

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

THAYNARA SILVA DOS SANTOS

**TENDÊNCIAS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE “IRMÃOS FRANCISCO E NELSON” NO
MUNICÍPIO DE UNIÃO DOS PALMARES – AL**

MACEIÓ – AL
2023

THAYNARA SILVA DOS SANTOS

**TENDÊNCIAS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE “IRMÃOS FRANCISCO E NELSON” NO
MUNICÍPIO DE UNIÃO DOS PALMARES – AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social (FSSO) da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Bezerra de Araújo.

MACEIÓ – AL

2023

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237t Santos, Thaynara Silva dos.
Tendências sobre o planejamento familiar na Unidade Básica de Saúde “Irmãos Francisco e Nelson” no município de União dos Palmares - AL / Thaynara Silva dos Santos. – 2023.
55 f. : il.

Orientador: Lucas Bezerra de Araújo.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 52-55.

1. Planejamento familiar. 2. Política de saúde. 3. Direitos sexuais e reprodutivos. 4. Serviço social. I. Título.

CDU: 314.336



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, FACULDADE DE
SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL

DISCENTE: Thaynara Silva dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 22/05/2023

Título: PERSPECTIVAS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “ IRMÃOS FRANCISCO E NELSON” NO MUNICÍPIO DE UNIÃO DOS PALMARES-AL

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Lucas Bezerra de Araújo(orientador)

Professora Dr^a. Viviane Isabela Rodrigues

Professora Dr^a. Mariana Alves de Andrade

Dedico este trabalho à toda rede de políticas públicas que propiciou minha conclusão do curso de Serviço Social em uma Universidade Federal, munida de docentes comprometidos na passagem de conhecimento de forma tão genuína.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de externar minha gratidão ao grande Deus que sustentou a minha mão até o presente momento. A Ele toda honra, glória e louvor.

Aos meus pais, Ivan Rosa e Maria Ossiane, que desde o início me passaram a confiança necessária para vencer os desafios da caminhada; à minha irmã Tamires Santos que tanto me inspira na vida acadêmica.

Ao meu esposo, Wellerson Missena, que foi desde de sempre o meu maior incentivador a dar o meu melhor e chegar ao fim de todas as etapas.

Aos brilhantes mestres que passaram pela minha vida acadêmica e me passaram tantas riquezas em forma de reflexões e conhecimento. Em especial, à minha supervisora acadêmica de estágio, Mariana Andrade, que tanto instigava a minha melhor versão, e a Lucas Bezerra, meu orientador de TCC, que guiou esta etapa com muita paciência, empatia e maestria.

Gratidão às amigadas que fiz na universidade que tanto torceram por mim e que me ajudaram com o resultado desse trabalho; Jaysa, Jéssica, Dábora e Thamires.

Por fim, a todos que torceram por mim e que estão me vendo chegar até aqui.

RESUMO

Este trabalho tem por objeto de análise as tendências sobre o planejamento familiar no âmbito da Unidade Básica de Saúde “Irmãos Francisco e Nelson”, localizada no município de União dos Palmares – AL. Fruto da experiência de Estágio Supervisionado, o objetivo geral delimita-se à apreensão das visões que amparam a atuação da equipe multiprofissional no serviço de atenção básica à saúde em tela. Para tanto, reconstitui-se em perspectiva histórica a trajetória do planejamento familiar no Brasil, considerando o papel desempenhado pelo Estado. Sob o intento de localizar a atualidade do objeto investigado, discute-se também os desafios contemporâneos da política de planejamento familiar. Ademais, busca-se apreender as tendências político-profissionais em presença na UBS Irmãos Francisco e Nelson sobre o planejamento familiar, problematizando a dimensão socioeducativa da equipe multiprofissional e com especial atenção à intervenção do Serviço Social. Do ponto de vista metodológico, prioriza-se uma abordagem qualitativa, com recurso à pesquisa bibliográfica e à pesquisa documental. No cômputo geral da análise, são consideradas as diretrizes da Política Nacional de Saúde, as bases fundamentais do Sistema Único de Saúde e os princípios ético-políticos abraçados pelo Serviço Social brasileiro.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Política de Saúde; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Serviço Social.

ABSTRACT

This work aims to analyze the trends on family planning within the scope of the Basic Health Unit "Brothers Francisco and Nelson", located in the municipality of União dos Palmares - AL. As a result of the Supervised Internship experience, the general objective is limited to the apprehension of the visions that support the work of the multidisciplinary team in the basic health care service in question. To this end, the trajectory of family planning in Brazil is reconstructed from a historical perspective, considering the role played by the State. With the intention of locating the topicality of the investigated object, the contemporary challenges of family planning policy are also discussed. In addition, it seeks to apprehend the political and professional perspectives present at the UBS Irmãos Francisco and Nelson on family planning, problematizing the socio-educational dimension of the multidisciplinary team and with special attention to the intervention of Social Work. From a methodological point of view, priority is given to a qualitative approach, using bibliographic research and documentary research. In the general calculation of the analysis, the guidelines of the National Health Policy, the fundamental bases of the Unified Health System and the ethical-political principles embraced by the Brazilian Social Service are considered.

Keywords: Family Planning; Health Policy; Sexual and Reproductive Rights; social service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL – Alagoas

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEP – Código de Ética Profissional

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CPAIME – Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança

DataSUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

ENCE/IBGE – Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEMIL – Festa do Milho

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	16
1.1 Breve trajetória do planejamento familiar no Brasil	16
1.2 Desafios contemporâneos da Política de Planejamento Familiar	29
CAPÍTULO 2 - A DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UBS IRMÃOS FRANCISCO E NELSON DO MUNICÍPIO DE UNIÃO DOS PALMARES (AL)	36
2.1 O município de União dos Palmares: elementos históricos e indicadores socioeconômicos	36
2.2 Dinâmica institucional da UBS Irmãos Francisco e Nelson	38
2.3 Visões e particularidades da intervenção do Serviço Social	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso constitui-se como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. De tal modo, traduz uma síntese reflexiva de nosso processo de formação no âmbito da graduação.

O tema aqui abordado é o *planejamento familiar*. Em torno dele, situam-se distintas perspectivas de análise, as quais compareceram no desenvolvimento histórico do Serviço Social brasileiro, tanto por meio de posições político-ideológicas refletidas na formação profissional quanto através de orientações direcionadas ao trabalho profissional da/o assistente social.

Neste universo, localizam-se visões progressistas e conservadoras. Historicamente, estas incidiram sobre o Estado, disputando a formulação e implementação de políticas de planejamento familiar. Como veremos ao longo do trabalho, em determinados momentos conjunturais prevaleceu uma abordagem conservadora, enquanto, noutras conjunturas, o planejamento familiar esteve orientado segundo preceitos mais progressistas.

Fato é que práticas contraceptivas e métodos de controle da fertilidade, tais como pílulas, cirurgias, dispositivo intrauterino (DIU), entre outros, estão intimamente relacionados às necessidades políticas e econômicas da sociedade moderna, isto é, a sociedade fundada sob o modo de produção capitalista. Porém, o planejamento familiar vai além dessas práticas pura e simplesmente. Ele engloba também o “direito à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 9, 2002).

Nesse sentido, podemos dizer que, em termos mais amplos, o planejamento familiar implica diretamente na qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no que diz respeito ao contexto social, econômico e de saúde das famílias, além de possibilitar a livre escolha do método anticonceptivo mais adequado. Perante a presença forte e estrutural do patriarcado, a vida das mulheres é, nesse universo, sempre a mais afetada. E é justamente em face da atualidade desses elementos que se justifica, social e academicamente, a relevância do tema aqui proposto.

O interesse em abordar o tema Planejamento Familiar surgiu durante o desempenho na experiência do Estágio Supervisionado Obrigatório, realizado na Unidade de Saúde Irmãos Francisco e Nelson, em União dos Palmares- AL, entre março e novembro de 2022.

Neste período, através de nossa observação sistemática e devidamente supervisionada, observamos equívocos e/ou até a falta de conhecimento, por parte de alguns usuários, do direito ao Planejamento Familiar.

Passados mais de três décadas da promulgação da Constituição Federal, a qual estabelece, no artigo 226, o direito ao Planejamento Familiar e após 27 anos da regulamentação da Lei nº 9.263, Lei do Planejamento Familiar de 12 de janeiro de 1996, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa com o objetivo de estudar as *tendências sobre o planejamento familiar na Unidade Básica de Saúde Irmãos Francisco e Nelson no município de União dos Palmares – AL*. É este o objeto de análise aqui delimitado.

Assim, o interesse em estudar sobre o Planejamento Familiar surgiu com o intuito de investigar a *dimensão socioeducativa*, a qual mobiliza conteúdos pedagógicos, assumida pela política de planejamento familiar no âmbito da Unidade Básica de Saúde Irmãos Francisco e Nelson no município de União dos Palmares - AL. A unidade de saúde foi escolhida por ser o local de vivência da experiência de estágio.

Por conseguinte, este estudo teve como objetivo geral investigar as de planejamento familiar presentes no universo empírico delimitado. Delimitamos os seguintes objetivos específicos:

- reconstituir historicamente a trajetória do planejamento familiar no Brasil, considerando o papel desempenhado pelo Estado;
- identificar os desafios contemporâneos da política de planejamento familiar;
- apreender as tendências político-profissionais em presença na UBS Irmãos Francisco e Nelson sobre o planejamento familiar;
- problematizar a dimensão socioeducativa da equipe multiprofissional em saúde da UBS Irmãos Francisco e Nelson no que se refere a ações voltadas ao planejamento familiar, particularmente no que diz respeito à ação do Serviço Social.

Durante o estágio supervisionado obrigatório, uma das principais funções que exercemos foi o acolhimento com os pacientes e/ou com seus responsáveis. Neste momento eram praticadas ações socioeducativas e emergenciais, buscando conhecer a realidade vivenciada pelos mesmos em seu cotidiano. Para tal procedimento, realizava-se uma entrevista buscando sempre fatores que pudessem ser trabalhados junto ao Serviço Social. Durante a experiência de acolhimento, a vivência no campo de estágio nos permitiu

constatar, preliminarmente, certa incidência de gestações não planejadas (indesejadas) entre as mulheres em período de constituição, limitação ou aumento da prole, um número expressivo de adolescentes com vida sexual precocemente ativa sem acesso a informações sobre os meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, além de uma quantidade significativa de mulheres jovens (com menos de 30 anos) com quantidade significativa de filhos (em média três).

Com frequência, adolescentes iniciam a vida sexual precocemente, ocasionando gestações não planejadas (indesejadas), na maior parte das vezes devido à falta de acesso a informações sobre os meios, métodos e técnicas disponíveis para contracepção. Isto ocorre, sobretudo, entre as camadas pauperizadas da população e afeta sobretudo a vida das mulheres - não só quanto ao presente, mas em relação as suas perspectivas futuras.

Como podemos observar, indiscutivelmente há um elemento da realidade concreta a ser melhor refletido e que é aqui apresentado como ponto de partida na construção de nossa problemática investigativa. Em termos sistemáticos, convém indagar: *que ações preventivas e educativas ligadas ao planejamento familiar são articuladas pela equipe multiprofissional da unidade de saúde em discussão?* Esta é a questão fundamental por nós discutida, a qual acarreta outras, como as seguintes: qual a visão dos profissionais sobre o planejamento familiar? Em que termos se estabelece, em torno desse tema, a interlocução entre profissionais e usuários do serviço público de atenção básica à saúde?

Já no que tangencia à inserção de assistentes sociais no Programa de Planejamento Familiar, como se estabelece a relação com outras áreas, como a Medicina e a Enfermagem? E que ponte se configura entre os objetivos do programa nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os parâmetros que fundamentam o projeto ético-político do Serviço social?

Em consonância com as diretrizes inscritas no Código de Ética Profissional (CEP), o/a assistente social deve contribuir no sentido de “democratizar as informações [...]” (art. 5o, cap I, p. 29) e promover um maior envolvimento da população em ações socioeducativas que também são realizadas dentro do Programa de Planejamento Familiar, podendo colaborar significativamente junto à equipe interdisciplinar, visando a maior eficácia da implantação e desenvolvimento desse programa na UBS sem ferir suas próprias atribuições nem a de outros profissionais.

A Constituição Federal do Brasil, desde 1988, estabelece em seu parágrafo 7º art.

226 que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. Para regulamentação do que está estabelecido na Constituição Federal, foi sancionada, em 12 de janeiro de 1996, a Lei nº 9.263, Lei do Planejamento Familiar, a qual determina o Planejamento Familiar como um direito de todo cidadão.

A Lei estabelece como Planejamento Familiar o conjunto de ações que regula a fecundidade, possibilitando a limitação ou o aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. O Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Além de mencionar o fato que é dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do Planejamento Familiar.

De tal forma, é um direito das pessoas, assegurado na Constituição Federal e na Lei n.º 9.263/1996, que o Planejamento Familiar, garantido pelo Estado. É direito de todo cidadão decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida. É de direito, também, informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos.

Durante o estágio, os usuários geralmente manifestavam o interesse em realizar a esterilização, especialmente a precoce, sempre fazendo a ligação entre este procedimento e o Planejamento Familiar. Entretanto, de acordo com o Art. 10, inciso I, da Lei 9.263 de 1996, somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e um anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

É importante considerar os benefícios ao exercer o direito ao Planejamento Familiar, uma vez que está sendo estudado o melhor momento para se ter filhos, ou seja, para constituir família. Com isso, pode-se dedicar uma atenção maior à saúde da mulher e do descendente, pois a partir desta decisão se usufrui do desenvolvimento científico, tecnológico e da ciência médica, realizando diversos exames preliminares para concepção, diminuindo e até mesmo, em muitos casos, eliminando diversas patologias, como por exemplo, as doenças derivadas da falta de combinação sanguínea e o HIV neonatal.

É importante ressaltar que, através do Planejamento Familiar, diminui-se a chance de uma gravidez indesejada, e conseqüentemente, de abortos clandestinos, aos que se submetem tantas jovens mulheres, pretas e pobres. A prática deste ato, nas condições precárias em que acontece, traz conseqüências graves para a saúde da mulher. Algumas vezes, compromete sua fertilidade, favorecendo outros abortos e até partos prematuros (a partir de 20 semanas de gestação) em gravidezes subsequentes, hemorragia e óbito da praticante e ainda a lesão e/ou deformação do feto nos casos em que a tentativa de aborto tenha fracassado.

Foram diversos os fatores que contribuíram para a escolha do tema, especialmente a atenção quanto ao compromisso da intervenção crítica do Serviço Social em relação à política de Planejamento Familiar e a falta de aparato em disseminar informação e meios de acesso à política disponibilizados pela Unidade Básica de Saúde.

Metodologicamente, a pesquisa é de caráter bibliográfico e documental, com revisão da literatura referente ao tema. Para tal procedimento, contextualizamos a trajetória do Planejamento Familiar no Brasil, historicizando a política de planejamento familiar, levantando as ações desenvolvidas pelo Estado.

Durante a escolha da metodologia a ser utilizada na pesquisa, levou-se em consideração a grade curricular do curso de Serviço Social, a qual concentra a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, no último semestre, juntamente com outras disciplinas. Com isso, para responder aos questionamentos da pesquisa, decidiu-se em realizar a pesquisa bibliográfica, com análise documental.

Em relação à estrutura de exposição, o trabalho apresenta, no primeiro capítulo, a política de saúde e planejamento familiar no Brasil, em uma breve trajetória do planejamento familiar no Brasil seguido da apresentação dos desafios contemporâneos da Política de Planejamento Familiar. Desta forma, é contextualizado a implementação da política de saúde e do SUS e quando o tema começa a ser discutido no país. Destacam-se os movimentos que impulsionaram a implementação do Planejamento Familiar como um direito constitucional, dando enfoque ao Movimento Feminista. Em seguida, trazem-se as políticas de Planejamento Familiar a partir da década de 1990, priorizando os debates realizados através das Conferências, os documentos oficiais gerados por estas, relacionados à saúde da mulher, o direito sexual e reprodutivo e o Planejamento Familiar.

Busca-se, ainda, apresentar estes debates no âmbito estadual. Como fica visível, o intento desse capítulo é panorâmico.

No segundo capítulo, problematizamos a dimensão socioeducativa do planejamento familiar na UBS Irmãos Francisco e Nelson do município de União dos Palmares - AL. E para isto, a priori, realizamos a caracterização do município de União dos Palmares sob os aspectos demográficos e socioeconômicos, bem como a estrutura física da saúde do município em estudo, em seguida a caracterização da Unidade de Saúde Irmãos Francisco e Nelson, sua trajetória, competências e equipe multiprofissional e, por fim, o trabalho socioeducativo no âmbito do planejamento familiar: visões da equipe e a particularidade da intervenção do Serviço Social.

Nas considerações finais, apresentamos um breve balanço do tema. Também indicamos possibilidades futuras de investigação e limites que informam este momento de nossa aproximação ao tema, notadamente introdutório e, portanto, prenhe de amadurecimento.

CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Este capítulo busca recuperar, historicamente, os elementos que compõem a trajetória do planejamento familiar no Brasil. Para tanto, consideramos sua vinculação orgânica à política de saúde e as disputas em torno de sua direção.

Na primeira seção, abordamos o desenvolvimento histórico do planejamento familiar no Brasil, destacando seus principais marcos a partir da relação entre Estado e sociedade. Na segunda seção, preocupamo-nos em sistematizar as tendências contemporâneas dessa política, indiscutivelmente traduzidas em desafios.

Portanto, nas páginas subsequentes, nosso intento é o de fornecer uma visão panorâmica, elaborada na perspectiva de construção de uma síntese, fruto de nossa interlocução com a literatura especializada.

1.1 Breve trajetória do planejamento familiar no Brasil

Partimos do entendimento de que não se pode apreender a política de saúde a partir de si mesma. Pensá-la somente a partir de seus próprios termos, isto é, de sua dinâmica interna ou da documentação que lhe fundamenta, levar-nos-ia a uma concepção

instrumental ou formal de política social. Neste trabalho, buscamos analisar a Política de Saúde a partir do contexto que a permeia. Torna-se pertinente, neste sentido, elencar as particularidades e as determinações do cenário sócio-histórico que a fizeram emergir e se desenvolver.

A primeira vez que houve, no Brasil, uma ação voltada à saúde pública foi em 1923, mediante a Lei Eloy Chaves¹, no que se refere às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's)², entendida como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da Questão social. Nos termos daquela iniciativa, a assistência era limitada, destinada a categorias específicas de trabalhadores. Seu alcance era limitado, tendo em vista que se destinava tão-somente a setores considerados estratégicos ao processo de produção e circulação.

Considerada a conjuntura da República Velha, é preciso destacar que:

Até a promulgação da Constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem-estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, em primeiro lugar, à procura das pessoas por assistência médica curativa. Havia, assim, uma predominância do atendimento médico individual hospitalar. As ações de saúde pública, ou seja, as chamadas ações preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, a não ser em momentos críticos, como por exemplo quando a população era atingida por uma epidemia ou uma catástrofe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação de Informação Educação e Comunicação, p. 7 1988).

Com a vitória do “Movimento de 30”, liderado por Getúlio Vargas, a República Velha chega ao fim. Analisadas as relações de classe naquele período, constata-se um rearranjo no âmbito das classes dominantes: as oligarquias agrárias, que davam as regras do jogo na vida republicana entre 1889 e 1930, sofrem uma derrota no que se refere à condução do aparelho de Estado. Quem os substitui são os capitalistas industriais através da plataforma representada por Vargas.

¹ Lei aprovada pelo Congresso Nacional em 24 de janeiro de 1923. Marco inicial da previdência social no Brasil.

² A Lei Eloy Chaves propiciou com que cada companhia ferroviária do país a criação de uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e a dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas.

Tal mudança não pode ser menosprezada do ponto de vista analítico. Pós-1930, o Brasil transita do chamado padrão agrário-exportador ao modelo de industrialização substitutivo de importações. Passa a haver um estímulo à industrialização, à urbanização, à disseminação mais significativa do trabalho assalariado. Em face disso, altera-se qualitativamente a relação entre Estado e “questão social”.

Visto em retrospecto, muitos são os elementos conjunturais que melhor explicam o período varguista. Mas, em atenção ao propósito deste trabalho, cabe pontuar que, nesse período, a saúde pública passa a ser institucionalizada, centralizada num Ministério (o Ministério de Educação e Saúde Pública); e no lugar das CAP's surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que estendem a cobertura à grande parte do operariado urbano.

Já o período 1950-1970, frequentemente classificado como “nacionaldesenvolvimentista”, marca a consolidação da saúde pública, visto o modelo médicoprevidenciário e as grandes campanhas sanitárias nas zonas rurais, como a criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) em 1973 e a articulação do Estado com os interesses do capital internacional via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar (MOTA, 2016).

No entanto, a grande conquista no setor saúde ocorreu concomitante à dissolução da ditadura empresarial-militar (IANNI, 2019), na conjuntura de redemocratização do país na chamada “Nova República”. Diante do marco da Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao considerar na concepção de Seguridade Social, a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado.

Resultado de lutas dos movimentos sociais, particularmente do movimento popular de saúde, ganha espaço o *conceito ampliado de saúde*, previsto na portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que engloba estratégias na produção de saúde de maneira individual e coletiva, promovendo uma articulação e coadjuvação intra e intersetorial, na formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo ações com as outras redes de proteção social, com grande participação e controle social.

Naquelas circunstâncias, papel de destaque foi desempenhado pelo MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA, ideologicamente fundado em princípios progressistas e democráticos, favorável à prestação de serviços de saúde pelo Estado. É fruto de uma série de alterações estruturais que ocorreram na área da saúde, com o objetivo de promoção de

saúde em que se substituí políticas de controle das doenças transmissíveis pela promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, por um sistema unificado e universal.

Sérgio Arouca, um dos principais teóricos e líderes do movimento sanitário, durante a histórica 3ª Conferência Nacional de Saúde, de 1988, menciona a importância da ampliação do conceito de saúde:

Pode significar que as pessoas tenham algo além de simplesmente não estar doente. Que tenham direito à casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo [...]. Que também tenham direito ao meio ambiente – que não nos seja agressivo, mas pelo contrário, que permita a existência de uma vida digna e decente – bem como a um sistema político que respeite a livre opinião, à livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo (Arouca, 1986).

Assim, em 1988, os princípios do SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na CF/88, quais sejam: a universalidade, segundo a qual todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania, sendo esse princípio a maior conquista das lutas em favor da Reforma Sanitária; a preservação da autonomia das pessoas, visando a sua integridade física ou moral; a igualdade da assistência médica, sem preconceitos ou privilégios, buscando a equidade, afirmando que todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme sua necessidade; a integralidade, conjunto articulado de ações e serviços que visem atender o indivíduo como um ser humano integral e com necessidades de promoção e recuperação; a resolutividade, que corresponde à capacitação para resolver o atendimento com eficácia e eficiência (Art. 7º Lei 8.080/90).

Posterior a uma série de evoluções, dando um salto temporal e histórico, o Ministério da Saúde, em parceria com alguns movimentos sociais, tais como: o movimento feminista, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, por meio dos princípios e diretrizes levantados pelo movimento feminista. Assim, propõe condições de humanização e qualidade de atendimento ao relatar a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher. O que resultou na formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivo atender às mulheres através de atividades de assistência integral, clínico-ginecológica e educativa, concebendo o aprimoramento da prevenção e promoção da saúde.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

O PAISM demarca, portanto, um novo perfil de políticas públicas voltadas às mulheres até pelo contexto do papel social que as mesmas desenvolviam dentro dos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade. Os movimentos feministas afirmam, assim, que essa desigualdade reflete diretamente em problemas de saúde para a população feminina.

No que se refere ao avanço da concepção de saúde e à integralidade da atenção, a Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, menciona que cada profissional, em decorrência de sua formação capacitada, qualificada e de forma distinta, atua para desempenhar suas ações. Isto admite as potencialidades do trabalho multidisciplinar e alarga o universo de profissões situadas na área de saúde.

Do ponto de vista normativo, o SUS é definido como:

[...] 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 funções mantidas pelo Poder Público (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, ART. 4º).

Posto o contexto de implementação e avanço da política de saúde no Brasil na até os anos de 1980, voltaremos para a década de 1960 para que se introduza a temática do planejamento familiar. Até então, prevalecia a ideia de que a evolução da sociedade brasileira passava pela expansão populacional. Em 1965, especificamente, a questão populacional entra em discussão quando a burguesia brasileira, setores do governo militar e segmentos da categoria médica se vincularam a tendências internacionais de contenção populacional; com relevância na relação entre pobreza e natalidade que adquiriu ampla visibilidade na sociedade brasileira. Abre-se o espaço então para discussões em torno do Planejamento Familiar que tiveram início, no Brasil, em meados da década de 1960.

Neste sentido, é importante contextualizar as primeiras teorias que embasaram a política de planejamento familiar. A exemplo, resumidamente, a Teoria Malthusiana, ou Malthusianismo, foi elaborada por Thomas Robert Malthus (1766-1734), em fins do século

XVIII, e defendia que a população cresceria em ritmo acelerado, superando a oferta de alimentos, o que resultaria em problemas como a fome e a miséria.

Malthus – pastor da Igreja Anglicana e professor de História Moderna –, em sua obra *Ensaio sobre o Princípio da População* (1798), deixou evidente seu pessimismo quanto ao desenvolvimento humano, pois acreditava que a pobreza fazia parte do destino da humanidade, baseado na premissa de que a população possuía potencial de crescimento ilimitado, ao contrário da produção de alimentos.

Malthus concluiu que, se o crescimento populacional não fosse contido, a população cresceria segundo uma progressão geométrica (2,4,8,16,32...), e a produção de alimentos cresceria segundo uma progressão aritmética (2,4,6,8,10,12...). Baseado nesse argumento, considerava que a população dobraria a cada 25 anos e, caso a teoria se confirmasse e houvesse esse descompasso entre o aumento da população e a falta de alimentos, o resultado seria uma população mundial faminta, vivendo em situação de miséria, o que causaria, segundo ele, uma “desestruturação” na vida social. Portanto, o aumento da população seria a causa, e a miséria, a consequência.

Pautado em sua formação religiosa e na linhagem a qual se vinculava nos debates da Economia Política, Malthus acreditava na necessidade de um controle de natalidade, que chamou de “controle moral”. Esse controle não deveria ser feito pelo uso de métodos contraceptivos, mas pela abstinência sexual ou adiamento de casamentos. Vale ressaltar que esse controle foi sugerido apenas para a população mais pobre. Segundo ele, era necessário forçar a população mais carente a diminuir o número de filhos.

A realidade, porém, tem contrariado historicamente o argumento malthusiano. Ele fez sua análise do crescimento populacional em um espaço geográfico limitado, com uma população predominantemente rural e atribuiu a todo o mundo a mesma dinâmica. Contudo, Malthus não previu que a Revolução Industrial seria capaz de mudar todo o cenário mundial, inserindo no meio rural e urbano novas técnicas, as quais impulsionariam a produção agrícola e, conseqüentemente, aumentariam a oferta de alimentos.

A população não cresceu em ritmo de progressão geométrica, portanto, não dobrou a cada 25 anos. A modernização tecnológica conseguiu ampliar o desenvolvimento do cultivo das terras, fazendo com que a produção de alimentos fosse suficiente, chegando então a uma progressão geométrica. Assim, a fome e a miséria não poderiam ser atribuídos

à incapacidade produtiva de alimentos, como Malthus acreditava, mas à sua má distribuição.

Posteriormente, no início do século XX, com os sequenciais avanços na indústria, a erosão demográfica e o desenvolvimento tecnológico, a teoria Malthusiana passa a ser amplamente refutada por alguns estudiosos da época. Surge, então, a Teoria Neomalthusiana, como uma releitura adaptada da Teoria Malthusiana. Esta “nova” perspectiva implicava na utilização de estratégias de controle populacional pelos governos, principalmente, em países de capitalismo dependente, considerados de “Terceiro Mundo”.

Os neomalthusianos demonstravam receio em relação ao crescimento acelerado da população nos países desenvolvidos, uma vez que, segundo eles, o crescimento populacional impactaria diretamente na renda *per capita* do país e, dessa forma, ocasionaria os problemas socioeconômicos, de miséria e elevação das taxas de desemprego. Consideravam, além do mais, o fato de que esses países poderiam centralizar seus investimentos em educação, saúde e no controle da natalidade.

Desse modo, havia um posicionamento em favor do uso de anticoncepcionais e da adoção de políticas de planejamento familiar sob o viés conservador e da utilização de métodos contraceptivos. Os neomalthusianos apresentavam ideias alarmistas, pois, segundo eles, a expansão populacional era a principal fonte de miséria. Com isso, se afirmava que se o crescimento populacional não fosse contido, os recursos naturais na Terra seriam esgotados. Entretanto, Teorias neomalthusianas ainda legitimam o senso comum que associava miséria a um alto crescimento demográfico, ignorando que a pobreza decorre do modo como a sociedade organiza e distribui a riqueza socialmente produzida.

Ainda sobre a interpretação e discussões em relação ao crescimento populacional, de forma distinta das teorias reacionárias e conservadoras como as pontuadas anteriormente, vertentes progressistas e democráticas, em especial às vinculadas à esquerda, entendem o crescimento populacional de modo relacional às leis tendenciais de desenvolvimento do capitalismo. Dessa forma, há um contraponto quanto à lógica das chamadas teorias alarmistas, especialmente em relação aos neomalthusianos.

As ideias do campo progressista seguiram, portanto, um caminho oposto às ideias de Malthus. Para eles, o que estava em questão eram as contradições inerentes à dinâmica interna do modo de produção capitalista.

Em *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*, Délcio da Fonseca Sobrinho menciona duas posturas para se entender o assunto: "coalizão antinatalista e coalizão anticontrolista".³ Duas posturas antagônicas em relação à contracepção e às políticas populacionais que conviviam na sociedade e no governo brasileiro e se organizavam em opiniões divergentes em relação à questão populacional.

Na primeira tendência, estavam protagonistas como o governo norte-americano, preocupados com o objetivo de promover uma "cubanização"⁴ do Nordeste brasileiro e com as repercussões sociais e políticas, causada pela explosão demográfica em países dependentes. Haviam também os militares da Escola Superior de Guerra, que entendiam como uma ameaça para a "segurança nacional"; os grandes empresários que consideravam a taxa de crescimento demográfico como um obstáculo ao desenvolvimento nacional; e por fim, grupos de médicos com interesse na abertura de um espaço para o exercício do que de fato seria o Planejamento Familiar no país.

A segunda tendência citada por Fonseca (1993) era a coalisção anticontrolista, que se formou como reacionária a primeira e estava em conjunto com a Igreja Católica e por razões de ordem moral posicionou-se contra o uso de anticoncepcionais; a esquerda, que

percebia um discurso capitalista nas manifestações antinatalistas; e uma parte das Forças Armadas, nacionalistas de direita que, por razões territoriais tinham o interesse de que os "espaços vazios" no Brasil fossem ocupados com o aumento populacional em nome da segurança nacional.

De acordo com Maria Valéria Junho Pena, em *Política e população: dados sobre um estado de duas caras* (1991), a mesma ciência epistemológica que pactuou com a revisão dos ideais liberais contra a intervenção, favorecia ao mesmo tempo a ação de agentes privados, que subsidiaram anticoncepção para a população, e mesmo não desempenhando uma política oficial de contenção do crescimento demográfico, admitiu instituições não

³ Citado em FONSECA SOBRINHO, *Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993, p 91.

⁴ O termo refere-se à situação contemporânea do Brasil que vem fazendo várias alianças com Cuba e desta forma vem se igualando a ele em diversos quesitos. Disponível em <<https://www.dicionarioinformal.com.br/significado/cubaniza%C3%A7%C3%A3o/22212/>>. Acesso em 03 de março de 2023 às 14:39.

governamentais implantarem medidas de controle demográfico por meio de programas de planejamento familiar com a distribuição de anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização. Em outros termos, uma política que evidentemente implica na regulação, onde o governo consentia a ação de agências internacionais no controle da natalidade. Além disso, instituições privadas como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) desenvolviam um projeto educativo difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticoncepcionais.

Criada em 1963, a BEMFAM foi idealizada por médicos que tinham como objetivo informar sobre métodos anticoncepcionais para tentar evitar o grande número de abortos provocados no país que, segundo estes médicos, ocorriam por falta de informações e acesso às práticas anticoncepcionais. A entidade tinha como estratégia o treinamento de profissionais de saúde para a prática do planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contraceptivas, através de suas unidades próprias ou conveniadas, como prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde etc. Em suma, a BEMFAM tinha como principal objetivo a construção de um enunciado de persuasão, de uma ideologia que justificasse o planejamento familiar.

Contudo, é somente em 1974 que o Brasil enuncia, em Bucareste, durante a I Conferência Mundial sobre População, viabilizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), uma posição oficial enfatizando que a decisão quanto à composição familiar é uma prerrogativa do casal, demonstrando a indefinição por parte dos governos brasileiros, que atribuem a responsabilidade da reprodução ao casal, ao mesmo tempo em que permitem a intervenção de organismos não governamentais que financiam e estimulam o controle populacional (BARROSO, 1984).

Segundo o documento divulgado nesta Conferência (1974) pelo embaixador brasileiro Miguel Ozório de Almeida:

[...] a capacidade de recursos ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos (*apud* Sobrinho, 1993, p. 148).

Dessa forma, o governo tentou implementar duas ações dessa mesma natureza: primeiro, o Plano de Prevenção à Gravidez de Alto Risco; segundo, o Programa Nacional de Paternidade Responsável, que não se efetivaram mais especificamente pela oposição imposta pela Igreja Católica.

É importante frisar que essas medidas foram consolidadas no plano judicial devido à articulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵ de 1986. Nesse mesmo sentido, no tocante à área com volumosos avanços constitucionais, a saúde se torna ainda mais evidente, considerando sua boa articulação entre a dimensão política e a democracia. Desse modo, a saúde passa a ser direito social e dever do Estado, propiciando a universalização do acesso, de acordo com Mota (2006).

Decorrente de evoluções na conjuntura política do período, considerando que anteriormente a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983, o principal enunciado das políticas públicas de saúde dirigido à mulher brasileira era a ênfase pró natalista⁶, com sua atuação voltada para o atendimento de mulheres exclusivamente em seu ciclo gravídico-puerperal⁷, a preservação ao segmento materno-infantil presente no PAISM fortaleceu a valorização social das mulheres para o desenvolvimento socioeconômico, ainda que resumidamente como corpos que necessitam de uma submissão e precisam estar voltados para a reprodução biológica.

Portanto, fica evidente o fato de que o Estado não tinha elaborado nenhuma política eficaz quanto ao planejamento familiar fortalecendo de forma significativa o caráter do

direito de livre escolha por meio de ações educativas, ignorando a difusão das ações realizadas pela BEMFAM⁸ e CPAIMC⁹.

⁵ Realizada em março de 1986, em Brasília. Contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas [...] os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram a dimensão com as entidades representativas da população (MOTA, et al., 2006, p.96).

⁶ São políticas adotadas visando o aumento populacional de um país, nas quais as ações adotadas pautam-se no discurso biológico que naturaliza a mulher como mãe e reprodutora.

⁷ O período gravídico compreende o período gestacional da mulher, e o puerpério compreende o período entre o fim do parto, que é puerpério precoce, até o período de 12 semanas após o parto, que é o puerpério tardio.

⁸ Bem-estar familiar no Brasil. Organização não-governamental, sediados no Rio de Janeiro de ação social e sem fins lucrativos. Desenvolvem atividades voltadas à promoção da assistência social básica, defesa e promoção dos direitos sociais, socioambientais, sexuais e reprodutivos, individuais e coletivos, contribuindo para o desenvolvimento social e para a melhoria da saúde, ampliando o acesso da população a produtos e serviços.

⁹ Centro de pesquisa e assistência integrada a mulher e à criança. Tese desenvolvida por Marcos Jungmann Bhering que define como um espaço ambivalente em que postulados de atenção primária em saúde, integralidade e atendimento às populações marginalizadas conviviam com um projeto de controle populacional sob a influência de entidades internacionais envolvidas com projetos de controle demográfico,

Essas instituições sucederam o que o Estado se exime em assumir claramente (o controle demográfico), em virtude das reações dos movimentos sociais. As ações dessas instituições, prestando esse tipo de assistência, apontavam uma forma onde o governo se justificaria mediante a sociedade como não sendo sua responsabilidade de iniciativa. Foi nestes termos que o controle demográfico foi executado durante décadas.

No começo da década de 1980, o rígido discurso de militares em relação ao tema do controle demográfico propiciou uma reação de enfrentamento de novos grupos organizados da sociedade civil, incluindo o movimento feminista. Esse movimento, no que se refere às políticas de planejamento familiar e à escolha dos seus destinos em relação à constituição da prole, lutava (como ainda luta) pela igualdade de gênero e pela autonomia das mulheres, incluindo nessa plataforma a necessidade de desvincular o planejamento familiar da associação moralista e do controle populacional. Além de duras críticas quanto a entidades que desempenham o papel de controle demográfico, o movimento era repulsivo ainda dos argumentos pró-natalistas de ocupação sobre o corpo feminino.

Dessa maneira, sobressai o discurso de consentimento firmado nos princípios do direito à saúde e da autonomia das mulheres e dos casais quanto à formulação da quantidade de pessoas da prole.

As militantes do movimento entendiam que desde que a sociedade passou a aceitar outros papéis femininos além da função materna, a vida reprodutiva das mulheres se encurtou. As mulheres brasileiras processavam uma ruptura com o clássico papel social

que lhes era atribuído: o de mãe como "do lar". Gradativamente, incrementaram sua presença no mercado de trabalho, ampliando suas necessárias aspirações de cidadania.

Controlar a fecundidade, realizar em seu corpo a anticoncepção, passa a ser aspiração e desejo de muitas mulheres, mesmo que essa postura apresente em sua base a preocupação com o grau de desenvolvimento econômico: o controle da fecundidade totalmente mercantilizado. As vivências mais plenas da sexualidade reforçam esta

principais financiadoras de suas atividades. Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/tese-analisa-centro-depesquisas-que-teve-atua%C3%A7%C3%A3o-pol%C3%AAmica-no-controle-da-natalidade-0>>. Acesso em 10 de março de 2023 às 10:06.

necessidade. No entanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para esta demanda (o que, evidentemente, era fruto de uma opção política no âmbito das iniciativas deflagradas pelo Estado).

Gradativamente, as políticas públicas de saúde voltam o seu olhar para o planejamento familiar e a postura de controle começa a se moldar em um planejamento, com a participação efetiva das mulheres. Ainda assim, existiam poucos programas implementados, os quais eram insuficientes e por vezes incompletos, no que diz respeito ao atendimento e ao oferecimento dos diferentes métodos anticonceptivos. Constantemente, a viabilização de acesso à informação e aos métodos de controle da prole estavam restritos ao fornecimento de pílulas anticoncepcionais orais, sem o acompanhamento médico necessário e tinham como público-alvo de seus programas somente mulheres, desvinculando a participação do homem nesse processo, numa nítida reprodução da visão de mundo patriarcal.

Medici (1995) afirma que a laqueadura, ou a cirurgia de esterilização, passou significativamente a ser mais procurada no Brasil, principalmente pelos setores mais pauperizados da população, chegando, inclusive, a funcionar como moeda de troca durante o período eleitoral. Ainda segundo o autor, a esterilização de mulheres, no Brasil, naquele momento era quatro vezes maior que a média estabelecida nos países desenvolvidos, segundo os dados de organismos internacionais. Mediante esse surto, ocasionado pelos resultados de pesquisas que evidenciaram a problemática do uso indiscriminado de anticoncepcionais, constatando que cerca 44% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva se sujeitavam a intervenção cirúrgica, diante desse fato, várias denúncias levaram à abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no ano de 1991 no Rio de Janeiro.

O dado evidenciou que a ausência de políticas públicas efetivas e de acesso a informações, aliadas à situação socioeconômica da população que mais se submetia ao procedimento, fazia com que a esterilização fosse escolhida como o método contraceptivo mais eficaz. Além disso, Medici (1995) confronta a esterilização em relação à ausência de políticas governamentais definidas para o planejamento familiar, que conduzia a mulher a uma opção de soluções mesmo não sendo as mais cabíveis.

Contudo, planejamento familiar fundado segundo o princípio da dignidade da pessoa humana¹⁰, previsto na CF/88, diz respeito ao reconhecimento do usuário enquanto sujeito

de direitos, só passou a ser regulamentado através da elaboração da redação da Constituição Federal de 1988.

Nessa direção, como forma de regulamentar o inciso 7 do artigo 226, em 1996 o Congresso Nacional aprovou a Lei 9.263. No que se refere ao planejamento familiar, a lei diz o seguinte:

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. 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 global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

Admitindo o fato de que os extratos mais pauperizados da classe trabalhadora têm dificuldades no acesso aos métodos de regulação da fecundidade, em 11 de fevereiro de 1999 o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 48/1999, com o objetivo de instituir normas de funcionamento e métodos de fiscalização para a realização de ações de planejamento familiar pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Foi o momento em que o Governo Federal passou a se envolver com um fornecimento considerável de métodos contraceptivos e a sua disponibilidade para estados e municípios.

Passo importante, anos depois, foi dado durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que anunciou em 2007, em São Paulo, no Dia Internacional da Saúde da Mulher e Dia Nacional de Luta pela Redução da Mortalidade Materna, medidas para planejamento familiar e redução da mortalidade materna. As medidas incluíam a ampliação da oferta de métodos contraceptivos na rede pública de saúde e nas drogarias e farmácias privadas credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil, possibilitando o acesso da

¹⁰¹⁰ O princípio da dignidade da pessoa humana se refere à garantia das necessidades vitais de cada indivíduo, ou seja, um valor intrínseco como um todo. É um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, nos termos do artigo 1º, III da Constituição Federal, sendo fundamento basilar da República.

população aos anticoncepcionais por meio da distribuição nas Unidades Básicas de Saúde e pela venda nas farmácias por um preço acessível.

Observa-se que essa “política de distribuição de meios anticoncepcionais”, aprovada em 2007, constitui atualmente o planejamento familiar na perspectiva do direito, ao possibilitar que as pessoas possam intervir se assim desejarem para separar o exercício da

sexualidade, da função reprodutiva, considerando os meios e as informações disponíveis. Contudo, só o acesso a esses métodos não garante a efetividade da política de planejamento familiar, é necessário que essa temática seja discutida a nível educacional, integralizando educação e saúde.

O Ministério da Saúde foi o grande responsável por essas iniciativas de difusão do planejamento familiar, dando visibilidade à política por meio da criação de programas e estratégias com pautas sempre voltadas ao acesso da população aos mecanismos postos em lei. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde, compreendido como o órgão competente para normatizar tais programas, ações e serviços, no seu artigo 3 da Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996, parágrafo único, inciso I da lei retrata todas as atividades básicas a serem desenvolvidas pelo SUS em todos os níveis no que diz respeito à atenção à mulher, ao homem, ou ao casal através da assistência à concepção e contracepção.

Nesse viés, é necessário abordar que se entende o direito à liberdade reprodutiva como o acesso às informações, meios, métodos e técnicas. A sexualidade e a reprodução sendo exercidas livres de imposições, discriminação e violência.

Todavia, a efetividade desse direito é constantemente violada, visto as grandes inflexões sofridas pela sociedade, seja pelo neoliberalismo,¹¹ que visa o mínimo para o social em detrimento dos interesses do grande capital, privatizando os bens e serviços, não ofertando políticas sociais devidas e/ou pela atuação dos profissionais da área, que dificultam o acesso dos usuários aos serviços disponíveis por falta de capacitação na área. Como exemplo, a divergência de interpretação, por parte de alguns profissionais, acerca da lei 9.263/1999, o que por sua vez inviabiliza a efetivação do direito garantido por lei da esterilização, tanto para mulheres quanto para homens.

¹¹ Para a política neoliberal, o papel do Estado é oferecer uma infraestrutura básica que propicie o desenvolvimento dos negócios, deve também estabelecer regras gerais e funções relacionadas à defesa e à polícia para assegurar que, por meio da legítima violência do Estado, os interesses do capital sejam resguardados. Disponível em < <https://1library.org/article/neoliberalismo-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-conjuntura-neoliberal-%C3%A9gide-dosorganismos.qmj1pg7q>> Acesso em 09 de março de 2023 às 15:42.

No geral, estas são as linhas fundamentais que nos permitem costurar historicamente o planejamento familiar no Brasil. Em torno dele, fica evidente uma disputa político-ideológica acirrada, disputada por perspectivas conservadoras/moralistas e, na contramão, por uma visão libertária e especialmente comprometida com a vida das mulheres, que são as mais afetadas nesse emaranhado de tensões e cujos direitos sexuais e reprodutivos são

constantemente atacados. Na seção seguinte, esboçamos uma síntese dos desafios da política de planejamento familiar na atualidade.

1.2 Desafios contemporâneos da Política de Planejamento Familiar

Conforme vimos demonstrando, o Estado Brasileiro, desde 1998, estabelece parâmetros para o planejamento familiar na perspectiva da política pública, dos princípios do SUS e da coerência em relação aos direitos sexuais e reprodutivos. A distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais é um exemplo disso; aliás, o primeiro a ser sistematizado e encaminhado por meio dos equipamentos públicos de saúde. Em 2007, foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que incluiu a distribuição de preservativos e a venda de anticoncepcionais, além de expandir as ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, mais de 120 milhões de mulheres em todo mundo desejam evitar a gravidez. Dessa forma, a lei do Planejamento Familiar foi desenvolvida pelo Governo Brasileiro com intuito de orientar e desenvolver o caráter de discernimento dos indivíduos a respeito da gravidez.

Segundo a Lei de nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, no § 7º do art. 226: “o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito”. No entanto, muitos casais não recebem instruções, em virtude do baixo investimento do governo em políticas públicas de saúde que viabilizem a propaganda e profissionais devidamente capacitados e competentes para instruir a população sobre seus direitos.

Noutras palavras, observa-se que, tendencialmente, consolidam-se mecanismos institucionais destinados à prevenção e contracepção, mas, por outro lado, a ação educativa ainda é limitada, sobretudo entre um público-alvo dessa política, que são os adolescentes. São poucas as iniciativas destinadas à orientação para as pessoas acerca das práticas de prevenção de gravidez. De tal maneira, não há orientação educacional adequada, visto que é de extrema importância o contato com essa temática entre o referido público.

Fato é que há um gigantesco tabu social em torno desse tema, intensificado em nossa história recente em face do crescimento do conservadorismo. Assim, o que estamos a sustentar é que *a política de planejamento familiar não pode estar limitada à distribuição de contraceptivos*. Nossa defesa é a de que há um componente *pedagógico* imprescindível

e que deve ser seriamente encarado pelo Estado brasileiro não só através da política de saúde, pois é necessário discutir de modo intersectorial alguns eixos temáticos que envolvem o planejamento familiar. A política de educação, por exemplo, especialmente a partir das escolas, é peça fundamental desse processo.

O debate em tela também remete à saúde da mulher. Até o final dos anos 1970, as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontraram fortes barreiras, destacando-se a resposta autoritária do aparato estatal, que não atendia às necessidades básicas da maioria. A hegemonia médica na construção de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher é, neste sentido, um problema expressivo e revelador do machismo de que se reveste num país marcado por desigualdades brutais (Ávila e Corrêa, 1999). De tal modo, o planejamento familiar, embora representando um passo decisivo em direção à construção da cidadania das mulheres, reflete, na prática, interesses contraditórios que se confrontam numa luta entre as instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder.

Levando-se em consideração o aspecto *contemporâneo* que delimita esta seção, é de maior importância pôr em destaque que a política de planejamento familiar não está imune às imposições que compõem a agenda neoliberal. O neoliberalismo, enquanto projeto, propõe a diminuição da participação do Estado através de um conjunto de medidas estruturantes, como a aplicação de fórmulas econômicas de contenção do gasto público e congelamento salarial para solucionar a eufemisticamente chamada “crise fiscal do Estado” (Campos, 1990). Sob esse modelo, hegemonizado pelo grande capital financeiro internacional, as políticas de Estado definidas institucionalmente, destinadas à viabilização dos direitos sociais, não encontram na realidade as condições para sua plena efetivação.

Para Rizzoto (2009), as incidências do neoliberalismo no campo da saúde remetem à assimilação, a partir dos anos 1990, de um modelo privatizante e de mercantilização. Isto foi um grande desafio durante o processo de consolidação do SUS, que enfrentou impactos como o desfinanciamento. Este quatro, no geral, gerou precarização dos vínculos de trabalho no setor; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado.

Tratando especificamente do direito à regulação da fertilidade e considerando o contexto histórico em que foram elaboradas as políticas de planejamento familiar no Brasil, é possível afirmar que, atualmente, ainda existe uma contracepção controlada por

interesses econômicos internacionais, a rede hospitalar privada, a medicina de grupo e as instituições de planejamento familiar, que facilitam a mercantilização da contracepção, privilegiando métodos de estrito controle médico, como a pílula e a esterilização.

Entre as décadas de 1980 e 1990, acentuaram-se os convênios com as seguradoras ou cooperativas de profissionais e, sobretudo, com o Estado, por meio do SUS. De acordo com Lucena (1996, p. 219), desde os anos 70, "os convênios privados de saúde consomem quase a totalidade da parte da seguridade social destinada à saúde...", favorecendo assim, "... os trustes hospitalares, industriais e laboratórios, atendendo aos interesses dos grupos oligopólios transnacionais e hegemônicos".

Hoje, no país, é nítida a predominância de uma medicina que atende à lógica neoliberal, com expansão da assistência à saúde mercantilizada, fazendo com que a população tenha como referência o subsistema privado de saúde. Em contrapartida, no subsistema público são destinados recursos limitados e mal geridos no que diz respeito ao ordenamento do serviço de saúde se referindo a relação entre rede pública municipal e a estadual, que muitas das vezes não convergem em sua atuação, o que favorece a má utilização dos recursos existentes.

No interior dessa configuração, a limitação do acesso à informação e à diversidade de métodos contraceptivos faz com que a laqueadura ainda predomine como o método de escolha após um ou dois filhos, muitas vezes realizada em idades precoces e forçadas por cesáreas, das quais mais da metade são desnecessárias (DataSUS, 2022). A alteração na questão da idade, além da autonomia feminina, em decidir sem a obrigatoria participação do cônjuge não se resume meramente ao crescimento no número de laqueaduras, mas revela quanto a procura pelo método irreversível se dá em decorrência da situação das fragilidades das atuais políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva das mulheres.

Em 2022, de acordo com o DataSUS, foram feitos 90,2 mil procedimentos de laqueadura. O nível até então alcançado era de cerca de 65 mil laqueaduras por ano até 2017, mas o compasso foi acelerado e a partir disso, a medida em que a população feminina em idade fértil variou 1,5%, o procedimento de esterilização aumentou em média 40% no Brasil. Na região Norte, os procedimentos dobraram entre 2016 e 2022, ultrapassando a marca de 4,3 mil para 8,9 mil no período. No Nordeste houve um aumento de 66%, passando de 15,8 mil para 26,5 mil. Na região Centro-Oeste, a taxa subiu para 56%; nos estados do Sudeste, de 25%; e na região do Sul, de 11%.

Diante desta realidade, como posto anteriormente por Coelho (2000), é nítido que mulheres permaneçam enfrentando graves desafios em relação à sua saúde reprodutiva, e quanto ao planejamento familiar, dificuldades estas que não se limitam somente à falta de acesso aos meios reguladores de fertilidade, faltam-lhes também o saber sobre o seu corpo, sobre os seus desejos e sobre suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos. No que diz respeito particularmente à laqueadura, recentemente enfrentou-se uma intensa batalha com os setores mais conservadores da sociedade, os quais defendiam anuência do parceiro para realização do procedimento, quando, na verdade, trata-se de uma decisão das mulheres, fruto de sua autonomia.

Além disso, a ausência do planejamento familiar está propriamente interligada com o abandono parental, considerando que no Brasil, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com base no Censo Escolar de 2011, há 5,5 milhões de pessoas que não possuem o nome do pai na certidão de nascimento. Dessa forma, os desafios que permeiam a criação de uma criança são inteiramente concentrados na mãe.

Muito se tem discutido sobre as mudanças em relação aos papéis feminino e masculino na família, as quais são indiscutíveis, basta voltar a atenção às transformações econômicas e culturais pelas quais a sociedade passou para refletir sobre como estas têm afetado homens e mulheres. Contudo, tais mudanças não ocorrem de forma abrupta e homogênea para todos os segmentos sociais, não sendo possível se generalizar tal situação.

A pouca responsabilidade masculina com a paternidade constitui, portanto, um fato. Isto recai sobre a mulher e também pode influenciar na tomada de decisão sobre as ações de contracepção.

Entende-se que tais concepções estão alicerçadas nos papéis que tradicionalmente foram delegados às mulheres e aos homens, sendo o da figura feminina a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, e o masculino alheio a estas questões. Contudo, considera-se importante destacar a existência de um discurso social que naturaliza essas questões, rotulando o que cabe à mulher, e que lhe seria apresentado como se fosse algo de sua natureza.

Fica evidente, portanto, que medidas devem ser tomadas para proporcionar um planejamento familiar destinado ao conjunto da sociedade. Sendo assim, cabe aos

Ministérios da Saúde e Educação o desenvolvimento de uma parceria para estimular conscientização social sobre este tema, por meio de palestras nas escolas e postos de saúde, aulas de Educação Sexual, abordando temas diretamente ligados ao tema ou correlatos. Deve-se enfatizar, nessa direção, a importância dos métodos contraceptivos e da autonomia e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Em atenção ao nosso objeto, parece-nos imperativo destacar que, nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), geralmente, não existem ações específicas de planejamento familiar. Questões desta ordem são tratadas meramente nas agendas de preventivo, pré-natal, puericultura, agendas estas onde sabidamente o público é majoritariamente feminino. Dessa forma, entende-se que também as unidades de saúde podem estar influenciadas pelo senso comum, reforçando a ideia de que o planejamento familiar é um encargo predominantemente feminino.

É preciso problematizar isto que está colocado. Por que a decisão sobre a concepção/anticoncepção ainda vem sendo tratada como algo que diz respeito somente à mulher? Por que os homens não podem ter participação e responsabilidade no planejamento familiar? Essas e outras perguntas precisam ser feitas e problematizadas tanto pelos pesquisadores quanto pelos profissionais de saúde, para que se possa auxiliar no processo de transformação das relações, principalmente no que compete a uma vivência parental mais responsável e não baseada em estereótipos, preconceitos e ataque à vida das mulheres.

Outro elemento que merece destaque consiste no seguinte: o alcance limitado das políticas de Estado, nos termos encaminhados no último período, tem dado margem ao retorno à perspectiva controlista praticada nas décadas de 1960, 1970 e 1980, antes da formulação das políticas e leis de caráter mais democrático. Reacende-se uma corrente política conservadora que defende a (falsa) ideia de que o Brasil ainda precisa controlar o crescimento populacional, e de que controlando o nascimento de crianças muito pobres o país estaria diminuindo a pobreza e, por tabela, a criminalidade. O público especialmente visado nesta perspectiva é a faixa da adolescência.

Isto indica que, com todo o respaldo que possa ter, o programa se distancia diametralmente dos parâmetros legais e técnicos para as políticas de planejamento reprodutivo vigentes no país, e da perspectiva de integralidade no atendimento, presente na política oficial de atenção à saúde das mulheres. Ele não foi submetido aos Conselhos

de Saúde (municipal, estadual ou nacional) e não foi debatido pelos conselhos de direitos da mulher ou das crianças e adolescentes.

Dessa forma, é importante frisar a conjuntura política dos últimos anos (em particular, do Golpe de Estado de 2016 ao fim do governo de Jair Bolsonaro) esteve fortemente marcada pelo desmonte dos direitos sociais, ignorando os princípios de universalidade, equidade, integralidade postos na Constituição Federal, o que dificulta os avanços no setor saúde. Toda essa realidade de perdas de direitos, menos investimentos em serviços e políticas públicas sociais e conseqüente precariedade destes, são resultados do acirramento do ideário neoliberal e, no caso da conjuntura recente, de sua vinculação a ideais característicos de uma plataforma de extrema-direita.

Em se tratando de Planejamento Familiar, voltamos a insistir mais uma vez: as atividades de informação são extremamente relevantes, diríamos indispensáveis, ao alcance dos objetivos de serviços e usuários, exigindo dos profissionais de saúde atitude ético-política de empenharem-se em bem informar para que a população conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas.

Destaca-se ainda que segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), 12 milhões de mulheres em 115 países, incluindo o Brasil, perderam o acesso a serviços de planejamento familiar em 2020 por conta da pandemia da Covid-19. Esse fator levou a 1,4 milhões de gravidezes indesejadas.

Contudo, vimos que, a partir de uma proposta norteada por princípios politicamente éticos, é possível corrigir as distorções existentes no campo da saúde reprodutiva e, em particular, em relação aos direitos reprodutivos. Vimos também que a luta pela sua implantação faz parte do esforço pela implantação do SUS, que toma impulso com as últimas Conferências Nacionais de Saúde, mas retrocede na prática das instâncias responsáveis pela sua concretização. As tentativas de ruptura com os princípios do PAISM, demonstram que, apesar das declarações oficiais favoráveis à sua implantação, há flagrantes manobras políticas com o propósito de inviabilizá-lo.

No geral, o conjunto dos elementos introduzidos nesta seção indicam os desafios contemporâneos da política de planejamento familiar no Brasil. Neste capítulo tentamos esboçar, pois, não apenas uma retrospectiva, mas uma conjunção entre a trajetória e atualidade do tema em discussão. Ao nosso ver, trata-se de um passo indispensável à

consecução do objetivo por nós delimitado. No capítulo a seguir, concentramos a análise dessa problemática a partir de um universo empírico delimitado: a UBS “Irmãos Francisco e Nelson”, localizada no município de União dos Palmares (AL).

CAPÍTULO 2 - A DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UBS IRMÃOS FRANCISCO E NELSON DO MUNICÍPIO DE UNIÃO DOS PALMARES (AL)

De agora em diante, delineada a trajetória do planejamento familiar no Brasil, nosso esforço é o de problematizar sua configuração no âmbito de uma unidade básica de saúde localizada em município da Mesorregião do Leste Alagoano. Trata-se de uma delimitação geograficamente contextualizada e que se relaciona à nossa experiência no Estágio Supervisionado obrigatório, aqui apreendido como momento privilegiado da formação profissional em Serviço Social e orientado pela perspectiva da unidade teoria-prática.

É preciso destacar que aqui apresentamos tão-somente uma primeira aproximação sistemática ao objeto investigado. Desde já, admitimos limites interpretativos que resultam do tempo limitado para elaboração deste trabalho e das condições conjunturais em que ele foi elaborado. Porém, acreditamos que o esforço introdutório aqui contido guarda, apesar de seus limites, possibilidades relacionadas ao amadurecimento de nossa postura investigativa.

A seção encontra-se disposta em três momentos. Primeiro, situamos a história e os indicadores socioeconômicos do município em que a pesquisa foi realizada. A seguir, apresentamos os elementos fundamentais da dinâmica institucional da unidade básica de saúde em discussão e sua relação com nosso objeto de pesquisa. Por fim, buscamos nos aproximar da particularidade da intervenção profissional do/a assistente social nesse

universo.

2.1 O município de União dos Palmares: elementos históricos e indicadores socioeconômicos

União dos Palmares é um município brasileiro localizado no estado de Alagoas. Pertencente à Região Intermediária de Maceió, localiza-se a norte da capital do estado, com distância de cerca de 73 quilômetros, sendo limítrofe com as cidades de Santana do Mundaú, São José da Laje, Ibateguara, Branquinha e Joaquim Gomes.

Cidade polo da região da zona da mata alagoana, União dos Palmares é banhada pelo Rio Mundaú e é considerada uma das principais cidades de Alagoas, conhecida como "A Terra da Liberdade"

As primeiras habitações do município de União dos Palmares surgiram no século XVIII, num povoado chamado 'Macacos', à margem esquerda do rio Mundaú. Em meados do século XVIII, o português Domingos José de Pino chegou à região após ganhar uma sesmaria, onde, como forma de introduzir a religião católica na localidade, construiu uma capela dedicada à Santa Maria Madalena, tornada padroeira do pequeno povoado. Daí, o primeiro nome do lugar: Santa Maria Madalena. Já durante o período do Império, em 13 de outubro de 1831, em homenagem à Imperatriz Amélia, segunda esposa de Dom Pedro I, mudou-se o nome para Vila Nova da Imperatriz. Nesta mesma época, a vila, então, ganha autonomia administrativa, o que provocou seu desmembramento do município de Atalaia em 1831, através de Decreto Governamental.

Em 1889, recebe através de Decreto de Lei a condição de cidade e passa a chamarse União. Essa mudança de nome se deve à união através da linha férrea entre os estados de Alagoas e Pernambuco. Contudo, o nome definitivo da cidade só veio a ser dado em 1944, quando houve o acréscimo de Palmares ao nome da cidade, em homenagem ao Quilombo dos Palmares, que permaneceu na região por quase um século.

Foi em União dos Palmares, mais precisamente na Serra da Barriga (uma das atrações turísticas da cidade), que os negros rebelados contra a escravidão construíram a República Independente do Quilombo dos Palmares, o símbolo do anseio e da resistência negra pela liberdade, tendo como líder Zumbi, imortalizado numa estátua no alto da serra.

União dos Palmares é considerado um dos mais antigos municípios do estado de Alagoas. Os primeiros indícios de presença humana datam de finais do Século XVI, quando os negros fugitivos dos engenhos de açúcar dos atuais estados de Alagoas e Pernambuco chegaram à Serra da Barriga, onde instalaram a sede do Quilombo dos Palmares. O Quilombo dos Palmares foi a primeira tentativa de vida livre promovida pelos negros africanos nas Américas, surgindo por volta de 1597 e durando até 1695, ano em que foi morto Zumbi, seu principal líder.

O Quilombo tinha uma extensão média de 200 km², englobando porções de terras da Zona da Mata dos atuais estados de Pernambuco e Alagoas.

Os principais eventos festivos e culturais da cidade enaltecem a sua historicidade e são: a procissão do Mastro (terceiro domingo do mês de janeiro), a festa da padroeira Santa Maria Madalena (23 de janeiro à 02 de fevereiro), a festa do milho - FEMIL, coincidindo com as populares festas juninas (junho), a festa da Consciência Negra (20 de novembro, dia da

morte de Zumbi dos Palmares) e a Corrida Palmarina do Jumento Alagoano (último domingo de dezembro).

Atualmente, gerido pelo prefeito Areski Damara de Omena Freitas Junior (MDB, 2021 – 2024), os indicadores de IDH (IBGE/2010) corresponde a 0,593 — baixo, o PIB (IBGE/2008) a R\$ 313 855,010 mil e o PIB per capita (IBGE/2008)R\$ 5 030,13 com a população da cidade composta por aproximadamente 65.963 habitantes, segundo dados do último censo realizado pelo IBGE em 2010.

A economia do município tem as suas bases no binômio agricultura-pecuária, destacando-se, ainda, como um dos maiores produtores de cana-de-açúcar de Alagoas. Situa-se também como um dos maiores produtores de banana do estado, possuindo uma fábrica de doces, além de uma indústria de laticínios, de cerâmicas em barro (olaria), piscicultura, suinocultura, avicultura (está com as instalações mais modernas do país), seguido da pecuária que contribui de maneira relevante para a economia do município. A feira-livre realizada quatro vezes por semana, sendo a de sábado a principal, merece destaque por empregar grande parte da população, além do comércio de confecções, calçados, móveis, etc.

Apresenta 63.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 68.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 8 de 102, 39 de 102 e 26 de 102, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1697 de 5570, 3224 de 5570 e 2113 de 5570, respectivamente.

2.2 Dinâmica institucional da UBS Irmãos Francisco e Nelson

Os programas, serviços e ações prestados pela Unidade Básica de Saúde Irmãos Francisco e Nelson, em União dos Palmares- AL, é fruto de uma ação conjunta entre os governos federal, estadual e municipal para integrar a operação da rede de saúde pública, que também conta com a operação da Assistência Médica Ambulatorial - AMA, da Estratégia de Saúde da Família - ESF e do Programas de Saúde da Família - PSF. O atendimento da UBS é realizado por profissionais integrados ao Programa Mais Médicos, com especialização em medicina da família e comunidade.

A proposta principal da UBS - Irmãos Francisco e Nelson é oferecer atendimento especializado no posto de saúde instalado no bairro Roberto Correia de Araújo, em União dos Palmares- AL, de modo a facilitar o acesso da população e descongestionar o fluxo de pacientes para o grande Hospital Regional da Mata da cidade de União dos Palmares.

Na referida UBS é possível agendar consultas para as áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia. Além disso, também está preparada para fornecer cuidados relacionados à odontologia e enfermagem. Em paralelo com a prevenção de doenças, a UBS atua em outras frentes primordiais para proteger a saúde da população usuária, como fornecer diagnóstico preciso e oferecer tratamento e reabilitação adequados aos pacientes.

Em termos de infraestrutura, a UBS - Irmãos Francisco e Nelson conta com 2 salas clínicas, 1 sala para odontologia, 2 consultórios médicos, 1 sala de enfermagem e serviços de curativos, 1 sala de imunização e 1 sala para nebulização.

Com relação ao público-alvo atendido pela UBS, ela é o principal ponto de atendimento do Sistema de Saúde Pública em União dos Palmares- AL. Possui acesso fácil e é considerada a porta de entrada do cidadão ao SUS. Recebe a população local que precisa de orientação clínica voltada às especialidades tais como pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia.

O público-alvo da UBS é a população em geral. Não há nenhum pré-requisito para que um dado indivíduo seja atendido na UBS, bastando apenas se apresentar portando os seguintes documentos: documento oficial de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS (Cartão SUS). Recomenda-se levar o comprovante de residência (não obrigatório). É preciso salientar que essa documentação não é exigida para pessoas em situação de rua.

Sobre a intervenção do Serviço Social na unidade, especialmente, na área da saúde, o assistente social depara-se com variadas refrações da questão social, as quais requerem um olhar aguçado no sentido de combinar demandas e respostas profissionais. Por isso, a área da saúde é uma das áreas que mais tem desafiado os assistentes sociais.

Para o enfrentamento das manifestações da questão social, o assistente social deve basear-se numa perspectiva crítica, orientando-se, pois, por uma prática crítica e reflexiva, com aspecto de intencionalidade, participação, que permita a apreensão da realidade social numa perspectiva totalizante.

Na área da saúde, o assistente social atua, portanto, na prevenção, na promoção e na reabilitação. Essa atuação busca considerar, ao mesmo tempo, as referidas questões de

cunho econômico, social e cultural que venham a comprometer a viabilização dos programas de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

Na Atenção Básica de Saúde, o assistente social deve promover a potencialização dos sistemas de mediações das demandas sociais existentes, uma vez que, no cenário atual, exige-se cada vez mais do profissional a capacidade de trabalhar em grupo, tendo como base a interdependência entre os profissionais envolvidos, reconhecendo a área particular de cada um e somando-se esforços para a realização dos serviços.

Na Atenção Básica de Saúde, a equipe multiprofissional atua através de ações estratégicas que sejam capazes de garantir proteção da saúde, a prevenção de agravos, a realização de diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos indivíduos. No seio destas equipes, o assistente social é um profissional habilitado, dadas as suas competências, a executar a prestação de cuidados em saúde considerando a apreensão da realidade social.

Na UBS Irmão Francisco e Nelson, a equipe multidisciplinar está composta por: médicos, enfermeiros, técnicos, agentes de saúde e assistente social. Como parte desta equipe, o assistente social desenvolve as seguintes ações:

- Visita domiciliar, com a finalidade de acompanhar a evolução do quadro social de alguns usuários que precisam ser atendidos em casa;
- Escuta dos usuários, com o intuito de identificar uma possível demanda e consequentemente seus devidos encaminhamentos;
- Visita domiciliar interventiva, solicitada pelo agente de saúde nos casos em que ele identifica uma possível demanda do serviço social;
- Conversa com gestantes em pré-natal com a intenção de direcioná-las para outros serviços.

O cotidiano institucional, por sua vez, organiza-se tendo por base o organograma abaixo:

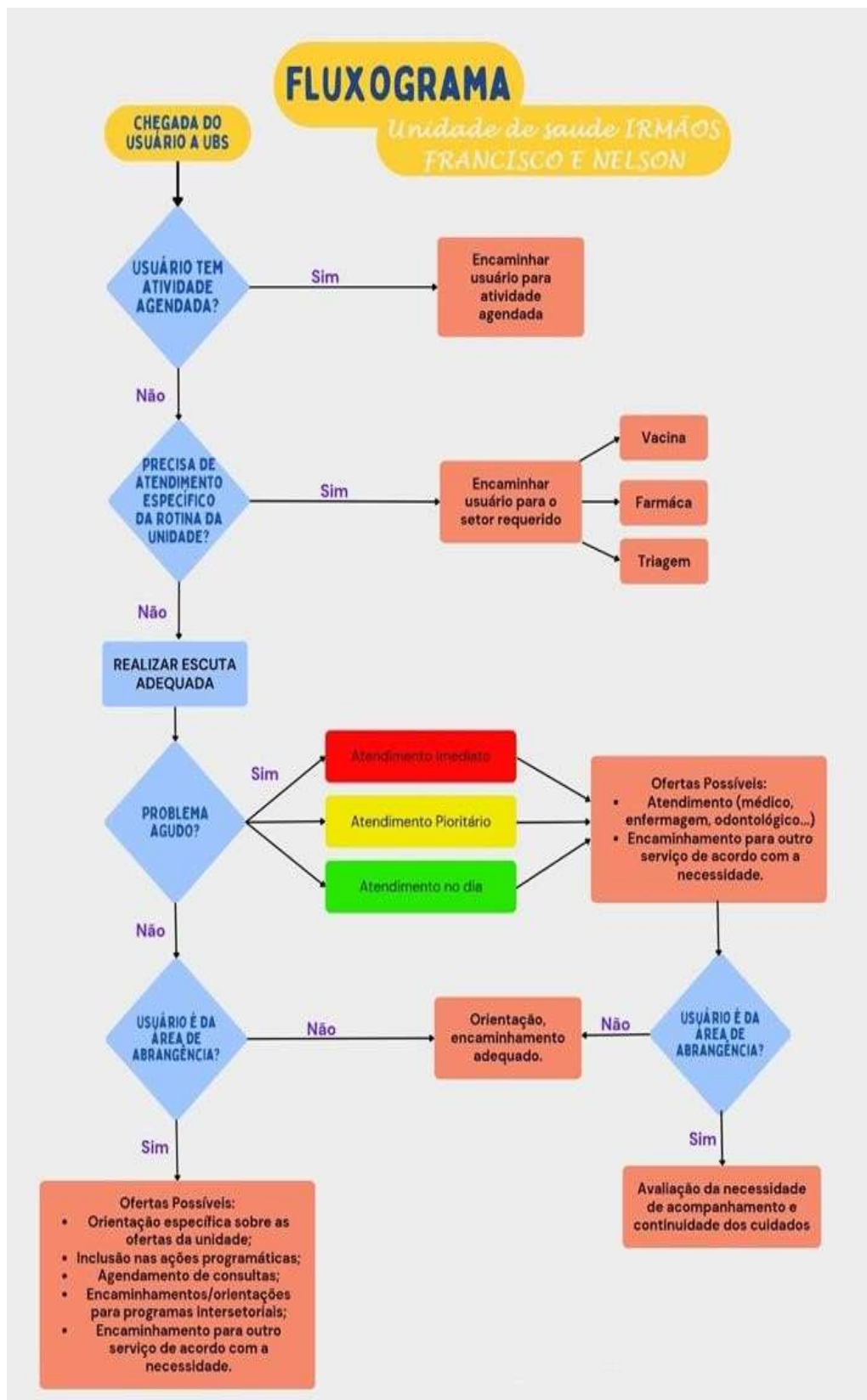
Figura 01 - Organograma da Unidade Básica de Saúde



Fonte: Thaynara Silva Dos Santos

Já no que diz respeito à relação entre as demandas apresentadas pela população usuária e as respostas institucionais que são mobilizadas, há um fluxograma construído pela própria unidade e que tem por base as normas operacionais do SUS. A figura abaixo (02) é ilustrativa dessa dinâmica:

Figura 02 - Respostas institucionais para as demandas apresentadas pela população



Fonte: Thaynara Silva dos Santos

É nessa dinâmica que se situa, localmente, a política de planejamento familiar. De acordo com a lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, do Ministério da Saúde (2022), como já mencionado anteriormente: “planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos”.

O Art. 2º inciso I, da referida lei, define ainda o 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 que deve orientar-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 9, 2022).

A lei de planejamento familiar desenvolve ações *preventivas e educativas*. Essas ações envolvem a garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis, incluem o auxílio à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, e o controle das doenças sexualmente transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 9, 2022).

A variedade de ações preventivas e educativas que o planejamento familiar engloba requer a participação de uma série de profissionais e técnicos dentre eles: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, gestores, etc. Além disso, através do Sistema Único de Saúde, as instâncias constitutivas do sistema educacional, promovem condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos visando assegurar o livre exercício do planejamento familiar.

Tendo em vista todos esses aspectos legais acerca do que se concebe como planejamento familiar, e considerando a realidade da UBS Irmãos Francisco e Nelson de União do Palmares- AL, na qual realizei a prática de Estágio Supervisionado Obrigatório I e II, observou-se que a temática do planejamento familiar, no que concerne ao seu aspecto informativo, é uma pauta levantada apenas *esporadicamente* em palestras ou eventualmente em atendimentos específicos.

Quanto à política de planejamento familiar promovida e implementada pelo Ministério da Saúde, na referida UBS, atualmente, são desenvolvidas apenas ações como: stand de preservativos e anticoncepcionais na farmácia da unidade, encaminhamento para o procedimento cirúrgico de laqueadura e acompanhamento de pré-natal; particularmente para aquele segmento de pessoas que já está em processo de constituição, limitação ou

aumento da prole como gestantes e seus respectivos(as) parceiros(as) não há nesta UBS um plano de ação educativa voltado para a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Dado que o planejamento familiar é uma estratégia que reflete diretamente na vida dos envolvidos, especialmente na da mulher, a ausência de uma recorrência institucional em relação ao planejamento familiar implica diretamente em consequências.

De tal maneira, o que observamos é que ocorre a distribuição, mas a dimensão *educativa* do planejamento familiar e dos direitos sexuais e reprodutivos é quase inexistente, em termos sistemáticos, na vida institucional do universo empírico analisado. Isto evidencia, por um lado, um problema relacionado à *gestão*, que em sua organização interna não estabelece como prioridade o trato pedagógico em relação ao tema aqui abordado. Por outro, localizamos indícios de que a ausência da discussão também se relaciona às “visões de mundo” presentes no cotidiano institucional.

Aquela disputa entre tendências do planejamento familiar, esboçadas no capítulo anterior, comparece na referida UBS. Neste sentido, não identificamos uma *unidade interna*, de pensamento e ação, na equipe multiprofissional. O que dá sinais de confirmação dessa tendência é, sobretudo, a lateralização da discussão, a recorrência a preceitos morais ou religiosos como orientadores da condução profissional, o medo de enfrentar determinados tabus numa realidade fortemente marcada por valores conservadores.

Assim, também a ausência sistemática da discussão do planejamento familiar parece indicar o que, no geral, se pensa a seu respeito. E é nesta direção que o enfrentamento aos tabus se converte em desafio à realidade por nós estudada. Não se trata de uma visão messiânica, mas de uma abordagem da questão pelo viés da saúde pública, dos direitos sociais e dos direitos sexuais e reprodutivos.

2.3 Visões e particularidades da intervenção do Serviço Social

Apresentado o panorama institucional da UBS Irmãos Francisco e Nelson, apenas em seus termos mais gerais, compete-nos agora problematizar, particularmente, o trabalho profissional da/o Assistente Social nessa realidade, com especial atenção à sua relação com a política de planejamento familiar.

Primeiro, cumpre assinalar que, na UBS Irmão Francisco e Nelson, a/o Assistente social é responsável por:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços;
- Fortalecer os vínculos familiares;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social;
- Formular estratégias de intervenção profissional para subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que são registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social.

Em suma, é num cenário de constantes mudanças que a ação profissional do Serviço Social na saúde se objetiva, direcionando suas ações profissionais ao processo de construção de sujeitos autônomos em busca de sua cidadania e da viabilização dos direitos da população usuária.

Para isso, os elementos teórico-metodológicos oportunizam as condições para que a prática profissional seja articulada aos conhecimentos adquiridos e relacionados ao contexto da realidade e garanta ao usuário que ele será assistido da maneira mais eficaz possível a partir das políticas existentes.

Na UBS em debate, as demandas relativas ao planejamento familiar que chegam para o Serviço Social estão frequentemente atravessadas por expressões da “questão social”, como o desemprego e a pobreza.

O assistente social é um dos profissionais que atua diretamente nas ações preventivas e educativas da política de planejamento familiar, e o faz de modo peculiar, pois articula o seu fazer com a compreensão da existência da “questão social” e dos limites do papel do

Estado na transformação substantiva das contradições gestadas pela ordem capitalista também no âmbito da formação dos núcleos familiares, mas, ao mesmo tempo, não detém a capacidade técnico-privativa dos aspectos orgânicos-biológicos das questões que envolvem o planejamento familiar, e portanto, é necessário que toda a equipe multidisciplinar esteja engajada em promover ações que propiciem o acesso da comunidade até a efetivação do direito ao planejamento familiar.

O Serviço Social, visto na concepção de uma postura crítica e interventiva para o enfrentamento da realidade assume uma postura crítica e tem a capacidade de apreender o movimento da realidade social, de compreender a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, bem como, aprender sobre os mecanismos de exploração e de dominação, e ver o impacto da lógica capitalista no espaço sócio-ocupacional em que se insere.

Nesse sentido, o profissional cumpre as exigências de uma capacidade teóricometodológica, ético-política e técnico-operativa. A profissão é compreendida como o planejamento e gestão de políticas sociais e o compromisso com a sociedade civil, haja vista a Lei 8.662 de 1993:

Art. 4o Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população [...] (BRASIL, 1993).

Cabe ao Assistente Social do Planejamento Familiar da Unidade Básica de Saúde acolher e escutar de forma qualificada o usuário; realizar orientações e/ou aconselhamento sobre os métodos contraceptivos ou algo relacionado à área, através do contato familiar ou não; abrir o protocolo do termo de consentimento para realização dos métodos contraceptivos (DIU, Laqueadura, Vasectomia).

Nesse contexto, é necessária a realização da entrevista social para levantar dados referentes ao contexto socioeconômico do usuário, bem como dar o parecer favorável ou não de acordo com o que dispõe a Lei 9.263/1999 que regulamenta o planejamento familiar.

Nessa concepção, é importante frisar que mesmo diante de uma conduta profissional crítica e de intervenção na realidade, cabe aos usuários do serviço, exercer sua participação social, através do mecanismo do controle dessas políticas sociais ofertadas, a fim de

garantir o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana, bem como, precisam assumir a postura de protagonistas de suas histórias, mesmo diante de desafios estruturais impostos pelo Estado brasileiro.

Faz-se crucial voltarmos à organização e mobilização do coletivo de amplos e diversos setores sociais, em busca do bem comum e da efetivação de todos os direitos. Entretanto, tratar do planejamento familiar requer um cuidado quanto ao caráter crítico da profissão do assistente social para não conduzir o assunto por meios conservadores como a da teoria Malthusiana, que resumidamente fala que a população crescerá em ritmo acelerado, superando a oferta de alimentos, o que resultaria em problemas como a fome e a miséria. O que atualmente foi superado, não comprovando como verdadeira essa teoria, isto porque, como dito anteriormente, é possível ter comida para todos usando-se dos meios disponíveis atualmente e que o problema de fato estaria na má distribuição de renda da sociedade resultado da luta de classes e da consequente subordinação à classe dominante.

Além de se tratar de um tema que ainda é considerado tabu na sociedade por envolver a temática da educação sexual, e ainda por ser em uma cidade do interior, como é o caso da Unidade de Saúde Irmãos Francisco e Nelson em União dos Palmares- AL, onde os estigmas são ainda mais fortes, a política do planejamento familiar é pouco trabalhada explicitamente, pois a assistência a esse programa se limita cotidianamente a distribuição de contraceptivos e acompanhamento no período de pré-natal.

Abordar esse tema na estratégia da saúde da família é possível que em longo prazo indique uma melhora em indicadores básicos de saúde como: redução da gravidez na adolescência; redução de doenças sexualmente transmissíveis; menor abandono das atividades escolares; mães bem-preparadas e crianças bem cuidadas; menor abandono de recém-nascido.

Explorar o tema de maneira mais detalhada na Unidade de Saúde Irmãos Francisco e Nelson possibilita a abertura de novas demandas mais específicas do programa de planejamento familiar que implica diretamente em um melhor desenvolvimento das práticas educativas e instigando a sociedade a estar cada vez mais informada acerca de seus direitos e amparadas em suas possíveis dúvidas a respeito dos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos.

Portanto, aqui vale a ressalva, que é diante dessa concepção religiosa que não se considerava os métodos contraceptivos. No Brasil especificamente, os anticoncepcionais

só passaram a ter livre acesso de mercado no final da década de 1960, mediante o controle do crescimento populacional dos países periféricos. No entanto, nesse período não existia uma assistência adequada, o que ocorreu foi apenas uma dissociação entre sexualidade e procriação. Assim, pode-se verificar ainda nesse período, o retrato da concepção moral, estabelecida pela igreja, um pensamento que perdurou durante muito tempo na sociedade. José Eustáquio, professor da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ENCE/IBGE), aborda que o planejamento familiar só passou a ser considerado com um direito de todo cidadão a partir da Conferência Mundial de População de Bucareste, de 1974, cabendo ao governo divulgar informações sobre contracepção, que na prática não se efetivou.

Com a criação do Programa de Saúde Materno-infantil em 1975, acontecem mais ações estatais voltadas ao planejamento familiar. Até então, todo esse cenário era embasado em valores doutrinários, conservadores e religiosos. Superado essa concepção confessional, atualmente o assistente social deve preservar sua identidade profissional, assim partilhando, dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético-político, atuando numa perspectiva que possibilite a leitura da realidade, bem como a capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários, contribuindo com o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos, tornando-os protagonistas de suas histórias, transformando, inclusive, a realidade por meio da inscrição de reivindicações na agenda pública de saúde, visto a mobilização, participação e controle social.

É nessa perspectiva que a atuação profissional se consolida, tendo como um dos pressupostos a formação de assistentes sociais comprometidos e engajados em atuar nas diversidades culturais, sociais, econômicas e religiosas que são peculiares de cada indivíduo em um determinado lugar onde constroem sua história de vida e nas mais diversas situações previstas ou não.

Corroborando com Guerra (2000; 2011; 2013), Santos (2012) e Forti e Guerra (2013), que muito contribuem para o adensamento do debate acerca da relação teoria e prática na profissão, construindo saberes acerca da dimensão técnico-operativa da profissão como forma de ser e aparecer, e de construir sua imagem social têm-se o sentido que a fundamentação teórica possibilita e permite que se faça uma leitura da realidade para que haja a compreensão de homem e de sociedade, potencializando assim a forma de agir do profissional do Serviço Social.

As reflexões contidas neste momento do trabalho resultam da interlocução com a equipe durante o período em que estive como estagiária na instituição, onde a partir de discussões com os profissionais da equipe interdisciplinar na vivência de estágio, observei que a relação teórica e prática acontecem de maneira individual e particular de acordo com a visão pessoal de cada profissional, onde as particularidades da forma apreendida da situação de forma individual seja o ponto determinante para a sua atuação e relação com o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tratou sobre a política do planejamento familiar previsto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, relacionando a vivência do estágio supervisionado obrigatório com as perspectivas dos profissionais da unidade de saúde Irmãos Francisco e Nelson em União dos Palmares- AL, especialmente se tratando da intervenção do Serviço Social como atuante da política mediante os instrumentais disponibilizados na instituição.

Foi abordado sobre a esterilização voluntária, em correlação com a intervenção do Estado quanto propiciador dessa realidade. Além de evidenciar quais as modalidades e requisitos previstos na lei mencionada acima. Fundamentado no princípio basilar da dignidade da pessoa humana, foi possível perceber quanto o planejamento familiar deve vir acobertado de um tratamento digno para as pessoas, ocorrendo da melhor forma com que o Estado deve abordar o assunto em busca do não ferimento dos demais direitos fundamentais contidos na Constituição Federal.

Ficou evidente que antes da promulgação do texto de 1988, a política de planejamento familiar era vista somente como forma de controle de natalidade, a carência de informações necessárias para a comunicação da população sobre os vários métodos do planejamento familiar que culminou no excesso de esterilizações voluntárias entre as mulheres.

Posteriormente, o presente trabalho apresentou o processo democrático impulsionado pelo movimento de mulheres, a realização de Conferências nos âmbitos Municipais, Estaduais e Federais, com o intuito de construir uma Política Pública para as Mulheres e como o movimento feminista foi importante para uma releitura da política de planejamento familiar.

No mais, apresentamos o papel do Serviço social e a importância em manter o caráter crítico da profissão que pretende superar uma atuação voltada a visões individuais e particulares do profissional em questão. Além disso, a importância do caráter socioeducativo que propicia à comunidade a informação adequada e de qualidade aos direitos a qual devem ter acesso.

A pesquisa fez a ressalva que o Planejamento Familiar não está presente para toda sociedade brasileira, mesmo sendo um direito universal, pois essa ainda não é uma realidade que pode ser alcançada por todos os brasileiros. Percebe-se uma grande

resistência do Planejamento Familiar no campo da contracepção, vinculando ao controle da natalidade sobre a população usuária das Políticas sociais.

Sendo tais políticas um universo de inserção profissional do Serviço Social, cabe a este profissional a compreensão das tensões que se fazem presente nessa área, bem como as reivindicações para que estes serviços possam ser oferecidos a todos os cidadãos de maneira igualitária.

A sociedade vive em constante evolução e transformação, à medida que novas necessidades e desafios vão aparecendo vão se fazendo fundamentais políticas que de fato sejam efetivadas na prática para que se possa ter o mínimo para se viver.

Diante do exposto, uma possível sugestão seria primeiramente a elaboração de uma Política de Planejamento Familiar atuando na oferta de serviços de maneira igualitária para a concepção e contracepção, propiciando a liberdade do usuário em decidir como previsto em lei. Também é imprescindível o investimento de recurso humano, na elaboração e avaliação das políticas e programas, especialmente em equipe multidisciplinar envolvendo o assistente social.

Por fim, ressalta-se a necessidade de novos estudos dentro da temática, principalmente no que se refere à prática dos serviços prestados. A forma que está sendo acessado estes serviços pelo usuário, e a liberdade de escolha dos meios e métodos para o exercício do direito sexual e reprodutivo. Dessa forma, o debate aqui apresentado é apenas introdutório e seus limites confirmam a necessidade de aprofundamento em estudos posteriores.

Em suma, o que ressalta ao caminho aqui percorrido é o seguinte: é da maior importância que os serviços de atenção básica à saúde deem a devida atenção à dimensão pedagógica relativa ao planejamento familiar. Isto, evidentemente, na contramão das visões conservadoras, mas numa perspectiva progressista, democrática e que, no caso desta profissão, abraça os valores e o fundamentos de nosso projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, Sergio. Democracia é saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 8., março de 1986, Brasília. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. Publicado no canal VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 vídeo (42min33seg). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Publicado em 6 set. 2013. Acesso em: 05 de janeiro de 2023.

As alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS no.290/94 e no.293/94.

Ávila MB & Corrêa S 1999. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos, pp.70-103. In L Galvão & J Díaz (orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. Editora Hucitec, São Paulo

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, v.18, n.2, p.170-80, 1984.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080/1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.263**. Planalto, 1996

BRASIL. **Lei no. 8.662**. de 7 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério da saúde Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 150 p. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> Acesso em 03 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento familiar. 2008. Disponível em: em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm >. Acesso 03 de outubro de 2022 às 13:49.

BRAVO, M. I. Serviço Social e reforma sanitária: **lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M^a Inês. Conselhos de Saúde e Seguridade Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 9., 2004, Porto Alegre. Anais..Porto Alegre: ENPESS; ABEPSS, 2004.

BRAVO, M^a Inês; MATOS, M. **A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, P. (Orgs.). Política e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 197-216.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de administração pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo**. Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 127, p. 430-455, set./dez. 2016. PDF

CARVALHO, José Alberto Magno; BRITO, Fausto. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios**. SÃO PAULO: R. bras. Est. Pop, 2005.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. 10^o ed. Revista atualizada. PDF. CFESS.

COELHO, Edméia De Almeida Cardoso *et al.* **O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DETERMINANTES HISTÓRICOS**. USP: Rev.Esc.Enf., 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997. PDF.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária. Seminário para estruturação de consensos. Cadernos de informação técnica e memória de Progestores. Brasília (DF), 2004.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

COSTA, Ana Maria *et al.* **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão**. RECIFE: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2006.

Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. FONSECA SOBRINHO, Délcio da. Cadernos De Estudos Sociais,

Formação profissional - 26. ed. – São Paulo, Cortez, 2015.

FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: _____. Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 3-22.

FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: _____. Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 3-22.

GUERRA, Y. D. A instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2011.

HAMANN, Eduarda Passarelli. **Resenha Organizações Internacionais: História e Práticas**. RIO DE JANEIRO: CONTEXTO INTERNACIONAL, 2005. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm Acesso em 18 de outubro de

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo. Cortez, 2000.

IANNI, O. A ditadura do grande capital. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

Integralidade do cuidado à saúde da mulher Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. 2000.

MARCHEZAN, Daniela Luiza. **PLANEJAMENTO FAMILIAR: LIBERDADE DE ESCOLHA OU FALTA DE OPÇÃO? ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA NO HU/SC. FLORIANÓPOLIS: TCC, 2002.**

MEDICI, A.C. Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: Velloso, J.P.R., (org.) Políticas sociais no Brasil: descentralização eficiência e equidade. Rio de Janeiro, Fórum Nacional/INAE/ILDES/Fundação F. Elbert, 1995. p. 91-147.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. O Conceito de saúde. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. p.7-9.

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Governo anuncia medidas para o Planejamento Familiar: Novas medidas ampliam a oferta de métodos contraceptivos com descontos de até 90% e incluem campanhas de esclarecimento. Novas medidas ampliam a oferta de métodos contraceptivos com descontos de até 90% e incluem campanhas de esclarecimento. GOV, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-portemas/politicas-para-mulheres/arquivo/areaimprensa/ultimas_noticias/2007/05/not_planejamento_familiar>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MOTA, Ana Elisabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde – Cortez, 2006.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Ângela S.; PERUZZO, Juliane Feix. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, p. 153-78, 2006.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism**: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. RIO DE JANEIRO: Cad. Saúde Pública, 1998.

Parâmetros para atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010 65 COLUNISTA-PORTAL EDUCAÇÃO. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Disponível em: <www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/programa-deassistenciaintegral-a-saude-da-mulher-paism/29829>. Acesso: 25 de outubro de 2022.

PENA, Maria Valéria Junho. **POLÍTICA E POPULAÇÃO: DADOS SOBRE UM ESTADO DE DUAS CARAS**. RIO DE JANEIRO: PHYSYS - Revista de Saúde Coletiva, 1991.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. PDF. 11 de abril de 2018.

POLLO, Rosane Machado *et al.* **Organização de sistemas nacionais de saúde: diferenças e semelhanças entre Brasil e Cuba.** *Local: Rev. APS*, 2020.

RAMALHO, Katiane De Souza *et al.* **POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER À INTEGRALIDADE: EFETIVIDADE OU POSSIBILIDADE?.** MACEIÓ: Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits, 2012.

RAMOS, Fernanda de Oliveira Santana. O direito fundamental ao planejamento familiar e a lei 9.263 de janeiro de 1996. Publicado em jus.com.br 4/2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/37759/o-direito-fundamental-aoplanejamento-familiar-e-a-lei-n9-263-de-janeiro-de-1996>>

Resolução CFESS no. 273, de 13 de março de 1993 com

SANTOS, C. M. dos. Na prática a teoria é outra? **Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

SILVA, Susana Maria Veleda. **INOVAÇÕES NAS POLÍTICAS POPULACIONAIS: O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.** RIO GRANDE: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 2000.

YASBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Curso de Especialização à distância. CFESS. 2009.