-se que o avanço da saúde sexual das mulheres e seus direitos, ainda é tímido e vem enfrentando vários desafios, merecendo políticas públicas efetivas e eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Caetano J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil , 2000 a 2006 : aderência à lei de planejamento familiar. 2014;309–31.
2. Santos RS, Florence M, Gomes C, Andreza A, Santos S, Oliveira D, et al. Análise retrospectiva sobre quantitativo de cirurgias de vasectomia versus laqueadura tubária no estado de Sergipe entre 2008 e 2019 Retrospective analysis on the quantitative of vasectomy surgeries versus tubular tubing in the state of Sergipe between 20. 2020;10:1–9.
3. Fontenele CV TA. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas 1 The surgical thread used in tubal sterilization is so heavy !: tubal sterilization and new reproductive technologies. Saúde Soc. 2014;558–71.
4. Casarin, S. T.; Siqueira HCH. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. 2014;18(4):662–8.
5. DIVISION UNP. World contraceptive use 2005. 2005.
6. Neyrand G. Sexualité, maternité, paternité, pouvoir: un espace en cours de restructuration. La Pensée. 2004;39–50.
7. Lima RO, Gonçalves Cavalcanti Dias CA. A ESTERILIZAÇÃO FEMININA: ASPECTOS CONSTITUCIONAIS, LEGAIS E BIOÉTICOS. Rev Bras Direito Civ em Perspect. 2019;5 (1).
8. Martins APT. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. 2004.
9. Perpétuo, I. H. O.; Wong LR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: v. 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE; CEBRAP (Eds.); 2009. p. 85–104.
10. Ventura M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3ª edição. Brasília: UNFPA; 2009.
11. Carvalho L. E. C.; Cecatti, J. G.; Osis, M. J. D.; Souza MH. Número ideal de filhos como fator de risco para a laqueadura. Cad Saúde Pública v 20 n 6. 2004;1565–74.
12. Almeida LC. Métodos contraceptivos: uma revisão bibliográfica [Internet]. NESCON. Contagem-MG; 2010 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBDA79HA8/1/monografia_luiz_carlos_de_almeida.pdf.
13. Roberto J, Almeida G De, Cristina J, Barbosa G, Vasconcelos M, Cristina I, et al. II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde. In: ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA: PORQUE FAZER ? [Internet]. Conbracis; 2017. Availablefrom:https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/T_RABALHO_EV071_MD1_SA4_ID2279_15052017193245.pdf.

14. Roussele A. Pornéia: Sexualidade e amor no mundo antigo. São Paulo: Brasiliense; 1984.
15. Souza,C.F.;Miranda-Ribeiro,P.;Machado,C.J.;Fonseca MC. Nem tentariam. O poder de negociação das mulheres enquanto fator associado ao não uso da camisinha masculina em Belo Horizonte e Recife. Caderno Espaço Feminino v20 n2. 2008;267–85.
16. Paiva CGA. Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no uso do preservativo feminino. FIOCRUZ; 2014.
17. Kalckmann S. Preservativo Feminino e Dupla Proteção : Desafios para os Serviços Especializados de Atenção às DSTs e Aids. 2013;21:1145–57.
18. POPULATION REPORTS. Novidades em Anticoncepção Vaginal. [Baltimore]: John Hopkins University; 1985.
19. Freguglia, J. & FONSECA M. Métodos contraceptivos. Revista Superinteressante. 2006 Aug.
20. OMS. Preservativo Masculino: hoje mais necessário do que nunca! Brasília. Ministério da Saúde. 2005;37:31–3.
21. Lopes NA. História da Medicina – Saúde sexual e reprodutiva: a história do preservativo. Sexualidade Planejamento Familiar. 2003;1(1999):31–3.
22. Molina A. Laqueadura Tubária : situação nacional , internacional e efeitos colaterais. In: In: Giffin K, Costa SH, organizadores Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 468 p127-45.
23. Almeida JD et al. Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária : uma revisão integrativa da literatura Sociodemographic profile of women who underwent tubal ligation : an integrative literature review Perfil sociodemográfico de mujeres sometidas a. Research, Society and Development. 2021;10:7.
24. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS , Spinola PG, Tomas G, Silveira MM, Formiga Filho JFN , Ferrari AEM, Giordano MV, Aldrighi JM, Giribela AHG, Araújo FF, Magalhães J BR. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Feminina. 2009;459–92.
25. Silva CS, Sá R TJ. Métodos Contraceptivos e Prevalência de Mulheres Adultas e Jovens com risco de Trombose , no Campus Centro Universitário do Distrito Federal-UDF. Revisa Cient Sena Aires [Internet]. 2019;8(2):190–7. Available from: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p190a197%0A1>.
26. Carrero I et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo , Rio Grande do Sul , Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 May;22(5):1101–9.
27. Zunta RSB BE. Planejamento familiar : critérios para escolha do método contraceptivo. 2014;32(2):173–8. Available from: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p173a178.pdf.

28. Santana JR WS. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil , 1962-1972 : qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais ? Revista Brasileira de História da Ciência. 2016 Jul;203–18.
29. Silva CV. Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Fiocruz. 2017;187.
30. Dias TM. A vida social das pílulas anticoncepcionais no Brasil (1960 – 1970): Uma história do cotidiano a vida social das pílulas anticoncepcionais no Brasil (1960 – 1970): Uma história do cotidiano. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Fiocruz; 2019.
31. Loureiro MMM. Prevalência e Caracterização dos Indivíduos que realizaram Vasectomia no Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto. Universidade do Porto; 2011.
32. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009.
33. Farias MR et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2016;50 (supl 2).
34. Guterres DMB. Realização da Laqueadura e Vasectomia no Planejamento Reprodutivo no Município de São Luís / MA São Luís Planejamento Reprodutivo no Município de São Luís / MA. 2017.
35. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. Cien Saude Colet. 2021; 26(supl 2):3493–504.
36. Olsen JM, Lago TG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML et. al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens : inquérito domiciliar no Município de São Paulo , Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2018;34(2).
37. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. Saúde em Debate. 2014;38(101):244–53.
38. Alves JED. As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar Na América Latina E No Brasil [Internet]. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. 2006. 50 p. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>.
39. Cavalieri FES. A prescrição da pílula anticoncepcional na década de 1960 : a perspectiva de médicos ginecologistas. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.
40. Alves AM. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). Revista de Ciências Sociais. 2014;180–216.
41. Sturza JM, Nielsson JG, Andrade EP E al. A violação ao direito à saúde reprodutiva através da instrumentalização do corpo da mulher : o caso Janaína Aparecida Quirino e a esterilização feminina no Brasil. Rev. Faculdade de Direito. 2020.

42. Díaz M, Cabral F, Santos L et. al. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70.
43. Ávila MB. Direitos Reprodutivos: o caos e a ação governamental. in: Corrêa, S.; Ávila, MB. Os Direitos Reprodutivos e a condição feminina. Recife: SOS Corpo, 1989.
44. Corrêa, S.; Ávila MB. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Pauta Global e percursos brasileiros". In: BERQUÓ (org.), E. Sexo & vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.
45. Rodrigues MAF. Os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres em pauta: Breve retrospectiva. Boletim de Conjuntura. 2021;6.
46. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Estudos feministas, v. 12, n. 2, p. 35-50, maio-agosto/2004.
47. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad Saude Publica. 2003;19(suppl 2):S465–9.
48. Tavares LS. Demanda total por anticoncepção no Brasil: uso e necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais. Esc Nac Saúde Pública. 2006.
49. Silva SCQ. Planejamento Familiar ou esterilização em massa de mulheres negras: O Relatório da Comissão Parlamentar mista de inquérito (CPMI) DE 1993. UnB. Brasília. 2018;1–36.
50. Gonçalves TR, Leite HM, Bairros FS, Olinto MTA, Barcellos NT CJEA. Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. Rev Saude Publica. 2019;53:28.
51. Costa A, Rosado L, Florêncio A, Xavier E. História Do Planejamento Familiar E Sua Relação Com Os Métodos Contraceptivos. Rev Baiana Saúde Pública. 2013;37(1):74.
52. Santos, JC Freitas P. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento Family planning under the view of development. 1813;1813–20.
53. VIGNOLI, E.T. Planejamento Familiar no Brasil: Abordagens Constitucionais, Omissões Institucionais Equívocos na Intimidade. Dissertação (Mestrado em Direito Público)- Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.
54. Scarparo HBK, Dall'Igna Ecker D. Constituição Brasileira: A noção de família e planejamento familiar como estratégia de governo. Athenea Digit. 2015;15(2):3–23.
55. Coelho EAC et al. O Planejamento Familiar no Brasil no Contexto das Políticas Públicas de Saúde : Determinantes históricos. Family Planning in brazil in the context of public health policies: Important historical factors. 2000;37–44.
56. Stephan-Souza AI. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. Cad saúde pública. 1995;11(3):408-24.

57. Pereira PLN. Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985. Pap Knowl Towar a Media Hist Doc. 2016.
58. Peres VBF. Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública]- Fundação Oswaldo Cruz.
59. Fernandes, IAC, KEA Fagundes, GPR Corrêa, Dias CLO EA. Artigo Original Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha dos métodos contraceptivos. 2016;88–107.
60. Gutmann VLR. Planejamento Reprodutivo: Um Relato De Experiência Multidisciplinar. Rev Conex UEPG. 2020;16:1–11.
61. Corrêa DA. Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos : inquérito populacional telefônico Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos : inquérito populacional telefônico. 2012.
62. Silva MP, Eberhardt ES, Rodrigues JVC, Bendl AL, Cardoso LCS EA. Fatores que interferem na escolha de método contraceptivo no planejamento familiar. 2021;9(1):1–8.
63. Brasil. Lei Nº 9.263, De 12 De Janeiro De 1996. Assoc Bras Normas Técnicas [Internet]. 1996;69. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm
64. Berquó E. Brasil , um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da Unicamp nos dias 1 e 2 de julho de 1993. 1993;366–81.
65. Lima JD. Por que esterilização para controle demográfico é uma violação. Em: Nexo Jornal, 2018. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/06/13/Por-que-esterilização-para-controledemográficoé-uma-violação>>.
66. Cetolin SF, Trzcinki C, Wartha A, Cetolin SK E al. Esterilização Feminina no município de São José do Cedro / SC : Planejamento Familiar como método contraceptivo ? Feminine Sterilization in the city of São Jose do Cedro / SC : Planning or Contraceptive Method ? Esterilización feminina en el municipio de. 2010;55–66.
67. Carvalho MLO SN. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Rev Saúde Pública 2005;39(5):788-94.
68. Hahn BS NJ. A Eficácia da Lei de Planejamento Familiar: Pesquisa Jurisprudencial acerca da Esterilização de Mulheres e os Direitos Reprodutivos no Brasil. XXVIII Seminário de Iniciação Científica, 20 a 23 de outubro de 2020.
69. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª. São Paulo: Hucitec; 2013.
70. Deslauriers J-P, Kérisit M. A análise documental. A Pesqui Qual enfoques Epistemol e Metod. 2nd ed. 2012;127–53.

71. Bardin L. Análise de Conteúdos. São Paulo: Edições 70; 2011.
72. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018 Nov;23(11):3481–90.
73. Souto, K.; Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : protagonismo do movimento de mulheres. 2021;832–46.
74. Osis MJMD. Paism : um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil The Program for Integrated Women ' s Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. 1998;14:25–32.
75. Souto KM. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher : uma análise de integralidade e gênero / The National Policy for Women ' s Integral Health Care : an analyse of integrality and gender. 2008;161–82.
76. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
77. Carloto CM, Damião NA. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Soc Soc*. 2018 Aug;132(132):306–25.
78. Berquó, E.; Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária Reproductive rights of women and men in light of new legislation on voluntary sterilization in Brazil. 19:441–53.
79. Portaria Nº 144 de 20 de novembro de 1997. Planejamento Familiar. Ministério da Saúde. Available from:<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>
80. Assistência em planejamento familiar: manual técnico - Biblioteca Virtual do NESCON.
81. Projetos SC, Relatórios P, Saúde M DA. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 2004.
82. Brasil. LEI Nº 14.443 D 2 DSD 2022. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
83. Cunha, T.S.; Freire SMC. Apreensões sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no. 2021;158–76.
84. Brasil. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.
85. Portaria Nº 1459 de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Ministério da Saúde.
86. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos - Viomundo.
87. Filho SBDS, de Souza KV. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Cien Saude Colet*. 2021 Mar;26(3):775–80.
88. Saúde M DA. Brasília-DF 2013 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Cadernos de Atenção Básica 1ª edição 1ª reimpressão.
89. Brandão et al. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. 2017;131–61.

90. Figueiredo, R.; Bastos, S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. In: Keinert, T. M. M.; Paula, S. H. B.; Bonfim, J. R. A. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. 2009;(Temas em:119–26.
91. Souza, R.A.; Brandão ER. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). 2012;161–76.
92. Brasil. Manual Técnico para profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
93. Portaria Nº 2.234, DE 23 DE JULHO DE 2018 - Imprensa Nacional.
94. Sustainable Development Goal 5: Igualdade de gênero | As Nações Unidas no Brasil.
95. Brasil. Ministerio da Saúde. Recomendação nº 039, de 12 de maio de 2020 . 2020;19:17–20.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS Nº 13, DE 19 DE ABRIL DE 2021. 2021;2021.
97. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendação nº 009, de 04 de maio de 2021 . 2021;1–4.
98. Brandão ER. Contracepção reversível de longa duração para mulheres " em situação de vulnerabilidade ": racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). Anuário Antropológico. 2022;v.47 n.2.
99. Brandão, E.R.; Cabral CS. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis.” Vol. 27, Horizontes Antropológicos. 2021. 47–84 p.
100. Portaria Nº 715 de 04 de abril de 2022. Rede de Atenção Materno Infantil. Ministério da Saúde. ארף. 2022;2(8.5.2017):2003–5.
101. Brasil. Lei 14.443, 02 de setembro de 2022. Presidência da República. 2022;180:4–5.
102. Pinto, A.R.C.; Mudanças relevantes na lei do Planejamento Familiar, especialmente para mulheres. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-set-29/costa-pinto-mudancas-relevantes-lei-14443>>. Acesso em: 30/11/2022.
103. Moraes AC. et al. Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres? 2014;19(4):659–66.
104. Botton, B.; Cúnico, S.D.; Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. 2017;25(1).
105. Inácio, E.O.; Fonseca LCS. Direitos reprodutivos e a esterilização definitiva: o planejamento familiar centralizado na figura feminina. (1988):1–19.