



# PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

50 anos de história





# PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

50 anos de história

Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil  
Brasília, 11 de julho de 2008

Dia Mundial de População 2008

**TEMA:**

Planejamento familiar: é um direito, vamos fazer disso uma realidade.



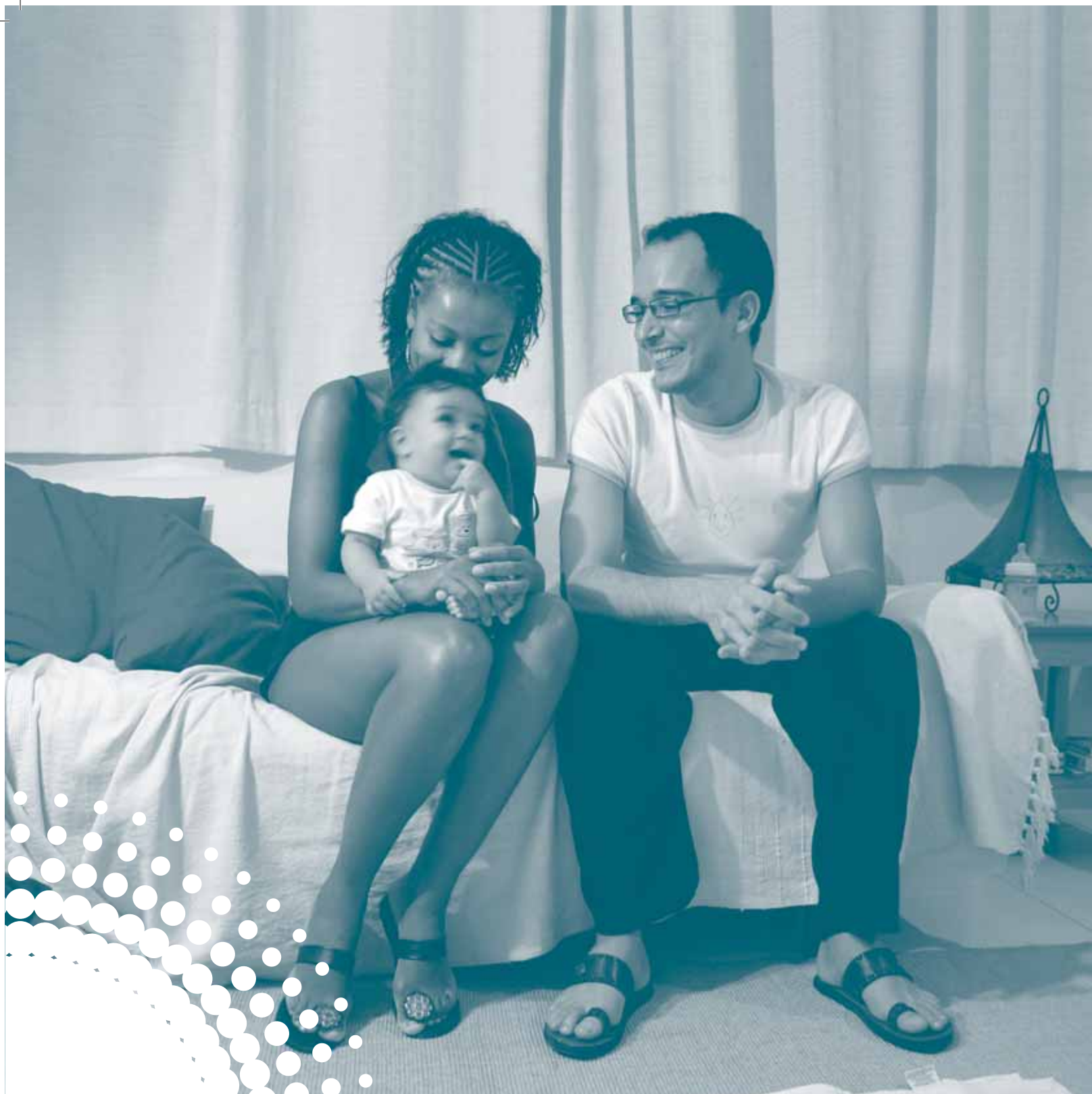
O UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas é uma agência de cooperação internacional para o desenvolvimento que promove o direito de cada mulher, homem, jovem e criança a viver uma vida saudável, com igualdade de oportunidades para todos. Apóia os países na utilização de dados sociodemográficos para a formulação de políticas e programas de redução da pobreza. E contribui para assegurar que todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros, todos os jovens fiquem livres do HIV e da aids e que todas as meninas e mulheres sejam tratadas com dignidade e respeito.

UNFPA - porque cada pessoa conta.



# Índice

1. Apresentação .....	6
2. O UNFPA no marco internacional contemporâneo das políticas de população.....	8
3. Dia Mundial de População 2008: compartilhando preocupações .....	10
Planejamento familiar, educação e saúde .....	11
4. Panorama: Brasil nas políticas e no debate sobre planejamento familiar.....	12
Dos anos 1940 à Constituição de 1988.....	13
Anos 1990 e início do século XXI .....	14
Conferências da ONU .....	15
5. Resultados da PNDS 2006.....	16
Fecundidade.....	17
Fecundidade e região .....	17
Fecundidade proporcional por idade .....	18
Início precoce da vida sexual .....	18
Jovens com pelo menos um filho nascido vivo .....	18
Grávidas do primeiro filho e diferenciais raciais .....	18
Diferenças marcantes de acordo com o nível de escolaridade .....	19
Fecundidade e anos de estudo .....	19
Cenário internacional.....	19
Anticoncepção.....	20
Há melhorias no planejamento das famílias, mas persistem desafios.....	21
Locais de acesso aos métodos anticonceptivos .....	22
Esterilização: um caso à parte .....	22
Esterilização masculina .....	24
6. Avanços e desafios na perspectiva do Ministério da Saúde.....	25
Política nacional de planejamento da vida sexual e reprodutiva .....	26
Gestão da Política Nacional de Planejamento Familiar .....	27
Atenção básica .....	27
Promoção em saúde em parceria com o MEC .....	28
Avanços e desafios.....	28
Compra e distribuição de insumos.....	29
Preservativos .....	29
Laqueadura tubária .....	30
Vasectomia .....	30
Reprodução assistida .....	30
Resistências.....	30
7. Marco legal .....	31
8. Referências bibliográficas .....	37
9. Notas .....	39



1

## Apresentação



No calendário da Organização das Nações Unidas, 11 de julho é o “Dia Mundial de População”, data em que os Estados-membros são convocados a revisitar e avaliar o processo de discussão, conquistas e políticas nesse campo.

Em 1968, a ONU reconheceu o direito de todas as pessoas a escolher livre e responsabilmente sobre o número de crianças que desejam ter e o momento das gestações como direito humano fundamental. O tempo passou e a contracepção permanece fora de alcance para centenas de milhares de mulheres, homens e jovens de ambos os sexos. Por isso, em 2008, o tema escolhido para o Dia Mundial de População foi “Planejamento familiar: é um direito, vamos fazer disso uma realidade”. Iniciativas em todo o mundo divulgaram esse tema e deram ênfase à falta de acesso a informação, serviços de saúde e/ou ações de planejamento familiar vivida, principalmente, por grupos populacionais marginalizados e por pessoas jovens, bem como à necessidade de mais recursos.

No Brasil, mais especificamente na Capital Federal, Brasília, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) organizou um seminário em que foram apresentados os principais desafios nacionais para fazer do direito ao planejamento familiar uma realidade. Coube a Alanna Armitage, Representante do UNFPA no Brasil, compartilhar com o público os compromissos assumidos pela ONU para a garantia do direito universal à saúde sexual e reprodutiva e ao planejamento familiar.

A pesquisadora e demógrafa Suzana Cavenaghi fez uma síntese dos resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). O representante do Ministério da Saúde, Dr. Adson França, Diretor de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde, atualizou informações a respeito das ações governamentais voltadas para o planejamento familiar, com foco na oferta de anticoncepcionais, apontando avanços e desafios.

Entre as pessoas convidadas, estavam autoridades do governo federal, representantes das gestões estaduais e municipais nas áreas de saúde e políticas para mulheres, da comunidade internacional e de

organismos das Nações Unidas, de instituições de ensino e pesquisa, profissionais, pesquisadores, pesquisadoras e ativistas que têm lutado pela conquista do direito à saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

Esta publicação apresenta as informações e debates do encontro e visa contribuir para o aprofundamento das discussões, para a superação dos entraves e para a potencialização dos avanços que o Brasil tem demonstrado na área dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar, considerando a universalidade, interdependência e indissociabilidade dos direitos humanos.



2

O UNFPA no marco internacional contemporâneo das políticas de população

Em 1968, Ano Internacional dos Direitos Humanos, os Estados-membros da Organização das Nações Unidas reconheceram o planejamento familiar como um direito humano fundamental. Isto significou aceitar, como parte da vida de todas as pessoas e casais, o direito de decidir livremente e de forma responsável quando e quantos filhos ter. Em 1969, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) iniciou suas atividades buscando contribuir, por meio do planejamento familiar entre outras questões, para a ampliação das oportunidades de acesso à educação formal, ao mundo do trabalho, aos serviços integrais de saúde e às ações de saúde sexual e reprodutiva para mulheres.

A partir da década de 1970, diversas iniciativas aprofundaram o reconhecimento do direito ao planejamento familiar. A mais paradigmática foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/CIPD, realizada em 1994 no Cairo. A CIPD adotou o conceito de direitos reprodutivos e seu Programa de Ação deslocou a agenda de população, afastando-a dos objetivos de controle populacional para o campo dos direitos e da autonomia nas escolhas individuais.

Naquela ocasião, o UNFPA revisou a conexão entre suas áreas prioritárias de ação: população e desenvolvimento; saúde reprodutiva e direitos; e igualdade de gênero. Passou a guiar seu trabalho pelo Programa de Ação do Cairo, assinado pelos 179 governos que concordaram – como pré-requisito para o desenvolvimento sustentável em longo prazo – com o atendimento às necessidades de educação e saúde, incluindo a saúde reprodutiva com perspectiva de gênero.

Seis anos depois, na Cúpula do Milênio de 2000, líderes de 189 Estados-membros da ONU estabeleceram uma parceria mundial para o cumprimento de metas para a erradicação da pobreza extrema e da fome até 2015. Foram definidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), baseados nas discussões das últimas décadas, especialmente nas conferências internacionais de População e Desenvolvimento, Direitos Humanos, Mulheres, HIV e Aids, e Desenvolvimento Social. Esses objetivos estão inter-relacionados e devem

ser trabalhados de forma simultânea como ponto de partida para a erradicação da pobreza, respeito, promoção, proteção e garantia dos direitos humanos, segurança da humanidade, proteção do meio ambiente, e alcance do desenvolvimento sustentável.

Entre os ODM estão a promoção da igualdade de gênero e da autonomia das mulheres e a melhoria da saúde materna, objetivos que não poderiam ser alcançados sem o enfrentamento firme das questões relacionadas à proteção dos direitos das mulheres, sobretudo dos direitos reprodutivos. O tema foi discutido na Cúpula de Governos realizada em 2005, e, como resultado, uma nova meta foi acrescentada aos ODM: garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015, promovendo igualdade de gênero e abolindo a discriminação e violência contra mulheres e meninas. As definições da Conferência sobre a Mulher de Beijing (1995) foram também reafirmadas como contribuição essencial para se alcançar as metas do milênio.

Tanto os ODM como as Plataformas de Ação da CIPD e da Conferência Mundial sobre a Mulher convergem ao reiterar que os direitos das mulheres – dentre os quais os direitos reprodutivos – são direitos humanos, e reconhecer que, para resolver os graves problemas mundiais, é preciso contar com a participação integral e o empoderamento das mulheres, sejam elas adultas, jovens, adolescentes ou idosas.





3

**Dia Mundial de  
População 2008:  
compartilhando  
preocupações<sup>1</sup>**

Nesses 40 anos após a instituição do planejamento familiar como um direito humano fundamental, cada um dos Estados-membros da ONU traçou sua própria história nas políticas de desenvolvimento. No direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, cumprir os compromissos assumidos requer um posicionamento claro em relação ao tema e vontade política para priorizar ações na própria agenda do desenvolvimento, não só por parte dos governos nacionais, mas por parte de toda a comunidade internacional. Isto significa garantir recursos financeiros, investir no desenvolvimento e no aprimoramento das capacidades institucionais e mobilizar toda a sociedade. E os dados mostram que, embora haja avanços, ainda há muito por fazer:

- Entre 1960 e 2000, a proporção de mulheres em idade reprodutiva utilizando contracepção em todo o mundo deu um salto de menos de 10% para 60%, mas a estimativa é de que pelo menos 200 milhões de mulheres ainda não contam com serviços acessíveis e abrangentes em saúde sexual e reprodutiva e com ações eficazes de planejamento familiar. Com a entrada de milhões de jovens na idade reprodutiva, a expectativa é de que a demanda por planejamento familiar cresça 40% nos próximos 15 anos.
- Em todo o mundo, problemas relacionados à saúde reprodutiva ainda são a principal causa de morte ou de enfermidades entre mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Ainda assim, os fundos para planejamento familiar continuam limitados. Nos últimos anos, os recursos têm decrescido de modo preocupante por decisão de doadores e de governos dos países em desenvolvimento:

- Estatísticas recentes mostram que a proporção de fundos alocados para a cooperação internacional na área de planejamento familiar caiu de 55% em 1995, para 8% em 2006.
- Para atender à demanda reprimida por contraceptivos em todo o mundo, seria necessário dispor de mais de U\$1,2 bilhão de dólares por ano em ações de planejamento familiar, além de um aumento para mais de U\$1,6 bilhão até 2015. Atualmente contamos com apenas U\$551 milhões, ou seja, menos da metade do total necessário.

## PLANEJAMENTO FAMILIAR, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Planejamento familiar é o conjunto de ações de educação e saúde nas quais são oferecidos todos os recursos cientificamente aceitos para a concepção e anticoncepção.

Para ser real, o direito de planejar o número de filhos implica no efetivo acesso a métodos contraceptivos ou conceptivos para todas as pessoas em idade reprodutiva, de acordo com suas necessidades e expectativas, incluindo: adolescentes e jovens; pessoas com deficiências; pessoas vivendo com HIV e aids, integrantes de grupos historicamente discriminados e populações marginalizadas. Garantir o acesso significa oferecer a possibilidade de escolha do método que melhor atenda às necessidades de cada pessoa ou casal, entre uma variedade de métodos seguros, eficazes e a um custo acessível.

Quando o casal ou as mulheres podem escolher o número e o momento de gestação de suas crianças, aumentam as possibilidades de se garantir os recursos necessários para que cada integrante da família tenha acesso a educação formal e informal, saúde integral, cultura e lazer.

Quando uma mulher consegue planejar sua família, ela tem possibilidade de planejar sua vida como um todo. A garantia de acesso ao planejamento familiar voluntário tem o potencial de ampliar a autonomia das mulheres e, ainda, reduzir em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis.

Prevenir gestações não desejadas reduz o recurso ao aborto. Estima-se que 68 mil mulheres morram todos os anos em decorrência de abortos inseguros e outros 5,3 milhões de mulheres fiquem com seqüelas. Em todo o mundo cerca de 90% dessas mortes e seqüelas poderiam ser evitadas se as mulheres que preferem evitar ou adiar uma gestação tivessem acesso a métodos efetivos de anticoncepção.

Informações e serviços de planejamento familiar podem contribuir para o controle da epidemia de aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente quando os programas de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva são integrados aos de prevenção, assistência e tratamento das IST, do HIV e da aids.

Para as pessoas jovens, quanto maior o acesso a informações precisas e em linguagem adequada, maior sua segurança.



# 4

## Panorama: Brasil nas políticas e no debate sobre planejamento familiar

## DOS ANOS 1940 À CONSTITUIÇÃO DE 1988

O Estado brasileiro chegou à segunda metade do século XX mantendo uma postura natalista com relação à política populacional, ancorada em leis promulgadas no início dos anos 1940. Com base no Código Penal de 1940, a esterilização era considerada crime de lesão corporal e uma lei de 1941 definiu como ato ilícito o anúncio público de substâncias ou objetos destinados a evitar a gravidez<sup>2</sup>. Essa lei, embora largamente descumprida, só foi revogada em 1979<sup>3</sup>, após mais de uma década de debates no Congresso Nacional. A mudança pode ser explicada porque crescia no Poder Executivo a preocupação com a taxa de crescimento demográfico, como analisou a pesquisadora Maria Isabel Baltar (op. cit).

Oficialmente o governo federal desconsiderava a crescente demanda por regulação da fertilidade e fecundidade tanto no âmbito das famílias como individualmente. Porém, desde o início dos anos 1960 já se observava, principalmente nas áreas urbanas, o crescimento da venda de métodos anticoncepcionais nas farmácias, em particular a pílula. Consultórios particulares de ginecologia se modernizavam para atender à demanda das mulheres por orientação sobre as novas práticas contraceptivas. Mas as camadas mais pobres ou com menor nível educacional permaneciam sem acesso à anticoncepção.

A proibição legal tampouco impediu, a partir dos anos 1960, a intervenção de instituições privadas de controle de natalidade, que, no vazio da ação estatal, passaram a atuar, sobretudo nas regiões mais carentes do país e com maior taxa de fecundidade. Em 1966, instalava-se no Brasil a primeira instituição privada dedicada a oferecer métodos anticoncepcionais, a BEMFAM (Sociedade Bem-estar da Família), que se expandiu por meio de convênios com prefeituras, universidades, clínicas e empresas particulares. Na década de 1970 surgiram outras instituições similares, como o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança - CPAIMC, a partir de 1975. Em 1981 foi criada a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar/ ABEPF, que em 1989 tinha uma rede de 123 entidades prestadoras desses serviços.

Pesquisas mostram que esse período foi marcado pela prática clandestina de esterilizações femininas

em clínicas particulares ou hospitais públicos, o que contribuiu para a alta prevalência do método contraceptivo irreversível em regiões pobres, como o Nordeste e Centro-Oeste, que têm maioria de população negra (preta ou parda, de acordo com as categorias de cor do IBGE). Nas áreas de maior desenvolvimento econômico, os métodos reversíveis eram mais utilizados.

Com o processo de redemocratização, que teve início na segunda metade dos anos 1970, emergem novos atores sociais interessados nesse debate, entre os quais os grupos de mulheres. Nesse momento, a atuação das clínicas privadas de planejamento familiar passa a ser alvo de críticas por parte de setores interessados na consolidação da política natalista e, ao mesmo tempo, pelo movimento feminista e movimentos de mulheres, que atuavam fortemente em defesa da saúde e do planejamento familiar como direito de escolha informada para todas as mulheres. Nesse processo, as feministas tiveram como aliados integrantes do movimento que discutia a reforma sanitária e a instituição de um sistema único de saúde para garantir acesso igualitário e universal aos serviços.

Nesse período, a equipe da Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde, formada por participantes do movimento sanitário, assumiu a tarefa de formular uma proposta avançada, denominada "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM". Sensível quanto à importância da participação social na elaboração das políticas públicas, esse grupo convocou feministas para participarem desse trabalho. Lançado em 1983, o PAISM rompeu com a visão restritiva da saúde da mulher atrelada ao ciclo da gravidez, parto e puerpério - que vigorava desde os anos 1930 - para contemplar a saúde da mulher em todas as fases de sua vida. O programa incluiu a questão da concepção e da anticoncepção de forma conceitualmente distanciada de objetivos demográficos em relação à fecundidade.

Em 1985 foram realizadas em várias regiões do país ações de implementação do PAISM em que se dava destaque ao planejamento familiar, com ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais acompanhada de ações educativas.



Nesse período foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão vinculado ao Ministério da Justiça, cuja intermediação foi essencial para a inclusão das reivindicações dos movimentos de mulheres na nova Constituição, aprovada em 1988. O texto constitucional instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconheceu o planejamento familiar como direito de cidadania, cabendo ao Estado oferecer informações e todos os meios necessários para o exercício desse direito. Essa aprovação ocorreu apesar da resistência de grupos religiosos mais conservadores, aliados na crítica à coerção das mulheres ou casais, mas que admitiam, na regulação da fecundidade, apenas o uso dos métodos contraceptivos naturais.

## ANOS 1990 E INÍCIO DO SÉCULO XXI

Por diversas razões, de ordem política e estrutural, e inclusive pelas dificuldades inerentes ao processo de implementação do SUS, não se materializou de imediato a expectativa de que o PAISM representasse uma mudança efetiva nas ações de planejamento familiar, com atividades educativas, profissionais capacitados, oferta de métodos e direito de escolha garantido a mulheres e homens. Além disso, a gestão das políticas públicas nem sempre foi conduzida com uma perspectiva de promoção da atenção integral à saúde da mulher. Até fins dos anos 1990, essas ações permaneceram inseridas na Coordenação Materno-infantil do Ministério da Saúde, composta por três programas: saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adolescente. Somente em 1998 a saúde da mulher passou a ser uma área independente da atenção à criança.<sup>4</sup>

Na década de 1990, intensifica-se o debate legislativo sobre planejamento familiar, refletindo as tensões entre setores progressistas de um lado e grupos religiosos de outro. Esse processo culmina com a aprovação e posterior promulgação, em 1996, da Lei de Planejamento Familiar, que regulamenta o direito conquistado na Constituição de 1988, liberalizando e regulamentando, inclusive, a esterilização cirúrgica<sup>5</sup>. Embora não diretamente relacionado a esta lei, um evento importante do início dessa década (1991) foi a criação, no município de São Paulo, do primeiro serviço público de referência para o atendimento aos casos de aborto previstos pelo Código Penal de 1940

(gravidez por estupro ou quando representa risco de morte para a mulher).

Ainda em vigor, a Lei de Planejamento Familiar está sintonizada com os compromissos assumidos pelo Brasil na década de 1990 nas conferências do Cairo e de Pequim (consulte caixa “Conferências da ONU”). Estes passos acirraram as resistências de caráter religioso e conservador, contrárias às conquistas no campo dos direitos reprodutivos e sexuais. A articulação e a organização dessas forças no poder Legislativo têm crescido no âmbito federal, nos estados, municípios e distrito federal, com foco principal na obstrução de qualquer tentativa de revisão da lei punitiva do aborto e pela proposição de projetos de lei que restringem o acesso ao planejamento familiar, buscando proibir, por exemplo, a contracepção de emergência ou o aborto pós-estupro, com base em argumentos pautados no direito à vida desde a concepção.<sup>6</sup>

No final dos anos 1990, o Ministério da Saúde fez um esforço consistente para garantir a atenção integral ao planejamento familiar no âmbito dos serviços que integram a rede SUS. Em 1998, além do forte investimento na ampliação da Área Técnica de Saúde da Mulher, foram realizados processos de capacitação e qualificação de profissionais de saúde para a assistência ao planejamento familiar em parceria com estados, municípios, organizações não-governamentais e entidades científicas; e foram adquiridos insumos, posteriormente distribuídos em âmbito local. Entretanto, a ação enfrentou dificuldades, sobretudo em relação ao grau de organização da rede de saúde e à capacidade gerencial dos municípios de pequeno porte.

Desde então, tem-se trabalhado no sentido de superar os problemas existentes em relação à operacionalização dessa política em um contexto de grande heterogeneidade nas condições e capacidades da rede SUS segundo regiões e municípios, além de acirradas desigualdades socioeconômicas.

A partir de 2003, registra-se um avanço importante: a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que promoveu duas Conferências Nacionais sobre Políticas para as Mulheres, a primeira em 2004 e a segunda em 2007. Esta última reuniu



ao todo, incluindo as conferências preparatórias nos municípios e estados, 200 mil participantes. Nesse processo, mulheres organizadas em redes, fóruns, sindicatos, partidos, associações, em parceria com outros segmentos, residentes em áreas urbanas e rurais reforçaram consensos em torno da reivindicação pelo planejamento familiar como um direito de cidadania, pela descriminalização do aborto e em defesa dos princípios do SUS e do PAISM.

Depois da primeira conferência (2004), o governo elaborou um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que foi avaliado e atualizado a partir do resultado da segunda conferência, em 2007. O PNPM lançou novos programas e ações na área da saúde e direitos reprodutivos.

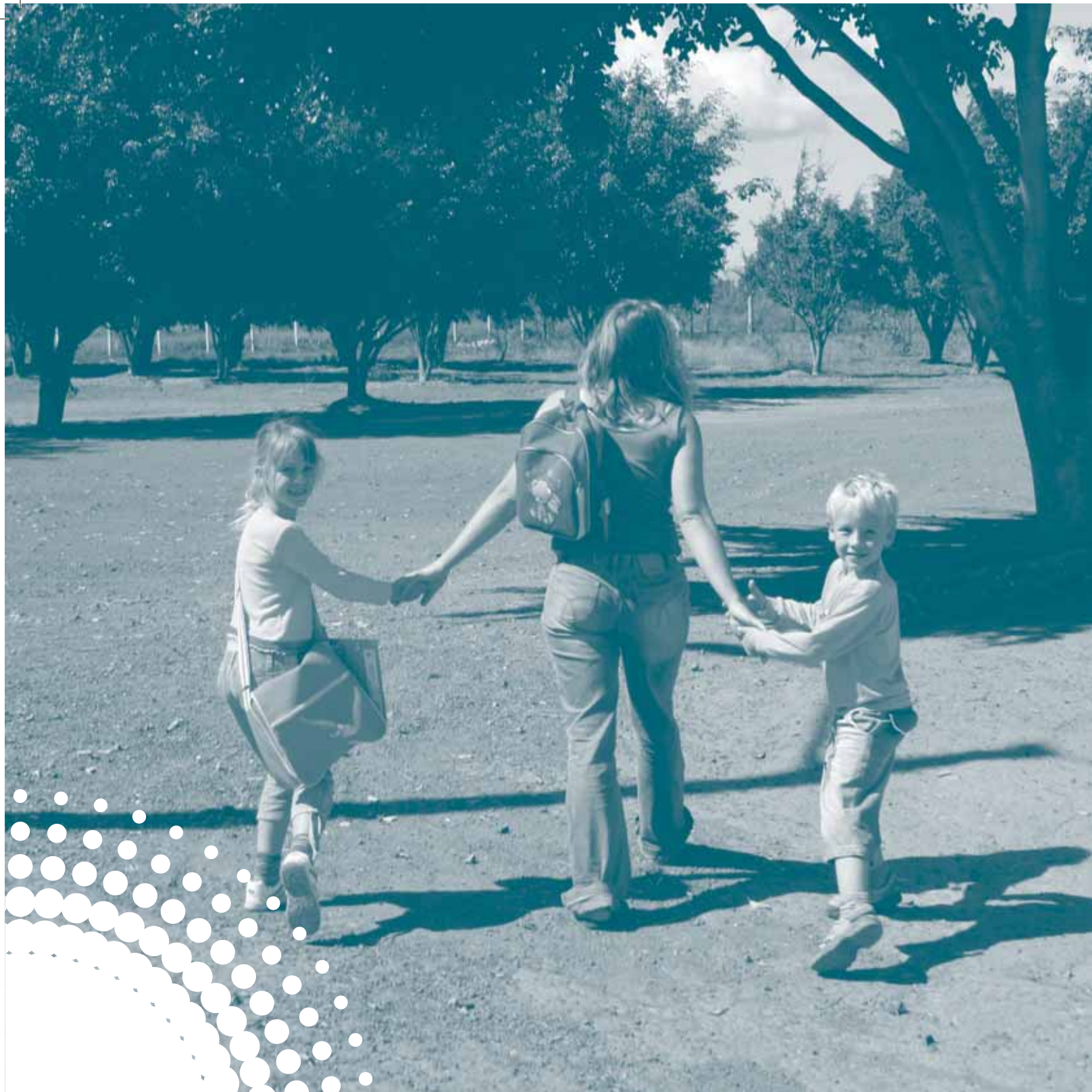
## CONFERÊNCIAS DA ONU

O governo brasileiro teve atuação destacada no ciclo de conferências da ONU que debateu direitos humanos, questões populacionais, mulheres e desenvolvimento. Sob a coordenação do Ministério das Relações Exteriores, as delegações oficiais incluíram a participação da sociedade civil, com representantes de organizações feministas e do movimento de mulheres negras, entre outros. O país apresentou-se como negociador na argumentação a favor dos direitos das mulheres como direitos humanos e da inserção do planejamento familiar nas políticas de saúde integral com perspectiva de gênero. Para a Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), foi montado um comitê interministerial assessorado por técnicos da área de demografia e população<sup>7</sup>, e realizado previamente o Encontro Nacional “Mulher e População: nossos direitos para o Cairo-94”, onde foi formulada uma carta com 12 princípios básicos da não-coerção, da saúde integral da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos.

O resultado desse ciclo foi um avanço histórico nos consensos firmados pela comunidade internacional, muitos com impacto positivo sobre o planejamento familiar:

- reconhecimento dos direitos reprodutivos como o “direito de todo casal ou indivíduo a ter informação e acesso aos meios para exercer a reprodução”;

- reconhecimento da existência de múltiplos arranjos familiares e das relações desiguais de poder entre os gêneros;
- formulação do conceito de empoderamento das mulheres e da inserção dos homens como co-responsáveis no processo de reprodução e de regulação da fecundidade;
- recomendação do planejamento familiar como parte da atenção básica à saúde, incluindo-se o tratamento da infertilidade, os serviços de interrupção da gravidez nas situações descritas em lei, e iniciativas de aconselhamento de homens, adolescentes e jovens de ambos os sexos sobre sexualidade, comportamento sexual e atitudes responsáveis;
- reconhecimento do aborto como questão de saúde pública, recomendação de revisão das leis punitivas e garantia de atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento inseguro;
- inclusão de adolescentes como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, eliminando-se a necessidade de autorização dos pais para seu acesso a serviços, informação e insumos de saúde sexual e reprodutiva, com inclusão do tema no currículo escolar.



5

Resultados da  
PNDS 2006 <sup>8</sup>

Em maio de 2008 foram publicados os dados e análises preliminares da terceira Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher e da Criança de 2006<sup>9</sup>. Estes resultados foram recebidos com especial interesse pela comunidade científica, gestores da saúde, organizações da sociedade civil que atuam no campo dos direitos reprodutivos e pela mídia. A PNDS 2006 fornece subsídios fundamentais para a avaliação dos avanços ocorridos na saúde da mulher e da criança no Brasil e identificação de lacunas, orientando a formulação de políticas e estratégias de ação nas áreas de demografia, saúde e nutrição.

A PNDS 2006 levanta informações sobre a fecundidade e intenções reprodutivas das mulheres em idade fértil, a atividade sexual e anticoncepção, a assistência à gestação e ao parto, a morbidade feminina e o estado nutricional das crianças<sup>10</sup>. Foi realizada de modo a permitir comparações com as duas PNDS anteriores, e com a situação de outros países, por meio do projeto Measure DHS (*Demographic and Health Service*), investigação de escala global realizada com apoio da USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)<sup>11</sup>.

Este texto contempla principalmente os dados do Relatório da PNDS 2006 sobre Fecundidade, Anticoncepção e 'Planejamento da fecundidade'<sup>12</sup>.

## FECUNDIDADE

Para que o tamanho de uma população fique estável, em longo prazo, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) deve ser de 2,1 filhos por mulher, que é o chamado 'nível de reposição'. A TFT brasileira se manteve alta até 1960, quando estava em 6,2 filhos por mulher. A partir daí começou a declinar, alcançando 2,5 filhos por mulher segundo a PNDS de 1996<sup>13</sup>, mantendo-se ainda acima do nível de reposição.

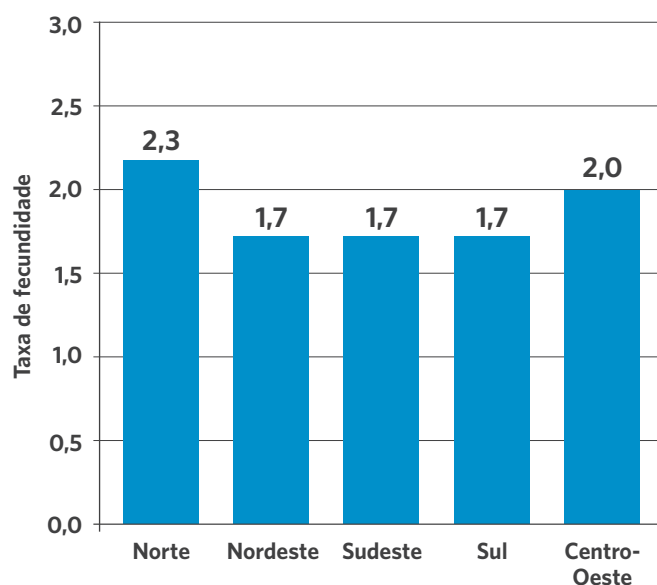
A PNDS-2006 verificou que o Brasil manteve a tendência de diminuição da TFT, chegando à média de 1,8 filhos por mulher. Com essa média, o país se posiciona abaixo do nível de reposição, com uma taxa comparável à de muitos países europeus.

Entretanto, é preciso considerar que o Brasil é um país heterogêneo e que, em função disso, deve-se analisar a média nacional de fecundidade a partir de diversos ângulos. Foi o que a PNDS-2006 buscou ao produzir dados por **idade, região e anos de estudo**, importantes para qualificar o conhecimento sobre esta realidade tão complexa. Também se buscou observar diferenciais no comportamento reprodutivo a partir da variável **cor de pele**. Assim, verificou-se que entre as mulheres que se declaram brancas está a menor taxa de fecundidade, com 1,53 filhos por mulher. E entre as mulheres que se declaram pardas ou pretas (agrupadas neste caso na categoria 'negra'), a taxa fica em 1,9.

## FECUNDIDADE E REGIÃO

Os níveis de fecundidade apresentaram valores relativamente baixos em todas as regiões geográficas. A maior taxa é a da região Norte, com 2,3 filhos por mulher, e a menor na região Sul, com taxa em torno de 1,7:

Gráfico 1 - Taxa de fecundidade total por região



Observando-se por local de residência - se na zona urbana ou rural - chama atenção a redução da taxa de fecundidade total (TFT) verificada na área rural, passando de 3,5 para 2,0 filhos por mulher. Ou seja, a área rural ficou, também, abaixo do nível de reposição. Na área urbana, essa redução foi de 2,3 para 1,8 filhos por mulher.



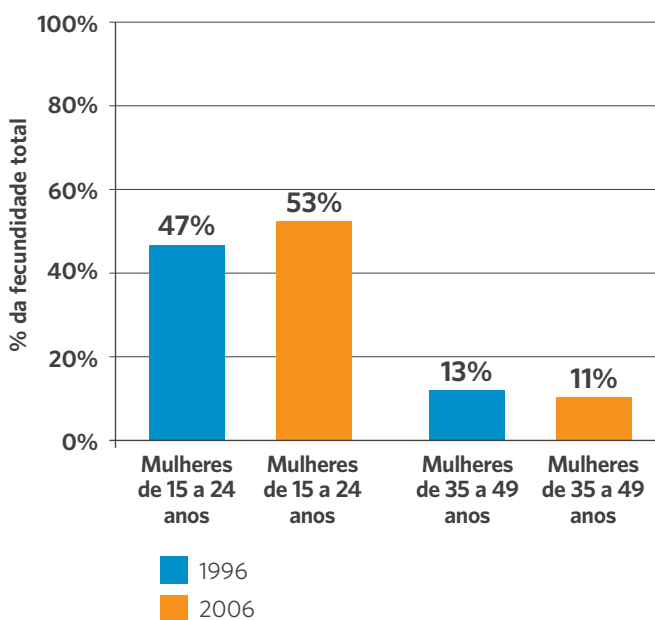
## FECUNDIDADE PROPORCIONAL POR IDADE

Uma novidade encontrada na PNDS 2006 foi na fecundidade de adolescentes, cuja média havia crescido entre 1986 e 1996. Na década 1996-2006 houve uma leve diminuição.

Observando a distribuição relativa da fecundidade, nota-se que as mulheres de 15 a 24 anos representavam, em 1996, 47% da fecundidade total, proporção que passou para 53% em 2006. Já entre as mulheres de 35 a 49 anos, a distribuição relativa da fecundidade declinou de 13% para 11%.

**Há, portanto, um rejuvenescimento da fecundidade relativa no Brasil, mas isto não significa aumento da fecundidade adolescente, e sim que as mulheres mais velhas deixaram de ter filhos, fazendo com que, relativamente, as mulheres jovens passem a ter mais filhos.**

Gráfico 2 - Distribuição relativa da fecundidade



Uma variável importante para se entender o comportamento reprodutivo é a idade mediana ao ter o primeiro filho. A PNDS-2006 mostra que, no Brasil, metade das mulheres teve seu primeiro filho até os 21 anos de idade (quando em 1996 essa idade mediana estava em 22,4 anos). Entretanto, as variações dessa

média, quando entrecruzadas com outras variáveis – como a região onde vivem as mulheres, escolaridade, e cor da pele – mostram diferenças relevantes, sobretudo no recorte de anos de estudo, cujo dado é apresentado no último dos itens que se seguem:

- na zona rural a mediana cai para 20 anos;
- na região Norte a mediana cai para 19 anos e nas regiões Nordeste e Centro-Oeste para 20;
- na região Sudeste a mediana sobe para 22 anos;
- 50% das mulheres negras e 'outras' tiveram seus filhos até os 21 anos, e as brancas até os 22 anos;
- a mediana cai para 19 anos entre as mulheres com nenhum estudo e até três anos de estudo, e sobe gradativamente conforme aumentam os anos de estudo, ficando em 20 anos para as mulheres entre quatro e oito anos de estudo, 23 para as mulheres entre nove e 11 anos de estudo, e alcançando 26 anos como idade para ter o primeiro filho, entre as mulheres com 12 ou mais anos de estudo, uma diferença significativa.

## INÍCIO PRECOCE DA VIDA SEXUAL

Um dado comparativo relevante entre as PNDS de 1996 e 2006 é que as mulheres estão começando sua vida sexual mais cedo. Entre as entrevistadas em 2006, 33% tiveram relações sexuais antes dos 16 anos, o triplo do ocorrido em 1996.

## JOVENS COM PELO MENOS UM FILHO NASCIDO VIVO

No grupo com 15 anos, a PNDS 2006 encontrou 5,8% das mulheres nessa situação.

## GRÁVIDAS DO PRIMEIRO FILHO E DIFERENCIAIS RACIAIS

No momento da entrevista, entre um total de 2.486 adolescentes (15 a 19 anos) entrevistadas, 6,2% estavam grávidas do primeiro filho. Curiosamente, essa proporção foi maior nas jovens do meio urbano (5,6%) do que nas do meio rural (2,4%). A proporção cresce com a idade, partindo de 3,7% aos 15 anos para 9,6% aos 18. As mulheres negras (auto-declaradas pretas ou pardas) se destacam pelo maior percentual (7,5%) quando comparadas às brancas (4,8%).

## DIFERENÇAS MARCANTES DE ACORDO COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Entre as 2.490 adolescentes (15 a 19 anos) entrevistadas, 23,1% estavam grávidas do primeiro filho, engravidaram alguma vez na vida, ou já eram mães, independente do nível de escolaridade. Entre as que tinham 1 a 3 anos de estudo, essa proporção foi de 52,3%. Já entre aquelas com mais anos de estudos, a proporção cai.

## FECUNDIDADE E ANOS DE ESTUDO

Em 2006 mantém-se o panorama de dez anos atrás, com a taxa de fecundidade total maior entre as mulheres com menor nível de escolaridade. As mulheres que declaram não ter nenhum ano de estudo constituem a única faixa em que a média de filhos fica acima de quatro por mulher, em 4,2. Para a faixa entre um e quatro anos de estudo, a média também

### CENÁRIO INTERNACIONAL

Embora os dados não constem da PNDS, pode ser interessante comparar a taxa de fecundidade de outros países (entre 2000 e 2005) com a do Brasil em 2006, que aponta para o seguinte quadro:

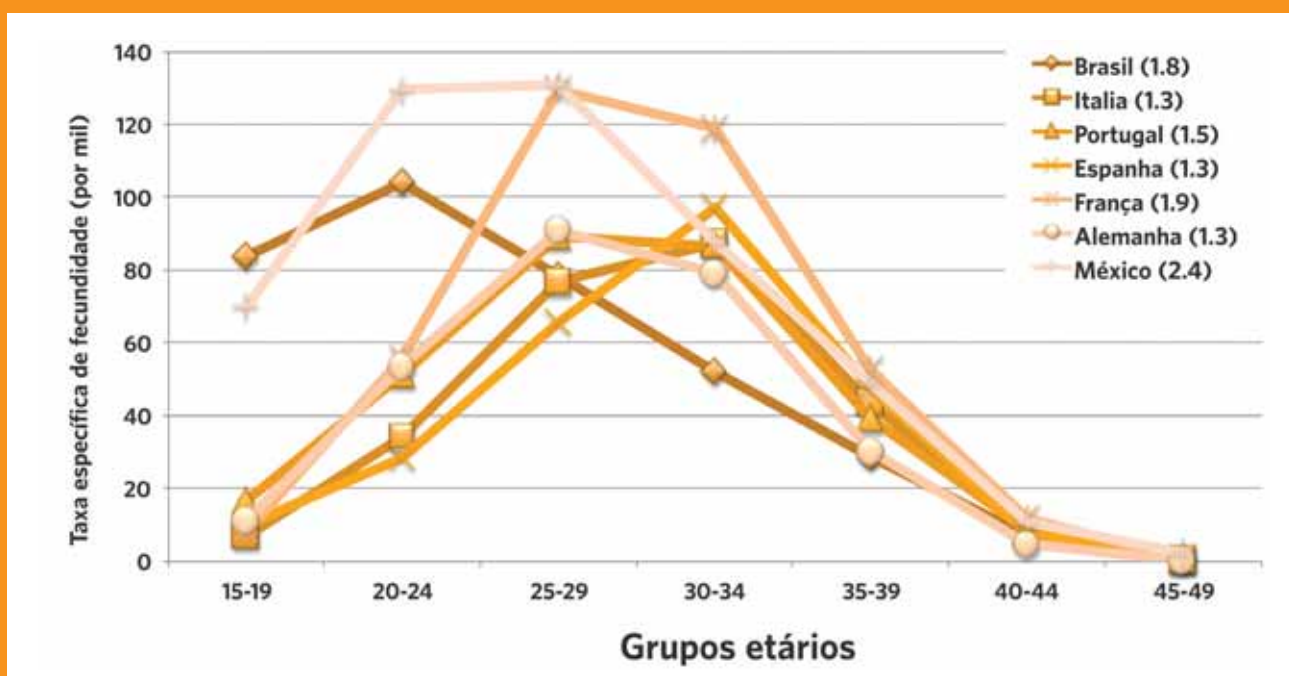
- Itália - taxa de 1,3 com pico na faixa entre 30 a 34 anos de idade;
- Portugal - taxa de 1,5, com pico na faixa de 25 a 34 anos de idade;
- Espanha - taxa de 1,3, com pico em 34 anos de idade, sendo que todas as mulheres de 15 a 19 têm poucos filhos;
- França - taxa de 1,9, com pico em 25 anos, que é uma taxa mais alta do que no Brasil, mas a maior parte das mulheres começa a ter filhos entre 25 e 34 anos;
- Alemanha - taxa de 1,3, com pico entre 25 e 29 anos de idade;

- México - taxa de 2,4, com pico entre 20 e 29 anos de idade;
- Brasil - taxa de 1,8 com pico entre 20 e 24 anos.

Estes dados revelam que, mesmo com um nível de fecundidade parecido, há diferenças relevantes entre o Brasil e alguns países europeus ou, mesmo, o México, sobretudo no que se refere ao padrão jovem da fecundidade brasileira, também encontrado em outros países da América Latina.

Uma indagação importante seria de que forma essas mulheres estão planejando sua vida e tomando suas decisões reprodutivas e por que o padrão nos países latino-americanos é tão diferente dos padrões apresentados pelos países da Europa.

Gráfico 3 - Taxa de fecundidade específica para países selecionados ao redor de 2000-05 e Brasil 2006



permanece acima do nível de reposição, no patamar de 2,8 filhos por mulher. Mas no grupo com 1 a 3 anos de estudo, a queda é de 3,6 para 2,8, e no grupo com 4 anos de estudo a queda é proporcionalmente menor, pois nesse grupo a média em 1996 estava em 3,0.

No outro extremo, o das mulheres com 12 ou mais anos de estudo, a taxa caiu 0,5 ponto, variando do patamar já bastante baixo de 1,5 para 1,0 filho por mulher (o que significa metade do nível de reposição). A menor queda se deu nas mulheres que declararam ter entre nove e 11 anos de estudo, grupo em que a taxa caiu apenas 0,1 ponto, passando de 1,7 para 1,6.

## ANTICONCEPÇÃO

O conhecimento dos métodos anticoncepcionais está praticamente generalizado entre as mulheres brasileiras. Os métodos modernos são conhecidos por quase 100%, enquanto os tradicionais são conhecidos por 93% de todas as mulheres: as atualmente unidas, as não unidas sexualmente ativas e as que declaram não ter tido experiência sexual. É surpreendente, por exemplo, que mesmo um método como o preservativo feminino, que é pouco disseminado, seja conhecido por mais de 89% das mulheres.

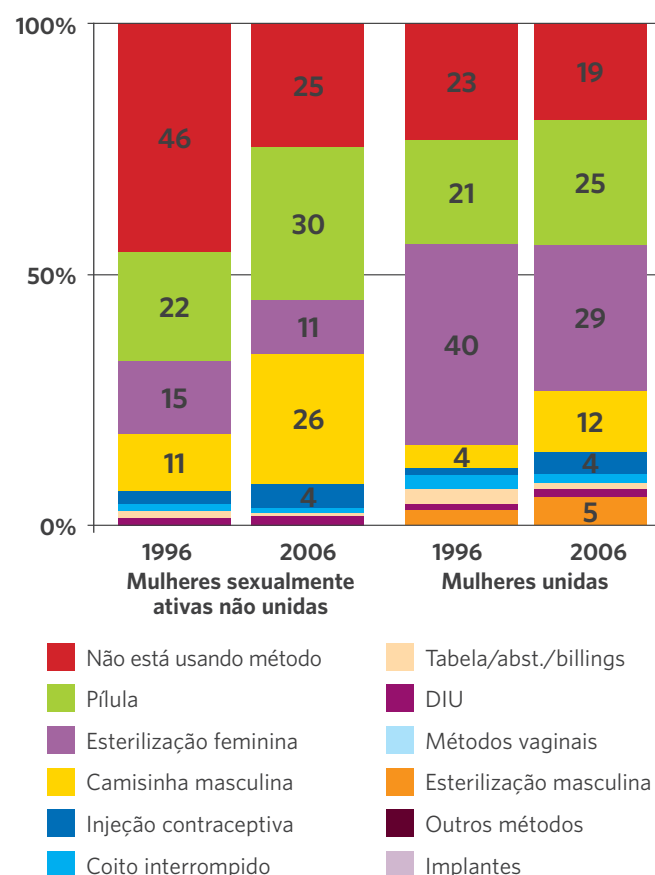
A grande maioria das mulheres unidas e não unidas com experiência sexual já recorreu a algum método na vida. As não unidas com experiência sexual mostram um percentual de quase 100%, e as unidas, de quase 98%. Entre as não unidas e com experiência sexual, 23% já utilizaram a pílula do dia seguinte e quase 5% já fizeram uso da camisinha feminina, contra 11% e 3% entre as unidas, respectivamente.

Quando indagadas se estavam usando algum método no momento da pesquisa, 80,6% das mulheres unidas responderam positivamente. Entre o leque de opções, os recursos mais citados foram, pela ordem: esterilização (29%), pílula (25%), camisinha (12%), vasectomia do companheiro (5%), injeção (4%), coito interrompido (2%), DIU (2%) tabelas (1%), implante (0,1%). É importante destacar os 19,4% que não estavam usando método.

No grupo das não unidas com experiência sexual, a porcentagem que não utilizava nenhum método no momento da pesquisa é maior, chegando a 25%. Entre

aquelas que declararam fazer uso de algum método (75% do total), foram mais citados, pela ordem: pílula (30%), camisinha masculina (26%), esterilização feminina (11%), injeção (4%), DIU (1,3%), coito interrompido (1%), tabela (0,6%), implante (0,4%), esterilização masculina e pílula do dia seguinte (0,1%).

**Gráfico 4 - Porcentagem de mulheres atualmente unidas e mulheres sexualmente ativas não unidas usando algum método, segundo o tipo de método usado. PNDS 1996 e 2006.**



Comparando com os resultados de 1996 (consultar gráfico 4), constata-se que não só as mulheres estão praticando mais a contracepção, como também está ocorrendo uma mudança nos métodos utilizados e no padrão de comportamento anticoncepcivo, inclusive com maior participação dos homens. Isto pode ser um reflexo de esforços recentes por meio de políticas públicas na área de planejamento familiar e direitos reprodutivos para ampliar o acesso e de ações governamentais visando aumentar a adesão a métodos contraceptivos:

- entre as mulheres unidas, a diminuição das que declararam não estar usando qualquer método foi

de apenas quatro pontos percentuais, mas entre as não unidas com experiência sexual essa proporção foi reduzida à metade;

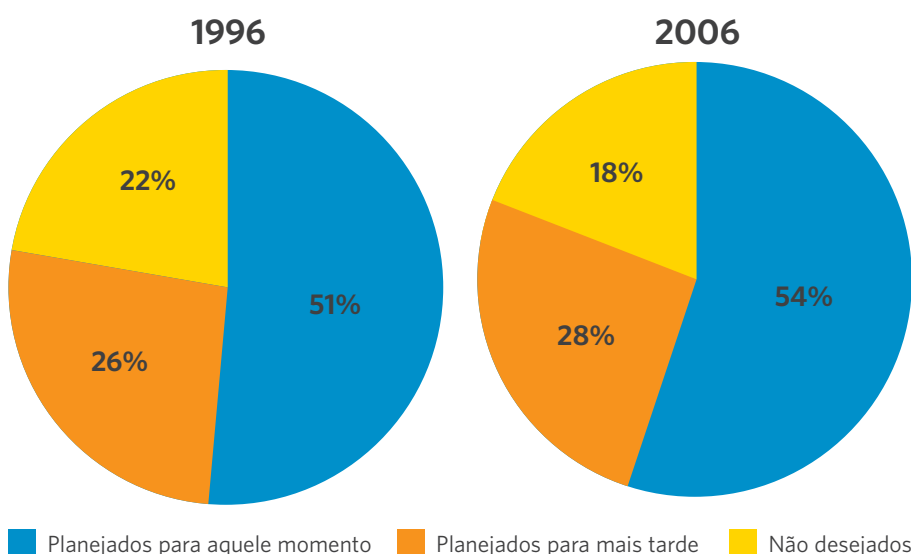
- houve redução proporcional no uso da esterilização feminina e aumento proporcional no uso da vasectomia, indicando uma bem-vinda tendência de aumento da participação masculina no processo de planejamento familiar e reprodutivo;
- confirmam esta tendência o aumento do uso da camisinha masculina de 4% para 12% no grupo das mulheres unidas e de 11% para 26% no das mulheres não unidas com experiência sexual – este é um dado relevante considerando que o método previne a gravidez indesejada e as IST, incluindo a infecção por HIV.

### HÁ MELHORIAS NO PLANEJAMENTO DAS FAMÍLIAS, MAS PERSISTEM DESAFIOS

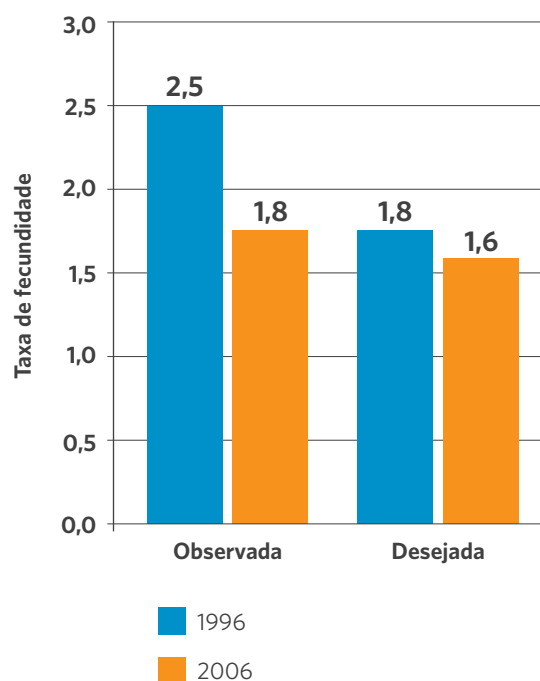
A persistência de um grupo significativo de mulheres sem utilizar qualquer método contraceptivo, seja porque não querem ou porque não têm acesso aos insumos, é um dado que merece ser mais estudado. Somado à eventual utilização precária dos métodos, seria um dos fatores causadores dos níveis de insatisfação verificados.

Essa insatisfação apareceu, por exemplo, na investigação sobre o planejamento a partir dos nascimentos ocorridos ao longo dos cinco anos

**Gráfico 5 - Porcentagem de nascimentos ocorridos nos 5 anos anteriores à pesquisa, segundo o planejamento. PNDS 1996 e 2006.**



**Gráfico 6 - Taxa de fecundidade total observada e desejada. PNDS 1996 e 2006.**



anteriores à pesquisa. As respostas a este item do questionário mostraram que, em 2006, 54% dos nascimentos nos últimos cinco anos foram desejados, 28% não foram planejados para aquele momento e 18% foram indesejados. É bem verdade que o percentual de nascimentos indesejados baixou três pontos percentuais, pois era de 22% em 1996. Mas segue sendo relevante (consultar gráfico 5).

Outra abordagem que mede essa insatisfação é a comparação entre a TFT observada com a TFT desejada.

No intervalo entre as duas últimas PNDS, houve uma aproximação entre essas taxas: em 1996, a fecundidade observada era de 2,5 e a desejada de 1,8; em 2006 os valores foram de 1,8 e 1,6 respectivamente (consultar gráfico 6), confirmando avanços nas possibilidades de controle da fecundidade. Entretanto, a pesquisa aponta que as diferenças entre desejo e realidade são mais acentuadas entre as mulheres menos escolarizadas, as negras e as que residem nas regiões menos favorecidas, em particular Norte e Nordeste.

## LOCAIS DE ACESSO AOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

As farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílula e injeções) e da camisinha masculina. Muitas pessoas, provavelmente de todas as classes sociais, ainda precisam recorrer à farmácia para conseguir esses métodos. A constatação leva a indagar sobre o que deve ser feito para que as pessoas de mais baixa renda que precisem desses métodos tenham o acesso garantido pelo Estado.

Embora o uso do DIU seja pequeno no Brasil, é curioso notar que o SUS é responsável por 60% de sua provisão. O Sistema Único de Saúde é também responsável pela maior parte (63,6%) das cirurgias de esterilização nas mulheres que atualmente usam esse método. Isto não acontece com a esterilização masculina: apenas 36,5% dessas intervenções foram feitas no SUS.

## ESTERILIZAÇÃO: UM CASO À PARTE

Dados sobre a esterilização feminina trazem elementos para se investigar aspectos de saúde e de natureza socioeconômica em torno dessa prática.

Entre as mulheres sexualmente ativas que estavam usando algum método, considerando as unidas e as não unidas, observou-se prevalência maior da esterilização nas mais velhas, com proporções mais concentradas na faixa acima de 35 anos. Assim, 37,8% estavam esterilizadas entre 35 e 39 anos, em comparação com 41% na faixa entre 40 e 44, e com 45,7% na faixa entre 45 e 49 anos. Nas outras faixas etárias, a proporção é menor: 2,3% entre 20 a 24 anos, 12,4% entre de 25 a 29 anos, e 36,7% entre 30 a 34 anos.

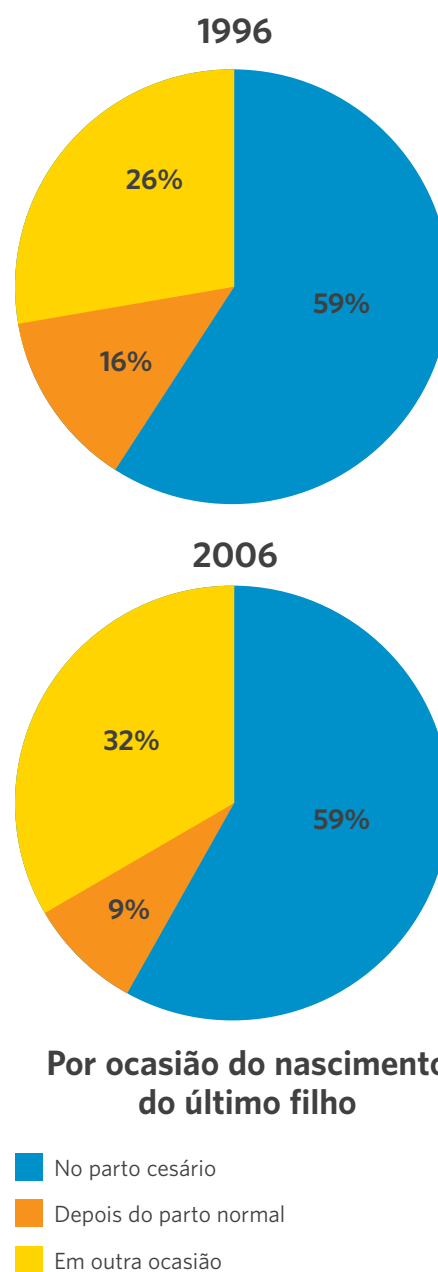
A prevalência também aumenta conforme cresce o número de filhos vivos: mais de 20% das mulheres com até dois filhos se encontram esterilizadas, quando entre as mulheres com três a quatro filhos esse percentual alcança 62%.

No grupo sem instrução, a proporção de esterilização feminina é duas vezes maior do que no

grupo de mulheres com 9 anos e mais de estudo. O mesmo ocorre nas regiões Norte e Nordeste se comparadas com Sul e Sudeste. Nas áreas rurais e entre mulheres negras, a participação da esterilização é também muito maior que a verificada nas áreas urbanas e entre mulheres brancas.

Um aspecto que não é novo com relação à esterilização feminina diz respeito ao momento em que esta se realiza. Comparando os dados de 1996 e os de 2006, observa-se que a prática não se alterou muito (consultar gráfico 7):

**Gráfico 7 - Porcentagem de mulheres esterilizadas segundo o momento da realização da cirurgia. PNDS 1996 e 2006.**





- 59% das esterilizações femininas foram realizadas no momento da cesárea, sem variação entre 1996 e 2006;
- em 2006, 9% das cirurgias aconteceram depois do parto normal e em 1996, 15%;
- em 2006, 32% das cirurgias foram realizadas em outra ocasião e em 1996, 26%.

A permanência da prática de laqueaduras tubárias feitas no momento da cesariana (quase 60%) deve ser analisada junto com a informação de que houve redução das intervenções realizadas durante o parto normal, as quais caem de 15% para 9%. Essa redução pode ser atribuída à norma brasileira que estabelece um período de 42 dias após o parto durante o qual fica proibida a realização da esterilização. Essa medida, que teve o objetivo de evitar que a esterilização fosse feita na cesariana, teve o efeito de diminuir a alternativa de se realizar o procedimento durante o parto normal, momento em que a intervenção poderia ser feita por laparoscopia, oferecendo menor risco.

Os dados refletem que, na prática, a regra provocou uma diminuição da realização da ligadura de trompas durante o parto normal e aumento durante as cesarianas.

Observando-se os dados por idade, região e anos de estudo, há achados importantes sobre esses 60% de laqueaduras realizadas no momento do parto, seja normal ou cesáreo (consultar tabela 1):

- as mulheres de maior escolaridade são as que mais se submetem à esterilização durante a cesárea;
- mesmo aquelas com baixa instrução têm uma porcentagem alta de realização da esterilização na cesárea;
- há um diferencial por região - a região Nordeste, com 43,3%, apresenta menor frequência de esterilizações feitas por ocasião da cesárea; e é seguida pela região Norte, com 51,5 %;
- no Sudeste e Sul, a porcentagem ultrapassa os 70%.

**Tabela 1 - Distribuição percentual de mulheres esterilizadas segundo a sua ocorrência por ocasião do nascimento do último filho ou não, por características sociodemográficas. PNDS 2006.**

Características sociodemográficas	Por ocasião de nascimento do último filho		Em outra ocasião	Não respondeu	Total	Número de mulheres*
	Sim, no parto cesáreo	Sim, depois de parto normal				
<b>Anos de estudo **</b>						
Nenhum	37,5	13,1	49,4	0,0	100	277
1 a 3	44,8	12,8	42,2	0,2	100	733
4	53,5	10,6	35,4	0,5	100	678
5 a 8	62,5	7,3	30,2	0,0	100	1.180
9 a 11	65,5	8,0	26,4	0,0	100	912
12 ou mais	78,7	4,3	16,8	0,2	100	281
<b>Região</b>						
Norte	51,5	9,4	39,1	0,0	100	833
Nordeste	43,3	10,8	45,9	0,0	100	935
Sudeste	70,4	6,9	22,4	0,2	100	715
Sul	73,2	7,4	19,4	0,1	100	567
Centro-Oeste	62,3	11,2	26,1	0,3	100	1.047
<b>Total</b>	<b>58,7</b>	<b>9,0</b>	<b>32,2</b>	<b>0,1</b>	<b>100</b>	<b>4096</b>

\* Na amostra existem 4.098 mulheres esterilizadas. Falta informação sobre a idade à época da esterilização para 213 mulheres.

\*\* Não existe informação para 35 das entrevistadas.

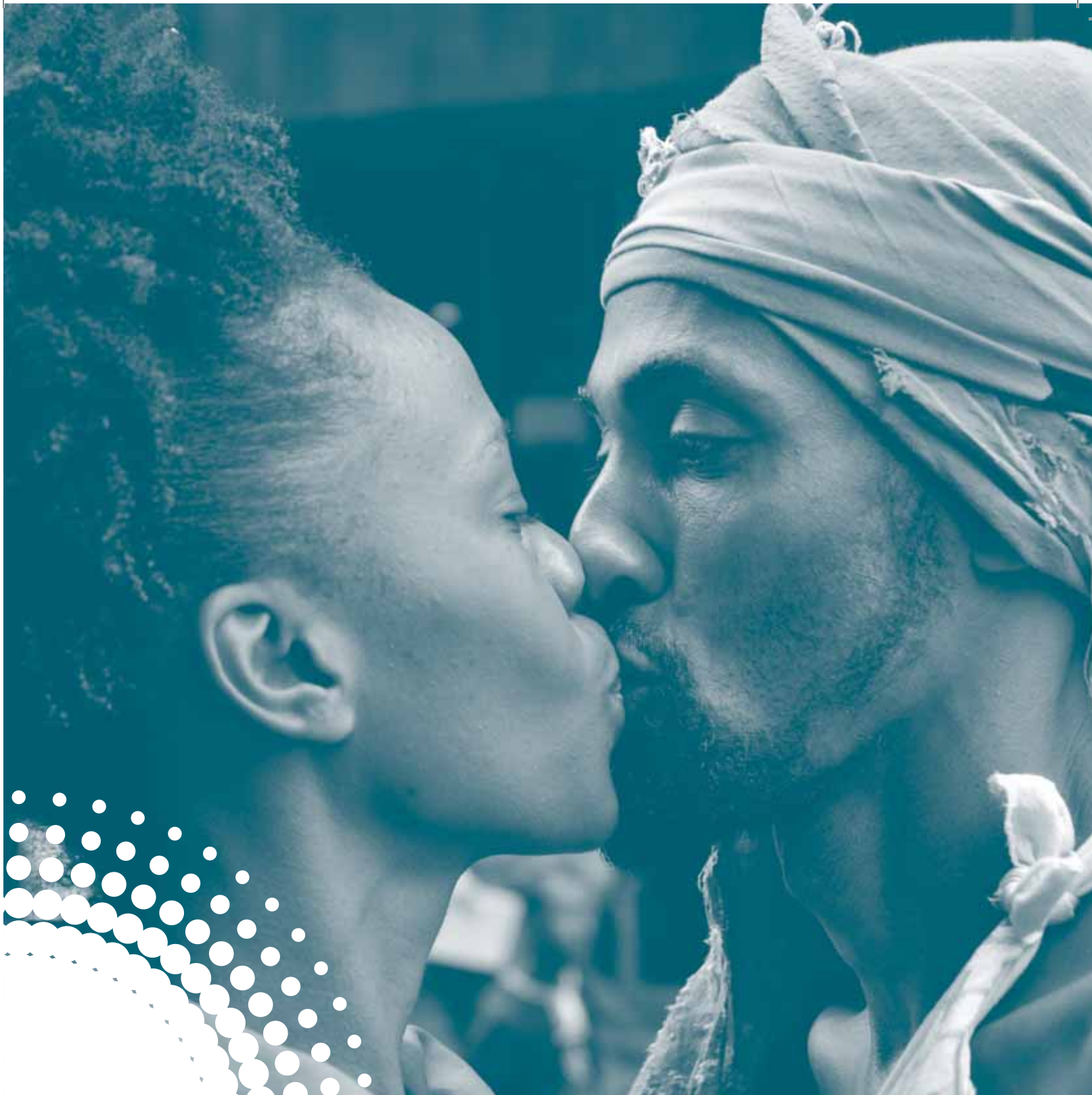
Observa-se também que a porcentagem de esterilizações realizadas durante uma cesariana em áreas rurais é menor do que nas áreas urbanas, assim como entre mulheres negras e indígenas em relação às brancas.

O total de laqueaduras por idade da mulher mostra que a esterilização ocorre em mulheres bastante jovens: 27% das esterilizações foram feitas em mulheres com até 25 anos de idade. Lembrando a curva de fecundidade, isto pode ser compreendido no sentido de que as mulheres querem ter poucos filhos, têm-nos muito cedo e depois recorrem à esterilização por ser um método realmente efetivo. Se houvesse de fato uma provisão adequada de insumos, a proporção de esterilizações femininas em mulheres jovens poderia ser evitada, pois os outros métodos contraceptivos também são eficazes se utilizados da forma correta e adquiridos sem interrupção. Uma série de questões precisa ser colocada para que a decisão pela esterilização possa ocorrer mais tarde, na vida da mulher ou do homem.

## **ESTERILIZAÇÃO MASCULINA**

Ainda que tenha havido um aumento da esterilização masculina entre parceiros das mulheres unidas - que estava em torno de 2,5% em 1996 passando para 5% em 2006 - essa proporção ainda é bastante pequena em relação às esterilizações femininas.

Dados recentes do DATASUS mostram que, em alguns estados, o número de vasectomias realizadas no SUS tem sido maior do que o de ligadura de trompas. Dados da saúde suplementar do estado de São Paulo indicam que, na área privada, essa proporção também é maior. Em outros estados, como Distrito Federal e Alagoas, a vasectomia também tem aumentado bastante. Seria importante monitorar esta tendência com maior frequência. Assim, uma pesquisa nacional a cada cinco anos permitiria verificar a tendência de aumento da proporção de esterilização masculina (consultar gráfico 4).



6

**Avanços e desafios  
na perspectiva  
do Ministério da  
Saúde <sup>14</sup>**

Em 2008, o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos. Nesse período, o processo de consolidação da política nacional de saúde definida pela Constituição de 1988 registrou importantes avanços na garantia dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização que a norteiam. Mas alguns desafios e antigos problemas ainda não foram superados, como a garantia do acesso pleno às ações de saúde sexual e reprodutiva e ao planejamento familiar para mulheres e homens. É importante salientar que esta dificuldade deve ser analisada no contexto global do processo de consolidação do SUS.

O SUS, como um sistema que deve garantir a integralidade da atenção à saúde da população brasileira, enfrenta a cada momento as demandas relacionadas à dinamicidade do processo saúde-doença e seus determinantes históricos e socioculturais. Por outro lado, enfrenta também dificuldades decorrentes da desigualdade socioeconômica entre as regiões do país. Além disso, a sociedade brasileira, impulsionada pela ação dos grupos organizados, tem conquistado direitos que implicam em novas exigências para o setor saúde.

Por vários motivos, nem todas essas demandas e direitos têm sido atendidos a contento. Existem problemas de estrutura e organização da rede de saúde, dificuldades na gestão e gerência das políticas e insuficiência de recursos financeiros. O SUS enfrenta, ainda, oposição de grupos que defendem interesses antagônicos de cunho político, econômico ou religioso.

Esses problemas interferem na oferta de serviços, insumos e tecnologia apropriada para garantia do direito ao planejamento familiar de acordo com o marco legal em vigor. Além dos problemas inerentes à rede de saúde, os gestores que decidem oferecer o planejamento familiar numa perspectiva de integralidade e equidade enfrentam a reação conservadora ostensiva dos grupos contrários à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. São exemplos as campanhas contra a anticoncepção de emergência, o dispositivo intra-uterino e a assistência à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

A insuficiência de recursos financeiros impede que o SUS atenda a 100% de sua demanda. A busca da garantia desses recursos tem sido um debate político duro no Congresso Nacional, cuja resolução passa pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que define o custeio das ações de saúde<sup>15</sup>.

Entre os 27 estados brasileiros, 17 têm na rede pública sua maior referência para o atendimento à saúde da população, sendo considerados SUS-dependentes. Embora 30% da população brasileira tenham acesso a seguros privados de assistência à saúde, essa parcela também recorre ao SUS, sobretudo quando necessita de cuidados não cobertos por estes planos, em geral procedimentos caros, de alta complexidade, com é o caso dos transplantes.

Outro aspecto importante na implantação de políticas é o controle social por meio das instâncias formais de participação da sociedade civil, instituídas pela Constituição de 1988. São os conselhos de saúde, existentes em todas as esferas gestoras (municipal, estadual e nacional). Os grupos de mulheres destacam-se pela influência positiva na formulação das políticas governamentais de proteção e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, em particular no âmbito federal. Porém, deve-se considerar que nas instâncias de controle social, nos conselhos estaduais, municipais e nacional de saúde, representantes que defendem interesses de grupos conservadores têm presença mais forte e têm conseguido dificultar o avanço dessas políticas nas instâncias maiores de decisão, a exemplo das Conferências Nacionais de Saúde.

## **POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO DA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA**

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política Nacional de Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não necessariamente estão planejando uma família.

Essa política integra a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e foi desenhada com base na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei de

Planejamento Familiar de 1996, estando articulada ao Programa Nacional do Parto Normal e ao Pacto de Redução da Morte Materna e Neonatal, de 8 de março de 2004.

O Pacto de Redução da Morte Materna e Neonatal foi considerado pela ONU um “modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” e dá relevância à garantia de acesso à contracepção como estratégia de redução da gravidez indesejada e de prevenção do aborto inseguro, quarta maior causa de morte materna no Brasil.

No âmbito da macropolítica, é importante salientar a priorização dada pelo governo federal ao tema, materializada pela inserção das ações que garantem o acesso aos insumos de anticoncepção no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pela via do Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde. A meta desse programa é atingir 100% de cobertura de usuárias/os do SUS até 2011.

Essa política também é parte do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, à qual o Ministério da Saúde presta contas sobre as ações, avanços e dificuldades e da qual tem recebido apoio para a solução dos problemas identificados.

## **GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

A abrangência das ações mencionadas exige a participação do Ministério da Saúde como um todo, pactuação nas três instâncias gestoras e o apoio dos Conselhos de Secretários Estaduais e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde.

A execução da Política Nacional de Planejamento Familiar, coordenada pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, se dá em articulação e integração com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde; o Programa Nacional de DST/Aids da Secretaria de Vigilância em Saúde; a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (responsável pelos processos de

educação permanente e qualificação dos trabalhadores da saúde); a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (que articula conselhos, ouvidorias e movimentos sociais); o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia; e a Secretaria Executiva, que acompanha as metas do PAC -Mais Saúde.

As ações da Política, sua execução e responsabilidades nas esferas municipal, estadual e federal são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 2008, o processo de distribuição dos métodos contraceptivos contou, ainda, com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

### **Atenção Básica**

A atenção básica, porta de entrada do SUS, onde é resolvida a maior parte dos problemas de saúde, vem ampliando sua cobertura continuamente, em particular por meio da Estratégia Saúde da Família. Hoje, o Brasil conta com mais de 27 mil equipes de Saúde da Família, que acompanham aproximadamente 100 milhões de pessoas (mais de 50% da população brasileira). As ações e métodos de planejamento da vida sexual e reprodutiva estão disponíveis em 100% das equipes.

Esta ampliação tem sido estendida às populações carentes pela interconexão da Estratégia de Saúde da Família com o Programa Bolsa Família - uma ação mais recente que integra a estratégia governamental de combate à pobreza - e com o recém criado Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e seus Centros de Referência (CRAS), localizados nas áreas municipais com maiores índices de vulnerabilidade e risco. Esse conjunto de ações está sendo conduzido de modo a melhorar o grau de informação das famílias e o acesso a serviços básicos.

O Bolsa Família realiza transferência direta de renda para famílias em situação de extrema carência. Para receber o benefício mensal, as famílias cadastradas devem respeitar condicionalidades, estabelecidas por



meio de portaria e apresentadas como estímulo ao exercício de direitos básicos nas áreas de educação e saúde, como manter as crianças na escola ou fazer o acompanhamento pré-natal, no caso das gestantes beneficiárias.

Entre 2005 e 2007 aumentou em 15 vezes o número de famílias beneficiárias do programa acompanhadas pelo setor saúde, passando de 312.821 famílias em 2005 para 4.833.066 em 2007. Nesse contexto, as gestantes encaminhadas para o pré-natal recebem orientações sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e sobre o uso de métodos contraceptivos, e também em outras oportunidades de acesso a atenção básica o planejamento familiar é oferecido.

### Promoção em Saúde em parceria com o MEC

No âmbito da promoção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) tem trabalhado também em parceria com o Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de atingir as populações mais jovens, que em geral não buscam os serviços de saúde para aconselhamento, orientação em sexualidade e acesso a métodos anticoncepcionais. Há algum tempo a gravidez na adolescência é uma preocupação do Ministério da Saúde e, nesse campo, a educação é um fator da maior relevância. Para contribuir com a mudança desse quadro, o MS e o MEC desenvolvem dois programas em parceria:

- Programa Saúde na Escola - com o objetivo de promover o monitoramento e avaliar as condições de saúde dos estudantes. Em 2008, a estimativa foi de atender dois milhões de crianças em 690 municípios que tiveram as notas mais baixas no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).
- Saúde e Prevenção nas Escolas - projeto dos Ministérios da Saúde e da Educação que conta com o apoio da UNESCO, UNFPA e UNICEF. Representa um marco na integração saúde-educação e destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, principalmente por poder contar com a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde. O programa tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos sexuais e reprodutivos,

visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às infecções sexualmente transmissíveis (IST), à infecção pelo HIV, à gravidez não planejada e ao uso de álcool e outras drogas por meio de ações integradas nas escolas e nas unidades básicas de saúde.

### Avanços e desafios

Os esforços para a formulação de políticas mais abrangentes, mobilização das esferas gestoras do SUS para reconhecimento da importância dessa política e sua inserção na rede básica, assim como para a mobilização da sociedade têm resultado em muitos avanços. Sem a pretensão de resolver todos os problemas operacionais e políticos, e reconhecendo que é preciso um trabalho contínuo e sistemático para sua consolidação, o Ministério da Saúde já identifica avanços significativos, entre os quais destacam-se:

- ampliação da compra e distribuição de métodos anticoncepcionais com o objetivo de atender a 100% da demanda do SUS;
- oferta de anticoncepcionais nas farmácias populares, a preços módicos (cartela de pílula a menos de R\$ 1,00), o que pode atender à demanda não oriunda do SUS;
- ampliação da oferta de ações de planejamento da vida sexual e reprodutiva na atenção básica, em particular por meio da estratégia de saúde da família;
- campanhas educativas nos meios de comunicação;
- programas de orientação nas escolas, para a população adolescente e jovem, como o Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que inclui a disponibilização de preservativos;
- incorporação da vasectomia na Política Nacional de Cirurgias e Procedimentos Eletivos, com aumento no valor pago pelo procedimento;
- inauguração da primeira fábrica pública governamental de preservativos em Xapuri, estado do Acre.

Outro avanço recente é a criação da Área Técnica de Saúde do Homem na Secretaria de Atenção à Saúde, que coordena atualmente a discussão sobre a formulação de uma Política Nacional de Saúde

Integral do Homem. O primeiro passo nesse sentido foi a convocação de sociedades científicas, ONGs e profissionais de diferentes áreas do conhecimento, inclusive fora do âmbito da saúde, como sociologia e antropologia. A proposta será levada ao Conselho Nacional de Saúde após consulta pública. Pretende-se trabalhar para dar visibilidade às questões da saúde sexual e reprodutiva como algo a ser pactuado entre homens e mulheres.

### Compra e distribuição de insumos

O SUS avançou muito na oferta de insumos para o planejamento da vida reprodutiva, buscando superar sérios entraves na logística de compra e distribuição. Esse processo está sendo modificado, ao mesmo tempo em que estão sendo iniciadas ações de monitoramento e avaliação em âmbito estadual e municipal.

Em virtude das dimensões continentais do país e das diferentes questões envolvidas, a compra e distribuição de métodos contraceptivos é bastante complexa, configurando-se um intrincado campo de relações de poder e interesses ideológicos, econômicos e políticos.

De 2005 a 2006, foi adotada a compra e distribuição por município. Alguns gestores investiram seriamente nessa política, outros a deixaram sob responsabilidade do governo federal. Além disso, devido à dificuldade de os municípios realizarem as licitações e à falta de recursos para a compra em muitos deles, a estratégia mostrou-se ineficiente e resultou na falta de insumos. Atualmente, a aquisição é centralizada no Ministério da Saúde e a distribuição é feita para os estados, para as capitais, e municípios com mais de 500 mil habitantes.

Em 2008, o MS adquiriu e distribuiu:

- 50 milhões de cartelas de contraceptivos orais combinados;
- 4,3 milhões de contraceptivos injetáveis;
- 300 mil dispositivos intra-uterinos;
- seis mil diafragmas;
- 1,2 bilhões de preservativos.

Até 2008, a necessidade de compra era calculada com base na prevalência do uso de métodos informada

pela PNDS de 1996 e o SUS não se programava para suprir 100% de sua demanda. A recém publicada PNDS de 2006 mostra que a maior parte das usuárias de pílula (73%) compra a cartela na farmácia. Não há dúvida de que a insuficiência de métodos, aliada à descontinuidade do processo de aquisição e distribuição, tem resultado em dificuldade de acesso, sobretudo para as pessoas mais carentes. Mas o SUS tem a obrigação e o compromisso de garantir o acesso, e o Ministério da Saúde está buscando superar o problema, de modo a alcançar a oferta suficiente para o atendimento da demanda de forma continuada.

Outra medida implantada foi a oferta de anticoncepcionais nas farmácias populares a baixo custo. Essas farmácias são de dois tipos: as que funcionam apenas como farmácias populares (tipo-1), que hoje totalizam 500; e as que funcionam acopladas às farmácias comuns (tipo-2), que ao todo são 3.700.

### Preservativos

A distribuição regular de preservativos masculinos é uma prioridade e também foi ampliada em 2008. A importância dessa distribuição reside no fato de que o preservativo soma a finalidade anticonceptiva com a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da aids.

Além da aquisição de 1,2 bilhão de preservativos, o Ministério da Saúde, em convênio com o governo do Acre, está apoiando a produção de preservativos na primeira fábrica pública, a NATEX, localizada em Xapuri e inaugurada em 7 de abril de 2008, Dia Mundial da Saúde. Com capacidade inicial para produzir 100 milhões de preservativos por ano, ela tem condições de duplicar a produção, o que reduzirá o gasto do governo com este método.

A ampliação do acesso ao preservativo feminino ainda é um grande desafio em todo o mundo. Embora tenha como meta a disponibilização de um bilhão de preservativos femininos até 2011, o Ministério da Saúde não encontra facilidades de compra. Existem poucos fabricantes no mundo e a oferta não contempla a crescente demanda.

## Laqueadura tubária

Outro avanço registrado é a diminuição da laqueadura tubária. O Ministério da Saúde tem motivos para comemorar essa redução, mas persiste a preocupação com a alta frequência da indicação do parto cesariano para a realização das laqueaduras, o que necessita ser bem justificado para não ferir a Lei de Planejamento Familiar.

O Programa Nacional de Incentivo ao Parto Normal tem como um de seus objetivos contribuir para a eliminação dessa prática quando não há indicação formal. O MS tem apoiado o credenciamento de serviços para realização da laqueadura tubária e fortalecido o entendimento sobre a Lei de Planejamento Familiar, desaconselhando a vinculação da laqueadura ao parto e ampliando a oferta de vasectomia aos homens que fizerem esta opção.

## Vasectomia

A vasectomia foi incluída no cadastro ambulatorial de cirurgias eletivas passíveis de realização pelo SUS. O pagamento repassado pelo SUS à unidade de saúde aumentou de R\$ 20,00 para R\$ 108,00 por procedimento. E não há mais um limite pré-determinado para o número de cirurgias apresentadas ao SUS para pagamento, como existia anteriormente.

## Reprodução assistida

A garantia deste atendimento é um desafio para o SUS. Foi estabelecida a meta de implantação, até 2011, de um serviço público em cada região do país, vinculado aos hospitais universitários. Apesar de o país dispor desse tipo de tecnologia, a discussão sobre sua oferta no setor público ainda é muito incipiente.

## Resistências

O Ministério da Saúde (MS) adota a perspectiva de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos por entender que cada pessoa tem direito a informação, liberdade de escolha e acesso aos meios para exercer sua sexualidade sem riscos ou coerção e para planejar sua vida reprodutiva, conforme consta nos acordos

internacionais assinados pelo governo brasileiro. Esta concepção conta com grande apoio de grupos organizados e da população em geral, mas a instituição também enfrenta a oposição sistemática de setores contrários a esses direitos.

O Ministério da Saúde respeita a legitimidade dessa oposição numa sociedade democrática, em que todos têm o direito de professar suas idéias, mas pauta sua atuação pelo princípio do respeito à lei, à pluralidade e à laicidade do Estado brasileiro. Como instituição pública, o MS preocupa-se com o crescimento da atuação conservadora por parte de alguns atores políticos. Sem fugir ao debate, tem assumido publicamente a defesa dos direitos de homens e mulheres à liberdade sexual e reprodutiva.





7

Marco legal

As ações governamentais executadas com a finalidade de garantir o Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva no Brasil estão ancoradas em leis e orientadas por políticas e normas que dão suporte à prática de gestores e de profissionais que atuam na área de saúde. Apresentam-se abaixo as principais referências legais com destaque a aspectos relevantes para essa política.

## LEGISLAÇÃO FEDERAL

### CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988

#### Sobre o Planejamento familiar

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privada.

#### Sobre a saúde

A Constituição define a saúde como direito de todos e dever do estado, cria o Sistema Único de Saúde e define seus princípios e diretrizes.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo; **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

#### Sobre tratados internacionais

Art. 5º. § 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes

do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

Observações importantes:

*Os tratados e os acordos firmados têm efeito jurídico e os direitos reconhecidos tornam-se obrigatórios. O processo de ratificação de todos os instrumentos internacionais no Brasil é da competência do Poder Legislativo, a quem cabe também resolver qualquer questão nesta área.*

*Depois de aprovado e publicado, o ato internacional passa a integrar o ordenamento jurídico, tornando-se equivalente a uma lei ordinária. Neste sentido, o não cumprimento dos dispositivos contidos nos acordos internacionais por parte de autoridades públicas significa crime de responsabilidade, conforme o Artigo 85, VII da Constituição Federal e da Lei nº 1.079, de 1950.*

### Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

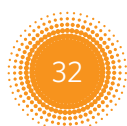
#### Lei Orgânica da Saúde - regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).



## Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

## Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996

### Lei do Planejamento Familiar

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.

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

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

## Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940

### Código Penal

O Código Penal Brasileiro garante à mulher o direito de escolha em relação à manutenção ou interrupção da gravidez na situação de risco de vida e estupro, conforme o Art. nº 128, que afirma:

Não se pune o aborto praticado por médico:

- se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

### **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990** **Estatuto da Criança e do Adolescente**

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

### **PORTARIAS E PROGRAMAS MINISTERIAIS**

#### **Portaria / GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - Diretrizes Operacionais. Ministério da Saúde.**

Esta Portaria contempla os pactos firmados pelas três esferas gestoras SUS (municipal, estadual e federal) e representa o compromisso com o enfrentamento dos problemas prioritários e de grande impacto sobre a saúde da população brasileira.

Participaram de sua elaboração o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O Pacto foi aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em 26 de janeiro de 2006 e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 09 de fevereiro de 2006. Os Pactos pela Vida e de Gestão foram regulamentados pela Portaria / GM nº 699, de 30 de Março de 2006. As prioridades e metas do Pacto pela Vida são atualizadas anualmente.

O controle do câncer cérvico-uterino e de mama

e a redução da mortalidade materna fazem parte das prioridades pactuadas em 2006. A meta de redução da Razão de Mortalidade Materna é de 5%.

Observação importante:

*De forma indireta, isto significa a inclusão, nos Pactos, das ações de planejamento da vida sexual e reprodutiva, condição fundamental para que se atinjam os objetivos relacionados a estas prioridades.*

### **Programa Mais Saúde: Direito de Todos - 2008-2011. Ação do Ministério da Saúde vinculada ao Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal.**

#### **Eixos 1 - Promoção da Saúde**

Diretriz 1: Mobilizar a Sociedade e o Estado em torno de um grande esforço de articulação intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.

Entre as medidas previstas, encontram-se:

- 1.3 - Expandir as ações de Planejamento Familiar
- 1.4 - Estimular o Aleitamento Materno
- 1.5 - Implementar o Programa Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação, beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos das escolas públicas.

#### **Eixo 2 - Atenção à Saúde**

Uma das diretrizes reforça a importância das prioridades do Pacto pela Vida e de Gestão relacionadas ao câncer cérvico-uterino e de mama e a redução da mortalidade materna.

Entre as medidas previstas, encontram-se:

- 2.3 - Ampliar o acesso da população aos medicamentos fornecidos pelo SUS.
- Observação: esta medida inclui a ampliação da oferta dos anticoncepcionais.
- 2.10 - Implantar Ações voltadas à atenção à saúde do homem.



2.13 – Apoiar a produção de preservativos a partir da fábrica de Xapuri/Acre para a prevenção e o controle das DST-Aids.

## POLÍTICAS NACIONAIS

### II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM, 2008)

O II PNPM é um Plano de Governo, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/ Presidência da República. Foi formulado com ampla participação da sociedade civil e aprovado na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

#### O II PNPM baseia-se nos seguintes princípios:

*Igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos administrativos; participação e controle social.*

Dentre os 11 eixos, situa-se a Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que, em suas prioridades, estabelece:

*“estimular a implantação e implementação da **assistência do planejamento familiar para homens e mulheres adultos jovens e adolescentes**, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos”.*

### Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (Ministério da Saúde, 2004)

Publicada em 2004, esta Política foi elaborada com base nos princípios que nortearam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, formulado em 1984. A Política amplia as diretrizes, estratégias, e o leque de problemas a serem tratados no âmbito da saúde integral da mulher.

### Política Nacional de Promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (Ministério da Saúde, 2005)

Elaborada pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios da Educação, Justiça,

Desenvolvimento Agrário e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Secretaria Especial de Direitos Humanos. Tem três eixos principais de ação, voltados ao planejamento familiar: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos), a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no SUS.

### Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (Ministério da Saúde, 2008-2010).

Lançado em março de 2007, este Plano é o primeiro da América Latina e Caribe especificamente voltado para a questão. É uma iniciativa interministerial que envolve a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM) e o Ministério da Saúde.

Seu objetivo é enfrentar a feminização da epidemia de aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) por meio de ações integradas nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais. Conta com a parceria e o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

## MANUAIS E NORMAS TÉCNICAS

- Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico (MS, 2002).
- Manual Técnico de Planejamento Familiar (1ª. parte): <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
- Manual Técnico Planejamento Familiar (2ª. parte): <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>
- Planejamento Familiar. Manual do Gestor (MS, 2002).

- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2005).  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno4\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno4_saude_mulher.pdf)
- Norma Técnica de Prevenção dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, 2ª Edição (MS, 2005).  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf)
- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - uma Prioridade do Governo. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno nº. 1 (MS, 2005).  
[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0096\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0096_M.pdf)
- Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais (cartilha). Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº. 2 (MS, 2006).  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf)
- Anticoncepção de Emergência - perguntas e respostas para profissionais de saúde. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno nº. 3 (MS, 2005).  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf)
- Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos (MS, 2005).  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)
- Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos (MS, 2005).  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_integral.pdf)
- Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Versão Preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde (MS, 2006).  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_teorico\\_referencial.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf)

Observação importante:

*Este documento oferece subsídios teóricos, políticos, normativos e programáticos que orientam a implementação de ações voltadas para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Destina-se, especialmente, a gestores/as do setor saúde e de outros setores que atuam na proteção, promoção e defesa dos direitos de adolescentes e jovens.*

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. "O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil".  
<<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/Alves.pdf>>  
Última consulta em 20 de outubro de 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz. "As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil". Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, IBGE, Escola Nacional de Ciências Estatísticas; in Textos para discussão número 21, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2006.

CORRÊA, Sonia. JANNUZZI, Paulo de Martino. ALVES, José Eustáquio Diniz. "Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-conceitual e Sistema de Indicadores". Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003. <[http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf)> . Última consulta em 20 de outubro de 2008.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. "Plano Nacional de Políticas para as Mulheres", 2004.  
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PlanoNacionalPoliticMulheres.pdf>>. Última consulta em 20 de outubro de 2008.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. MARGATTO, Tania. "Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento". Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 24 de setembro de 2004.  
<[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/pdf/abep2004\\_527.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/pdf/abep2004_527.pdf)>. Última consulta em 20 de outubro de 2008.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. UNFPA: Brasília, 2004.  
<[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf)>. Última consulta em 20 de outubro de 2008.





## 9. NOTAS

1. Texto baseado no discurso de Alanna Armitage, Representante do UNFPA no Brasil, proferido durante o evento em comemoração ao Dia Mundial de População, Brasília, 2008.
2. Artigo nº 20 do Decreto Lei nº 3.688, 1941-Lei das Contravenções Penais.
3. Lei nº 6734, de 4 de dezembro de 1979.
4. Atualmente as ações de planejamento familiar são coordenadas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), o que se justifica com base no entendimento de que estas ações não dizem respeito somente à saúde da mulher, mas também à saúde dos homens, de adolescentes e jovens e de pessoas com deficiências, áreas técnicas vinculadas ao DAPES.
5. A lei de planejamento familiar prevê a esterilização cirúrgica para homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos. Deve ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico e, nas situações de exceção a este dispositivo, considera-se o risco de vida da mulher ou do futuro conceito. A lei veda a esterilização durante os períodos de parto ou abortamento, a não ser nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.
6. O direito à vida desde a concepção não foi incorporado ao texto da Constituição brasileira de 1988 apesar do forte apelo de setores religiosos neste sentido. Posteriormente houve uma nova tentativa, que foi derrotada, e até hoje persistem intentos para inserir o conceito no texto da Constituição por meio de projetos de emenda constitucional.
7. Esse Comitê está na origem da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD, criada pelo Decreto 1.607, de 28 de agosto de 1995.
8. Texto baseado na palestra da demógrafa e pesquisadora Suzana Cavenaghi e complementado com consultas ao relatório da PNDS 2006. Cavenaghi é integrante da equipe responsável pela realização da PNDS 2006, professora da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do IBGE, secretária-geral da Associação Latino Americana de População (ALAP), coordenadora do GT de Comportamento Reprodutivo e Fecundidade da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) e do Comitê Interdisciplinar de Saúde Sexual e Reprodutiva da RIPS/OPAS/MS.
9. A PNDS 2006 foi Coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), tendo à frente a demógrafa Elza Berquó, em parceria com o Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, o Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, o Núcleo de Estudos de População (NEPO) e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. A execução de campo foi do Ibope. A equipe ganhou a licitação do Ministério da Saúde, que financiou a pesquisa.
10. Para os aspectos nutricionais, a coleta de dados incluiu mensurações antropométricas (altura e peso das mulheres e crianças e circunferência da cintura de mulheres); coleta de amostras de sangue (gota seca) para dosagens de vitamina A e hemoglobina, uma novidade no Brasil; e informações sobre o teor de iodo no sal consumido nos domicílios.
11. O trabalho de campo ocorreu entre novembro de 2006 e maio de 2007. Foram realizadas entrevistas em 14.617 domicílios, com 15.575 mulheres entre 15 e 49 anos (amostra aleatória), que vivem em áreas urbanas e rurais nas cinco macro-regiões brasileiras. A partir de um questionário com 74 páginas, as mulheres forneceram informações sobre 5.056 crianças menores de cinco anos, 4.957 das quais vivas no momento da entrevista.
12. Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, Relatório Final, Brasília 2008, [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_pnds2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf).
13. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Coordenação: BEMFAM. Apoio Técnico: Macro International Inc, UNFPA, UNICEF, Ministério da Saúde (COSAMJCSAD, INAN), IBGE, USAID. Comitê consultivo: ABEP, CEDEPLAR, Centro de Estudos Materno-Infantil da UNICAMP-CEMICAMP, Centers for Disease Control - CDC (Div. Saúde Reprodutiva), CODEPLAN, IBGE, IPEA, SEADE, FUNDAJ, IPARDES, Instituto de Medicina Social - UERJ, ISPN, UNICAMP-NEPO. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/00FrontMatter.pdf>.
14. Texto elaborado com base na palestra proferida por Adson França, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES - da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e Coordenador Nacional do Pacto pela Redução da Morte Materna e Neonatal. Complementado a partir de entrevista com Lena Peres, Diretora Adjunta do DAPES.
15. A EC 29 define o percentual mínimo de investimentos que União, estados e municípios são obrigados a investir em saúde. Para os estados, a emenda estabeleceu valor de 12% da receita corrente bruta; para os municípios, de 15% e o Governo federal é obrigado a destinar à saúde o mesmo valor do ano anterior, acrescido do mesmo percentual de crescimento da economia. O projeto que regulamenta EC 29 foi aprovado no Senado, com alterações em 11/04/2008, e se encontra na Câmara dos Deputados para nova aprovação. Enquanto isso não acontece, fica valendo o que está na Emenda Constitucional 29, ou seja, todo ano o governo federal é obrigado a destinar à saúde valor igual ao ano anterior, acrescido do mesmo percentual de crescimento da economia. Atualmente, o governo federal gasta R\$ 48 bilhões no setor, o que corresponde a cerca de 7% de sua receita. A regulamentação da EC 29 representará um aumento de R\$ 23 bilhões para a Saúde até 2011. Pelo projeto, a União deverá aplicar, anualmente, um mínimo de 10% de suas receitas correntes brutas em saúde. Ao setor, deverão ainda ser destinados outros 12% dos recursos dos estados e do Distrito Federal e 15% dos municípios. Os entes federativos vão ter até 2011 para se adequarem a esses percentuais. O percentual a ser aplicado pela União em 2008 será de 8,5%, contra 9% em 2009, 9,5% em 2010 e, finalmente, 10% em 2011.

## **Alanna Armitage**

Representante do UNFPA no Brasil

### **EQUIPE EDITORIAL:**

Concepção: **Taís de Freitas Santos, Fernanda Lopes**

Pesquisa e redação: **Angela Freitas, Elcylene Leocádio** (caps. 6 e 7)

Edição e preparação de texto: **Equipe Instituto Patrícia Galvão**

Revisão técnica: **Fernanda Lopes, Suzana Cavenaghi**

Revisão editorial: **Etienne França**

Administração editorial: **Marcelo Britto**

### **AGRADECIMENTOS:**

A Equipe Editorial agradece aos e às representantes da sociedade civil, especialistas, pesquisadores, autoridades governamentais e representantes da comunidade internacional que contribuíram para a elaboração desta publicação.

Em especial, a equipe agradece ao Dr. **Adson França**, Diretor de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), à demógrafa e pesquisadora **Suzana Cavenaghi**, integrante da equipe que realizou a PNDS 2006, à Dra. **Lena Peres**, Diretora Adjunta da DAPES/SAS/MS, a todas as parceiras e todos os parceiros presentes ao evento em comemoração ao Dia Mundial de População 2008 no Brasil, cujas importantes contribuições formam a base deste documento. E à equipe do UNFPA Brasil, pelo apoio durante todo o processo de concepção e realização do evento, que permitiu a compilação de subsídios cruciais para a elaboração da presente publicação, em particular: **Ana Lúcia Monteiro, Jennifer Gonçalves, Luciano Carvalho, Marcelo Britto e Rosemeire Guimarães.**

### **PARCERIA EDITORIAL:**

**Instituto Patrícia Galvão Comunicação e Mídia**

Telefone: 55-11-32665434

[www.patriciagalvao.org.br](http://www.patriciagalvao.org.br)

Projeto gráfico: **Tiago Schitkoski**

Fotos: **Fernando Ribeiro e Solange Souza**

Impressão: **Athalaia Gráfica e Editora Ltda.**



**Fundo de População das Nações Unidas**

EQSW 103/104, Lote 1, Bloco C, 2º. Andar, Setor Sudoeste

70670-350 Brasília, DF - Brasil

[www.unfpa.org.br](http://www.unfpa.org.br)





**Fundo de População das Nações Unidas**  
EQSW 103/104, Lote 1, Bloco C, 2º. Andar, Setor Sudoeste  
70670-350 Brasília, DF - Brasil  
[www.unfpa.org.br](http://www.unfpa.org.br)

Português E/5000/2008