

Planejamento Familiar no Brasil

Ana Maria Costa

Este artigo busca, a partir dos distintos atores e cenários, recuperar a trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil, marcada em grande parte pela ausência das mulheres neste debate.

Delineia, ainda, aspectos da complexa conjuntura política e econômica que, por interesse, toma o controle demográfico como estratégia, a partir das políticas ou ausência destas _ que definiram, no Brasil, a concreta redução do crescimento populacional confirmado pelos últimos dados censitários. Finalmente, aborda as dificuldades na implementação dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira a partir da promulgação da Constituição de 1988, e que vêm sendo implementados pelo Sistema Único de Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

UNITERMOS _ Planejamento familiar, direito de autonomia reprodutiva, saúde da mulher

Notas introdutórias

No Brasil de hoje, planejamento familiar é tema cotidiano, haja vista a freqüente abordagem da imprensa acerca de temas tais como mortalidade materna, aborto, esterilização, reprodução assistida ou outros relacionados à procriação. O Poder Legislativo também reconhece a importância da matéria e por lá tramitam dezenas de projetos de lei regulamentando ou ampliando permissivos legais sobre o assunto.

Embora avançadas em seus princípios, conteúdos e diretrizes, as políticas públicas propostas pelo Executivo patinam no processo de sua implementação. O Estado tem sistematicamente recuado de suas obrigações _ definidas pela Constituição _ como provedor de assistência à saúde dos brasileiros, universal e equânime. Contribuem ainda para o agravamento e a consolidação do estado atual, aspectos da cultura médica marcados por um exagerado intervencionismo sobre o corpo da mulher, os quais, aliados à desinformação destas mulheres, comprometem de forma definitiva o princípio da autonomia nas escolhas de cada indivíduo.

Médica, Ex-coordenadora nacional do PAISM/MS; Integrante do Núcleo de Saúde e Sexualidade de Brasília; Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília - DF. A rigor, o conceito de planejamento familiar não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução; quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou seja, anticoncepção.

No plano internacional, a partir das Conferências de População (Cairo _ 1994) e da Mulher (Beijin _ 1995) surge o conceito de **saúde reprodutiva**, que diz respeito a ações amplas no campo da reprodução, envolvendo o homem e a mulher. Embora reconhecendo o avanço que representa esta nova abordagem, no caso brasileiro há que se ter cautela visto o consenso estabelecido em torno da integralidade assistencial à mulher, em todas as suas fases e necessidades de saúde. Estes princípios estão contidos na política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Tecendo a história

Embora difuso, o discurso do planejamento familiar, que já se

expressava nos primórdios do Brasil colonial, perpassando do Império ao início da República, foi marcado por uma dissimulada tendência ou um sentimento natalista agregado à idéia do aperfeiçoamento e da melhoria da raça brasileira (1).

No período colonial, a Igreja foi a instituição que sustentou, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: uma sociedade portuguesa e cristã. O sucesso desse projeto envolveu tanto estratégias no plano do discurso cotidiano normativo como decisões onde as mulheres eram impedidas de assumir outro papel que não aquele determinado pela vida familiar (2). Situação exemplar expressa-se na negação de licença para a construção de um mosteiro de freiras na Bahia, em 1606, onde a Igreja pronuncia-se "pelo muito que convém povoar aquele estado de gente principal e honrada".

Desta forma é que a Santa Madre promove a mentalidade androcêntrica, já tão presente naqueles tempos, incentivando as mulheres à obediência e servidão aos homens, incluindo a procriação de tantos filhos quantos Deus ou a natureza determinassem. A posse através da herança fica garantida a partir do controle sobre as descendências, consolidando e estabelecendo a sociedade familiar.

De forma particular e decisiva, a Igreja teve como grande aliada a medicina. Médico e padre tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo com objetivos aparentemente distintos: um, voltado ao cuidado com a alma; o outro, com o corpo. Mas em ambas as práticas ressalta-se uma violenta intervenção nas vidas privadas e, no caso da medicina, esta é reforçada através da normatização prescritiva sobre o corpo feminino.

Foi resultado desta época a elaboração de uma imagem regular da feminilidade, o que estava adequado aos interesses da Igreja. Para esta, a sexualidade somente deveria servir à procriação. Todas as marcas do desejo carnal e de animalidade do ato sexual deveriam ser "apagadas" pela concepção. As penas da vida conjugal, assim como os sofrimentos decorrentes do parto, eram vistos como oportunidades "purificadoras", redentoras do pecado para a ressurreição. Deste modo era lançada a maldição para as mulheres infecundas, incapazes de reverter com a pureza da gravidez a dimensão pecaminosa do coito.

No que diz respeito à concepção, o conhecimento científico é atribuído à Regnier de Graaf (1641-73), lembrado nos folículos ovarianos de Graaf. Até então acreditava-se na teoria desenvolvida ainda por Aristóteles, que atribuía exclusivamente ao espermatozóide a função reprodutiva, onde a função da mulher seria apenas a de um receptáculo. De forma sutil foi se conduzindo uma ideologia natalista implícita na cultura ocidental, influenciada pelas idéias positivistas e fundamentada nas descobertas da biologia.

Esta situação arrastou-se do Brasil Colônia ao início da República. Na década de trinta, com a criação do salário-família, do auxílio-natalidade e o desenvolvimentismo pós-guerra, explicita-se por parte do Estado de Getúlio uma tendência pró-natalista. Enquanto isso, no cenário internacional são retomadas as teses do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766 _ 1834), que alertava sobre os perigos da superpopulação em decorrência do não correspondente crescimento da produção de alimentos.

A despeito do caráter moralista e repressor da sexualidade, explícitos nas teses malthusianas, apenas o aspecto da desproporcionalidade entre os dois eventos, crescimento demográfico versus disponibilidade de alimentos, é tomado como referência para a discussão do planejamento familiar. Outra face que muitos preconizadores do planejamento familiar ressaltam, é a da eugenia ou do aperfeiçoamento da espécie humana, a partir da seleção das raças.

Assim é que, em 1952, Margaret Sanger criou, com sede em Londres, o International Planned Parenthood Federation (IPPF), que contava com apoio financeiro de diversas instituições interessadas em planejamento familiar, visando ao controle demográfico, portanto restritivo às liberdades procriativas das mulheres ou dos casais. O IPPF virá, nos anos sessenta, financiar entidades e outras instituições que no Brasil realizaram o planejamento familiar.

Justamente neste período, por volta de 1964, localiza-se o acirramento da polêmica entre as políticas de controle demográfico e as anticontrolistas. O pensamento e a doutrina controlista no Brasil surgem no rastro da Revolução Cubana (1). Naquela época, os Estados Unidos implementaram uma política de ajuda aos países latino-americanos, na qual, como condição para ser ajudado economicamente, o país deveria adotar programas e estratégias voltadas à redução do crescimento demográfico (3,4). Ressalte-se que ainda hoje são encontradas, nos contratos e convênios internacionais, cláusulas que explicitam compromissos com o controle da população.

A argumentação favorável ao controle demográfico sustentava que o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento só seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo do crescimento demográfico. Movimentos sociais, partidos políticos clandestinos e outros setores da sociedade progressista indignaram-se com os princípios defendidos pelos controlistas, fundamentados na denúncia do avanço imperialista na extensão do território nacional, na baixa densidade demográfica e na necessidade de sua ocupação como estratégia de autonomia e soberania nacional.

A este debate, que persistiu durante as décadas de 60 e 70, comparecia, naturalmente, a Igreja, com o seu conjunto de razões e argumentos de ordem moral e doutrinária, sempre vinculando sexo à procriação. Essa posição será relativamente flexibilizada no final dos anos 70, quando a Igreja passou a admitir um certo controle da fecundidade, desde que o método utilizado seja a abstinência periódica. Este método foi pela própria Igreja denominado como método natural e representou importante avanço na modificação das herméticas orientações consagradas no Concílio de Trento, realizado no século XVII.

Tendo perdurado por longo tempo, este embate apresentou diversas e curiosas nuances. Em meados dos anos setenta, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Nessa mesma década, exatamente no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais que entendiam ser este programa de cunho controlista. Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimentos entre pobres, negros e outras populações "descartáveis".

Para a elaboração do PPGAR, o Ministério da Saúde mobilizou dezenas de professores de universidades brasileiras envolvidos com a temática de saúde reprodutiva. O recuo do Ministério da Saúde mediante as reações da imprensa, partidos políticos, movimentos sociais e da Igreja, culminando com o arquivamento e não-implementação do programa, resultou em problemas políticos entre esse grupo de médicos _ professores das cadeiras de gineco-obstetrícia e o Ministério da Saúde. Essa situação só se reverteria tempos depois, no processo de negociação que possibilitou a política atual, a ser comentada adiante.

A fragilidade política com que o Ministério da Saúde, à época, enfrentou esta situação permitiu a criação de um vácuo institucional do Estado, favorecendo o surgimento e o crescimento de outras instituições de cunho controlista. Dentre estas, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) foram as de maior relevância.

A BENFAM foi criada em novembro de 1965 como uma entidade privada sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro mas com intervenções em quase todo o território nacional. Financiada por capital internacional e filiada ao IPPF tinha como estratégia o treinamento de profissionais de saúde para a prática do planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contra-ceptivas, através de suas unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde, universidades, etc.

No caso do CPAIMEC, o financiamento para as suas atividades no Brasil provinha fundamentalmente das instituições vinculadas ao sistema AID através da Family Planning International Assistance (FPIA), Pathfinder Foundation e outras. Sua estratégia, no entanto, foi mais agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Para tanto, financiou treinamentos de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as

suas atividades. O CPAIMC foi ainda distribuidor de material contraceptivo para diversas outras instituições congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para importação, em virtude de sua titulação como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos. A ideologia do controle da natalidade, largamente disseminada no chamado Terceiro Mundo, teve, no caso especial do Brasil, sua origem nos interesses dos Estados Unidos que vislumbram ameaças econômicas e políticas na "explosão demográfica". Isto ficou explicitado a partir da divulgação de um documento oficial datado de 10 de dezembro de 1974, codificado como NSSM _ 200 e só divulgado no Brasil em 1989 com o seguinte título: *Implicações do Crescimento da População Mundial para a Segurança e os Interesses dos EUA*. Este documento é assinado por Henry Kissinger e direcionado aos governantes dos países americanos. Nele, são discutidos aspectos econômicos, políticos e ecológicos relacionados e supostamente ameaçados pelo crescimento demográfico alardeado.

Consta do referido documento a seguinte citação: "O principal fator que está influenciando na necessidade de matérias-primas não agrícolas é o nível de atividade industrial, regional e mundial. Por exemplo, os Estados Unidos, com 6% da população mundial, consomem aproximadamente um terço dos recursos mundiais ..."; mais adiante o mesmo documento cita: "Nas últimas décadas, os EUA se tornaram cada vez mais dependentes da importação dos países em desenvolvimento e é provável que esta situação continue." Nesse documento são definidas algumas estratégias que foram desenvolvidas em nosso país, haja vista que, ao lado da Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia, o Brasil figurava como prioridade.

Coincidentemente no Brasil dos anos 70, marcados pelo endurecimento da ditadura militar, reforça-se entre os militares o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, presas fáceis para a propaganda de idéias subversivas (1). Ressalte-se, ainda, o recrudescimento de idéias eugênicas expressas, por exemplo, na declaração do General Valdir Vasconcelos, em 1982, sobre a condição de sub-raça de brasileiros que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, indicando, segundo ele, a premência de controlar nascimentos desta subespécie.

A súbita radicalização do discurso dos militares em relação ao tema população, ocorrida nos anos setenta, talvez tenha sido o toque necessário para o surgimento de um novo ator no processo que, embora objeto específico destas políticas, não tinha até então se pronunciado sobre o assunto. Estes atores, na verdade atrizes, são as mulheres.

As mulheres brasileiras, a partir dos anos 60, processavam a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído desde sempre: o de mãe e "rainha do lar". Gradativamente, incrementavam o seu comparecimento no mercado de trabalho, ampliando dessa forma suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade, realizar em seu corpo a anticoncepção passa a ser aspiração e desejo das mulheres. As vivências mais plenas da sexualidade, que se processaram neste tempo, reforçavam esta necessidade. No entanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para esta demanda. Ironicamente, apenas aqueles serviços conveniados com as instituições do tipo BENFAM, CPAIMC, etc., ofereciam métodos anticoncepcionais.

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da Reforma Sanitária Brasileira, que definiu saúde como direito do cidadão e o dever do Estado em provê-la à sua população. Em 1983, então, o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pela rede pública de assistência à saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população.

O PAISM foi apresentado pelo então Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde, durante o seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. Este constituiu-se em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, destinados às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial (5).

A consagração do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 88, no parágrafo 7 do art. 226. Ali estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figuram, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

No entanto, apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno desta questão, a situação da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras ainda está longe de um quadro considerado como aceitável. Ainda em 1986, quando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os dados provenientes da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o país tomou conhecimento de que 27% das mulheres em união, que usavam algum tipo de controle de fecundidade, estavam esterilizadas cirurgicamente. A mesma fonte também informou que os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras eram, respectivamente, a pílula e a esterilização. Para efeito comparativo, na França 6%, na Inglaterra 7% e na Itália 4% das mulheres, na mesma situação, estão esterilizadas (4).

No Brasil contemporâneo a taxa de mortalidade materna ou seja, óbitos de mulheres em decorrência da gravidez, do parto ou do puerpério, transita em torno de 150/100.000 nascidos vivos. Esta taxa é 25 vezes maior que a do Canadá, por exemplo. O uso abusivo da cesariana, além de interferir nesta mortandade feminina, está diretamente relacionado ao desregramento das altas incidências de esterilizações entre as mulheres.

Consolidou-se de forma perversa uma cultura reprodutiva onde, ainda muito jovens, as mulheres, por desinformação e ausência de outras alternativas, incluem em seu projeto de vida a cesariana e a esterilização. Por esta opção pagam caro, pois além da mortalidade referida herdamos seqüelas quase sempre definitivas, aumento da mortalidade perinatal e altas e inconcebíveis taxas de arrependimento pós-laqueadura. Os estudos dedicados ao arrependimento pós-laqueadura estabelecem uma relação direta entre esta situação e a desinformação sobre a existência e disponibilidade de outras alternativas contraceptivas, bem como à reversibilidade do procedimento cirúrgico (3,4).

Em significativo percentual, as esterilizações são realizadas no curso das cesarianas, freqüentemente indicados com o objetivo da realização simultânea da laqueadura. As altas taxas de cesariana que o Brasil exhibe estão entre as mais elevadas do mundo.

Em relação às seqüelas da esterilização cirúrgica, há muito tempo elas vêm sendo relatadas e, de certa forma, "desvalorizadas" na sua abordagem. No entanto, no presente, há evidências constatadas destas seqüelas. Merecem ser discutidos com as mulheres problemas como dores pélvicas, obesidade, alterações da libido, alterações da função ovariana, dismenorréia, etc. Freqüentemente, o relato destes sintomas tem sido preconceituosa e negligentemente atribuído ao conjunto dos "distúrbios neuro-vegetativos". Aliás, para muitos profissionais da saúde, muito comuns às mulheres ...

Em resposta à prática indiscriminada da esterilização, o Congresso Nacional instalou, em 1991, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) destinada a investigar a esterilização em massa das mulheres brasileiras. Entre os consensos extraídos dessa CPMI figura a necessidade de regulamentação da esterilização cirúrgica e de todas as ações para o planejamento familiar. O caso da esterilização traz o agravante de constituir-se em crime de mutilação previsto no Código Penal, apesar de amplamente praticado. Tal regulamentação estenderia o acesso ao conjunto das mulheres brasileiras e não apenas àquelas que podem "pagar por fora", como é a prática atual. Por outro lado, a regulamentação, ao dar visibilidade à prática, permitirá um maior controle sobre o seu uso abusivo (3).

Tendo tramitado pelas duas casas do Congresso Nacional, o projeto recebeu vetos presidenciais, surpreendendo e indignando toda a sociedade brasileira. No momento, há um movimento para reverter a situação do veto, que, a princípio, deve ser realizado pelo Congresso Nacional. Enquanto isso, as mulheres seguem negociando, a altos preços, no livre mercado do controle da fecundidade.

O segundo método mais utilizado entre as brasileiras, de acordo com o que foi apurado na CPMI, é a pílula anovulatória. O uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde das usuárias e quase 50% são automedicadas ou têm a indicação no balcão da farmácia. A recente elevação de incidência de doenças cardiovasculares entre as mulheres já começa a ser relacionada ao uso indevido de anovulatórios, o que exige medidas radicais que possam minimizar esse e outros riscos decorrentes desta situação.

Dez anos se passaram, desde que o IBGE apresentou as informações PNAD sobre a população. Desse período para cá, infelizmente a situação da desassistência à saúde agravou-se sensivelmente. O último censo mostra que a população continua decrescendo. O Estado não avança no processo de implementação do SUS, comprometido com a evidente remessa da saúde ao livre mercado. No entanto, os movimentos sociais têm se fortalecido ao longo desse tempo.

No Brasil, o movimento feminista pela saúde possui grande visibilidade pública a partir de sua centena de grupos distribuídos em todo o território nacional e atua de forma impactante. Além da incansável luta pelo direito ao aborto legalizado, gratuito e qualificado, as mulheres têm tido um papel fundamental na implementação de ações buscando o ideário da integralidade. Dos Comitês de Morte Materna à luta pela implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal, as mulheres têm imprimido a sua marca.

Os comitês têm como função o estabelecimento de um processo de monitoramento, vigilância e controle das mortes maternas ocorridas na região ou município. Para as mulheres constitui-se em eficaz estratégia de visibilidade de um evento silenciado na cultura: morrer de parto. A cada dia, o ônus da clandestinidade do aborto agrava a situação da morte materna _ em áreas metropolitanas já desponta como a primeira causa de óbito ligada à gravidez.

Há décadas, o aborto que decorre de um ato de violência (estupro) em conjunto com as situações que envolvem risco de vida da mãe são permitidos pela lei (Código Penal). Porém, mulheres violentadas ainda têm que perambular, pedir, se expor para conseguir o direito que a lei lhes confere. A hipocrisia com que a sociedade tem se posicionado em relação ao aborto fica patenteada neste caso exemplar: de um lado, legaliza; de outro, não oferece condições para que venha a ser feito.

No início dos anos 90 começaram ser implantados os serviços de atendimento ao aborto legal. Entre os profissionais e os gestores dos serviços, há praticamente um consenso sobre a necessidade de atender esta demanda, segundo dados preliminares da pesquisa sobre percepções dos atores sociais delegados da X Conferência Nacional de Saúde _ NESP/UnB. No entanto, os serviços que estão implantados surgem das reivindicações e das lutas feministas. Não há nenhum serviço no Brasil que tenha sido implantado por medida de decisão do gestor de saúde ou secretário estadual ou municipal.

Finalmente, não é admissível discutir planejamento familiar sem pontuar a questão das tecnologias reprodutivas. Neste particular, pelo menos dois aspectos devem ser apontados: a socialização dos conhecimentos sobre os verdadeiros riscos dos procedimentos, aliada à propaganda enganosa dos resultados. Há uma premente necessidade de que o Estado, através dos órgãos dirigentes do SUS, defina mecanismos de vigilância sobre projetos e serviços de reprodução assistida, com normas claras e amplamente discutidas.

Os pontos aqui levantados desta complexa questão deixam claro que as mulheres têm sido personagens de uma tragédia cotidiana e silenciosa, no que diz respeito ao exercício de um direito constitucional, fundamental _ o de procriar. É importante reparar que, nas questões reprodutivas e procriativas, as mulheres têm tido responsabilidades e compromissos muito mais onerosos que os homens. Estes, regra geral, se desobrigam dos seus compromissos paternos. Daí infere-se que a plenitude do gozo da situação de direito em relação aos direitos reprodutivos exige mudanças profundas, desconstrução de culturas, realinhamento de princípios éticos e de convívio entre homens e mulheres e destes com o Estado.

Abstract _ *Familiar Planning In Brazil*

This article tries to recover the historical trajectory of familiar planning in Brazil from different actors and scenarios, mostly marked by the lack of women in this debate. It also points out some issues of the complex political, economic conjuncture taking demographic control as a strategy, from policies (or the lack of them) that have defined, in Brazil, a concrete reduction of population growth, as shown in the latest census data.

Finally, the present article deals with the existing difficulties for implementing the rights of reproductive autonomy, conquered by the Brazilian people since the promulgation of the 1988 Constitution. These rights have been implemented by the Unified Health System, through the Overall Assistance to Woman Health Program.

Referências Bibliográficas

1. Fonseca Sobrinho D. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos, 1991
2. Del Priori M. Ao Sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olímpio/Edund, 1993.
3. Brasil. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a "incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Relatório final. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.
4. Costa AM. PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: subsídios para uma ação programática. Brasília: Centro de Documentação: 1983.

Endereço para correspondência:

*Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília - CLN 406 Bloco A, sala 223
70847-510 Brasília - DF*

Ana Maria Costa

*Este artigo busca, a partir dos distintos atores e cenários,
recuperar a trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil,
marcada em grande parte pela ausência das mulheres neste debate.*

Delinea, ainda, aspectos da complexa conjuntura política e econômica que, por interesse, toma o controle demográfico como estratégia, a partir das políticas ou ausência destas _ que definiram, no Brasil, a concreta redução do crescimento populacional confirmado pelos últimos dados censitários. Finalmente, aborda as dificuldades na implementação dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira a partir da promulgação da Constituição de 1988, e que vêm sendo implementados pelo Sistema Único de Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

UNITERMOS _ Planejamento familiar, direito de autonomia reprodutiva, saúde da mulher

Notas introdutórias

No Brasil de hoje, planejamento familiar é tema cotidiano, haja vista a freqüente abordagem da imprensa acerca de temas tais como mortalidade materna, aborto, esterilização, reprodução assistida ou outros relacionados à procriação. O Poder Legislativo também reconhece a importância da matéria e por lá tramitam dezenas de projetos de lei regulamentando ou ampliando permissivos legais sobre o assunto.

Embora avançadas em seus princípios, conteúdos e diretrizes, as políticas públicas propostas pelo Executivo patinam no processo de sua implementação. O Estado tem sistematicamente recuado de suas obrigações _ definidas pela Constituição _ como provedor de assistência à saúde dos brasileiros, universal e equânime. Contribuem ainda para o agravamento e a consolidação do estado atual, aspectos da cultura médica marcados por um exagerado intervencionismo sobre o corpo da mulher, os quais, aliados à desinformação destas mulheres, comprometem de forma definitiva o princípio da autonomia nas escolhas de cada indivíduo.

Médica, Ex-coordenadora nacional do PAISM/MS; Integrante do Núcleo de Saúde e Sexualidade de Brasília; Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília - DF. A rigor, o conceito de planejamento familiar não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução; quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou seja, anticoncepção.

No plano internacional, a partir das Conferências de População (Cairo _ 1994) e da Mulher (Beijin _ 1995) surge o conceito de **saúde reprodutiva**, que diz respeito a ações amplas no campo da reprodução, envolvendo o homem e a mulher. Embora reconhecendo o avanço que representa esta nova abordagem, no caso brasileiro há que se ter cautela visto o consenso estabelecido em torno da integralidade assistencial à mulher, em todas as suas fases e necessidades de saúde. Estes princípios estão contidos na política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Tecendo a história

Embora difuso, o discurso do planejamento familiar, que já se expressava nos primórdios do Brasil colonial, perpassando do Império ao início da República, foi marcado por uma dissimulada tendência ou um sentimento natalista agregado à idéia do aperfeiçoamento e da melhoria da raça brasileira (1).

No período colonial, a Igreja foi a instituição que sustentou, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: uma sociedade portuguesa e cristã. O sucesso desse projeto envolveu tanto estratégias no plano do discurso cotidiano normativo como decisões onde as mulheres eram impedidas de assumir outro papel que não aquele determinado pela vida familiar (2). Situação exemplar expressa-se na negação de licença para a construção de um mosteiro de freiras na Bahia, em 1606, onde a Igreja pronuncia-se "pelo muito que convém povoar aquele estado de gente principal e honrada".

Desta forma é que a Santa Madre promove a mentalidade androcêntrica, já tão presente naqueles tempos, incentivando as mulheres à obediência e servidão aos homens, incluindo a procriação de tantos filhos quantos Deus ou a natureza determinassem. A posse através da herança fica garantida a partir do controle sobre as descendências, consolidando e estabelecendo a sociedade familiar.

De forma particular e decisiva, a Igreja teve como grande aliada a medicina. Médico e padre tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo com objetivos aparentemente distintos: um, voltado ao cuidado com a alma; o outro, com o corpo. Mas em ambas as práticas ressalta-se uma violenta intervenção nas vidas privadas e, no caso da medicina, esta é reforçada através da normatização prescritiva sobre o corpo feminino.

Foi resultado desta época a elaboração de uma imagem regular da feminilidade, o que estava adequado aos interesses da Igreja. Para esta, a sexualidade somente deveria servir à procriação. Todas as marcas do desejo carnal e de animalidade do ato sexual deveriam ser "apagadas" pela concepção. As penas da vida conjugal, assim como os sofrimentos decorrentes do parto, eram vistos como oportunidades "purificadoras", redentoras do pecado para a ressurreição. Deste modo era lançada a maldição para as mulheres infecundas, incapazes de reverter com a pureza da gravidez a dimensão pecaminosa do coito.

No que diz respeito à concepção, o conhecimento científico é atribuído à Regnier de Graaf (1641-73), lembrado nos folículos ovarianos de Graaf. Até então acreditava-se na teoria desenvolvida ainda por Aristóteles, que atribuía exclusivamente ao espermatozóide a função reprodutiva, onde a função da mulher seria apenas a de um receptáculo. De forma sutil foi se conduzindo uma ideologia natalista implícita na cultura ocidental, influenciada pelas idéias positivistas e fundamentada nas descobertas da biologia.

Esta situação arrastou-se do Brasil Colônia ao início da República. Na década de trinta, com a criação do salário-família, do auxílio-natalidade e o desenvolvimentismo pós-guerra, explicita-se por parte do Estado de Getúlio uma tendência pró-natalista. Enquanto isso, no cenário internacional são retomadas as teses do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766 _ 1834), que alertava sobre os perigos da superpopulação em decorrência do não correspondente crescimento da produção de alimentos.

A despeito do caráter moralista e repressor da sexualidade, explícitos nas teses malthusianas, apenas o aspecto da desproporcionalidade entre os dois eventos, crescimento demográfico versus disponibilidade de alimentos, é tomado como referência para a discussão do planejamento familiar. Outra face que muitos preconizadores do planejamento familiar ressaltam, é a da eugenia ou do aperfeiçoamento da espécie humana, a partir da seleção das raças.

Assim é que, em 1952, Margaret Sanger criou, com sede em Londres, o International Planned Parenthood Federation (IPPF), que contava com apoio financeiro de diversas instituições interessadas em planejamento familiar, visando ao controle demográfico, portanto restritivo às liberdades procriativas das mulheres ou dos casais. O IPPF virá, nos anos sessenta, financiar entidades e outras instituições que no Brasil realizaram o planejamento familiar.

Justamente neste período, por volta de 1964, localiza-se o acirramento da polêmica entre as políticas de controle demográfico e as anticontrolistas. O pensamento e a doutrina controlista no Brasil surgem no rastro da Revolução Cubana (1). Naquela época, os Estados Unidos implementaram uma política de ajuda aos países latino-americanos, na qual, como condição para ser ajudado economicamente, o país deveria adotar programas e estratégias voltadas à redução do crescimento demográfico (3,4). Ressalte-se que ainda hoje são encontradas, nos contratos e convênios internacionais, cláusulas que explicitam compromissos com o controle da população.

A argumentação favorável ao controle demográfico sustentava que o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento só seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo do crescimento demográfico. Movimentos sociais, partidos políticos clandestinos e outros setores da sociedade progressista indignaram-se com os princípios defendidos pelos controlistas, fundamentados na denúncia do avanço imperialista na extensão do território nacional, na baixa densidade demográfica e na necessidade de sua ocupação como estratégia de autonomia e soberania nacional.

A este debate, que persistiu durante as décadas de 60 e 70, comparecia, naturalmente, a Igreja, com o seu conjunto de razões e argumentos de ordem moral e doutrinária, sempre vinculando sexo à procriação. Essa posição será relativamente flexibilizada no final dos anos 70, quando a Igreja passou a admitir um certo controle da fecundidade, desde que o método utilizado seja a abstinência periódica. Este método foi pela própria Igreja denominado como método natural e representou importante avanço na modificação das herméticas orientações consagradas no Concílio de Trento, realizado no século XVII.

Tendo perdurado por longo tempo, este embate apresentou diversas e curiosas nuances. Em meados dos anos setenta, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Nessa mesma década, exatamente no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais que entendiam ser este programa de cunho controlista. Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimentos entre pobres, negros e outras populações "descartáveis".

Para a elaboração do PPGAR, o Ministério da Saúde mobilizou dezenas de professores de universidades brasileiras envolvidos com a temática de saúde reprodutiva. O recuo do Ministério da Saúde mediante as reações da imprensa, partidos políticos, movimentos sociais e da Igreja, culminando com o arquivamento e não-implementação do programa, resultou em problemas políticos entre esse grupo de médicos _ professores das

cadeiras de gineco-obstetrícia e o Ministério da Saúde. Essa situação só se reverteria tempos depois, no processo de negociação que possibilitou a política atual, a ser comentada adiante.

A fragilidade política com que o Ministério da Saúde, à época, enfrentou esta situação permitiu a criação de um vácuo institucional do Estado, favorecendo o surgimento e o crescimento de outras instituições de cunho controlista. Dentre estas, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) foram as de maior relevância.

A BENFAM foi criada em novembro de 1965 como uma entidade privada sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro mas com intervenções em quase todo o território nacional. Financiada por capital internacional e filiada ao IPPF tinha como estratégia o treinamento de profissionais de saúde para a prática do planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contra-ceptivas, através de suas unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde, universidades, etc.

No caso do CPAIME, o financiamento para as suas atividades no Brasil provinha fundamentalmente das instituições vinculadas ao sistema AID através da Family Planning International Assistance (FPIA), Pathfinder Foundation e outras. Sua estratégia, no entanto, foi mais agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Para tanto, financiou treinamentos de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as suas atividades. O CPAIME foi ainda distribuidor de material contraceptivo para diversas outras instituições congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para importação, em virtude de sua titulação como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos. A ideologia do controle da natalidade, largamente disseminada no chamado Terceiro Mundo, teve, no caso especial do Brasil, sua origem nos interesses dos Estados Unidos que vislumbram ameaças econômicas e políticas na "explosão demográfica". Isto ficou explicitado a partir da divulgação de um documento oficial datado de 10 de dezembro de 1974, codificado como NSSM _ 200 e só divulgado no Brasil em 1989 com o seguinte título: *Implicações do Crescimento da População Mundial para a Segurança e os Interesses dos EUA*. Este documento é assinado por Henry Kissinger e direcionado aos governantes dos países americanos. Nele, são discutidos aspectos econômicos, políticos e ecológicos relacionados e supostamente ameaçados pelo crescimento demográfico alardeado.

Consta do referido documento a seguinte citação: "O principal fator que está influenciando na necessidade de matérias-primas não agrícolas é o nível de atividade industrial, regional e mundial. Por exemplo, os Estados Unidos, com 6% da população mundial, consomem aproximadamente um terço dos recursos mundiais ..."; mais adiante o mesmo documento cita: "Nas últimas décadas, os EUA se tornaram cada vez mais dependentes da importação dos países em desenvolvimento e é provável que esta situação continue." Nesse documento são definidas algumas estratégias que foram desenvolvidas em nosso país, haja vista que, ao lado da Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia, o Brasil figurava como prioridade.

Coincidentemente no Brasil dos anos 70, marcados pelo endurecimento da ditadura militar, reforça-se entre os militares o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, presas fáceis para a propaganda de idéias subversivas (1). Ressalte-se, ainda, o recrudescimento de idéias eugênicas expressas, por exemplo, na declaração do General Valdir Vasconcelos, em 1982, sobre a condição de sub-raça de brasileiros que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, indicando, segundo ele, a premência de controlar nascimentos desta subespécie.

A súbita radicalização do discurso dos militares em relação ao tema população, ocorrida nos anos setenta, talvez tenha sido o toque necessário para o surgimento de um novo ator no processo que, embora objeto específico destas políticas, não tinha até então se pronunciado sobre o assunto. Estes atores, na verdade atrizes, são as mulheres.

As mulheres brasileiras, a partir dos anos 60, processavam a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído desde sempre: o de mãe e "rainha do lar". Gradativamente, incrementavam o seu comparecimento no mercado de trabalho, ampliando dessa forma suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade, realizar em seu corpo a anticoncepção passa a ser aspiração e desejo das mulheres. As vivências mais plenas da sexualidade, que se processaram neste tempo, reforçavam esta necessidade. No entanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para esta demanda. Ironicamente, apenas aqueles serviços conveniados com as instituições do tipo BENFAM, CPAIME, etc., ofereciam métodos anticoncepcionais.

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da Reforma Sanitária Brasileira, que definiu saúde como direito do cidadão e o dever do Estado em provê-la à sua população. Em 1983, então, o Ministério da Saúde divulgou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pela rede pública

de assistência à saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população.

O PAISM foi apresentado pelo então Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde, durante o seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. Este constituiu-se em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, destinados às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial (5).

A consagração do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 88, no parágrafo 7 do art. 226. Ali estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figuram, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

No entanto, apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno desta questão, a situação da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras ainda está longe de um quadro considerado como aceitável. Ainda em 1986, quando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o país tomou conhecimento de que 27% das mulheres em união, que usavam algum tipo de controle de fecundidade, estavam esterilizadas cirurgicamente. A mesma fonte também informou que os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras eram, respectivamente, a pílula e a esterilização. Para efeito comparativo, na França 6%, na Inglaterra 7% e na Itália 4% das mulheres, na mesma situação, estão esterilizadas (4).

No Brasil contemporâneo a taxa de mortalidade materna ou seja, óbitos de mulheres em decorrência da gravidez, do parto ou do puerpério, transita em torno de 150/100.000 nascidos vivos. Esta taxa é 25 vezes maior que a do Canadá, por exemplo. O uso abusivo da cesariana, além de interferir nesta mortandade feminina, está diretamente relacionado ao desregramento das altas incidências de esterilizações entre as mulheres.

Consolidou-se de forma perversa uma cultura reprodutiva onde, ainda muito jovens, as mulheres, por desinformação e ausência de outras alternativas, incluem em seu projeto de vida a cesariana e a esterilização. Por esta opção pagam caro, pois além da mortalidade referida herdamos seqüelas quase sempre definitivas, aumento da mortalidade perinatal e altas e inconcebíveis taxas de arrependimento pós-laqueadura. Os estudos dedicados ao arrependimento pós-laqueadura estabelecem uma relação direta entre esta situação e a desinformação sobre a existência e disponibilidade de outras alternativas contraceptivas, bem como à reversibilidade do procedimento cirúrgico (3,4).

Em significativo percentual, as esterilizações são realizadas no curso das cesarianas, freqüentemente indicados com o objetivo da realização simultânea da laqueadura. As altas taxas de cesariana que o Brasil exhibe estão entre as mais elevadas do mundo.

Em relação às seqüelas da esterilização cirúrgica, há muito tempo elas vêm sendo relatadas e, de certa forma, "desvalorizadas" na sua abordagem. No entanto, no presente, há evidências constatadas destas seqüelas. Merecem ser discutidos com as mulheres problemas como dores pélvicas, obesidade, alterações da libido, alterações da função ovariana, dismenorréia, etc. Freqüentemente, o relato destes sintomas tem sido preconceituosa e negligentemente atribuído ao conjunto dos "distúrbios neuro-vegetativos". Aliás, para muitos profissionais da saúde, muito comuns às mulheres ...

Em resposta à prática indiscriminada da esterilização, o Congresso Nacional instalou, em 1991, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) destinada a investigar a esterilização em massa das mulheres brasileiras. Entre os consensos extraídos dessa CPMI figura a necessidade de regulamentação da esterilização cirúrgica e de todas as ações para o planejamento familiar. O caso da esterilização traz o agravante de constituir-se em crime de mutilação previsto no Código Penal, apesar de amplamente praticado. Tal regulamentação estenderia o acesso ao conjunto das mulheres brasileiras e não apenas àquelas que podem "pagar por fora", como é a prática atual. Por outro lado, a regulamentação, ao dar visibilidade à prática, permitirá um maior controle sobre o seu uso abusivo (3).

Tendo tramitado pelas duas casas do Congresso Nacional, o projeto recebeu vetos presidenciais, surpreendendo e indignando toda a sociedade brasileira. No momento, há um movimento para reverter a situação do veto, que, a princípio, deve ser realizado pelo Congresso Nacional. Enquanto isso, as mulheres seguem negociando, a altos preços, no livre mercado do controle da fecundidade.

O segundo método mais utilizado entre as brasileiras, de acordo com o que foi apurado na CPMI, é a pílula anovulatória. O uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde das usuárias e quase 50% são

automedicadas ou têm a indicação no balcão da farmácia. A recente elevação de incidência de doenças cardiovasculares entre as mulheres já começa a ser relacionada ao uso indevido de anovulatórios, o que exige medidas radicais que possam minimizar esse e outros riscos decorrentes desta situação.

Dez anos se passaram, desde que o IBGE apresentou as informações PNAD sobre a população. Desse período para cá, infelizmente a situação da desassistência à saúde agravou-se sensivelmente. O último censo mostra que a população continua decrescendo. O Estado não avança no processo de implementação do SUS, comprometido com a evidente remessa da saúde ao livre mercado. No entanto, os movimentos sociais têm se fortalecido ao longo desse tempo.

No Brasil, o movimento feminista pela saúde possui grande visibilidade pública a partir de sua centena de grupos distribuídos em todo o território nacional e atua de forma impactante. Além da incansável luta pelo direito ao aborto legalizado, gratuito e qualificado, as mulheres têm tido um papel fundamental na implementação de ações buscando o ideário da integralidade. Dos Comitês de Morte Materna à luta pela implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal, as mulheres têm imprimido a sua marca.

Os comitês têm como função o estabelecimento de um processo de monitoramento, vigilância e controle das mortes maternas ocorridas na região ou município. Para as mulheres constitui-se em eficaz estratégia de visibilidade de um evento silenciado na cultura: morrer de parto. A cada dia, o ônus da clandestinidade do aborto agrava a situação da morte materna _ em áreas metropolitanas já desponta como a primeira causa de óbito ligada à gravidez.

Há décadas, o aborto que decorre de um ato de violência (estupro) em conjunto com as situações que envolvem risco de vida da mãe são permitidos pela lei (Código Penal). Porém, mulheres violentadas ainda têm que perambular, pedir, se expor para conseguir o direito que a lei lhes confere. A hipocrisia com que a sociedade tem se posicionado em relação ao aborto fica patenteada neste caso exemplar: de um lado, legaliza; de outro, não oferece condições para que venha a ser feito.

No início dos anos 90 começaram ser implantados os serviços de atendimento ao aborto legal. Entre os profissionais e os gestores dos serviços, há praticamente um consenso sobre a necessidade de atender esta demanda, segundo dados preliminares da pesquisa sobre percepções dos atores sociais delegados da X Conferência Nacional de Saúde _ NESP/UnB. No entanto, os serviços que estão implantados surgem das reivindicações e das lutas feministas. Não há nenhum serviço no Brasil que tenha sido implantado por medida de decisão do gestor de saúde ou secretário estadual ou municipal.

Finalmente, não é admissível discutir planejamento familiar sem pontuar a questão das tecnologias reprodutivas. Neste particular, pelo menos dois aspectos devem ser apontados: a socialização dos conhecimentos sobre os verdadeiros riscos dos procedimentos, aliada à propaganda enganosa dos resultados. Há uma premente necessidade de que o Estado, através dos órgãos dirigentes do SUS, defina mecanismos de vigilância sobre projetos e serviços de reprodução assistida, com normas claras e amplamente discutidas.

Os pontos aqui levantados desta complexa questão deixam claro que as mulheres têm sido personagens de uma tragédia cotidiana e silenciosa, no que diz respeito ao exercício de um direito constitucional, fundamental _ o de procriar. É importante reparar que, nas questões reprodutivas e procriativas, as mulheres têm tido responsabilidades e compromissos muito mais onerosos que os homens. Estes, regra geral, se desobrigam dos seus compromissos paternos. Daí infere-se que a plenitude do gozo da situação de direito em relação aos direitos reprodutivos exige mudanças profundas, desconstrução de culturas, realinhamento de princípios éticos e de convívio entre homens e mulheres e destes com o Estado.

Abstract _ *Familiar Planning In Brazil*

This article tries to recover the historical trajectory of familiar planning in Brazil from different actors and scenarios, mostly marked by the lack of women in this debate. It also points out some issues of the complex political, economic conjuncture taking demographic control as a strategy, from policies (or the lack of them) that have defined, in Brazil, a concrete reduction of population growth, as shown in the latest census data.

Finally, the present article deals with the existing difficulties for implementing the rights of reproductive autonomy, conquered by the brazilian people since the promulgation of the 1988 Constitution. These rights have been implemented by the Unified Health System, through the Overall Assistance to Woman Health Program.

Referências Bibliográficas

1. Fonseca Sobrinho D. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos, 1991

2. Del Priori M. Ao Sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olímpio/Edund, 1993.
3. Brasil. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a "incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Relatório final. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.
4. Costa AM. PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: subsídios para uma ação programática. Brasília: Centro de Documentação: 1983.

Endereço para correspondência:

Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília - CLN 406 Bloco A, sala 223

70847-510 Brasília - DF