



POLÍTICAS PÚBLICAS EM DIREITOS REPRODUTIVOS E A ESCOLHA REPRODUTIVA DA MULHER FACE A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

PUBLIC POLICIES IN REPRODUCTIVE RIGHTS AND WOMEN'S REPRODUCTIVE CHOICE IN VIEW OF THE FAMILY PLANNING LAW

Letícia Pavei Soares¹
Rosângela Del Moro²

RESUMO

O presente artigo consubstanciou-se no estudo dos direitos reprodutivos e da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) em relação às políticas públicas de saúde integral da mulher e teve como objetivo demonstrar o aparato legal da Lei nº 9.263/96 que, simultaneamente, permite e impede a mulher de realizar sua escolha reprodutiva de modo acessível e consciente, em vista das disposições que limitam o empoderamento das mulheres quanto ao seu corpo na sociedade e no plano individual. Ao fim, concluiu-se que mesmo diante de políticas públicas em saúde integral da mulher e da Lei do Planejamento Familiar, persiste a necessidade de materializar políticas congruentes com as demandas das mulheres em prol do pleno acesso ao atendimento, informação e educação em direitos reprodutivos. O método de pesquisa utilizado foi o dedutivo, por meio de pesquisa teórica e qualitativa, a partir de material bibliográfico encontrado em artigos de periódicos, legislações, dissertações e cartilhas informativas e bases de dados do Governo Federal e Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Contracepção; Direitos Reprodutivos; Políticas Públicas; Planejamento Familiar.

ABSTRACT

¹ Bacharela em Direito pela Unesc (Criciúma/SC). Pós-graduanda em Direito Aplicado pela Escola de Magistratura do Paraná – Núcleo de Curitiba/PR. Email: leticiapsoaress@gmail.com

² Advogada. Professora do Curso de Direito da Unesc (Criciúma/SC). Especialista em Direito. Email: rdm@unesc.net



2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEU RECONHECIMENTO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Os direitos humanos das mulheres evoluíram de modo expressivo no fim do século XX, principalmente na saúde. Por consequência, o conceito de saúde da mulher desdobrou-se em saúde sexual e saúde reprodutiva, o que ocasionou a posterior legitimação da categoria dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 19-22).

Villela (2002, p. 83) entende a legitimação destes direitos pelo seguinte viés:

[...] a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos exige a desconstrução da ideia de que ser homem e ser mulher, corpo e sexualidade são fatos dados, objetos da natureza e, como tais, imutáveis. Esta desconstrução torna-se efetiva na transformação do modo como vivemos e experienciamos os nossos corpos e emoções nas situações concretas da vida

A partir da inserção dos princípios da Convenção do Cairo (1994), os direitos reprodutivos foram explicitamente reconhecidos como categoria de direitos. O texto da Convenção trata não apenas das garantias individuais sobre os direitos reprodutivos, como também imputa aos Estados a responsabilidade pela efetivação de políticas adequadas para assegurar o exercício da escolha reprodutiva (VENTURA, 2009, p. 35-37).

Em se tratando de definições, Mattar (2008, p. 61) aduz que os direitos reprodutivos englobam “o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão”.

A receptividade dos direitos reprodutivos na legislação nacional se apresentou por dois marcos no contexto sócio-político brasileiro: em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); em 1996, com o advento da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96). O Brasil se encontrava dentre os países que relutavam em incorporar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na agenda de saúde pública, velado pelo paradigma de saúde reprodutiva da mulher ser restringida ao zelo sobre a figura da maternidade (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003, p. 16-20).



Tem-se que o posicionamento feminista da década de 70 foi primordial para a sequência de conquistas na saúde da mulher. Isto porque o lema lançado pelas feministas norte-americanas “nosso corpo nos pertence” irrompeu com a interpretação passiva sobre o corpo da mulher de modo a refletir que “o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana a partir do qual ganham sentido experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p.19). Concomitantemente, a ascensão do movimento sanitarista expandiu a discussão entre o elo saúde e ambiente social em face dos direitos humanos. Nessa linha, evidenciou-se a necessidade de políticas públicas que agregassem o debate de gênero e a inclusão da saúde da mulher no panorama contemporâneo (PITANGUY, 2003, p. 330).

No ano de 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – popularmente conhecido pela sigla PAISM -, considerado o primeiro programa a se preocupar com a saúde da mulher para além da maternidade e concepção (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003, p. 16). O PAISM teve como objetivo atender as reivindicações da saúde da mulher, tornando-se o primeiro programa com políticas voltadas ao planejamento familiar, sendo que suas diretrizes principais se focam no combate as patologias femininas e a atenção integral à educação com cunho preventivo, abrangendo a mulher na adolescência, juventude e na maternidade (OSIS, 1998, p. 2-3).

Com a promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988 se verifica a positivação dos direitos reprodutivos (na forma de direitos humanos) pelo princípio da dignidade da pessoa humana aliado ao objetivo fundamental da promoção do bem de todos (BRAUNER, 2003, p. 13). A discussão advinda da CEDAW em 1979 (ratificada pelo Brasil em 1984), da III Conferência Mundial da Mulher (Nairobi – 1985), dentre outros, incluiu os direitos reprodutivos como pauta dentre os interesses sociais e individuais, legitimando-os conforme os artigos 1º, 3º e 5º da Constituição Federal de 1988 (OLIVEIRA; TERESI, 2017). Como no PAISM, a Constituição Federal de 1988 legitimou o planejamento familiar como garantia dentro dos direitos relacionados à família, no artigo 226, §7º, o qual dispõe:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
[...]§7º **Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito**, vedada qualquer forma



coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas [...] (BRASIL, 1988) (grifei)

Importa destacar que a presença deste artigo na Constituição Federal de 1988 se deveu aos movimentos pré-democratas no âmbito sanitaria que pleiteavam o reconhecimento do direito à saúde como direito social; e também ao movimento feminista que persistiu na luta pelo reconhecimento da saúde reprodutiva, cabendo ao Estado assegurá-lo por todos os meios possíveis (PITANGUY, 2003, p. 330-331). A fim de criar políticas em planejamento familiar, a Lei nº 9.263/96 contemplou os serviços de saúde voltados a saúde reprodutiva em geral, como o acesso aos métodos preventivos para regular a fecundidade e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRAUNER, 2003, p. 15). A Lei nº 9.263/96 dispõe sobre os serviços e garantias ao planejamento familiar e as responsabilidades do Estado e do Sistema Único de Saúde (SUS) em matéria do íntimo/vida privada. Assim, cabe ao homem, à mulher ou ao casal a escolha dos meios de concepção e dos métodos de contracepção, o número de filhos ou o modo no qual será realizado o parto; quanto ao Estado, cabe dispor de meios para promover a instrução informativa e de ação em planejamento familiar –contracepção, concepção, escolha reprodutiva, etc.- à toda população (BRAUNER, 2003. p. 16).

Ao inserir o livre planejamento familiar como matéria constitucional e regulamentá-lo através da Lei nº 9.263/96, se demonstrou a relevância da matéria. Dissociar os direitos reprodutivos da demanda das políticas de família e criar devido aparato legal que contempla a individualidade formalizou a ideia de direitos reprodutivos como direitos personalíssimos.

2.2 O ADVENTO DA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (LEI Nº 9.263/96) E SEUS REFLEXOS DA LEI NO DECORRER DAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS

A Lei nº 9.263/96 surgiu como meio de expandir o cenário da saúde sexual e saúde reprodutiva no Brasil. Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha dado o primeiro passo ao dispor sobre o direito ao planejamento familiar, a lei apresentou garantias formuladas na Conferência do Cairo (1994) e na Plataforma de Pequim (1995) (BUGLIONE, 2002, p. 135; VIEIRA, 2003 p. 163-165). Surgiu em janeiro de 1996 a Lei nº 9.263/96 sob a proposta de regularizar o planejamento



familiar, conforme já mencionado pelo artigo 226, §7º da Constituição Federal de 1988.

A Lei nº 9.263/96 oficializou a incumbência do SUS em prestar integral assistência à saúde reprodutiva; Ventura (2009, p. 90) entende como responsabilidade do SUS “viabilizar o acesso aos métodos e às técnicas de concepção e contracepção validadas cientificamente, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção de mulheres e homens”.

O conceito de planejamento familiar encontra-se no artigo 2º da Lei nº 9.263/96, o qual dispõe que “[...] 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” (BRASIL, 1996). O artigo 3º³, assegura que por intermédio do SUS, os usuários receberão assistência ao planejamento familiar, isto engloba o cuidado quanto à concepção, oferta de meios contraceptivos, atendimento ao pré-natal, assistência no parto, puerpério e ao neonato. Também prevê o compromisso com ações de controle, visando atenção às doenças sexualmente transmissíveis e à prevenção ao câncer de colo de útero, mama, próstata e pênis (BRASIL, 1996).

Extraí-se dos artigos subsequentes o compromisso assumido pelo Estado em promover o livre planejamento familiar. Ao tratar das formas de promoção, prevê que as ações podem se dar tanto no cunho educativo como preventivo. No âmbito educativo, destaca-se a garantia ao acesso igualitário à informação e meios para regulação da fecundidade, o que coincide com os princípios fundamentais e constitucionais da cidadania e dignidade da pessoa humana. Tão somente com a segurança da informação é que se propicia discernimento à população no momento de escolha dos métodos contraceptivos e demais decisões no planejamento familiar. A respeito das ações preventivas no planejamento familiar, atribuiu ao SUS a oferta

³ Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e a prevenção dos cânceres cervico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. [...] (BRASIL, 1996)



de todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção regularizados. A oferta é condicionada à prévia avaliação clínica para que o (a) paciente tenha ciência dos efeitos positivos e colaterais sobre sua utilização (BRASIL, 1996; VIEIRA, 2003, p. 163-165).

A Lei nº 9.263/96 delimitou no artigo 6º a competência para o exercício das ações de planejamento familiar, atribuída às instituições públicas, privadas, entidades filantrópicas e não-filantrópicas (BRASIL, 1996). Visualiza-se no artigo 8º da Lei nº 9.263/96 a referência legal às experiências com seres humanos em matéria de fecundação. O texto impõe que a realização destes experimentos fica condicionada à prévia autorização e posterior acompanhamento do SUS (BRASIL, 1996).

A partir do artigo 10, a Lei nº 9.263/96 encara uma das questões mais debatidas nos anos 80 e 90 no tocante à saúde reprodutiva da mulher: os métodos contraceptivos *versus* controle de natalidade: a esterilização voluntária (MINELLA, 2005, p. 43-46). Logo, cumpre breve análise dos fatores que alavancaram a regularização da contracepção cirúrgica no Brasil. Conforme Vieira (2003, p. 167) de 1986 a 1996, a cultura da esterilização via laqueadura tubária se expandiu nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste do Brasil. Em correlação, Berquó (1999, p. 120) verificou no transcorrer dos anos que a média da faixa etária das adeptas sofreu uma diminuição, caracterizando a precoce aderência ao procedimento; Perpétuo (VIEIRA, 2003, p. 168) identificou através dos dados padrões de susceptibilidade ao método interligado com as condições sociais das usuárias, visto que a maioria de mulheres esterilizadas no eram moradoras de áreas pobres, rurais ou possuíam menor instrução escolar.

A “cultura da esterilização” do século XX decorreu da preocupação estatal com o controle de natalidade, principalmente voltado para pessoas com menores condições de vida e/ou menos instruídas. Com o suporte de insumos estrangeiros para proceder às esterilizações, viabilidade política e médica foram pilares mantenedores da esterilização como meio de planejamento reprodutivo nos lares brasileiros, ainda na ilegalidade (VIEIRA, 2003, p. 167-169). Ao contrário da prática médica, o alto índice de escolha por um método considerado de difícil reversibilidade, e legalmente proibido, preocupou o Conselho Federal de Medicina. Conseqüentemente, o órgão federal da classe se mobilizou ante a conduta estatal no decorrer da CPI sobre a esterilização em 1992 (CFM, 1999). No período entre o



início da CPI até o advento da Lei nº 9.263/96, foi realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), a qual teve o objetivo de levantar dados na área de saúde reprodutiva (BRASIL, 2009).

A PNDS foi objeto do estudo de contracepção feminina (BERQUÓ 1999, p. 113-126) e que concluiu que o aumento na taxa de esterilização feminina pós-parto via cesárea correlacionava-se com o dilema de incertezas na vida reprodutiva vivido pelas mulheres. Por um lado, fazer a esterilização traria a segurança de não ocorrer mais uma gravidez indesejada; por outro, ao não ser esterilizada, restava o dever de lidar com a constante insegurança de uma possível gravidez indesejada ou recorrer ao aborto em último caso (na forma ilegal e totalmente inseguro).

A soma dos fatores descritos associados ao longo processo legislativo sobre a matéria implicou na aprovação da Portaria nº 144 de 1997, que incluiu no artigo 10 da Lei nº 9.263/96 a possibilidade de esterilização voluntária (CFM, 1999). O artigo 10 da Lei nº 9.263/96 permite a esterilização voluntária de homens e mulheres condicionada ao preenchimento dos requisitos presentes nos incisos I ou II. Desta forma, o indivíduo que deseja ser esterilizado precisa ter mais de 25 anos ou dois filhos vivos, sendo que o procedimento cirúrgico deve ser realizado em um intervalo de 60 dias após a manifestação de vontade (inciso I). O inciso II traz segunda hipótese de esterilização, exclusiva para as mulheres, ao enunciar que poderá proceder com a contracepção cirúrgica caso seja comprovado que possível gravidez traga risco de vida à saúde da mulher, ou do futuro bebê, na forma de declaração escrita e assinada por dois profissionais médicos (BRASIL, 1996).

Destaca-se o teor do parágrafo 5º do artigo 10, que prevê a exigência do consentimento expresso do cônjuge para realização do procedimento na vigência da sociedade conjugal. O texto em comento é objeto de crítica pelos movimentos feministas, como também divide opiniões constitucionalistas, em razão da autonomia na escolha reprodutiva da mulher e impedimento à liberdade individual (COUTINHO, 2018).

Ainda, prevê-se a nulidade da manifestação de vontade do indivíduo que deseja fazer a esterilização caso esteja sobre efeito de substâncias químicas, estado emocional alterado ou estado de incapacidade temporária/absoluta (BRASIL, 1996). Nos termos do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), a previsão



da Lei nº 9.263/96 se encontra ultrapassada, pois não há mais incapacidade absoluta para os maiores de 16 (dezesseis) anos⁴.

Nos artigos subsequentes, a Lei molda que todas as esterilizações cirúrgicas serão notificadas à direção do SUS, bem como a incumbência do SUS em controlar as instituições que realizam ações e pesquisas em planejamento familiar. Também apresentou vedação a qualquer forma de indução à prática da esterilização e à exigência de atestado de esterilização ou gravidez para quaisquer fins (BRASIL, 1996). Entre os artigos 15 a 21 a Lei nº. 9.263/96 dispõe sobre as penalidades ao descumprimento das vedações apresentadas no corpo legal, aplicáveis em desfavor tanto do usuário do serviço de saúde pública quanto dos profissionais da saúde (BRASIL, 1996).

Da análise da Lei nº 9.263/96, Vieira (2003, p. 164-165) evidencia como a redação legal afastou as políticas de saúde e direitos reprodutivos das políticas de controle demográfico e faz a crítica que:

[...] embora a regulamentação legal dos direitos assegurados na Constituição Brasileira seja fundamental para garantir os direitos reprodutivos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, apenas a regulamentação não seria suficiente [...] outros aspectos sociais, materiais e institucionais da sociedade precisam ser desenvolvidos para assegurá-los [...]

O advento da Lei nº 9.263/96 foi responsável pela vinculação de novas condutas na relação médico-paciente, conforme prevê o Código de Ética Médica. Sobre a esterilização humana, condicionou-se que a conduta profissional em desacordo à lei mencionada é passível de responsabilização nos termos do Capítulo III, artigo 15, do Código de Ética Médica (CFM, 2009). Já no Capítulo V do Código de Ética Médica (2009), que trata das relações médico-paciente e familiares, o artigo 42 veda a conduta desrespeitosa por parte do profissional em face ao direito do paciente decidir de modo livre sobre o método a utilizar no seu planejamento familiar. Frisa também o dever profissional em prestar amplos esclarecimentos sobre os métodos de contracepção (CFM, 2009).

⁴ Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: [...] II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; [...] (BRASIL, 2015)



A vinculação da Lei nº 9.263/96 também se estende ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) tal qual dispõe em seu artigo 82 que é vedado ao profissional da enfermagem colaborar direta ou indiretamente em descumprimento com a legislação referente à esterilização humana (CEPE, 2017).

O conjunto de fatores que implicaram na regulamentação do planejamento familiar, por meio da Lei nº 9.263/96, demonstraram a linha tênue entre a normatização e ação na saúde reprodutiva. Corrêa e Ávila (2003, p. 50-51) afirmam que o plano formal da lei se distancia da realidade, na qual delimita-se o serviço de saúde ao invés de expandi-lo e assegurar as prerrogativas legais de amplo acesso aos meios contraceptivos e equidade no acesso à informação.

A análise comparativa da PNDS - 1996 e da PNDS - 2006 mostrou que a normatização no planejamento familiar refletiu no perfil contraceptivo nas mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 44 anos), evidenciando aumento do uso da contracepção oral em face do número de esterilizações desde a PNDS – 1996 (PERPÉTUO; WONG, 2009, p. 93). Em outra face, o comparativo das pesquisas verificou a contracepção em camadas sociais desde baixa até alta renda, concluindo pela diminuição significativa da contracepção cirúrgica nas camadas mais altas diante das mais baixas. Restou demonstrada a associação entre a capacidade socioeconômica ante o acesso igualitário à informação e aos serviços de saúde (PERPÉTUO; WONG, 2009, p. 94-95).

Corroboram os fatos que, por mais que a Lei nº 9.263/96 preveja diversas possibilidades para aperfeiçoar o acesso ao planejamento familiar, os dados e estudos comprovam que as mudanças não privilegiaram igualmente os diferentes grupos de mulheres. O reflexo das desigualdades permanece em constante ciclo, de modo a atuar como fator impeditivo ao amplo acesso da saúde reprodutiva.

2.3 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER

No âmbito da saúde pública, as políticas caminham em paralelo com o direito à saúde em prol de aperfeiçoar o atendimento aos usuários da rede pública. Depreende-se que a questão pública ultrapassa a atuação estatal, em razão das várias entidades sociais que não estão sob regimento estatal, mas que possuem atuação voltada para o público (ROSA; STURZA, 2008, p. 287-291).

A relevância da prestação de serviço por meio de programa de ação



pública deriva da natureza positiva dos direitos sociais. Ainda que existam entidades não estatais que atuam na forma de prestações públicas, tem-se consenso de que o Estado é o maior responsável na discussão, implementação e execução de políticas que garantam direitos fundamentais inerentes a todo cidadão (BUCCI, 1997, p. 2).

Cavalcante Filho (2017, p. 38) reflete sobre a linha tênue entre as políticas públicas e os direitos sociais, de modo que afirma a existência de relação de mutualismo; A partir do surgimento de políticas públicas, gera-se uma coação implícita sobre os poderes e agentes públicos à prestarem a garantia social ao cidadão assegurada nos dispositivos legais. Nessa ordem, tem-se que a política pública nasce de um problema social, presente na sociedade, que não deveria ocorrer nos moldes flagrados e que possui/deveria possuir resguardo legal. A situação-problema implica na formulação de um plano (política pública), imediato ou dividido em etapas, com a finalidade de estabelecer uma homogeneidade na camada social/área afetada pela falta de amparo público (BUCCI, 1997, p. 2-6; ROSA; STURZA, 2008, p. 287-288). Adiante, o processo formal de inserção de uma política pública no meio social é composto por cinco fases, relacionadas entre si, as quais são: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação (WU et al., 2014, p. 22).

Frente às políticas que contemplam os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, cabe breve discussão das políticas públicas no âmbito da saúde brasileira. A garantia de que o direito à saúde e as políticas públicas trabalham em favor da população se encontra no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. O artigo dispõe que o direito à saúde se reveste pelo princípio da universalidade, e que incumbe ao Estado efetivá-lo por meio de políticas socioeconômicas na promoção da saúde. Associado ao princípio do acesso universal à saúde, o princípio da integralidade se tornou inerente às políticas voltadas ao SUS (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 32-33).

Sobre a integralidade em si, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) define:

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das



diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017)

Compreende-se que toda política pública de saúde regida sob os valores da integralidade não se concretiza com a mera resolução da problemática. Ao contrário, o objeto principal da política serve de temática que se desdobra em aspectos interdisciplinares para consolidação do plano de ação (COSTA, 2012, p. 997). Em se tratando de políticas nacionais referentes à saúde da mulher, os destaques direcionam-se ao PAISM e PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

Na década de 80, a associação entre a reforma sanitária e o movimento feminista instituiu o programa voltado para a saúde integral da mulher conhecido como PAISM. Pela primeira vez, existiu uma política de saúde voltada para a mulher que englobava todas as funções e patologias do corpo feminino e, principalmente, sem estar necessariamente interligada com a maternidade. O surgimento do PAISM inseriu a matéria de planejamento familiar no sumário de atenção da saúde pública. O programa foi responsável pela abertura de precedentes em direitos reprodutivos previamente à garantia de livre arbítrio do casal prevista no artigo 226, §7º, da Constituição Federal de 1988 (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004, p. 27-28).

No campo da implementação da política, Osis (1998, p. 7) argui que o PAISM não obteve o alcance nacional planejado em virtude de interesses políticos e pelo advento do SUS. Costa (2012, p. 1000) defende que a essência da política de saúde integral voltada para a mulher se fragmentou no decorrer dos anos 90, ao invés de compactuar com o princípio da integralidade no atendimento, os serviços de saúde verticalizaram o programa, portanto, desmembraram-no em causas específicas e de menor abrangência social. À época do PAISM (1983/1984), Pinotti e Faundes (1988, p. 23) reiteravam que a falta de compromisso do Ministério da Saúde com o programa era o maior agravante para o sucesso da implementação. Sequencialmente, Osis (1998, p. 7) aponta que o programa demonstrava instabilidade na implementação por razão das dificuldades próprias do SUS, que se tratava de sistema novo de saúde nos anos 90. Somada à falta de estrutura do SUS, a autora também critica a divergência entre as políticas de saúde da mulher sobre os demais grupos sociais e lamenta que o programa seja vítima da má estruturação.

Sob a tentativa de ressuscitar as virtudes do PAISM, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2004 a PNAISM. Frisa-se que a nova implantação não



obteve sucesso, pois, novamente, os padrões de fragmentação das ações no serviço de saúde foram retomados, fragilizando a integralidade da política. Em razão das dificuldades na implementação do SUS terem atuado como grande impeditivo na concretização de políticas como PAISM, caberia aos responsáveis a reestruturação do programa a partir dos valores do princípio da integralidade em benefício do atendimento na saúde (COSTA, 2012, p. 1001-1006).

Visualiza-se no quadro de políticas da saúde da mulher o descompasso entre a presença da política enquanto previsão legal e a efetiva implementação nos serviços de saúde. A análise demonstrou a importância da associação entre fatores políticos e sociais para êxito entre a oferta e o acesso à saúde integral da mulher.

2.4 CONFRONTO ENTRE A AUTONOMIA DO CORPO DA MULHER E A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

O propósito da Lei nº 9.263/96 de regulamentar a relação entre as políticas públicas e a saúde sexual e reprodutiva obteve êxito no campo teórico dos direitos reprodutivos. É notória a desmistificação dos direitos reprodutivos no cenário nacional em suas disposições, o que se evidenciou por meio da vedação ao uso da lei para justificar políticas de demografia no país (VENTURA, 2009, p. 86-92).

Nessa ordem, traz-se à tona as reflexões de Coutinho (2018) sobre os dispositivos presentes na Lei nº 9.263/96 que conflitam com as garantias do livre planejamento familiar, bem como à autonomia do corpo do indivíduo, em especial da mulher.

Primeiramente, o critério da idade para esterilização voluntária, presente no artigo 10, I, da Lei nº 9.263/96, restringe o procedimento aos interessados na faixa etária dos 18 aos 24 anos, civilmente capazes. Alternativamente, o mesmo inciso dispõe que caso não preencha o requisito etário, o (a) interessado (a) poderá realizar o procedimento se já possuir dois filhos vivos, observado o prazo de 60 (sessenta) dias do pedido. A escusa legal aos critérios da idade e número de filhos para esterilização voluntária nos termos da referida lei tem como fundamento afastar a recorrência de episódios de esterilização precoce.

Coutinho (2018) se posiciona em desfavor às limitações do inciso I do artigo 10 em face da violação da liberdade com base no objetivo fundamental constitucional da construção da sociedade justa e solidária. Reflete que a lei se



afasta das garantias de liberdade presentes na Constituição Federal de 1988 ao impor ao (a) paciente restrição de escolha baseada estritamente na faixa etária ou número de filhos; como impõe ao profissional adotar conduta de desencorajamento ao procedimento em matéria que diz respeito ao corpo do (a) paciente.

Na sequência, o parágrafo §2º do mesmo artigo veda a possibilidade de esterilização cirúrgica pós-parto e pós-aborto, salvo comprovação da necessidade. A vedação mencionada atinge duplamente os direitos da mulher quanto à isonomia (artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal de 1988), como quanto à capacidade plena, nos moldes do artigo 5º, I, da Constituição Federal de 1988 (COUTINHO, 2018). A proibição da esterilização da mulher nos períodos pós-parto e pós-aborto perpetua a desigualdade entre os sexos; por outro aspecto, também se expõe que o estado psíquico da mulher nas fases pós-parto e pós-aborto não pode ser generalizado, uma vez que a alteração do estado emocional ante o abalo que nem sempre produzirá efeitos capazes de alterar a consciência.

A redação do artigo 10, §3º, da Lei nº 9.263/96 indica que a manifestação de vontade não será válida se ocorrer em momento de duvidoso discernimento ou proveniente de indivíduo com incapacidade mental relativa/absoluta. Pontua-se a mudança ocorrida em 2015 no Código Civil sobre a incapacidade mental relativa e absoluta, em razão do advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que ainda não foi incorporada à Lei nº 9.263/96. Logo, verifica-se falta de instrução normativa para aplicação da Lei nº 9.263/96 nos casos de pessoas com deficiência, de modo a não ferir os desejos individuais anteriormente limitados pela redação inicial dos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002.

Das maiores polêmicas envolvem o processo de esterilização se encontra a prevista no §5º, também do artigo 10 da Lei nº 9.263/96. O referido parágrafo prevê que “[...] na vigência da sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges”, previsão a qual desrespeita a autonomia da pessoa sobre seu corpo, assemelhando-o a objeto do(a) cônjuge.

Depreende-se que Coutinho (2018) balanceou a dupla face da Lei nº 9.263/96 ao dispor sobre as liberdades limitativas que a constituem. A razão disso se dá pelo fato de que as justificativas para regulamentação via Lei nº 9.263/96 eram em prol de regulamentar e beneficiar o homem, a mulher, o casal e a família. Entretanto, a Lei nº 9.263/96 se demonstra constituída por elementos que impeditivos do exercício da autonomia sobre o corpo. Cook (2002, p.19) arrazoa que



enquanto houver constante negligência ante os direitos reprodutivos na forma de desinformação, desatualização e precariedade na prestação do serviço de saúde reprodutiva, mais ardorosa será a conquista da plena autonomia do corpo.

As restrições legais não compactuam com a evolução da mulher e do homem na sociedade atual. Não existe clamor popular pelo rol de limitações em uma lei que, a princípio, deveria funcionar em benefício da autonomia; o clamor das mulheres se mostra por razão do desejo de integridade e respeito provenientes das políticas, leis e do Estado à individualidade e intimidade das decisões. Na lógica do empoderamento do corpo das mulheres ante a sociedade e o Estado, Cook (2002, p. 20) propõe que:

[...] a articulação dos direitos que têm as mulheres a um tratamento de qualidade, à escolha pessoal e, desde logo, à liberdade nas decisões relativas ao seu corpo e às suas opções reprodutivas são aspectos importantes daquilo que se revela como um movimento definidor e protetor dos direitos reprodutivos das mulheres. Cresce o reconhecimento da importância da autodeterminação das mulheres relativamente à sua saúde e bem-estar. Neste sentido, afigura-se cada vez menos aceitável que um marido force a sua mulher a um sexo ou gravidez não-desejados. Já que são vulneráveis porque, entre outras razões, as suas atividades muitas vezes se dão fora da proteção da lei. Igualmente inaceitável é o desenvolvimento de políticas populacionais positivas e negativas à revelia de direitos humanos individuais.

Extrai-se da análise de Caetano, Alves e Corrêa (2004, p. 19) o quanto a falta de estruturação da Lei nº 9.263/96 implica na formulação e implementação de políticas públicas na matéria, vez que não há diretrizes legais detalhadas para orientar os entes federativos e respectivos profissionais da saúde, fator que desarmoniza a prestação do serviço e o atendimento à saúde integral da pessoa.

Em mais de 20 anos de vigência, a amplitude do corpo legal associada à falta de instrumentalização da Lei nº 9.263/96 não agregaram na sobremaneira a saúde da mulher (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004, p. 19), uma vez que ainda carecemos de formulação e implementação, em matéria de políticas públicas, abrangentes a multifacetada saúde da mulher e planejamento familiar.

Existe responsabilidade estatal em prestar serviço de saúde completo, que instrua sobre a concepção e contracepção, com compromisso pela busca de mecanismos que aproximem o acesso à informação e ao atendimento do paciente. Os programas de ação em saúde pública também devem observar as condições da mulher no meio social ao qual está inserida, em valores de trabalho, moradia,



educação e gênero (COSTA, 2012, p. 1007). A diminuição das desigualdades entre a saúde integral da mulher e demais categorias, bem como o atendimento à saúde integral da mulher em diferentes classes sociais, se demonstra possível apenas com a observância das minúcias que não foram observadas no PAISM, na Lei nº 9.263/96 e sequer no PNAISM.

Embora o método de implementação das políticas públicas seja crucial para seu desenvolvimento, na matéria em apreço a formulação densa e aplicada se demonstra mais importante para obtenção de sucesso a longo prazo. Por conseguinte, para que nova política pública de saúde integral da mulher seja efetiva, ela deve englobar a capacitação do profissional de saúde pública, na promoção da educação sexual, amplo acesso à informação e diversidade na oferta dos métodos contraceptivos garantidos pelo SUS. Com a finalidade de não prolongar o ciclo de demandas aprovadas e não implementadas em saúde reprodutiva, o planejamento detalhado na formulação da política é primordial para o sucesso. Englobar as propostas acima, associadas às peculiaridades dos grupos de mulheres trará maior discernimento na caminhada reprodutiva e empoderamento sobre o corpo, fazendo jus ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

3 CONCLUSÃO

A partir do estudo da Lei do Planejamento Familiar, compreendem-se as causas motivadoras de suas falhas no campo prático. Há verdadeira carência de redação legal estruturada que oriente os métodos de ação para assegurar os direitos e deveres aos quais a referida legislação se compromete.

Por mais que se preconize, em matéria de políticas públicas, que o momento de implementação é a chave para o sucesso ou fracasso de uma política, o que se demonstra em termos de direitos reprodutivos e planejamento familiar é a necessidade de maior atenção ao momento de formulação da política pública.

Constatou-se que existe há legislação para garantir o livre planejamento familiar e a autonomia do corpo, contudo, ao abranger todas as possibilidades de ação em serviço, informação, educação e penalidades, a lei não especifica, nem orienta como se deve agir, em saúde pública, diante das situações lá previstas, o que afasta a possibilidade de discernimento e evolução social através de seu teor.



Em matéria de direitos reprodutivos tem-se muito a construir com o intuito de quebrar paradigmas sociais e elevar o acesso da mulher à informação e oferta aos métodos de concepção e contracepção e garantidos por lei, visto que, apenas a existência da legislação é insuficiente, inclusive por repetir ciclos e atitudes antigas, afastando a plena autonomia e empoderamento feminino no tocante a seu corpo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: COSTA, Sarah Hawker; GIFFIN, Karen. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999, p. 113-126.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 24 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

_____. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27 outubro 2018.



_____, JANNUZZI P.M., ALVES J.E.D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. **UNFPA-Brasil, ABEP e IBGE**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/142>>. Acesso em 19 set. 2018.

COSTA, Ana Maria. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. RJ: FIOCRUZ, 2012, p. 979-1010.

COUTINHO, Simone. **Lei do Planejamento Familiar viola liberdade como princípio e como direito**. 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-mar-29/simone-coutinho-lei-planejamento-familiar-viola-liberdade>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MEDEIROS, Patrícia Flores de., GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 31-48, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003/10982>>. Acesso em 19 out. 2018.

MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

OLIVEIRA, Mainara Gomes Sales de; TERESI, Verônica Maria. Convenção da Mulher: incorporação no Brasil e influência da sociedade civil. **Leopoldianum**, v. 43, n. 121, p. 20, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/viewFile/761/642>>. Acesso em: 04 set. 2018.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 ago. 2018.

