

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS E
NECESSIDADES**

CAMILA CRISTINA DEBORTOLI

ORIENTADOR: PROFESSOR Dr. Luciano Soares

JOINVILLE - SC

2022

CAMILA CRISTINA DEBORTOLI

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS E
NECESSIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente, Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, da Universidade da Região de Joinville (Univille), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, sob orientação do professor Dr. Luciano Soares.

JOINVILLE - SC

2022

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

D286s Debortoli, Camila Cristina
Saúde sexual e reprodutiva: políticas públicas e necessidades/ Camila Cristina Debortoli; orientador Dr. Luciano Soares. – Joinville: UNIVILLE, 2022.

161 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

1. Saúde sexual. 2. Saúde reprodutiva. 3. Política pública. I. Soares, Luciano (orient.). II. Título.

CDD 362.1980981

Termo de Aprovação

“Saúde Sexual e Reprodutiva: Políticas Públicas e Necessidades”

por

Camila Cristina Debortoli

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestra em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

Luciano Soares:
94248559900

Digitally signed by Luciano Soares:94248559900
DN: CN=Luciano Soares:94248559900,
OU=UFSC - Universidade Federal de Santa
Catarina, O=ICPEdu, C=BR
Reason: I am approving this document with my
legally binding signature
Location: Florianópolis/SC
Date: 2022.03.24 10:53:46-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 11.2.1

Prof. Dr. Luciano Soares
Orientador (UNIVILLE)



Prof. Dr. Luciano Lorenzi

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:

Luciano Soares:
94248559900

Digitally signed by Luciano Soares:
94248559900
DN: CN=Luciano Soares:94248559900,
OU=UFSC - Universidade Federal de Santa
Catarina, O=ICPEdu, C=BR
Reason: I am approving this document with my
legally binding signature
Location: Florianópolis/SC
Date: 2022.03.24 10:54:23-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 11.2.1

Prof. Dr. Luciano Soares
Orientador (UNIVILLE)



Documento assinado digitalmente

Mareni Rocha Farias

Data: 28/03/2022 16:37:19-0300

CPF: 380.524.820-20

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dra. Mareni Rocha Farias
(UFSC)

**JEAN CARL
SILVA:48182087953**

Assinado de forma digital por
JEAN CARL SILVA:48182087953
Dados: 2022.03.25 13:32:05
-03'00'

Prof. Dr. Jean Carl Silva
(UNIVILLE)

Joinville, 23 de fevereiro de 2022

AGRADECIMENTOS

E finalmente este momento tão importante e especial chegou! O momento mais esperado por todos que iniciam essa jornada que é a realização do mestrado.

Durante todo esse caminho, e que por sinal, tenho que lembrar que foi um caminho cheio de obstáculos. Um período de superação para muitos, de renovação, de novos aprendizados, reaprender a estudar, trabalhar e conviver com o próximo e com o desconhecido. A pandemia trouxe situações que lá em 2019, onde comecei o mestrado, nunca ninguém imaginou que poderiam acontecer.

E com isso, não posso deixar de agradecer, primeiramente, à Deus! Pela força e pela luz, por Suas Palavras e por guiar e estar comigo durante todos os momentos.

Agradeço aos meus pais, por toda educação que me deram, por me ensinarem a importância de lutar pelos nossos sonhos, de ir atrás, de conquistar e de se superar, e principalmente, por todo amor que sempre tiveram e demonstraram por mim. À minha irmã, por ser um ombro amigo e uma inspiração de dedicação, organização e superação.

Ao meu marido toda a minha gratidão, por ser, nesse momento importante da minha vida e da minha formação profissional e pessoal, mais do que um companheiro, ser um amigo, um bom ouvinte, e um incentivador. Por me entender, pelos momentos em família que precisaram ser adiados, pelas crises de choro e o sentimento de dúvida que as vezes vinham à tona. Te amo demais, meu amor, obrigada por tudo sempre!

À minha amiga de orientação, Bianca, por todas as trocas, parceria, amizade que foi ainda mais fortalecida após todos esses momentos que vivenciamos. Obrigada por estar ao meu lado amiga e por dividir tudo o que passamos!

Aos professores que fizeram parte desse caminho, pois cada um deixou um pedacinho seu. E sobretudo, ao meu orientador, profº Luciano Soares, por todas as coisas novas que me ensinou, por me mostrar uma nova metodologia

de trabalho, pelo suporte e pelo entendimento e compreensão com tudo o que aconteceu nesses três anos de trocas, obrigada de coração!

E por último, mas nunca menos importante, aos meus amigos, essa nova família que o mestrado trouxe à minha vida. Gratidão a cada um, a cada risada, a cada lanche compartilhado, às trocas de aprendizado, conhecimento, parcerias, vinhos e cervejas! Formamos um grupo lindo, e realmente desejo que essas amizades possam ir para muito além do mestrado!

*“Tudo o que temos de decidir é o que fazer
com o tempo que nos é dado.”*

J.R.R. Tolkien – O Senhor dos Anéis

RESUMO

O direito sexual e reprodutivo faz parte de um conjunto de direitos apontados como básicos para se ter uma vida adequada. Devem ser garantidos pelo Estado atingindo a universalidade e a integralidade do cuidado e para tanto políticas públicas devem ser desenvolvidas na perspectiva de vivências de homens e mulheres, assegurando à população o atendimento de suas necessidades. Cita-se como parte das necessidades, aqui relacionadas ao direito sexual e reprodutivo, o acesso a informações básicas, o planejamento familiar, a oferta de métodos e técnicas de concepção e contracepção, dentro de um contexto livre, em que homens e mulheres possam exercer suas funções sexuais, de maternidade e de paternidade. A hipótese deste trabalho foi verificar se existe uma segmentação das políticas públicas que fragmenta as necessidades da população e os meios para perfazer cada necessidade. Deste modo, o objetivo deste estudo é analisar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e de suas relações com as complexidades do direito e das necessidades em saúde no contexto brasileiro. A pesquisa foi realizada por meio de análise documental das políticas e programas de saúde pública relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos. Para análise das políticas foi utilizado o modelo híbrido e um *framework* denominado Triângulo da Política. Foram selecionados ao final 21 documentos oficiais, dos quais 14 são políticas públicas e 07 são documentos complementares a essas políticas. Observou-se uma evolução na construção das políticas públicas que passaram a propor uma atenção integral à saúde da mulher em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, entretanto ainda encontra-se dificuldade na efetiva execução das políticas públicas, seja pela fragilidade no acesso aos serviços de saúde, pelo preparo dos profissionais de saúde para realizar as orientações e atividades educativas e pela escassez de recursos muitas vezes presentes.

Palavras-chave: Política de Saúde, Saúde sexual e reprodutiva, e Necessidades específicas do gênero.

ABSTRACT

The sexual and reproductive right is part of a set of rights identified as basic to having an adequate life. They must be guaranteed by the State, reaching universality and integrality of care, and for that, public policies must be developed from the perspective of the experiences of men and women, ensuring that their needs are met. It is mentioned as part of the needs, here related to sexual and reproductive rights, access to basic information, family planning, the provision of methods and techniques of conception and contraception, within a free context, in which men and women can exercise their sexual, maternity and paternity roles. The hypothesis of this work was to verify if there is a segmentation of public policies that fragments the population's needs and the means to fulfill each need. Thus, the objective of this study is to analyze the development of public policies on sexual and reproductive health and their relationship with the complexities of law and health needs in the Brazilian context. The research was carried out through document analysis of public health policies and programs related to sexual and reproductive rights. For policy analysis, the hybrid model and a framework called Policy Triangle were used. In the end, 21 official documents were selected, of which 14 are public policies and 07 are complementary documents to these policies. There was an evolution in the construction of public policies that began to propose comprehensive care for women's health in relation to sexual and reproductive rights, however, there is still difficulty in the effective implementation of public policies, either because of the fragility of access to health services. health, for the preparation of health professionals to carry out the guidelines and educational activities and for the lack of resources that are often present.

Key-words: Health Policy, Sexual and Reproductive Health e Gender-Specific Needs.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3. REVISÃO.....	13
3.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, POLÍTICAS PÚBLICAS E NECESSIDADES.....	13
3.2 EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	14
4. METODOLOGIA.....	17
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	17
4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DAS POLÍTICAS.....	17
5. INTERDISCIPLINARIDADE.....	19
6. RESULTADOS.....	20
6.1 ARTIGO 1.....	20
6.2 ARTIGO 2.....	63
7. CONCLUSÃO.....	92
8. REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE 1: QUADRO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	98

1. INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) fazem parte dos Direitos Humanos e foram reconhecidos, em 1968, incorporando um conjunto de direitos apontados como básicos para uma vida digna. A Constituição brasileira de 1988 e a legislação nacional, fundamentados nos tratados internacionais dos quais o país é signatário, buscam assegurar a homens e a mulheres tais direitos, incluindo os aspectos relacionados ao exercício sexual, à experiência reprodutiva, e às dimensões sociais e econômicas (ÁVILA, 2003; MOREIRA e ARAÚJO, 2004; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006; BRASIL, 2013a).

O direito à saúde sexual e reprodutiva deve ser garantido pelo Estado, e a compreensão da universalidade desses direitos, bem como relacioná-los às vivências de homens e de mulheres, na perspectiva da integralidade, são fundamentais para que políticas públicas possam atender às necessidades da população. O tema necessidades, há muito, permeia as discussões em saúde, tendo como um de seus objetivos a compreensão e relevância daquilo que deve ser satisfeito. Entretanto, nem sempre, a necessidade avaliada por atores-chaves na elaboração das políticas e na implementação dos programas é convergente com o juízo das necessidades feito pela população, muito menos com as demandas existentes (BRADSHAW, 1972; WILLARD, 1982; BRASIL, 2013a; VARGAS-PELÁEZ et al., 2017).

Os programas e ações de saúde, desenvolvidos pelo Estado com base nas políticas públicas são estratégias que visam produzir meios e condições para o enfrentamento das necessidades de saúde da população, pois são reconhecidas como instrumento para a provisão de direitos. O acesso a informações básicas; o planejamento familiar, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos; e a oferta de métodos e de técnicas de concepção e de contracepção, dentro de um contexto livre, no qual homens e mulheres possam desempenhar suas funções sexuais, de maternidade e de paternidade compõem meios primordiais (necessidades) para garantir os DSR, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como *locus* estratégico para sua implementação (SCHRAIBER, 2012; TELO e WITT, 2018).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é a ordenadora do cuidado na atenção à saúde, sendo responsável por garantir acesso aos serviços de saúde com qualidade, e executar muitas das ações componentes das políticas públicas voltadas aos DSR. Contudo, existem barreiras de acesso a tais serviços, tais como valores, técnicas e condições institucionalizadas, que dificultam o acesso das pessoas e a disponibilidade dos métodos, seja pelo atraso no atendimento, pelo fornecimento de informações incorretas e até pela negação do acesso a alguns métodos contraceptivos (MENDES, 2010; SCHRAIBER, 2012; TAVROW, 2010).

No contexto dos DSR, as ações mais valorizadas na APS são aquelas voltadas à redução da mortalidade materno-infantil e ao rastreamento de doenças como o câncer de colo de útero e de mama, em detrimento daquelas que visam garantir informação adequada e acesso oportuno no contexto do exercício da sexualidade humana. É possível observar ações em que a oferta das tecnologias é mais importante do que a oferta de serviços articulados às realidades complexas da experiência sexual e reprodutiva humanas. Existe incongruência entre saberes e abordagens dos DSR e as relações de gênero, refletida, por exemplo, nas dificuldades de acesso a alguns métodos contraceptivos e à assistência ao planejamento reprodutivo (CORRÊA et al., 2017; NASSER et al., 2017). As mulheres têm suas necessidades relacionadas, principalmente, com a reprodução. O papel do homem, nesta perspectiva, é tido como menos importante. A desigualdade de acesso observada entre mulheres negras, e as diferenças entre as taxas de fecundidade e a presença da mulher no mercado de trabalho ilustram essa realidade (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; CRUZ, 2004; CUNHA e VASCONCELOS, 2016).

A saúde sexual e reprodutiva, para além dos aspectos de bem-estar físico, mental e social relacionados ao sistema reprodutivo e sexual, deve considerar a complexidade que envolve os indivíduos e a família, em seus aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais e emocionais (BRASIL, 2013a). No Brasil, em 2019, a expectativa de vida ao nascer era de 75,9 anos, a taxa de natalidade (bruta) foi de 13,7 por mil pessoas e a taxa de fecundidade de 1,7 nascimentos por mulher. A taxa de mortalidade infantil, decaiu de 52,4

óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 12,4 óbitos, em 2019. Em 2018, a estimativa nacional da mortalidade materna foi de 59 por 100 mil nascidos vivos (THE WORLD BANK DATA, 2022). A proporção de nascidos vivos de mãe adolescente foi de 17,5%, e observou uma associação inversa significativa entre este índice e o índice de desenvolvimento humano no país (MARTINEZ E ROZA, 2020). O uso consistente de camisinha, apurado em 2019 na população brasileira foi de 22,8% (FELISBINO-MENDES, et al, 2021).

Os direitos sociais, políticos e civis sofreram retrocessos significativos com a ascensão da extrema direita no Brasil. As controvérsias e disputas sobre a regulação da sexualidade, gênero e autonomia corporal recrudesceram neste contexto, com consequências sobre temas como aborto, violência sexual, direitos políticos da população LGBTI+, e sexualidade e educação de gênero (BRANDÃO e CABRAL, 2019). A realidade brasileira abriga a violação de DSR de parcelas significativas da população, e as vulnerabilidades estendem-se de condições sociais e sanitárias específicas às iniquidades da saúde sexual e reprodutivas das mulheres (GALLIS e DESLANDES, 2016; BRANDÃO e CABRAL, 2021; OSTERMANN, 2021).

A compreensão das políticas públicas relacionadas aos DSR no Brasil, de suas estruturas e do contexto histórico e político, pode contribuir no aprofundamento do debate em torno da construção social e política das necessidades da saúde sexual e reprodutiva. Em particular, a perspectiva histórica tem a capacidade de desvelar que o exercício pleno dos DSR só pode ocorrer com a redução da desigualdade brasileira, e que as políticas públicas neste campo precisam considerar a assimetria das iniquidades em seus princípios, propósitos, ações e estratégias de implantação, avaliação e monitoramento. Nesse sentido, é necessário caracterizar como o desenvolvimento das políticas públicas e dos programas, no Brasil, se relaciona à complexidade dos direitos sexuais e reprodutivos e se articula com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, diante das necessidades sociais da população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e de suas relações com as complexidades do direito e das necessidades em saúde no contexto brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o contexto histórico-político-social e os significados dos elementos centrais na formulação e implantação das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil;
- Evidenciar as fragmentações entre as políticas públicas, verificando se as políticas estão interligadas exercendo a interlocução das práticas e orientações em saúde;

3. REVISÃO

3.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, POLÍTICAS PÚBLICAS E NECESSIDADES

O conceito de direito sexual e reprodutivo representa uma conquista histórica advindo da luta pelos direitos humanos. Durante a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento que ocorreu no Cairo, definiu a saúde reprodutiva como “um estado geral de bem-estar físico, mental e social, abrangendo todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, funções e processos, e não apenas a ausência de doença. A saúde reprodutiva pressupõe que a pessoa deve ter liberdade de uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia na decisão de quando se reproduzir, quantos filhos ter” (PLATAFORMA DE CAIRO, 1994). Para Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006), a saúde sexual é considerada como parte integrante da saúde reprodutiva, na qual homens e mulheres possam desfrutar e expressar sua sexualidade de forma agradável, segura e respeitosa.

Quanto à definição das políticas públicas, têm-se como um conjunto de ações, atribuições e processos que regulam atividades e a orientação política do Estado, relacionadas aos serviços de interesse público intervindo sobre a realidade social, econômica e ambiental. As políticas públicas sofrem influência da perspectiva dos governantes sobre o papel do Estado no conjunto da sociedade, e do nível de atuação dos diferentes grupos sociais (LUCCHESI et al., 2004).

A elaboração e execução de políticas públicas no âmbito da saúde tem como desafio dialogar com os preceitos e princípios do SUS, e por estarem tão intimamente relacionadas ao contexto social local é fundamental que elas estejam articuladas de forma singular com a saúde, situações demográficas, epidemiológicas e demais determinantes de uma dada sociedade. Para se atingir tais ideais, considera-se a APS como ordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2012).

As políticas públicas tomam forma a partir de ações efetivas e

consistentes dos sujeitos políticos e sociais, que as executam conforme cada contexto, modulando seus resultados em acordo com o acompanhamento do processo de implementação e avaliação de impacto sobre a sociedade (LUCCHESI et al., 2004).

O sistema de saúde brasileiro ainda apresenta limitações na conformação de um modelo assistencial que esteja direcionado às necessidades ampliadas de saúde, considerando os custos, demandas, interesses e direitos de determinada sociedade e seus agentes sociais e políticos. Neste processo, o envolvimento e corresponsabilização dos gestores, profissionais de saúde e usuários são movimentos fundamentais (FERTONANI et al., 2015).

Para Willard (1982), necessidades sociais são meios utilizados para se alcançar fins valiosos, nos quais valores são atribuídos aos objetivos que se anseia. Sendo assim, quando se fala de necessidades, faz-se referência à valorização e à construção social feita pelos atores envolvidos quanto às estratégias disponíveis. O entendimento das necessidades em saúde envolvendo valores ajuda a compreender as atitudes e decisões tomadas por profissionais e pacientes (VARGAS-PELÁEZ et al., 2017; WILLARD, 1982).

O conceito de necessidade, para Bradshaw (1972), comporta quatro dimensões: a necessidade normativa como aquela definida pelos técnicos responsáveis pela ação que se deseja; necessidade sentida, aquela concebida pelas pessoas a quem o serviço está destinado; necessidades demandadas, referente àquelas expressas pela população e efetivamente levadas às esferas produtoras do cuidado e; necessidade comparativa, refere-se à discrepância dos cuidados e serviços de saúde que uma população tem em relação a outra semelhante. Cada categoria é influenciada diretamente pelas questões sociais, políticas e econômicas (BRADSHAW, 1972; VARGAS-PELÁEZ et al., 2017).

3.2 EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade e equidade no acesso aos serviços e ações de saúde, com integralidade no processo de atenção. Logo, a elaboração de políticas públicas

no Brasil requer considerar o entendimento dos desafios do acesso universal para promoção, proteção e recuperação da saúde, as desigualdades existentes na sociedade, e a importância da participação social de forma paritária nos diferentes segmentos (FERRAZ e KRAICZYK, 2010).

No que se refere às questões de gênero, na área da saúde, as associações estereotipadas que relacionam as mulheres e suas necessidades somente à reprodução são muito presentes, desconsiderando o papel do homem nesta perspectiva. É importante a desconstrução desses preceitos, a fim de compreender a importância das práticas do autocuidado de mulheres e homens, proporcionando prevenção e promoção da saúde através do acesso efetivo e integral aos seus direitos (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Políticas públicas que visem a saúde do homem, como o pré-natal do parceiro e de planejamento reprodutivo são importantes para a sua inserção no cuidado integral. Entretanto muitos são os impeditivos ao acesso de maneira adequada a essa promoção de saúde, seja pela posição ainda predominante do homem como chefe de família ou pela dificuldade do mercado de trabalho reconhecer tal necessidade, este último fato também se estende aos próprios homens, ao se reconhecerem como participantes do processo e detentores desse direito (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, baixa escolaridade e menor nível socioeconômico observado em mulheres negras está associado ao racismo estrutural e ao machismo que ainda predominam no Brasil. Estudos debatendo as questões de raça/cor constataram a presença de disparidades raciais no que diz respeito ao acesso, atendimento e desfechos em saúde, inclusive quanto à sexualidade, saúde reprodutiva e violência contra a mulher negra, evidenciando a inequidade para com este grupo populacional (CRUZ, 2004; SOUZAS e ALVARENGA, 2007).

Além da baixa representatividade da mulher negra em campanhas publicitárias de políticas públicas do Governo Federal, é possível perceber que o enfoque principal de grande parte das políticas estava relacionado ao ciclo gravídico e pós-natal, pela tradução ideológica que reduz a mulher, independentemente da raça, ao papel de um ser reprodutor. É conhecido também que as condições de vida da mulher negra, em particular às questões

de renda e de educação incidem diretamente nos indicadores de saúde desta população. Por isso a abordagem nas ações de políticas públicas voltadas à população negra é imprescindível para alcançar a universalidade, integralidade e equidade na saúde (ARAÚJO et al., 2009; PACHECO et al., 2018; SILVA e MONTEIRO, 2018), incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

Embora com o passar dos anos tenha sido observado uma diminuição da influência e relação do acesso ao mercado de trabalho e as taxas de fecundidade entre as mulheres, ainda é possível verificar que há uma correlação negativa, com uma menor taxa de fecundidade apresentando maior participação no mercado de trabalho com melhor remuneração (CUNHA e VASCONCELOS, 2016).

De outra maneira, observa-se o aumento da prevalência de sífilis em gestantes, no qual estudos apontam a desigualdade e a vulnerabilidade social como fatores determinantes de tal prevalência, sendo fundamental uma adequada atenção à saúde da mulher e a melhor implementação das medidas de controle (CUNHA e MERCHAN-HAMANN, 2015; DOMINGUES e LEAL, 2016).

Grupos vulneráveis encontram muita dificuldade no acesso às políticas públicas de forma humanizada e representativa, como na situação das pessoas com deficiência. É preciso compreender que as características peculiares a esse grupo não são limitantes da condição humana dos desejos naturais e do exercício da sexualidade e parentalidade. Importante salientar o papel do Estado na implementação e oferta de políticas públicas que protejam os direitos sexuais e reprodutivos desse grupo, bem como na capacitação de profissionais de saúde, visando uma conduta adequada e respeitosa no tocante às particularidades das pessoas com deficiência (FERRAZ e NETTO, 2018).

A adolescência representa outro grupo vulnerável a qual o acesso às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva deve ser perspicaz e englobar suas singularidades. A disponibilidade de educação sexual nas escolas, planejamento familiar e prevenção de mortalidade materna gera impactos positivos no desenrolar da vida adulta desse adolescente (MORAES e VITALLE, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e analítico, realizado por meio de análise documental de políticas e programas de saúde pública relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos (DSR).

4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DAS POLÍTICAS

Para avaliar as políticas relacionadas aos DSR, realizou-se o levantamento documental relativo a estas políticas em nível nacional. Para coletar as informações, consultou-se as páginas *web* das instituições encarregadas da administração de recursos e da articulação do sistema de saúde para o desenvolvimento das políticas. Além disso, foram consultadas as bases de dados Lilacs, Scielo e Google Acadêmico para a revisão de artigos publicados sobre o tema, utilizando os seguintes termos chave em inglês, português e espanhol: política pública, política de saúde, direito reprodutivo, saúde reprodutiva, direito sexual, saúde sexual, análise de políticas públicas, sistemas de saúde, e suas combinações.

Na avaliação das políticas e programas relacionados ao DSR empregou-se um *framework* abrangente sobre os elementos aplicáveis, composto dos seguintes itens: documento principal, ano de publicação, contexto (aspectos políticos, econômicos e sociais), conteúdo (princípios e diretrizes, objetivos, metas, planos de ação e implementação, recursos), atores envolvidos/grupos de interesse, processo, público alvo e leis ou documentos derivados ou complementares da política principal. Este quadro foi desenvolvido a partir de modelos teóricos para a análise de políticas públicas propostos por Walt e Gilson (1994) e por Mengo e Eusebius (2015).

O modelo proposto por Walt e Gilson (1994) é chamado de Triângulo da Política, o qual permite a análise da complexidade existente entre os 4 elementos presentes na política: contexto, processo, conteúdo e atores. Os atores são influenciados e influenciam o contexto no qual estão inseridos. O

contexto por sua vez é impactado por diversos fatores (políticos, culturais e ideologias). Os aspectos processuais de formulação de políticas são afetados pelos atores, suas expectativas, valores e posição dentro da rede de poder. E o conteúdo das políticas surge como reflexo da união desses três elementos (WALT e GILSON, 1994).

Para melhor compreensão e utilização do Triângulo da Política utilizou-se como base a proposição de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), que discutem que o contexto é influenciado por fatores modificáveis através da relação de tempo e espaço, bem como pelos atores e as situações de poder que os envolve, além de que, explora que o contexto pode ser macro ou micro e dividido entre aspectos políticos, econômicos e sociais. Associou-se ainda o modelo híbrido para análise da formulação de políticas proposto por Mengo e Eusebius (2015), que é dividido em 6 etapas: 1) análise do contexto político, social e econômico, 2) identificação do problema, 3) processo de tomada de decisão na formulação da política, 4) critérios de valor, 5) análise de viabilidade e 6) resultados. A articulação de diferentes instrumentos analíticos para compor o framework da pesquisa considerou as recomendações de Walt e colaboradores (2008), que indicam essa composição para orientar uma análise mais densa das políticas públicas.

5. INTERDISCIPLINARIDADE

Entende-se que a interdisciplinaridade está inerente no objetivo de promover a integralidade do cuidado através dos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo deste modo o planejamento familiar e conseqüentemente a transformação do meio social.

Junto à oferta de uma melhor assistência à saúde da mulher e a atenção em relação ao planejamento familiar e direito sexual e reprodutivo, com a disponibilidade de métodos contraceptivos e do acesso à informação e serviços de saúde reprodutiva, observa-se queda nas taxas de fertilidade e natalidade, além de melhora nas condições de saúde da população, influenciando tanto no desenvolvimento econômico como no desenvolvimento sustentável da população e do meio ambiente. E é através das políticas públicas que se tem o meio para atingir esses processos de forma integral à toda a população.

6. RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: raízes históricas, políticas, sociais e econômicas

Introdução

Os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) fazem parte dos Direitos Humanos e foram reconhecidos em 1968, incorporando um conjunto de direitos apontados como básicos para uma vida digna. A Constituição brasileira de 1988 e a legislação nacional, fundamentados nos tratados internacionais dos quais o país é signatário, buscam assegurar a homens e a mulheres tais direitos, no tocante ao exercício sexual, à experiência reprodutiva, e aos aspectos sociais e econômicos (ÁVILA, 2003; BRASIL, 2013a; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006; MOREIRA e ARAÚJO, 2004).

O direito à saúde sexual e reprodutiva deve ser garantido pelo Estado e a compreensão da universalidade desses direitos, bem como relacioná-los às vivências de homens e de mulheres, na perspectiva da integralidade, é fundamental para que políticas públicas possam ser desenvolvidas de forma a assegurar à população o atendimento de suas necessidades. O tema necessidades há muito permeia as discussões em saúde, tendo como um de seus objetivos a compreensão e relevância daquilo que deve ser satisfeito. Entretanto, nem sempre a necessidade avaliada por atores chaves na elaboração das políticas e na implementação dos programas está em consenso com o juízo das necessidades pela população, muito menos com as demandas existentes (BRADSHAW, 1972; BRASIL, 2013a; VARGAS-PELÁEZ et al., 2017; WILLARD, 1982).

A saúde sexual e reprodutiva abrange muito além do aspecto de bem-estar físico, mental e social relacionados ao sistema reprodutivo e sexual. Deve ser abordada com base no DSR, considerando a complexidade que envolve os indivíduos, homem e mulher e a família, ou seja os aspectos sociais,

econômicos, ambientais, culturais e emocionais; como também na necessidade da oferta de suporte às necessidades individuais dos envolvidos (BRASIL, 2013a).

Pode-se definir as políticas públicas como um conjunto de ações, atribuições e processos que regulam atividades e a orientação política do Estado relacionados aos serviços de interesse público, intervindo sobre a realidade social, econômica e ambiental. Sofrem influência através da visão que os governantes possuem do papel do Estado no conjunto da sociedade, e do nível de atuação dos diferentes grupos sociais (LUCCHESI et al., 2004).

A elaboração e execução de políticas públicas no âmbito da saúde tem como desafio dialogar com os preceitos e princípios do SUS, e por estarem tão intimamente relacionadas ao contexto social local é fundamental que elas estejam articuladas de forma singular com a saúde, situações demográficas, epidemiológicas e demais determinantes de uma dada sociedade (MENDES, 2012).

Este artigo tem como objetivo explorar as políticas públicas relacionadas aos DSR no Brasil, dentro do contexto histórico, social e político e os significados dos elementos centrais na formulação e implantação de tais políticas, visando contribuir com o conhecimento para o campo e com o embasamento de formuladores e de implementadores da política, seja nas esferas municipais, estaduais e nacionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e analítico, no qual foi realizada uma pesquisa por meio de análise documental das políticas e programas de saúde pública, além de pesquisa de marcos históricos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos.

Para avaliar as políticas relacionadas ao direito sexual e reprodutivo, foi realizado um levantamento documental relativo a estas políticas em nível nacional.

Referente ao contexto histórico, político e social, inicialmente foi feito um levantamento dos Censos Demográficos de 1960 a 2010, nos quais foram tabeladas informações sobre população geral, estado conjugal, alfabetização, ocupação e fecundidade. Também se consultou os Códigos Civis Brasileiros (1916 e 2002) e de leis, decretos e portarias que estabeleceram mudanças dos textos principais, a fim de verificar orientações relacionadas à situação da mulher perante a sociedade brasileira. Além da busca em sites de pesquisa de documentos que trouxessem informações sobre os aspectos políticos, sociais e econômicos da década de 1960 a de 2010. O período escolhido para análise deve-se à importância da década inicial considerada (1960) para os DSR e o recorte final (década de 2010) considera o forte movimento do Estado brasileiro na formulação de políticas sociais.

Resultados e Discussão

Os direitos sexuais e reprodutivos (DSR), na década de 60, eram pensados, fundamentalmente, em termos do controle da população e da atenção à reprodução humana. Para permitir a análise das influências e de alguns aspectos da trajetória das políticas públicas relacionadas aos DSR, alguns dados demográficos do Brasil foram comparados com Estados Unidos da América (EUA), China, Índia e Europa, na série histórica entre 1960 e 2019. Entre os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, o planejamento familiar e o controle de natalidade são comuns a todo o período histórico analisado. A Figura 1 apresenta a taxa de natalidade no Brasil, Estados Unidos da América (EUA), China, Índia e Europa, entre 1960 e 2019, indicando a trajetória de declínio do número anual de nascidos vivos a cada mil habitantes e as diferenças entre os países elencados.

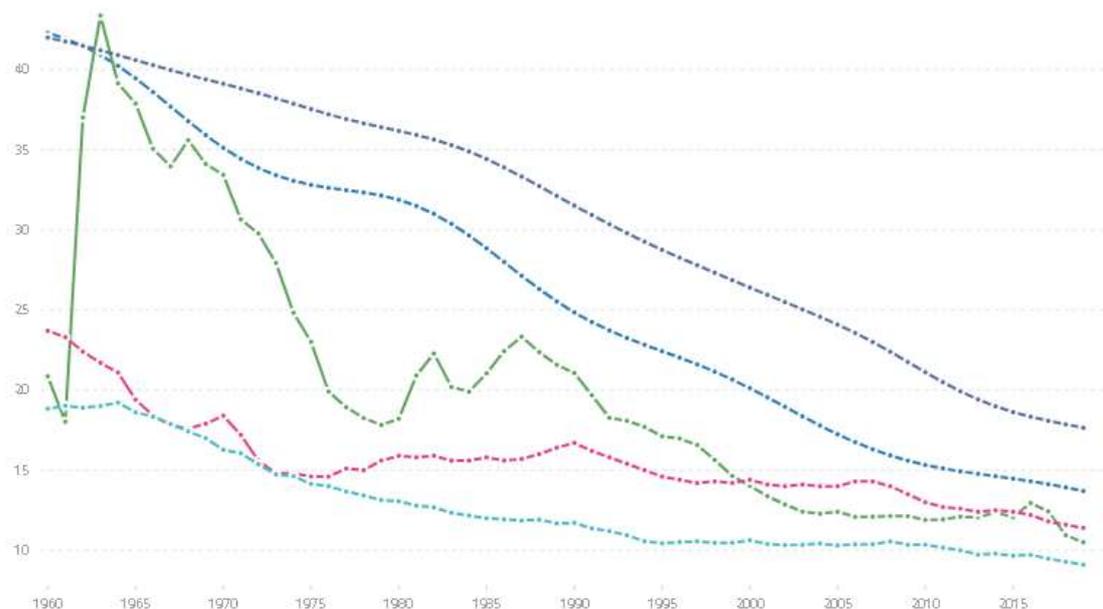


Figura 1 – Taxa de natalidade, bruta, por 1.000 habitantes, no período de 1960 à 2019 no Brasil (azul), Estados Unidos (vermelho), China (verde), Índia (preto) e Europa (azul claro) (considerou-se os dados agregados da Europa).

Fonte: The World Data Bank Group (1) United Nations Population Division. World Population Prospects: 2019 Revision. (2) Census reports and other statistical publications from national statistical offices, (3) Eurostat: Demographic Statistics, (4) United Nations Statistical Division. Population and Vital Statistics Reprot (various years), (5) U.S. Census Bureau: International Database, and (6) Secretariat of the Pacific Community: Statistics and Demography Programme.

A Figura 2 apresenta a taxa de mortalidade no Brasil, EUA, China, Índia e Europa, evidenciando a trajetória do número anual de mortes a cada mil habitantes e as diferenças entre os países elencados. A subtração entre as taxas de natalidade e de mortalidade provê a taxa de mudança na população, na ausência de migração.

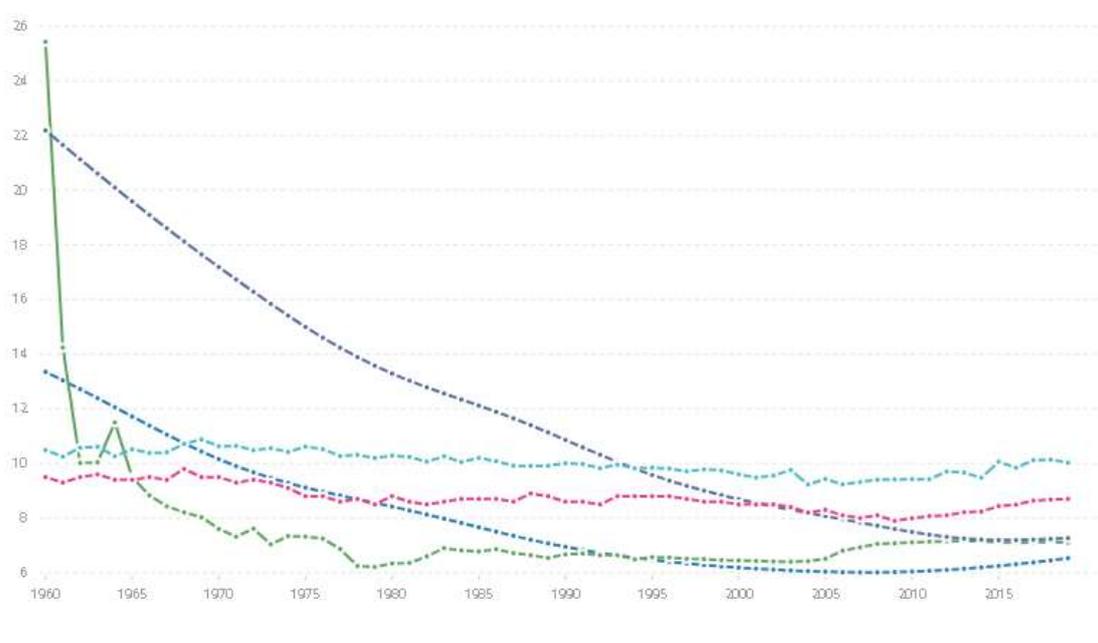


Figura 2 – Taxa de mortalidade, bruta, por 1.000 habitantes, no período de 1960 à 2019 no Brasil (azul), Estados Unidos (vermelho), China (verde), Índia (preto) e Europa (azul claro) (considerou-se os dados agregados da Europa).

Fonte: The World Data Bank Group (1) United Nations Population Division. World Population Prospects: 2019 Revision. (2) Census reports and other statistical publications from national statistical offices, (3) Eurostat: Demographic Statistics, (4) United Nations Statistical Division. Population and Vital Statistics Reprot (various years), (5) U.S. Census Bureau: International Database, and (6) Secretariat of the Pacific Community: Statistics and Demography Programme.

Pode-se observar as elevadas taxas de natalidade de Brasil, Índia e China na década de 60. As taxas dos EUA e da Europa são cerca da metade dos outros 3 países. Índia e China mostram taxas elevadas de mortalidade no início da década; enquanto a China teve uma queda brusca entre 1960-62, a queda na Índia é muito mais gradual. EUA e Europa mostram uma trajetória mais estável no indicador, com uma leve queda no período. O Brasil, em 1960, apresentava uma taxa anual de mortes intermediária entre os países comparados, com uma trajetória gradual de queda até o século XXI. O Brasil mantém-se, desde a segunda metade da década de 60, com a segunda maior taxa de natalidade entre os países comparados e, desde a segunda metade da década de 1990, com a menor taxa de mortes.

Na Figura 3 observa-se a taxa de crescimento anual dos países. A Índia exhibe o maior crescimento em 2021 (1%). A tendência das taxas de crescimento é de queda. Durante o período, observou-se retração apenas em

2011, na área do Euro (-0,2%). Nos anos 60, o Brasil tem a maior taxa (2,9%), e chega a 2020 com a segunda maior taxa do grupo (0,7%).

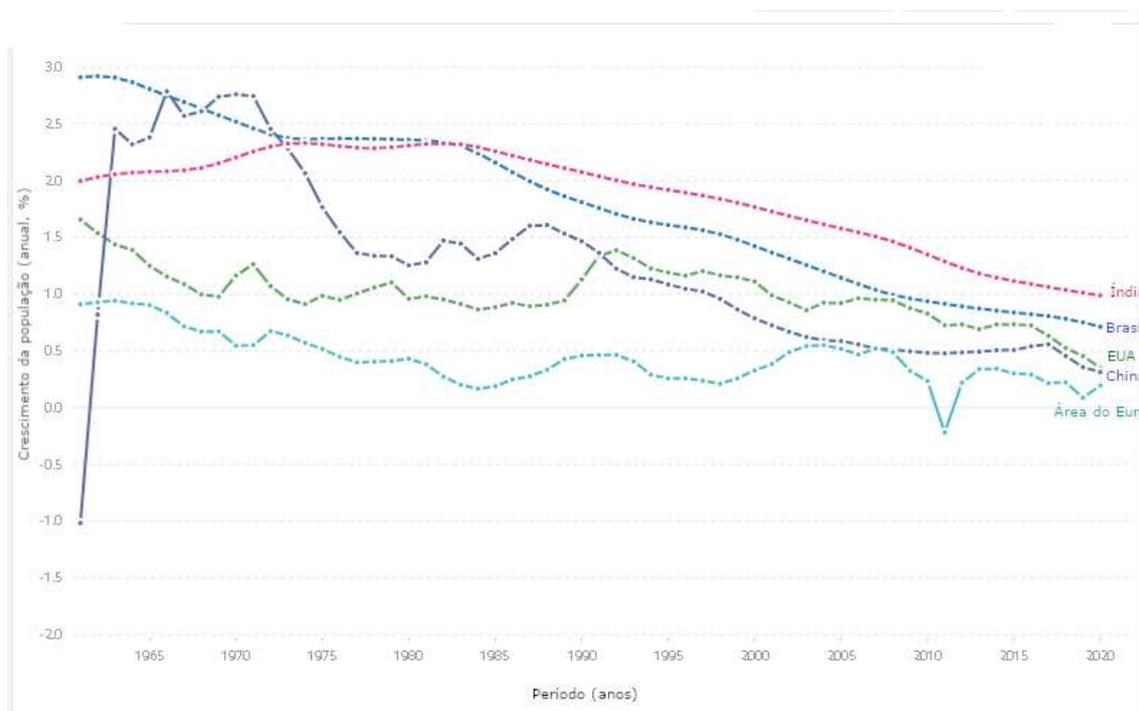


Figura 3 – Crescimento populacional, percentual anual, no período de 1960 à 2020 no Brasil (azul), Estados Unidos (vermelho), China (verde), Índia (preto) e Área do Euro (azul claro) (considerou-se os dados agregados da Europa).

Fonte: Derivado da população total. Fonte da população: (1) United Nations Population Division. World Population Prospects: 2019 Revision, (2) Census reports and other statistical publications from national statistical offices, (3) Eurostat: Demographic Statistics, (4) United Nations Statistical Division. Population and Vital Statistics Reprint (various years), (5) U.S. Census Bureau: International Database, and (6) Secretariat of the Pacific Community: Statistics and Demography Programme.

A Figura 4 apresenta as taxas de natalidade e mortalidade, além do crescimento populacional no Brasil, no período do estudo. A análise de regressão resultou em um r^2 ajustado de 0,9888, o que implica em elevada correlação linear positiva entre a taxa de natalidade e a curva de crescimento populacional brasileiras. O perfil observado é convergente com a fase 3 da transição demográfica observada em países em desenvolvimento, na qual a fertilidade e a natalidade estão declinando, mas permanecem em níveis acima dos de reposição (WRIGHT, BOORSE, 2017). Entretanto, o nível de reposição (fertilidade de 2,1) foi atingindo em 2002, chegando a 1,7 em 2019 (mesmo nível de EUA e China, levemente abaixo da Índia e acima da área do Euro).

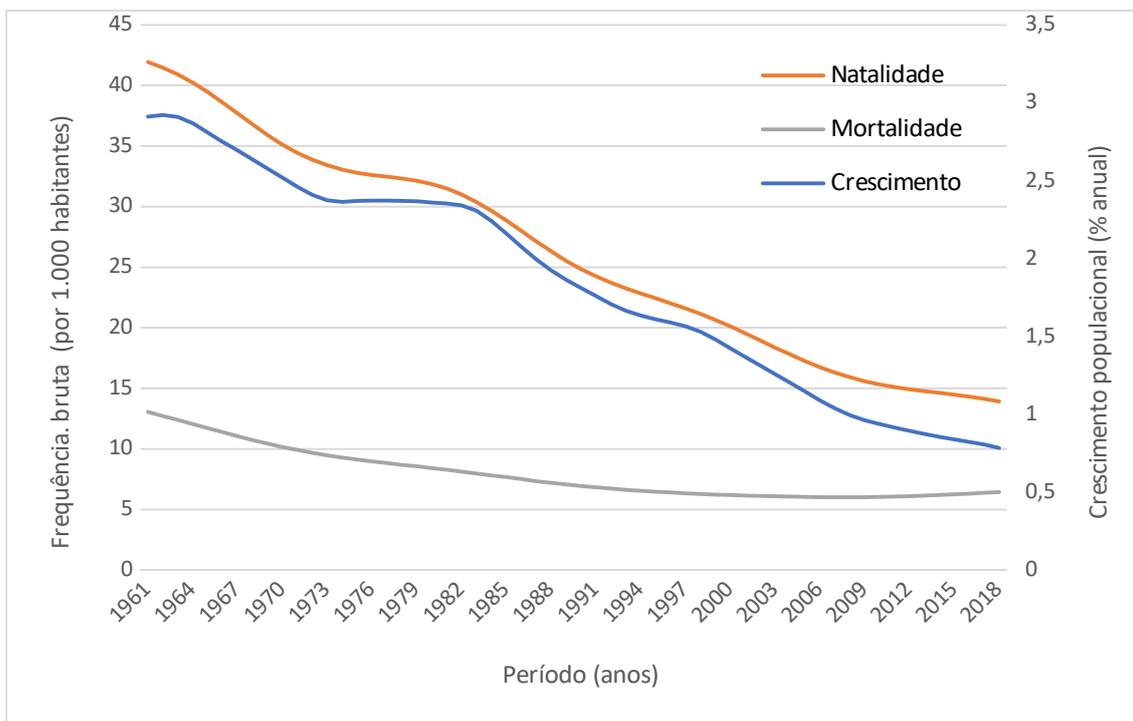


Figura 4 – Taxa de natalidade e morte, brutas (por mil habitantes), e crescimento populacional (% anual), no período de 1961 à 2019, no Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados The World Data Bank Group. Derivado da população total. Fonte da população: (1) United Nations Population Division. World Population Prospects: 2019 Revision, (2) Census reports and other statistical publications from national statistical offices, (3) Eurostat: Demographic Statistics, (4) United Nations Statistical Division. Population and Vital Statistics Reprot (various years), (5) U.S. Census Bureau: International Database, and (6) Secretariat of the Pacific Community: Statistics and Demography Programme.

Da ditadura civil militar à redemocratização

Contexto internacional e nacional

Na década de 1960, a OMS, no número 442 do *WHO Technical Report Series* de 1970, relacionou as razões para o planejamento familiar no mundo, variando dos resultados de saúde e direitos humanos individuais para determinar a performance reprodutiva à relação entre as mudanças demográficas e os direitos humanos (WHO, 1970). Houve um aumento expressivo da preocupação mundial com as questões populacionais, vinculadas, em geral, aos países em desenvolvimento, sobre a relação inversa com o desenvolvimento social e econômico (BERELSON, 1969). A saúde

sexual era limitada aos aspectos e consequências da saúde reprodutiva, com vistas ao controle da população (CALDERONE, 1968; WHO, 1970).

O escopo do planejamento familiar incluía o controle de natalidade (educação, orientação quanto ao planejamento de filhos e provisão de cuidados do controle de natalidade), infertilidade, educação dos pais, educação sobre sexualidade e outras atividades, como a saúde materno-infantil. A OMS, estabeleceu um quadro teórico abrangente para a formulação de políticas nacionais e a implantação de serviços públicos relacionados ao planejamento familiar. Além de aspectos claramente relacionados à saúde reprodutiva, orientados ao controle da natalidade, a educação sexual aparece como adjuvante, pelos seus efeitos sobre o planejamento familiar (WHO, 1970).

No final da primeira metade do século XX, já se atribuía um papel à saúde pública nos denominados “problemas da fertilidade”, relacionado à prevenção de doenças associadas à gestação e à redução de “pressões populacionais excessivas” sobre os padrões de vida (STIX, 1946).

No período, a tecnologia contraceptiva é reportada como apresentando grande evolução. O DIU é apontado como o melhor contraceptivo reversível nos países em desenvolvimento. As práticas de esterilização e aborto obtiveram melhores índices. A camisinha figura como um dos principais métodos contraceptivos no mundo desenvolvido e no mundo em desenvolvimento (BERELSON, 1970). A década de 60 introduz a utilização de contraceptivos orais, apontados como uma estratégia revolucionária para o problema do planejamento familiar (DRILL, 1967).

Na década de 60, os EUA discutiam a redução da fertilidade, justificada com a narrativa de seus impactos sobre a redução da mortalidade, sobre a qualidade ambiental e sobre a sustentabilidade dos recursos (HEER, 1968). O crescimento populacional é visto como uma ameaça, um obstáculo ao progresso econômico e social, especialmente, em países menos desenvolvidos. O movimento de controle da natalidade constituiu, no contexto da época, uma inescapável política para o mundo, no interesse da segurança nacional estadunidense, incluindo o debate sobre o controle legal do tamanho da família (ZLOTNICK, 1961; SOMERS, 1968; CHABERLAIN, 1970). Entretanto, as limitações inerentes à organização do sistema de saúde nos

EUA levaram a não existência de um “programa de planejamento familiar nacional”, no sentido do planejamento e da orientação dos esforços, com conseqüente fertilidade excessiva na camada mais pobre da população (JAFFE, GUTTMACHER, 1968).

A urbanização da população foi associada como um dos mais importantes fatores em mudar as preferências pelo tamanho da família, envolvendo os preços dos espaços de vida e da educação, relativos ao custo do trabalho e da produção de bens de consumo (HEER, 1968). O substancial nível de controle da fertilidade foi associado ao forte desejo compartilhado pelos casais de limitar o tamanho da família (JAFFE, GUTTMACHER, 1968). Em 1965, 90% das mulheres brancas casadas, entre 18 e 39 anos, adotaram, ou pretendiam, métodos contraceptivos. O anticoncepcional oral foi introduzido em 1960 nos EUA e, em 1965, já era o método contraceptivo mais popular (usado por um quarto dos casais). Nesta década, o aborto também se constituía como um dos métodos mais usados no controle da natalidade, além da camisinha, do DIU e do diafragma (WESTOFF e RYDER, 1967; HEER, 1968; JAFFE e GUTTMACHER, 1968).

Nos anos 60, diante das taxas de crescimento populacional elevadas, a China já dispunha de política pública de controle da natalidade bem organizada, incluindo a pesquisa, a produção e o suprimento de métodos contraceptivos, a distribuição de serviços especializados e a capacitação de pessoal, além da base legal para aborto e esterilização (TAEUBER, 1956; CHEN, 1970).

A Índia, em face da pressão populacional representada pela marca de 500 milhões de habitantes atingida em 1966, tinha um programa de planejamento familiar implementado, que disponibilizava gratuitamente métodos contraceptivos, incluindo serviços de inserção de DIU, esterilização, além da provisão de contraceptivos convencionais. O país também contava com a produção local de parte dos produtos ofertados. Havia a discussão, no âmbito de formulação da política pública, sobre a esterilização compulsória de casais com 3 filhos ou mais. Os anticoncepcionais orais não eram disponibilizados nos programas oficiais, embora fossem comercializados no país e considerados pelo governo a serem inseridos como método adjuvante

ao uso do DIU. O governo implementou um programa para formação de mulheres em medicina para atender à preferência das usuárias em realizar o procedimento de inserção do DIU com uma médica (RAJAN, 1967). A política pública estabeleceu uma meta de reduzir a natalidade bruta de 41 nascimentos por 1.000 habitantes em 1965 para 25 em 1976 (BERELSON, 1970).

O receio de uma ameaça da superlotação afetar a vida do planeta, bem como as problemáticas vinculadas às altas taxas de fecundidade eram destaque entre os anos 60 e 70 no mundo, principalmente em países em desenvolvimento. E assim iniciativas para controle de nascimentos foram surgindo em vários países, com incentivo principal ao uso de anticoncepcionais (PEDRO, 2002).

O controle de natalidade no Brasil teve início na década de 1960, por influência de instituições americanas que passaram a atuar no país com o objetivo de controlar o crescimento populacional, pois associava-se o crescimento acentuado das taxas de natalidade à miséria. Foi desta maneira que os anticoncepcionais começaram a ser difundidos no país, entretanto o seu uso não estava atrelado à uma adequada assistência, principalmente médica, comprometendo a saúde de muitas mulheres (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Todavia, no Brasil, o período foi marcado, nos campos político e econômico, pelo:

(1) governo João Goulart (1961-1964), em parte em um regime parlamentarista, e as denominadas “reformas de base”, representado, formalmente, pelo Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, voltado a promover alterações econômicas, sociais e políticas no país, como a reforma agrária e a reforma bancária, por exemplo (BRASIL, 1962);

(2) pelo autoproclamado governo civil-militar (BRASIL, 1964), com cinco presidentes militares, ditadura instaurada após o golpe de 1964 (1964-1985), marcada por intensa repressão, censura, prisão, tortura e desaparecimento por motivações políticas (ROSEMBAUM, 1970; FLYN, 1974; BRASIL, 2014), e pelo denominado milagre econômico brasileiro, período (1968-74) caracterizado por uma taxa média anual de crescimento do PIB superior a 10%, pelo rápido crescimento industrial, marcante crescimento das exportações, política salarial

concentradora de renda, mudança no sistema tributário, mercados de capitais reformados, indexados pela inflação e taxa de câmbio flutuante, aumento da poupança e de investimentos, e aumento da dívida externa (BAER, 1976; BARROS e GRAHAM, 1978);

O Quadro 1 sumariza dados, conhecimentos e informações relacionados aos DSR, indicados em documentos oficiais e em outras fontes.

Quadro 1 – Dados e base de conhecimento relacionados aos DSR nas décadas de 60 e 70

1961	<p><i>Contribuições para o estudo da demografia do Brasil</i></p> <p>População caracterizada por uma composição com baixa média de idade. A faixa até 19 anos supera metade da população. Apresenta natalidade e mortalidade elevadas, e alta taxa de crescimento da população. Observa-se crescimento de meios anticoncepcionais de do aborto voluntário (BRASIL, 1961).</p> <p>Entre as “formas de limitação, que visam a evitar a concepção ou a eliminar seu fruto, tiveram, até época recente, escassa aplicação no Brasil. Mas já se observam nas populações de algumas grandes cidades (especialmente nas do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Pôrto Alegre) sinais evidentes do uso crescente de meios anticoncepcionais. E o abôrto voluntário tornou-se cada vez mais freqüente, sobretudo nas populações urbanas, onde não lhe falta o auxílio interessado de médicos, parteiras e curiosas”.</p>
1961	<p><i>Encíclica Mater et Magistra, Papa João XXIII (XXIII, João, 1961)</i></p> <p>“... o problema da relação entre os aumentos demográficos, o progresso econômico e a disponibilidade de meios de subsistência, tanto no plano mundial, como nas comunidades políticas em vias de desenvolvimento econômico. No plano mundial, observam alguns ... que a desproporção entre o povoamento e os meios de subsistência, num futuro não longínquo, se fará sentir de maneira aguda, se não se tratar devidamente de limitar o aumento demográfico. Nas comunidades políticas em fase de desenvolvimento econômico, observa-se ... que a rápida difusão de medidas higiênicas e de cuidados sanitários reduz muito a mortalidade, sobretudo infantil; ao mesmo tempo que a percentagem da natalidade, que nessas comunidades costuma ser elevada, tende a permanecer constante, ou quase constante, pelo menos durante um período considerável de anos. Cresce, pois, notavelmente o excesso dos nascimentos sobre os óbitos, não aumentando na mesma proporção a eficiência produtiva dos respectivos sistemas econômicos. Torna-se impossível que nas comunidades em fase de desenvolvimento econômico melhore o nível de vida; antes, é inevitável que piore. Por isso, e a fim de impedir que se chegue a situações de mal-estar extremo, há quem julgue indispensável recorrer a medidas drásticas para evitar ou diminuir a natalidade”.</p> <p>“Deus, na sua bondade e sabedoria, espalhou pela natureza recursos inesgotáveis e deu aos homens inteligência e gênio capazes de inventar os instrumentos aptos para com eles se poderem encontrar os bens necessários à vida. Por isso, a solução fundamental do problema não deve procurar-se em expedientes que ofendem a ordem moral estabelecida por Deus e atacam os próprios mananciais da vida humana, mas num renovado esforço científico e técnico, por parte do homem, no sentido de aperfeiçoar e estender cada vez mais o seu domínio sobre a natureza. Os progressos já realizados pelas ciências e técnicas abrem, nesta direção, horizontes</p>

	<i>ilimitados”.</i>
1962	<p><i>O Deputado Nelson Carneiro divulga o início do IV Congresso Mundial de Fertilidade e Esterilidade, no Rio de Janeiro, promovido pela International Fertility Association (entidade fundada em 1951, no Brasil).(Brasil, 1962)</i></p> <p>O deputado presidiu em 1949, a Comissão Especial de Defesa da Natalidade, constituída na Câmara dos Deputados para estudar alguns aspectos sociais dos problemas relacionados à fertilidade e à esterilidade.</p> <p>Relatando o parecer produzido como resultado da comissão:</p> <p><i>“Creio que pela primeira vez nesta Casa alguém se referiu ao calvário da mãe solteira, alinhando números que se multiplicam a cada recenseamento, e criticando acerbamente a hipocrisia de uma época, que transige com a mulher cada que não quer ter filhos e se rejubila em atirar apodes à mulher solteira que tem a nobreza de não matá-los”.</i></p>
1963	<p><i>Encíclica Pacem in Terris, Papa João XXIII (XXIII, João, 1963)</i></p> <p><i>“fenômenos caracterizam a nossa época. ...o fato por demais conhecido, isto é, o ingresso da mulher na vida pública: mais acentuado talvez em povos de civilização cristã; mais tardio, mas já em escala considerável, em povos de outras tradições e cultura. Torna-se a mulher cada vez mais cônica da própria dignidade humana, não sofre mais ser tratada como um objeto ou um instrumento, reivindica direitos e deveres consentâneos com sua dignidade de pessoa, tanto na vida familiar como na vida social”.</i></p>
1964	<p><i>Estudos demográficos: política de população e previsão econômica</i></p> <p>O Brasil crescia a uma taxa de 24 por 1.000 habitantes (natalidade 43,0; mortalidade 19,0), apresentava alta proporção de jovens na população. Reforça-se a característica da densidade populacional brasileira, que contava com 8 habitantes/Km². Considera baixa a proporção da população economicamente ativa (15-59 anos; 53,8%). Relata que a Divisão de Populações das Nações Unidas estima para o Brasil 102 milhões de habitantes em 1975, e em 213 milhões em 2000. A estimativa realizada pelo IBGE é de, no máximo, 93.524 milhões em 1975, e de 168.286 milhões em 2000.</p> <p><i>“No que diz respeito à limitação dos nascimentos, ... cumpre salientar que o reconhecimento da sua conveniência ou urgência não implica necessariamente a propaganda de meios anticoncepcionais, pois que essa limitação pode, também, ser conseguida mediante o celibato, o atraso do casamento e a continência, duradoura ou periódica, dos casais”.</i></p> <p><i>“As pesquisas acêrca das circunstâncias econômicas e sociais que levam à aplicação desta forma deplorável de limitação dos nascimentos poderão ser de ajuda na busca dos meios mais apropriados para evitá-la, eliminando suas causas e promovendo a substituição do abôrto por outras formas de limitação moral e juridicamente aceitáveis”.</i></p>
1967	<p><i>Encíclica Populorum Progressio, Papa Paulo VI (Paulo VI, 1967a)</i></p> <p><i>“...um crescimento demográfico acelerado vem, com demasiada freqüência, trazer novas dificuldades ao problema do desenvolvimento: o volume da população aumenta muito mais rapidamente que os recursos disponíveis, e cria-se uma situação que parece não ter saída. Surge, por isso, a grande tentação de refrear o crescimento demográfico por meios radicais. É certo que os poderes públicos, nos limites da sua competência, podem intervir, promovendo uma informação apropriada, e tomando medidas aptas, contanto que sejam conformes às exigências da lei moral e respeitem a justa liberdade dos cônjuges. Sem direito inalienável ao</i></p>

	<i>matrimônio e à procriação, não existe dignidade humana. Em última análise, é aos pais que compete determinar, com pleno conhecimento de causa, o número de filhos, assumindo a responsabilidade perante Deus, perante eles próprios, perante os filhos que já nasceram e perante a comunidade a que pertencem ...”.</i>
1967	<p><i>Sessão do Senado Federal de 26 de abril de 1967 (BRASIL, 1967a)</i></p> <p>Senador Aurélio Viana cita em discurso uma reportagem publicada em novembro de 1966, no jornal Última Hora, intitulada “A ‘Serpentina’ invadiu também a Amazonia: ação clandestina de evitar filhos”, que descrevia que o método anticoncepcional DIU estava sendo aplicado em mulheres pobres em diversos estados. A ação foi atribuída a instituições e “missionárias” estrangeiras e teria a colaboração de órgãos do governo federal e de universidades brasileiras, em um plano de controle da natalidade coordenado por um Plano Biológico Internacional, cuja finalidade, era “encontrar soluções para a superpopulação em diversas regiões do mundo”,</p> <p><i>“...a Amazônia serve no momento como gigantesco laboratório da limitação da natalidade ou ‘planificação da família’, sem qualquer controle governamental brasileiro e através de um método considerado criminoso ou agressivamente perigoso pelos especialistas em medicina conceptiva”.</i></p>
1967	<p><i>Sessão do Senado Federal de 02 de maio de 1967 (BRASIL, 1967b)</i></p> <p>Senador Aurélio Viana, ao comentar crítica recebida de um Deputado Federal, sobre o discurso de 26 de abril, continua o debate sobre as ações de controle de natalidade que estariam ocorrendo no interior do Brasil. Notícia de um jornal católico do Maranhão descreve:</p> <p>“Com o fato de as mulheres não engravidarem por muito tempo, o brio monogâmico dos caboclos levaram a desconfiar do método, vendo nêle a impossibilidade de fiscalizar a fidelidade de suas mulheres, pois é fácil a uma mulher estéril ser infiel a seu marido e começam a brigar por causa disso, já tendo havido até dois casos de famílias que se desfizeram. Há mulheres que procuram os Frades para extrair os dispositivos intra-uterinos (serpentinhas). Mas os Frades não dispõem de ambulatório nem de médicos especializados que possam atender a essas mulheres”.</p>
1967	<p><i>Sessão do Senado Federal de 03 de maio de 1967 (BRASIL, 1967c)</i></p> <p>Senador Aurélio Viana, ao comentar a repercussão das denúncias apresentadas, cita nota do Ministério da Saúde, onde se relata a apuração da realidade sobre as notícias sobre “práticas anticoncepcionais, em campanhas planejadas por instituições estrangeiras particulares e religiosas, principalmente na região Amazônica”. Na nota reitera-se a posição do Ministério da Saúde, em que “a decisão de interferir no processo de limitação da família é assunto de exclusiva responsabilidade dos cônjuges e não da competência e interferência do Estado”.</p>
1967	<p>Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional do Brasil criada em 20 de maio de 1967 para “estudar a conveniência ou não de um plano de limitação da natalidade”, envolvendo a investigação da esterilização em massa de mulheres. (BRASIL, 1967d),</p>
1967	<p><i>Patterns of urban mortality: Report of the Inter-American Investigation of Mortality (PAHO, 1967)</i></p> <p>As taxas anuais de mortes por 100.000 habitantes de mulheres entre 15-74 anos era de 492,4 em Ribeirão Preto (SP, Brasil; à época cidade com pouco mais de cem mil habitantes) e 427.2 em São Paulo (SP, Brasil; à época com quase quatro milhões de habitantes), entre 12 cidades pesquisadas, sendo 10 da América Latina. As taxas causadas por partos e complicações da gravidez, parto e puerpério eram de 6,5 em Ribeirão Preto e 7,5 em São Paulo, figurando entre as três menores taxas latino-</p>

	<p>americanas. As mortes anuais por causas maternas / aborto, por 10.000 nascidos vivos, no mesmo período, foi apurado em 5,7 / 1,1 em Ribeirão Preto e em 8,7 / 1,7 em São Paulo, respectivamente, sendo as menores taxas encontradas na América Latina. As notificações de mortes na América Latina foram relacionadas com discrepâncias na classificação da causa de morte.</p> <p>Taxas de morte em Ribeirão Preto / São Paulo, respectivamente, por causas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (por 100.000 habitantes):</p> <p>Sífilis e suas sequelas: homens - 6,1 / 4,2, mulheres – 2,8 / 0,5; Partos e complicações da gravidez, parto e puerpério: mulheres – 6,5 / 7,5; Aborto: mulheres - 1,2 / 1,5; Hiperplasia da próstata: homens - 3,9 / 4,8; outras doenças do sistema genito-urinário: homens - 5,9 / 3,1, mulheres 2,2 / 3,2.</p> <p>O relatório conclui que: <i>“Mortalidade excessiva por aborto e por outras complicações da gestação, parto e puerpério é uma indicação de graves problemas sociais e de saúde. Pesquisa centrada na comunidade relacionada ao aborto é urgentemente necessária para salvar as vidas de mulheres”.</i></p>
1967	<p><i>Sessão do Senado Federal de 21 de junho de 1967 (BRASIL, 1967d)</i></p> <p>Senador Aurélio Viana apresenta o programa do partido de oposição Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Na seção saúde, o programa estabelece, entre outros aspectos, a:</p> <p><i>–“adoção de um plano geral de amparo à maternidade...”</i></p> <p><i>–“condenação a programas de restrição da natalidade”.</i></p>
1967	<p><i>Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social – Tomo VI – Saúde</i></p> <p>-Taxa de mortalidade geral de 13 mortes por 1.000 habitantes nos anos próximos a 1964;</p> <p>-Taxa de mortalidade infantil de 112 mortes por 1.000 nascidos vivos nos anos próximos a 1964;</p> <p>-Vida média ao nascer de 55 anos (anos próximos a 1964);</p> <p>-Apenas 10% dos brasileiros tem 50 anos ou mais;</p> <p>-50% do total de óbitos são de crianças com menos de 5 anos;</p> <p>-Mortalidade de jovens é causada, principalmente, por doenças transmissíveis;</p> <p>-A taxa de mortalidade variava de 9/1.000 habitantes (Sudeste “B”, estados de Guanabara e São Paulo) à 18/1.000 habitantes no Nordeste;</p>
1968	<p><i>Encíclica Humanae Vitae, Papa Paulo VI (Paulo VI, 1967b)</i></p> <p><i>“É ainda de recear que o homem, habituando-se ao uso das práticas anticoncepcionais, acabe por perder o respeito pela mulher e, sem se preocupar mais com o equilíbrio físico e psicológico dela, chegue a considerá-la como simples instrumento de prazer egoísta e não mais como a sua companheira, respeitada e amada”.</i></p> <p><i>“... devemos, uma vez mais, declarar que é absolutamente de excluir, como via legítima para a regulação dos nascimentos, a interrupção direta do processo generativo já iniciado, e, sobretudo, o aborto querido diretamente e procurado, mesmo por razões terapêuticas”.</i></p> <p><i>“É, ainda, de excluir toda a ação que, ou em previsão do ato conjugal, ou durante a sua realização, ou também durante o desenvolvimento das suas conseqüências naturais, se proponha, como fim ou como meio, tornar impossível a procriação”.</i></p>

	<p><i>“É de excluir de igual modo, como o Magistério da Igreja repetidamente declarou, a esterilização direta, quer perpétua quer temporária, tanto do homem como da mulher”.</i></p>
1970	<p><i>Relatório da CPI (BRASIL, 1970).</i> Em 23 de setembro de 1970, sem concluir os trabalhos, a Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional do Brasil criada para “estudar a conveniência ou não de um plano de limitação da natalidade” apresenta seu relatório. Alguns elementos encontrados nos depoimentos foram extraídos e sumarizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -atuação de cidadãos estrangeiros na prestação de serviços relacionados ao planejamento familiar e ao controle da natalidade no interior do país; -atuação da BEMFAM na provisão de serviços relacionados ao planejamento familiar e ao controle da natalidade à mulheres pobres; com informações sobre seu financiamento pela <i>International Planned Parenthood Federation (IPPF)</i>, pela Fundação FORD e pela agência USAID; seus princípios e organização; -provisão de anticoncepcionais orais gratuitamente às mulheres que optavam por este meio contraceptivo. A fonte dos medicamentos foi atribuída à doação de amostras grátis pela Indústria Farmacêutica; -debate sobre a segurança da utilização do DIU, sobre os dados existentes quanto à incidência de eventos adversos, e sobre a indefinição sobre o mecanismo de ação do dispositivo;
1973	<p><i>Aerograma do Departamento de Estado [EUA] para Todos os Postos Diplomáticos de 11 de julho de 1973 (OFFICE OF THE HISTORIAN, 1973)</i></p> <p><i>“A fim de chamar a atenção internacional para o problema vital do crescimento da população mundial, as Nações Unidas designaram o próximo ano como o Ano da População Mundial. Uma Conferência Mundial de População foi convocada para agosto de 1974”.</i></p> <p><i>“É imperativo que as nações do mundo cheguem a um acordo sobre os meios de lidar efetivamente com este problema global.”</i></p> <p><i>“Consideramos o rápido crescimento da população mundial como um dos problemas mais sérios que a humanidade enfrenta e consideramos o Ano e a Conferência de grande importância para a consecução dos objetivos dos Estados Unidos”.</i></p>
1974	<p><i>Memorando do Presidente do Comitê de Secretários do Conselho de Segurança Nacional para o Presidente Gerald Ford, 14 de dezembro de (resultado de um estudo encomendado pelo presidente em abril do mesmo ano) 1974 (OFFICE OF THE HISTORIAN, 1974a; OFFICE OF THE HISTORIAN, 1974b)</i></p> <p><i>“Assunto: Implicações do crescimento da população mundial para a segurança dos EUA e interesses no exterior”</i></p> <p><i>“Os distúrbio e instabilidade resultantes [do crescimento populacional nos países em desenvolvimento] podem ameaçar o crescimento econômico e a ordem mundial”.</i></p> <p><i>“Assim, o fracasso dos objetivos de desenvolvimento pode trazer frustrações crescentes, aumentar as tensões Norte-Sul e levar à instabilidade política, violência e conflito...”.</i></p> <p><i>“Seus [dos países em desenvolvimento com crescimento populacional elevado] requisitos para importações vitais podem afetar os EUA tanto por meio de seus pedidos de apoio financeiro quanto por seus esforços para obter preços mais altos para suas exportações”.</i></p>

	<p>Estratégia recomendada:</p> <p>...“b) O engajamento dos próprios países em desenvolvimento e de seus líderes políticos nos esforços para moderar o crescimento populacional, uma vez que o sucesso só é possível com o compromisso interno. Devemos estar constantemente cientes da resistência da liderança de alguns países e de elementos vocais em outros países às atividades dos EUA neste campo”.</p> <p>“c) Uma estratégia de assistência bilateral e multilateral enfatizando:</p> <p>(1) prioridade para 13 países-chave que contribuem com quase metade do atual crescimento populacional; [Brasil é um dos países]</p> <p>(2) entrega de informações e serviços de planejamento familiar a todos os casais férteis com a maior brevidade possível;...</p> <p>(4) aumento do financiamento para programas de população AID”. [USAID]...</p> <p>“e) Participação dos Estados Unidos com outros países doadores e agências da ONU em um esforço cooperativo para desenvolver sistemas para a prestação de serviços básicos de saúde, incluindo planejamento familiar para países em desenvolvimento mais pobres”.</p> <p>“Todos os esforços dos EUA devem ser empreendidos de forma a minimizar as críticas que são dirigidas contra os interesses dos países em desenvolvimento. Portanto, a proposta enfatiza o desenvolvimento do bem-estar e o progresso econômico dos países mais pobres. No entanto, pode ser necessário pesar os interesses conflitantes dos EUA no caso de países específicos”.</p>
1976	<p><i>Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife (NUNES, 1976)</i></p> <p>A Investigação revelou a precariedade das ações assistenciais de saúde em Recife, principalmente no tocante à rede ambulatorial, além de sua falta de coordenação com o nível hospitalar. Apurou-se 1,7% de abortos dos nascidos vivos. “Há uma concentração muito grande de gestantes jovens (20,6%) o que condiciona maiores riscos para os recém-nascidos...”. “...evidencia-se a vulnerabilidade dos produtos de gestação de mães jovens”.</p> <p>Percentual de cobertura e concentração de consultas por gestantes em uma unidade no Recife (Brasil) apresentou 41% de cobertura e 2 consultas por gestação em 1973 e 46% de cobertura e 4 consultas por gestação em 1974. O projeto pretende aumentar para cerca de 50% das gestantes estimadas em, aproximadamente, de 300.000 habitantes.</p>
1977	<p><i>Pesquisa Nacional sobre Reprodução Humana – CEBRAP (Estudos de População VIII – Instituições e Reprodução, 1982)</i></p> <p>A pesquisa definiu alguns pressupostos:</p> <p>“...a reprodução humana, e parte daquele mais amplo de reprodução da própria sociedade e é determinado pelas relações de produção vigentes, em um dado momento da história de cada sociedade em particular”.</p> <p>Indica que os pressupostos são o resultado das discussões no CEBRAP e leituras de autores como Gransci, Thompson, Bourdieu, Boltanski, Berger e Foucault.</p> <p>“processo não se reduz a reproduzir indivíduos biológicos e abstratamente concebidos, mas, sob o capitalismo, indivíduos que são também e essencialmente força de trabalho. Por isso a reprodução humana está estreitamente vinculada e é determinada, em última instância, pela reprodução do próprio capital”.</p> <p>“Entre a reprodução humana e a do capital, interpõe-se uma serie de mediações,</p>

entre outras, as instituições sociais”.

“Considerar as instituições como mediações implica, desde logo, em não isolá-las ao nível da superestrutura ou considera-las como aparelhos de Estado, produtos e instrumentos da dominação de uma classe dirigente. Além de se rem instrumentos de um poder de classe (e elas o são largamente), as instituições são também princípios de legitimação da dominação de classe, isto é, elas mascaram - não só para as classes dominadas, mas também para as classes dominantes - esta dominação”.

“As instituições não são, pois, o espelho ou o mero reflexo das vontades das classes dirigentes, mas mediações, ou máscaras, das relações de classes existentes num determinado momento da história de uma sociedade”.

A estratégia de reprodução das diferentes classes sociais “diz respeito a uma atividade humana, dentre todas a que envolve um uso maior do corpo e a única que exige forçosamente a colaboração dos dois sexos. Isso confere uma certa especificidade ao comportamento reprodutivo e a atuação das instituições sobre o mesmo. Assim é que são as instituições mais diretamente ligadas ao controle do corpo humano, isto é, as instituições de saúde, as que atuam de forma mais direta - ideologicamente e concretamente - sobre o comportamento reprodutivo”.

A posição hegemônica destas instituições “configurou-se quando o capitalismo ocidental instaurado no século XIX foi obrigado a elaborar um conjunto de técnicas políticas (técnicas de poder), para manter os homens ligados ao aparelho de produção. Técnicas que foram legitimadas pela medicina e que colocaram o saber médico a serviço de uma estrutura social que precisa, para se reproduzir, apropriar-se do corpo (que transforma em força de trabalho) e do tempo (que transforma em tempo de trabalho) dos indivíduos. Ela faz parte daquele processo mais amplo de atomização dos indivíduos, que Weber chama de ‘desencantamento do mundo’, Durkheim de ‘individualização’ em sua discussão com Spencer na ‘Divisão do Trabalho Social’, Marx de ‘alienação pelo fetiche da mercadoria’ e que Foucault analisa no que se refere à medicina e à prática médica”.

“...em todos os pontos da pesquisa as instituições de saúde revelaram-se mais envolvidas ou com maior capacidade para atuar diretamente nessa área. As outras instituições não são menos importantes, mas atuam subordinadas as instituições de saúde”.

O conteúdo da ideologia reprodutiva veiculada pelas instituições sociais, que “atuam basicamente numa linha controlista, ou seja, induzem ou veiculam de maneira explícita ou difusa o padrão da família conjugal pequena que tem como corolário a idéia do controle da natalidade. Na visão dos agentes institucionais, tal padrão reprodutivo aparece associado, também em todos os pontos da pesquisa de maneira genérica, a problemas econômicos e sociais (pobreza, custo de vida, marginalidade social etc.) dos quais ele se afigura como solução a longo ou a curto prazo”.

“Responsáveis diretos ou indiretos pelo uso e efeito dos métodos anticoncepcionais os médicos ocupam uma posição privilegiada para influir sobre o comportamento reprodutivo das populações estudadas. Eles atuam através das consultas médicas, em consultórios particulares, no INPS, nas clínicas médicas ou diretamente nas empresas, sobretudo através do pré-natal. Atuam também através dos meios de comunicação de massa (escrevendo para revistas e participando de programas radiofônicos ou televisionados) e de outras instituições (cursos ou palestras em instituições religiosas, políticas e educacionais)”.

Alguns “receitam espontaneamente anticoncepcionais, outros apenas quando solicitados. Alguns médicos distribuem individualmente amostras grátis de pílulas; outros através de acordos estabelecidos pelas instituições em que trabalham com

	<p><i>certos laboratórios farmacêuticos... ou com organismos especializados no planejamento familiar como a Bemfam... Alguns médicos praticam... a 'amarração' de trompas que constitui uma forma de controle bastante difundida em alguns pontos da pesquisa".</i></p> <p><i>"Segundo a maioria dos médicos entrevistados nas localidades focalizadas pela pesquisa, a procura de anticoncepcionais por parte da população, em especial das camadas altas e médias, é muito grande. Tal fato é confirmado pelos farmacêuticos, que também são consultados sobre métodos anticoncepcionais e vendem pílula sem receita médica".</i></p> <p><i>"As empresas... afetam o comportamento reprodutivo...alta probabilidade de demissão, no caso da mão-de-obra feminina, em função do casamento e da gravidez".</i></p> <p><i>"A escola não atua nessa área, coma poderia se esperar, da maneira como faz sobre as outras áreas de comportamento mais organizadas ou institucionalizadas: através de cursos e currículos escolares. Nenhuma orientação formal sobre problemas populacionais, reprodução humana, filhos, número de filhos etc, faz parte dos cursos ministrados nos estabelecimentos de ensino das localidades estudadas... Cursos de orientação sexual, por exemplo, onde o problema do uso de anticoncepcionais poderia ser abordado, estão excluídos dos currículos oficiais e nenhuma orientação extracurricular é fornecida..."</i></p> <p>As decisões sobre quando ter filhos e quantos filhos ter apresentam as menores de frequência de recorrência aos médicos, nas localidades pesquisadas, chegando a menos de 25%. Estas decisões estão entre aquelas que as pessoas mais recorriam aos padres. Médicos e farmacêuticos eram mais consultados quanto a prevenir filhos e quando não se consegue ter filhos. A influência do médico era mais relevante em áreas rurais ou em áreas urbanas tradicionais. Padres eram mais influentes que professores. Farmacêuticos 'representam' as instituições de saúde nas áreas rurais, e é o segundo agente em consulta, em todos os contextos, nas questões de prevenir filhos e nas dificuldades para tê-los. Em alguns locais a pílula é o medicamento mais vendido pelas farmácias.</p>
1977	<p><i>Brasil : séries estatísticas retrospectivas – IBGE (BRASIL, 1977)</i></p> <p>A quantidade de auxílio natalidade pago entre 1971 e 1977 subiu mais de cinco, superando vezes. A população urbana correspondia a 56% da população brasileira em 1971, sendo estimada em 64% para 1980.</p> <p>Dados de higiene pré-natal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -19,5% de gestantes encaminhadas à maternidade em 1967, chegando à 28,2% em 1974; -16 gestantes com sífilis positivo por mil gestações em 1967 para 19/1.000 em 1974; -A densidade populacional vai de 8,29 habitantes/Km² em 1960 para 13,30 habitantes/Km² em 1977.
1979	<p><i>A dinâmica do movimento natural da população brasileira (BRASIL, 1979)</i></p> <p>População residente de 92.699.590 habitantes. Taxa de natalidade de 37,73 por 1.000 habitantes (1960-70). A idade média neste período é de 28,55 anos.</p> <p><i>"Se se deseja evitar o que podemos chamar de atritos e fricções na plena realização do movimento de progresso econômico, cabe aos poderes públicos, através dos sistemas de Educação e de Saúde, ajudar o progresso, criando condições mais favoráveis, facilitando-lhe o caminho, ocorrendo com presteza ao desejo dos casais e proporcionando-lhes as condições necessárias para um planejamento familiar</i></p>

	<i>eficiente”.</i>
1979	<p><i>Brazil Profile: Family Planning Policies and Programmes (International Planned Parenthood Federation, 1979)</i></p> <p>Em 1979, o Brasil identificou que 91,8% da população era católica. A população urbana variou de 31,2% em 1940 para 56,1% em 1970. A fonte identificou, em 1979, uma sutil inflexão na política do governo brasileiro em relação ao planejamento familiar, reconhecendo o papel do governo em fornecer informações aos que necessitarem. A evidência considerada foram as declarações do Brasil na Conferência Mundial de População da ONU, realizada em agosto 1974.</p> <p>A BEMFAM, em 1978, mantinha acordos com 10 governos estaduais, 511 municípios, duas organizações militares e 116 outras entidades pública ou privada.</p>
1979	<p><i>Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar Piauí — 1979 (RODRIGUES, et al, 1979).</i></p> <p><i>“Entre Teresina e o interior existe uma diferença de 1,1 filho nascido vivo por mulher (2,0 X 3,1) e há uma diferença de 3,7 filhos nascidos vivos por mulher entre as mulheres com curso além do primário completo, e as sem instrução (respectivamente 0,8 X 4,5)”.</i></p> <p><i>“o índice de fecundidade total em Teresina (todas as mulheres) é de 3,4 filhos por mulher, contra 6,5 no interior — uma diferença de 3,1 filhos. Também, a taxa de fecundidade geral é o dobro no interior, e há uma diferença clara nas taxas brutas de natalidade”.</i></p> <p><i>“No Estado, 50% das últimas gestações foram não-planejadas. Para mulheres do interior, este índice atinge 51%, comparado aos 44% em Teresina” ... “na Pesquisa no Estado do Piauí, o índice de gravidez não-desejada foi mais alto entre mulheres de menor nível educacional e de famílias com menor rendimento mensal”.</i></p> <p><i>“Os resultados da Pesquisa do Piauí indicam que 18,6% das mulheres entre 15-44 anos estavam usando no momento um método anticoncepcional de eficácia reconhecida”. “O percentual de mulheres recorrendo a métodos de controle da reprodução é 44,9% em Teresina e 28,8% no interior”.</i></p> <p><i>“A esterilização é o método predominante, correspondente a mais da metade do total de mulheres praticando controle da reprodução. Em seguida, vêm as usuárias de anticoncepcionais orais, representando um terço de todas as usuárias. De acordo com os resultados, apenas 2,6% das mulheres usam o método do ritmo, e 25%, o coito interrompido, como métodos de controle da reprodução. Nenhuma das entrevistadas na Pesquisa mencionou o uso de DIU, que ademais não é facilmente encontrado no Brasil”.</i></p> <p><i>“O uso de métodos de controle da reprodução está aparentemente relacionado com o nível de renda familiar, ao aumentar de 25,1% na categoria mais baixa de renda para 57,0% na categoria de renda mais elevada. Para mulheres atualmente usando anticoncepcionais, 47,6% obtiveram anticoncepcionais da rede estadual de Saúde, incluindo os Postos abertos pelo convênio com a BEMFAM, segundo declaração das entrevistadas. A segunda fonte mais citada foi as farmácias (19,2%), seguida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — INAMPS (13,1%)”.</i></p> <p><i>“No entanto, o conhecimento de fontes desses métodos aumenta com o nível educacional, de 50,4% entre as sem instrução alguma, para 82,4% para as que têm mais do que o primário completo. A falta de conhecimento sobre como e onde obter anticoncepcionais parece ser, portanto, uma barreira ao uso, o que deve ser corrigido pelo Programa”.</i></p>

Os principais elementos de políticas públicas relacionados aos DSR encontrados na sociedade brasileira e no âmbito dos governos brasileiros, na década de 60 e 70, são sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Achados históricos referentes à saúde sexual e reprodutiva no Brasil, na década de 60 e 70.

Ano/ período	Fato
1941- 1979	A Lei das Contravenções Penais brasileira - Decreto-Lei Nº 3.688 (BRASIL, 1941) estabeleceu no seu artigo 20 que “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez” trata-se de contravenção referente à pessoa, penalizada com multa.
1964	Programa de Ação Econômica do Governo – 1964-1966 (BRASIL, 1964) (incluindo versão revista do programa de investimentos para 1965), programa do regime militar que na área da saúde previa a seleção de projetos para instalação de “ <i>pôsto médico</i> ” ...” <i>para cuidados materno-infantis</i> ” ou “ <i>centro de saúde</i> ” para “... <i>cuidados materno-infantis...</i> ”, definidos pelo tamanho da população do município. O programa também desenha soluções para os altos preços dos produtos farmacêuticos e se preocupa com a capacidade financeira para o consumo destes produtos pela população. Previa ainda na reforma da previdência, a transferência para o Ministério da Saúde da assistência médica a cargo dos serviços previdenciários.
1965	Criação da Sociedade de Bem-estar da Família (Bemfam), atribuída ao debate público sobre a necessidade do planejamento familiar no Brasil (Rodrigues, 1968).
1967	Tramitação na Câmara dos Deputados projeto de lei que “Proíbe a aplicação de ‘serpentina ou DIU como método anticoncepcional” (557/1967), definindo como prática de aborto. O projeto que acabou arquivado, foi justificado pela atribuição de que o DIU constitui método abortivo, que oferecer riscos à saúde. (BRASIL, 1967e)
1967	O Ministério do Planejamento e Coordenação Geral publica as Diretrizes de Governo e o Programa Estratégico de Desenvolvimento, que nas Diretrizes Setoriais da Saúde foca no combate às doenças transmissíveis, na produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde e na expansão da rede unidades locais de saúde. Não há referência sobre saúde sexual ou reprodutiva. (BRASIL, 1967)
1967	<i>Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social – Tomo VI – Saúde (BRASIL, 1967f)</i> <i>“Não existe no Brasil preceito legal que imponha à União, aos Estados ou aos Municípios a obrigação de prestar assistência médica à população em geral; contudo, ela é hoje não apenas aceita como importante atividade de saúde pública, mas reclamada nos programas dos serviços federais, estaduais e municipais de saúde, e grandemente financiada, principalmente pela União e pelos Estados, quando sob a responsabilidade de instituições privadas”.</i>

	<p>-A natureza dos leitos hospitalares distribuídos pelo país apresentava maior prevalência das entidades particulares (60,2%) e dos governos estaduais (29,5%);</p> <p>-Maiores gastos públicos no financiamento da assistência médica hospitalar são realizados pelas instituições de Previdência Social;</p> <p>-O número de médicos por 1.000 habitantes varia de 2,0 na região Norte para 7,3 na região Sudeste, sendo a grande maioria localizada nas capitais (cerca de 80%);</p> <p><i>“O segundo grande objetivo da política nacional de saúde deverá ser então a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde, para aumentar a taxa de satisfação da demanda de assistência médica”;</i></p> <p><i>“A expansão da rede de unidades locais de saúde passa a ser então o terceiro objetivo geral da política nacional de saúde para o decênio 1967-1976”;</i></p> <p>-A “Colaboração técnica e financeira com as instituições que prestam assistência médica” foi definida como uma medida prioritária no PDDES;</p> <p><i>“É oportuno considerar a reformulação do custeio do salário-maternidade, que imprópriamente ainda constitui encargo direto das empresas, onerando o trabalho feminino com um benefício social, o que não raro acarreta injustificável discriminação, pois a empresa, compreensivelmente, hesita em admitir empregadas, pelo receio de vir a ter de pagar-lhe o salário durante o período de afastamento por motivo de gravidez e parto. A solução, aqui, seria a distribuição do ônus por todas as empresas, ...tendo-se concluído pela criação, na previdência social, de um auxílio-maternidade custeado pelas empresas, na base de uma contribuição adicional”.</i></p>
1967	<p><i>Constituição da República Federativa do Brasil de 1967(BRASIL, 1967g) (emenda Constitucional de 1969) (BRASIL, 1969)</i></p> <p>A constituição de 1967, já na ditadura militar, mantém a organização previdenciária da assistência à saúde e menciona apenas a maternidade no campo do direito sexual e reprodutivo. A emenda de 1969 não altera estes aspectos.</p> <p><i>“Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:</i></p> <p>...</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>XVI - previdência social, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, para seguro-desemprego, proteção da maternidade e, nos casos de doença, velhice, invalidez e morte”;</i></p> <p><i>“Art 167 - A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Poderes Públicos.</i></p> <p>...</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>§ 4º - A lei instituirá a assistência à maternidade, à infância e à adolescência”.</i></p>

1969	<p><i>Emenda Constitucional Nº 1, de 1969 – “Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967”. (BRASIL, 1969)</i></p> <p><i>...“Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:</i></p> <p><i>XVI - previdência social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado”;</i>...</p> <p><i>...“Art. 175. A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Podêres Públicos.</i></p> <p><i>§ 4º Lei especial disporá sobre a assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação de excepcionais”...</i></p>
1970	<p><i>Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970 – “Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências” (BRASIL, 1970).</i></p> <p><i>...“Art. 24. A Secretária de Assistência médica será integrada pelos seguintes órgãos”:</i></p> <p><i>...“II - Coordenação de Proteção Materno-Infantil”;</i></p> <p><i>SEÇÃO III Da Coordenação de Proteção Materno-Infantil</i></p> <p><i>...“Art. 26. A Coordenação de Proteção Materno-Infantil dirigida por um Coordenador, tem por finalidade planejar orientar coordenar controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência”.</i></p> <p><i>...“Parágrafo único. A coordenação de Proteção Materno-Infantil é resultante da transformação do Departamento Nacional da Criança”.</i></p>
1971	<p><i>Decreto nº 69.514, de 9 de Novembro de 1971 – “Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências”.(BRASIL, 1971)</i></p> <p><i>“Art. 1º. Compete ao Ministério da Saúde planejar, orientar, coordenada, controlar e, quando julgar necessário, executar as atividades relativas à proteção materno infantil, integradas na política nacional de saúde.</i></p> <p><i>Art. 2º. As medidas de proteção materno infantil, terão como objetivo principais:</i></p> <p><i>i - assistência à gestante, à nutriz e nos lactentes;...</i></p> <p><i>...Art. 7º. O Ministério da Saúde estabelecerá:</i></p> <p><i>I - As diretrizes gerais a serem observadas nos programas de proteção materna infantil;</i></p> <p><i>II - as modelidades de assistências prioritárias;</i></p> <p><i>III - as zonas e regiões prioritárias, nas áreas urbanas e rurais, e as classes de renda a serem preferencialmente atendidas; e</i></p> <p><i>IV- as normas disciplinadoras da orientação, coordenação, controle e execução das atividades relativas à proteção materno infantil”.</i></p>

1972	<i>Decreto nº 71.205, de 4 de Outubro de 1972 consolida as disposições dos Decretos nºs. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1 de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos, prevendo a distribuição direta de medicamentos ou sua coordenação com entidades públicas ou privadas, facultada à CEME estabelecer a gratuidade da distribuição. (BRASIL, 1972)</i>
1975	<p><i>Projeto de Lei N.º 202-A, DE 1975 (11/04/1975; rejeitado), que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos pela CEME, nas condições que especifica, foi justificado da forma que segue:</i></p> <p><i>“Assim, as pessoas quando acometidas por moléstias decorrentes do crônico estado de subnutrição em que vivem, não dispõem de numerário para a aquisição de medicamentos, prescritos por facultativos dos ambulatórios do Instituto Nacional da Previdência Social e das Santas Casas ou nosocômios públicos. É sabido que os medicamentos estão a preços efetivamente proibitivos, eis que os laboratórios instalados em nosso país, em sua quase totalidade vinculados a empresas multinacionais, por terem o monopólio da fabricação de remédios, impõem os preços que melhor lhes convêm, auferindo lucros elevadíssimos. Em assíIn sendo, a nós nos parece que Governo Federal, através da Central de Medicamentos, deverá fornecer aos hiposuficientes, aos trabalhadores e suas famílias que dispuserem de renda mensal igual ou inferior ao salário mínimo, assim como aos indigentes ou desempregados, em caráter gratuito. os medicamentos de que estes necessitarem para o tratamento de moléstias... Trata-se, em verdade, de um ato autenticamente cristão e humanitário, que o Poder Público tem o dever de realizar em benefício daqueles que colaboram decisivamente na produção e no desenvolvimento do País”. (BRASIL, 1977)</i></p>
1975	<p><i>Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975a)- Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.</i></p> <p>Mantinha a prestação de serviços de saúde sob coordenação da Previdência Social, que ia do planejamento e articulação à prestação direta de serviços. Ao Ministério da Saúde competia as medidas de saúde coletiva. A articulação das ações regionais de saúde eram a cargo das Coordenadorias Regionais de Saúde, instituídas pelo Decreto Nº 74.891, de 13 de novembro de 1974 (BRASIL, 1974).</p>
1975	<i>Decreto nº 75985 de 17/07/1975 / PE - Poder Executivo Federal dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME), e em seu artigo 2º define que “a CEME tem por finalidade promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não puderem adquiri-los a preços comuns do mercado”. (BRASIL, 1975b)</i>
1975	<p><i>V Conferência Nacional de Saúde (05-08/08/75)</i></p> <p><i>“em 1970, ...4.157 unidades sanitárias, das quais apenas 431 (10,4%) realizavam atividades de assistência pré-natal”. Em 1971, pouco mais de 84% dos hospitais eram mantidos por entidades privadas. Neste ano o país contava com 216 maternidades e 33.455 leitos obstétricos (1,3 leitos/1.000 mulheres de 15-49 anos), com cerca de um terço concentrados nas capitais. No Brasil, 431 unidades sanitárias públicas (10,4%) realizavam assistência pré-natal. Dos estabelecimentos para-hospitalares especializados, 20 destinavam-se à</i></p>

	<p>Obstetrícia. Dos serviços para-hospitalares gerais, 833 destinavam-se à Ginecologia e à Obstetrícia (com 65% nas capitais). A estimativa de 54.098 médicos em 1972, contabilizava 3,5% de obstetras, 12% de especialistas em assistência materno-infantil, em um contexto em 14% não contava com assistência médica regular.</p> <p>A “assistência hospitalar, para-hospitalar e médico-sanitária” apresentava: “– inadequada distribuição geográfica e populacional; ...–excessivas internações hospitalares conseguintes a insuficiência da rede ambulatorial, agravada pela quase inexistente integração ambulatorio-hospital-comunidade; –ausência quase absoluta de programas e coordenação das unidades de prestação de serviços; – precariedade e má utilização do equipamento e instalações”</p> <p>“Com referência a Recursos Humanos, pode-se concluir: -baixa proporção dos elementos da equipe de saúde em relação à população; -insuficiência de médicos especializados em relação ao grupo materno-infantil; -inversão da proporção médico-enfermeiro; -insuficiência quantitativa e, especialmente, qualitativa do pessoal de nível médio e auxiliar; -má distribuição geográfica de pessoal médico e paramédico na área materno-infantil”.</p> <p>“A situação evidenciada pelos indicadores mencionados levou o governo a dar prioridade ao grupo materno-infantil, incluindo o programa no Plano Nacional de Desenvolvimento”. (II Plano Nacional de Desenvolvimento — pg. 23 — 1974).</p>
1975	<p>Projeto de Lei Nº 1.341, de 1975 (BRASIL, 1975c), autoriza o uso de práticas e meios anticoncepcionais... (proposto pelo Deputado Inocêncio Oliveira, 20/10/75; arquivado em 1979).</p> <p>“Art. 1º É autorizada, em todo o território nacional, o uso de práticas e meios anticoncepcionais, desde que decorra de livre e espontânea vontade do casal ou da mulher maior de idade.</p> <p>Art. 3º Não se incluem ... os métodos capazes de provocar aborto ou doenças graves consequentes.</p> <p>Art. 4º Parágrafo único. Se a transgressão for cometida por estrangeiro, inclusive com agenciamento de pacientes ou colaboração por qualquer forma para essa finalidade, será expulso do território nacional.</p> <p>Art. 5º A indicação prática de meios anticoncepcionais far-se-á:</p> <p style="padding-left: 40px;">I - através da liberação da venda de anovulatórios, sem necessidade de receituário médico, propiciando maior acesso a todas as camadas da população;</p> <p style="padding-left: 40px;">II - através da liberação de campanhas de educação da população, pelos meios de divulgação de massa (rádio, televisão jornal, cinema etc).</p> <p>Art. 7.º Os órgãos do Ministério da Saúde e da Previdência Social, através dos programas de saúde pública, distribuirão gratuitamente os anticoncepcionais adequados aos pacientes de baixo poder aquisitivo”.</p> <p>O projeto é justificado a partir da constatação de que, “apesar de não ter uma política demográfica determinada, o Governo brasileiro é contra o controle da natalidade”. A “maioria dos demógrafos, economistas, sociólogos, médicos, professores e outras autoridades brasileiras são contrárias ao controle da natalidade no País, porém favoráveis a um planejamento familiar voluntário como o que estamos preconizando”. A proposição de um controle de natalidade é considerada um contrassenso, em função do potencial territorial a ser ocupado, considerando a estabilização populacional entre 300 e 600 milhões de pessoas.</p>

	<p><i>“O que propomos, neste momento, é um planejamento familiar autônomo, mas com a participação do Governo. Como se pode falar em planejamento familiar autônomo, se as classes de poder aquisitivo mais baixo, por deficiência emocional e cultural nem sabem o que significa, nem muito menos podem utilizá-los”.</i></p> <p><i>“O que preconizamos é a participação do Governo nos setores técnico e financeiro, e nunca na qualidade de mandante, permitindo a participação de todas as famílias e não apenas das famílias das classes rica e média, que já vêm utilizando em grande escala os benefícios científicos do planejamento familiar”.</i></p> <p><i>“Não preconizamos um planejamento familiar para diminuir acentuadamente nosso índice demográfico, e sim para evitar que 1.500.000 abortos criminosos sejam registrados anualmente; que 112 crianças entre 1.000 nascidas vivas morram antes de completar um ano; que ao “número de cerca de 10.000.000 de menores abandonados sejam acrescidos anualmente um novo contingente; que aos 3.000.000 de excepcionais, dos quais apenas 100.000 têm tratamento adequado, seja acrescido também anualmente de novo contingente, entre outras causas, pela carência alimentar da gestante, nutriz, recém-nascido e criança nos primeiros anos de vida...”.</i></p>
<p>1975- 1979</p>	<p><i>Il Plano Nacional de Desenvolvimento (BRASIL, 1975-1979)</i></p> <p><i>“o Brasil ainda se coloca como país subpovoado, em relação a disponibilidade de terra e outros recursos naturais. Como país soberano, acha-se no direito de adotar posição conseqüente com essa verificação de ser ainda país subpovoado, ou seja, de deixar que sua população continue crescendo a taxas razoáveis, para efetivar o seu potencial de desenvolvimento e dimensão econômica”.</i></p> <p><i>“Do ponto de vista da população global, absoluta, o Brasil ainda admite considerável expansão. O problema crítico, que merece a atenção da política demográfica, deve ser o exame da taxa de crescimento da população”.</i></p> <p><i>“A orientação da política demográfica brasileira é de respeito ao arbítrio de cada casal na fixação do número desejado de filhos, oferecida oportunidade de informação que permita o exame completo da questão. É facultada a opção, sem qualquer constrangimento, no sentido ampliativo ou limitativo da natalidade”.</i></p> <p><i>“É de esperar-se que, ao longo desta década, haja redução da taxa de aumento demográfico, que entre 1970 e 1980 se situaria entre 2,7 e 2,8%. Nas décadas seguintes, continuaria a tendência declinante, de forma bem mais acentuada”.</i></p> <p>O II PND definia a situação da saúde no país, em 1974, como 82% da população sendo regularmente atendida pela assistência médica, prevendo atingir 86% em 1979.</p>
<p>1976</p>	<p><i>Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife (NUNES, 1976)</i></p> <p><i>“A proposta de um programa com ênfase na mortalidade infantil baseia-se na descentralização da assistência, criando-se níveis de complexidade crescente, com delegação de funções e melhor coordenação entre níveis ambulatorial e hospitalar. ...a atividade implantada em janeiro de 1974 ... houve melhoria de assistência, do ponto de vista tanto de cobertura como da qualidade. ...ocorreu um aumento de 5% na cobertura, a concentração passou de duas a quatro consultas por gestante, permitindo melhor cuidado pré-natal. Foi elaborado e submetido ao Banco Mundial um programa de suplementação alimentar que obteve resposta favorável para financiamento e deveria iniciar-se em princípio de 1976, dependendo apenas de acordo com o Governo brasileiro. Foi definido</i></p>

	<p><i>“como grupo de alta prioridade para ações assistenciais e de suplementação alimentar as gestantes menores de 20 anos”.</i></p>
1977	<p><i>Programa regional de desenvolvimento de saúde materno-infantil no Brasil (SERRANO, 1977)</i></p> <p>O Programa Regional de Desenvolvimento de Saúde Materno-Infantil constituiu um esforço dirigido, para ser aplicado na América Latina e Caribe, com a utilização dos resultados de pesquisas em comunidade, e a liderança da Fundação W. K. Kellogg na formulação e implementação de um programa regional baseado em atributos do ponto de vista assistencial como <i>“ênfase em aspectos preventivos...”</i>, <i>“fácil acesso aos serviços de saúde...”</i>, <i>“continuidade na prestação de serviços de saúde, atributo essencial em saúde materno-infantil, face às íntimas relações entre as várias etapas do ciclo vital em que são cumpridos os processos de reprodução, crescimento e desenvolvimento”</i>, <i>“boa qualidade...”</i>, <i>“baixo custo...”</i>.</p> <p><i>“O programa tem como objetivos gerais o reforço dos programas de saúde materno-infantil do Ministério e dos Estados, bem como os programas de educação e treinamento em áreas relacionadas com saúde familiar, através do desenvolvimento de projetos de integração ensino-serviço.</i></p> <p>Os projetos envolveram <i>“atividades dirigidas a populações de áreas geográficas definidas, dando ênfase aos seguintes aspectos: -Aumento de coberturas e de concentrações de atividades básicas em saúde materno-infantil e familiar, com especial atenção ao nível primário; -Melhoria ou estabelecimento dos mecanismos para assegurar a continuidade dos serviços, essencial a um normal crescimento e desenvolvimento; -Melhoria dos mecanismos de integração dos serviços básicos de saúde, tendo em conta a natureza multifatorial dos problemas e a necessidade de trabalho em equipe; -Estabelecimento de normas operacionais para identificação de grupos de elevado risco e para proporcionar cuidados concentrados a esses grupos”.</i></p> <p><i>“A fase de implantação do programa brasileiro resultou na organização de nove projetos, sete dos quais”</i> receberam <i>“ajuda financeira da Fundação W. K. Kellogg”</i> e constituíram <i>“parte da família de projetos de seu Programa de Saúde Familiar”.</i></p> <p><i>“...mediante esforço conjugado do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, das universidades e das próprias comunidades, espera-se contribuir para assegurar uma saúde melhor durante os processos de reprodução, crescimento e desenvolvimento da grande massa populacional”.</i></p>
1977	<p><i>World Health Organization - Technical Report Series. The selection essential drugs: report of a WHO expert committee.</i></p> <p><i>“Uma lista de medicamentos essenciais não implica que nenhum outro medicamento seja útil, mas simplesmente que, em determinada situação, esses medicamentos são os mais necessários para a assistência à saúde da maioria da população e, portanto, devem estar disponíveis o tempo todo em local adequado. quantidades e nas formas de dosagem adequadas.”</i></p> <p><i>“A adoção de uma lista de medicamentos essenciais faz parte de uma política nacional de saúde. Isso implica priorizar a maior cobertura possível da população com medicamentos de eficácia e segurança comprovadas, a fim de atender às necessidades de prevenção e tratamento das doenças mais prevalentes.”</i></p> <p><i>“Apenas aqueles medicamentos para os quais dados científicos adequados estão disponíveis em estudos controlados devem ser selecionados.”</i></p> <p><i>“Apenas aqueles medicamentos para os quais dados científicos estão disponíveis</i></p>

	<i>em estudos de controle devem ser selecionados.”</i>
1978	<p><i>Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários – Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978, declarou que nos cuidados primários da saúde:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.</i> - <i>Incluem pelo menos: ...cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, fornecimento de medicamentos essenciais.</i>
1979	<p><i>Decreto Nº 83.080, de 24 de Janeiro de 1979 (BRASIL, 1979), que aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, estabelece que:</i></p> <p><i>“Art. 80 – O auxílio-natalidade é devido, em caso de nascimento de filho de segurado...”</i></p> <p><i>Art. 103 – O salário-maternidade é devido... à segurada empregada grávida, no período de 4 semanas antes e 8 semanas depois do parto, cumprindo à empresa efetuar o pagamento...</i></p> <p><i>§3º – Em caso de aborto não criminoso ... a segurada empregada tem direito ao salário-maternidade correspondente a 2 semanas.</i></p> <p><i>§4º – A empregada doméstica não faz jus ao salário-maternidade”.</i></p>
1979	<p><i>Brazil Profile: Family Planning Policies and Programmes (International Planned Parenthood Federation, 1979)</i></p> <p><i>“Em julho de 1977, o Conselho de Desenvolvimento Social... anunciou um plano para introduzir um componente de planejamento familiar estritamente limitado em um ambicioso programa de saúde materno-infantil. O programa previa cuidados de saúde para cerca de 750.000 mulheres grávidas ou lactantes nos quatro anos de 1978 a 1981. Calculou-se que 10% desses casos deveriam ser categorizados como casos de ‘gravidez de alto risco’... Dos 75.000 casos de gravidez de alto risco, estimou-se que 70% seriam pobres demais para comprar anticoncepcionais, ou seja, cerca de 54.000. Estimou-se que os contraceptivos orais seriam fornecidos gratuitamente a cerca de 80% dessas e outros anticoncepcionais, não especificados, aos 20% restantes... Os insumos seriam distribuídos por meio do CEME, criado em 1971 como órgão oficial de distribuição de medicamentos ao sistema público de saúde, possibilitando a este organismo a manuseio de anticoncepcionais pela primeira vez e possivelmente abrindo caminho para o tratamento tarifário preferencial de matéria-prima anticoncepcional importada, bruta ou processada”.</i></p> <p>Ainda foram previstos cursos de formação para os profissionais envolvidos, sendo que o programa deveria ser executado sob controle médico, com a preocupação de caracterizar como um meio para melhorar a saúde materno-infantil. O DIU não foi incluído no programa por ser considerado abortivo. O Ministério da Saúde definiu uma diretriz, em agosto de 1977, afastando organismos nacionais, estrangeiros ou internacionais de atividades relacionadas ao programa. Em 1979, a agência de seguridade social INPS desenhou um plano para prover serviços contraceptivos aos 16 milhões de segurados. Os planos do Ministério da Saúde e do INPS não foram concretizados. O governo federal deixou a provisão dos serviços de planejamento familiar para os governos estaduais.</p>

Até 1970, o Brasil é reportado como não apresentando política governamental em planejamento familiar, tampouco suporte a estas atividades

(BERELSON, 1970). É a partir da década de 1970 que o contexto político passa a estar mais relacionado às políticas públicas que envolviam a saúde sexual e reprodutiva. O governo de Emílio Médici dispunha de um grande sistema de inteligência e repressão política. Por quase toda a década prevaleceu o Ato Institucional número 05 (AI-5) (SPENGLER, 2015).

Embora o governo, no II PND, definisse que a prestação regular de assistência médica atingia 82% da população, Lima Gonçalves publicou no mesmo ano um estudo que concluiu que 63% da população brasileira contava com assistência médica que foi definida como precária (LIMA GONÇALVES, 1974).

A relação da BEMFAM com a USAID é descrita em um relatório da agência que relata fortes investimentos, a partir de 1967, no governo, em organizações não-governamentais e no setor privado para assegurar a assistência em planejamento familiar sustentável. Organizações não-governamentais como a BEMFAM atuaram no desenvolvimento de políticas nacionais relacionadas à saúde reprodutiva, no treinamento de médicos, e na estruturação de serviços de planejamento familiar. A BEMFAM recebeu extensivo treinamento da USAID (USAID, 2016).

Para conter a crise que se instalava no Brasil, reordenar o desenvolvimento e estabelecer um controle econômico, o governo de Geisel instituiu as orientações do II Plano Nacional de Desenvolvimento - PND (1975-1979). Com essas medidas o país conseguiu manter o crescimento médio de 8%, todavia a inflação alcançou taxas de, aproximadamente, 40% na metade da década e cerca de 99% ao final dela (RESENDE et al, 2018).

No tocante ao II PND, parte dele foi direcionada para a Estratégia Nacional e Política de População, pois conforme o próprio documento apresenta, o Brasil ainda era considerado um país subpovoado, devido à disponibilização de terra e má distribuição do crescimento demográfico. Dos mais de 93 milhões de habitantes (93.139.037) do Brasil no ano de 1970, apenas 3,86% residiam na região norte e 5,44% na região Centro-oeste do país. Desta forma, havia a intenção de que a população continuasse crescendo com taxas razoáveis, porém com maior ocupação de áreas mais desocupadas, como Centro-oeste, planalto central e região amazônica. Bem como a

preocupação com a taxa de natalidade e taxa de oferta de emprego e consequente distribuição de renda. Em 1970, a taxa de fecundidade no país era de 5,8 filhos por mulher e a taxa de natalidade era de 37,7 nascimentos para cada 1000 habitantes, e a taxa de mortalidade era de 9,4 mortes para cada 1000 habitantes, 45% da população com 10 anos ou mais era economicamente ativa e destes apenas 21% eram mulheres (BRASIL, 1974; BRASIL, 1975).

Esperava-se, conforme constava no documento, que houvesse realmente uma queda na taxa de aumento demográfico na década de 1970 de, aproximadamente, 2,7%. Desta forma havia uma previsão favorável de que o crescimento populacional seguiria uma relação aceitável com os ângulos econômico, social e de segurança, ou seja, a taxa de crescimento estaria relacionada com a capacidade efetiva de expansão das taxas de emprego e consequentemente de aumento do poder aquisitivo e remuneração da população. O documento, ainda dispunha que a orientação da política demográfica brasileira respeitava o arbítrio do casal em expandir ou limitar a quantidade desejada de filhos, oferecendo oportunidade de informação. Todavia, se fosse necessário, a partir da análise e acompanhamento da evolução demográfica, seria considerado o uso de fatores supervenientes para controle de tal alteração (BRASIL, 1975).

Em relação ao Código Civil, as relações humanas eram organizadas através do Código Civil de 1916, com particulares alterações realizadas a partir da década de 1960, sendo elas a lei nº 4121 de 27/08/1962 que discorria sobre a situação jurídica da mulher casada e a lei nº 6515 de 26/12/1977 que regulava os casos de dissociação da sociedade conjugal e do casamento (BRASIL, 1916; BRASIL, 1962; BRASIL, 1977).

Da constituição de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde ao período neoliberal

Em 1985, no Brasil, houve a redemocratização do país, com o início do regime civil de governo e o foco da atuação se manteve no combate à inflação. Porém, sem apoio às tentativas de ajustes econômicos, em 1987, os altos

índices de inflação e a crescente dificuldade de financiamento da dívida externa eram a tônica da realidade brasileira. O crescimento da economia na década de 80 foi, aproximadamente, de 2,9% e esse período recebeu o epíteto de “década perdida” (RESENDE et al, 2018).

Em 1988, a proclamação da Constituição Brasileira exibiu entre seus principais atributos a garantia dos direitos humanos, a proibição da censura e da tortura, a criminalização do racismo, e propôs a igualdade de direitos entre homens e mulheres, além de estabelecer as diretrizes para eleições diretas e constituir um sistema universal de saúde. A primeira eleição direta para presidente desde o início da ditadura, em 1989, foi marcada pelo grande número de eleitores (KINZO, 2001). Os planos econômicos buscavam controlar a hiperinflação, e a governança política iniciou a privatização de estatais e a abertura da economia às importações. Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito da nova república, após acusações de corrupção, sofreu *impeachment* em 1992 (RESENDE et al, 2018). Em relação aos dados macroeconômicos da década de 1990, o índice de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) foi de 1,7% ao ano, a inflação anual média foi de 278% e as exportações cresceram, em média, 4,5% ao ano (GIAMBIAGI e MOREIRA, 1999). O Plano Real, criado e conduzido a partir de 1994, permitiu a estabilização de preços no país (RESENDE et al, 2018). A década foi marcada ainda por elevadas taxas de desemprego e desigualdade social crescente (GIAMBIAGI e MOREIRA, 1999; FERRER, 2006).

Durante a década de 1980, a BEMFAM realizou várias pesquisas sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar nas regiões do Brasil. Dentre os resultados encontrados no Estado do Amazonas, foi visto um crescimento populacional, na ordem de 4,05% ao ano, sendo maior que no restante do país, em que a taxa era de 2,48%. Quanto aos métodos contraceptivos, os mais conhecidos eram a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina, e as proporções de não-conhecimento são mais elevadas para o método de Billings, diafragma e DIU, com valores superiores a 70%. A pesquisa também identificou que “ao todo, 11,6% das mulheres, ou aproximadamente 25.000 das 213.000 mulheres nas áreas urbanas, entre 15-44 anos de idade, são carentes

de serviços de Planejamento Familiar, com um a maior proporção nas outras áreas urbanas (18,0%) do que em Manaus (10,1%)” (ARRUDA, et al, 1982).

Em 1986, foi realizada a primeira pesquisa nacional sobre o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, se tornando uma importante fonte de informações para auxiliar na formulação de políticas e programas de planejamento familiar. Analisando os dados encontrados, se firmou a tendência de queda das taxas de fecundidade, onde em 1980 a média era de menos de 4 filhos por mulher e elas expressavam que o ideal seria de 2 a 3 filhos. O estudo ainda relata que “O declínio da fecundidade no Brasil, diferente do que se passou em outros países, ocorreu na ausência de um efetivo programa governamental de planejamento familiar a nível nacional. Os serviços de planejamento familiar são proporcionados através dos setores público e privado. A esterilização feminina é o método anticoncepcional mais usado, sendo que uma em cada quatro mulheres casadas se submeteu à esterilização” (BEMFAM, 1989).

Do governo popular de centro-esquerda à ascensão da extrema direita.

Em 2003, a posse de um governo de centro-esquerda trouxe consolidação do processo democrático, com aumento da participação da sociedade civil nas pautas das agendas políticas e administrativas do país (LEITE JUNIOR, 2014). O início da década foi marcado pela crise de energética, o colapso econômico da vizinha Argentina e a estagnação econômica estadunidense (NERI, 2007). A iniciativa de reformas macro e microeconômicas, além de um cenário externo favorável, auxiliaram a obtenção de um bom desempenho da economia, com crescimento de, aproximadamente, 4,6% ao ano, incremento da renda dos brasileiros e aumento do consumo interno (RESENDE et al, 2018). Houve reorientação da política externa, contribuindo para o crescimento das exportações e a atração de investimento externo (IPEA, 2010).

O período da década de 2000, também foi marcado por importantes conquistas relacionadas aos aspectos sociais, como a redução da desigualdade da renda, valorização do trabalho e redução da pobreza. O Brasil

empreendeu um dos maiores programas de transferência de renda no mundo, o Bolsa Família (RESENDE et al, 2018). Embora o período tenha observada a queda importante do coeficiente Gini, evidenciando a redução da concentração de renda, os índices de violência e problemas na segurança pública permaneciam como fragilidades sociais (IPEA, 2010).

Após dois governos do presidente Lula, no ano de 2011, tomou posse a primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, que tinha como uma de suas bandeiras a prioridade na equidade de gênero em seu governo (BRASIL, 2013b).

A década de 2010 foi marcada por uma inflação mais controlada, porém isso aconteceu devido à redução dos custos na economia, atrelado à redução dos rendimentos da classe trabalhadora em que foi observado uma desaceleração no reajuste do salário mínimo a partir de 2015; aumento das taxas de desemprego cuja taxa de desocupação entre 2011 e 2014 chegou a atingir 8% da população economicamente ativa do país e alcançou quase 14% no ano de 2017 (CAMPEDELLI e LACERDA, 2020).

A desaceleração da economia brasileira e a desindustrialização tiveram maior destaque entre 2011 e 2014 e se agravou durante os anos de 2015 e 2017, onde ficou conhecida como a grande recessão. Foi um período de destaque para situações que apontaram descrédito, principalmente por parte da população, no governo o qual se mostrou estar quebrado financeiramente, refletindo no aumento da dívida externa, além de que vários episódios de corrupção vieram à conhecimento público, e com toda a situação crítica e recessão econômica, a população de baixa renda foi a que mais sofreu (RESENDE et al, 2018).

Considerações finais

A política brasileira, desde os anos de 1960 até a segunda década dos anos 2000, passou por diversos processos, desde a instituição do regime militar com seus altos e baixos, o processo de transição para a volta da democracia e organização das estruturas governamentais. E com isso as

desigualdades econômicas e sociais da população, que sempre existiram no Brasil, foram por vezes acentuadas por consequência direta das propostas e modelos políticos adotados no país.

A partir da movimentação popular, que se intensificou nos anos 80, a reforma sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde e a instituição da Constituição Federal, a população passou a ser parte fundamental do desenvolvimento e das ações das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a figura da mulher, principal questão abordada nesta pesquisa, passa a ser destaque das formulações de tais políticas, seja como forma de remição por toda discriminação imbuída na sociedade patriarcal que desde o princípio não reconhecia a mulher como figura importante da sociedade, com direito a voz e ações, além de meras questões maternais, ou como forma de priorizar o cuidado preventivo à saúde daquelas que ao longo da história foram conquistando espaço e sendo destaque no meio social, político e econômico.

Ao ver as configurações dos contextos foi possível observar o movimento de apresentação dos dados epidemiológicos, sociais e econômicos, os quais deixavam claros as necessidades pelas quais movimentos de mulheres e sociedade feminina cobravam reconhecimento e inclusão e para os quais entendia-se o anseio da formulação de políticas públicas.

Referências

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C., MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set.-dez., 2001.

ARRUDA, J. M. et al. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Amazonas, 1982**. Rio de Janeiro, BEMFAM, s.d

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 2, p. S465–S469, 2003.

BAER, W. The Brazilian economic miracle: the issues and the literature. **Bulletin of the Society for Latin American Studies**, n. 24, p. 3-22, 1976.

BARROS, J. R. M.; GRAHAM, D. H. The Brazilian economic miracle revisited: private and public sector initiative in a market economy. **Latin American Research Review**, p. 5-38, 1978.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar - 1986**. Relatório resumido. Publicado em Maio de 1989. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR160/SR160.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2021.

BERELSON, B. Beyond family planning. **Studies in Family Planning**, v. 1, n. 38, p. 1-16, 1969.

BERELSON, B. The present state of family planning programs. **Studies in Family Planning**, v. 1, n. 57, p. 1-11, 1970.

BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: **Problems and progress in medical care: essays on current research**. 7th series ed. London: Oxford University Press, 1972. p. 71–82.

BRASIL. **Ato Institucional Nº 1, de 9 de abril de 1964**. Dispõe sobre a manutenção da Constituição Federal de 1946 e as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as modificações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da revolução Vitoriosa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-01-64.htm Acesso em: 04 de agosto de 2021

BRASIL. **Comissão Nacional da Verdade. Relatório da Comissão Nacional da Verdade**. Recurso eletrônico. – Brasília: CNV, v. 1, 976 p., 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. 1967g. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970**. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 de setembro de 2021

BRASIL. **Decreto nº 69.514, de 9 de novembro de 1971**. Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1971-11-09:69514>. Acesso em: 10 de setembro de 2021

BRASIL. **Decreto nº 71.205, de 4 de outubro de 1972**. Consolida as disposições dos Decretos nº. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1

de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-71205-4-outubro-1972-419927-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 de agosto de 2021

BRASIL. Planos Nacionais de Desenvolvimento. **Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social - 1963-1965: síntese**. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/15> Acesso em: 12 de agosto de 2021

BRASIL. Planos Nacionais de Desenvolvimento. **Diretrizes de governo, programa estratégico de desenvolvimento**. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/17> Acesso em: 12 de agosto de 2021

BRASIL. **Decreto Nº 75.985, de 17 julho de 1975b**. Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/57487-dispue-sobre-a-estrutura-basica-da-central-de-medicamentos-ceme-e-da-outras-providencias.html>. Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 74.891, de 13 de novembro de 1974**. Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D74891.htm. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 83.080, de 24 de janeiro de 1979**. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d83080.htm. Acesso em: 16 de agosto de 2021

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Lei das Contravenções Penais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm. Acesso em: 12 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção I). Ano XVII, nº 131. Agosto 1962. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D09AGO1962.pdf> Acesso em: 17 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção I). Ano XXX – nº 133. Outubro 1975c. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D09AGO1962.pdf> Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção I). Ano XXXII – nº 38. Maio 1977. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD12MAI1977.pdf> Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção I). Outubro 1967e. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD03OUT1967.pdf#page=20>
Acesso em: 12 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção I). Suplemento ao nº 117. Setembro 1970. Disponível em:
http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD23SET1970SUP_A.pdf#page=b Acesso em: 17 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção II). nº 44. Abril 1967a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/8949?sequencia=11&sequenciaFinal=20>
Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção II). nº 47. Maio 1967b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/8952?sequencia=12>
Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção II). nº 48. Maio 1967c. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/8953?sequencia=1>
Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional** (seção II). nº 80. Junho 1967d. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/8984?sequencia=10>
Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 1, de 17 de outubro de 1969. 1969. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc_antecedente1988/emc01-69.htm. Acesso em: 16 de agosto de 2021

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Contribuições para o estudo da demografia do Brasil. Rio de Janeiro. 1961.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Series estatísticas retrospectivas**. Rio de Janeiro. 1977.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **A Dinâmica do movimento natural da população brasileira**. Rio de Janeiro. 1979.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil - 1974**. Rio de Janeiro. v. 35. 1974.

BRASIL. **II Plano Nacional de Desenvolvimento - 1975 a 1979**.

BRASIL. **Lei Nº 3.071 de 01 de Janeiro de 1916**. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm . Acesso em: 24 de janeiro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 4.121 de 27 de Agosto de 1962**. Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm . Acesso em: 25 de janeiro de 2021.

BRASIL. **LEI Nº 6.229, de 17 de julho de 1975a**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.515 de 26 de Dezembro de 1977**. Regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6515.htm . Acesso em: 26 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2013b.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. **Plano decenal de desenvolvimento econômico e social**. Versão preliminar. 1967f. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/562935> Acesso em: 16 de agosto de 2021

BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. **Programa de Ação Econômica do Governo 1964-1966** (2ª edição). Disponível em: <https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/handle/123456789/1073> Acesso em: 09 de setembro de 2021.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. **Resolução Nº 17, DE 1967**. Diário do Congresso Nacional. Maio 1967d, p. 2.457 e 2.458. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/559548/publicacao/15641588> Acesso em: 16 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alta Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Data da Publicação:

06/02/2002. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 10 de novembro de 2021.

BRASIL. **Caderno de Saúde Pública**. 1998. Rio de Janeiro, v. 14. Supl. 1. p.25-32.

CALDERONE, M. S. Sexual health and family planning. The Seventh Annual Bronfman Lecture. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 58, n. 2, p. 223-231, 1968.

CAMPEDELLI, A. L., LACERDA, A. C. O combate à inflação como fator concentração de renda: um estudo da década de 2010. **Revista Pesquisa e Debate**. 2020. v. 32, n. 1 (57).

CHAMBERLAIN, W. M. Population Control: The Legal Approach to a Biological Imperative. **California Law Review**, v. 58, p. 1414, 1970.

CHEN, P. China's birth control action programme, 1956–1964. **Population studies**, v. 24, n. 2, p. 141-158, 1970.

CODATO, N. A. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista de Sociologia e Política** n. 25: 83-106 NOV. 2005

COELHO, E. A. C., LUCENA, M. F. G., SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

DRILL, V. A. Family Planning and Oral Contraceptives. **BioScience**, v. 17, n. 11, p. 812-815, 1967.

DUARTE, A. R. F. **Carmen da Silva – entre história e memória, uma feminista na imprensa brasileira**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002. Disponível em:
<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/44584>. Acesso em: 08 de novembro de 2021.

FERRER, W. M. H. O Brasil na década de 90: O início do processo de inserção no mercado mundial. **Estudos – Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**. Universidade de Marília. 2006.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIALHO MUSSI, C. H.; OHANA, E. F. **A política fiscal eo quadro macroeconômico no Brasil, 1981-1988: versão preliminar**. 1990

FLYNN, Peter. Brazil: Authoritarianism and Class Control. **Journal of Latin American Studies**, v. 6, n. 2, p. 315-333, 1974.

GIAMBIAGI, F., MOREIRA, M. M. **A economia brasileira nos anos 90**. 1999. 1 ed. Rio de Janeiro: BNDES.

HEER, D. M. Economic development and the fertility transition. **Daedalus**, p. 447-462, 1968. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/21999-decada-de-90-avancos-no-sistema-eleitoral/> Acesso em: 25 de junho de 2021.

International Planned Parenthood Federation. Brazil Profile: Family Planning Policies and Programmes, Central Office. London, october 1979. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNAAH622.pdf Acesso em: 08/12/2021

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O Brasil em 4 décadas**. Texto para discussão - 1500. 2010. Rio de Janeiro.

JAFFE, F. S.; GUTTMACHER, A. F. Family planning programs in the United States. **Demography**, v. 5, n. 2, p. 910-923, 1968.

KINZO, M. D'A. G. A democratização BRASILEIRA um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 4, 2001.

LEES, F. A.; BOTTS, J. M.; CYSNE, R. P. Banking Institutions. In: **Banking and Financial Deepening in Brazil**. Palgrave Macmillan, London, 1990. p. 139-153.

LEITE JUNIOR, A. D. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis. Departamento de Ciências da Administração/UFSC. [Brasília]: CAPES. UAB, 2014.

LIMA GONÇALVES, Ernesto. Aspectos demográficos da realidade brasileira e problemas de assistência médica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 8, p. 331-337, 1974.

LOYOLA, M. A., QUINTEIRO, M. C. Estudos de População VIII – Instituições e Reprodução. **Estudo da tuação das instituições sociais no processo de reprodução humana**. 1977. Disponível em: https://bibliotecavirtual.cebrap.org.br/arquivos/Instituicoes_E_Reproducao.pdf Acesso em: 18 de setembro de 2021.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde pública**. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. BIREME/OPAS/OMS São Paulo, 2004.

MEDEIROS, R. C. T. **Planejamento Familiar: Política, Acesso e Necessidades**. [s.l.] UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE, 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ª edição ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde – Representação Brasil, 2012.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. DE. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 389–398, 2004.

NERI, M. C. Pobreza e políticas sociais na década da redução da desigualdade. **Revista Nueva Sociedad** especial em português. 2007

NUNES, R. M. Estudo e ações sobre reprodução humana e nutrição em Recife. **Boletim De La Oficina Sanitaria Panamericana**. Outubro, 1976.

OFFICE OF THE HISTORIAN. Foreign Service Institute. United States Department of State. **Airgram A-5913 From the Department of State to All Diplomatic Posts**, Washington, July 11, 1973. Disponível em: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1969-76ve14p1/d107> Acesso em: 17 de agosto de 2021.

OFFICE OF THE HISTORIAN. Foreign Service Institute. United States Department of State. **Memorandum NSC-U/DM-130 From the Chairman of the National Security Council Under Secretaries Committee (Ingersoll) to President Ford**, Washington, December 14, 1974. Disponível em: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1969-76ve14p1/d118> Acesso em: 17 de agosto de 2021.

OFFICE OF THE HISTORIAN. Foreign Service Institute. United States Department of State. **National Security Study Memorandum 200**, Washington, April 24, 1974. Disponível em: <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1969-76ve14p1/d113> Acesso em: 17 de agosto de 2021.

OMETTO, A. M. H., FURTUOSO, M. C. O. e SILVA, M. V. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. **Revista de Saúde Pública**. 1995. v. 29, n. 5.

OSIS, M. J. M. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa: história de uma intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas - SP. 1994.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Patterns of Urban Mortality: Report of the Inter-American Investigation of Mortality. Scientific Publication**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1195> Acesso em: 11 de setembro de 2021.

PAULO, VI. **Carta encíclica *Humanae Vitae* de sua Santidade Papa Paulo VI: sobre a regulação da natalidade**. 1967b.

PAULO, VI. **Populorum progressio: Carta encíclica sobre o desenvolvimento dos povos**. 1967a.

PEDRO, J. Entre a ameaça da “bomba populacional” e a emancipação do corpo das mulheres: o debate sobre a contracepção no Brasil e na França (1960-1970). **Revista Projeto História**. São Paulo, v. 25, dez, 2002.

RAJAN, K. S. S. Family planning in India: recent developments. **Finance & Development**, v. 4, n. 004, 1967.

RESENDE, A. L. et al. Economia brasileira: notas breves sobre as décadas de 1960 a 2020. **Itaú Asset Management – 60 anos de solidez**. 2018. Editora Estúdio Labirinto.

RODRIGUES, Walter. Progress and problems of family planning in Brazil. **Demography**, v. 5, n. 2, p. 800-810, 1968.

RODRIGUES, W., ARRUDA, J. M., MORRIS, L. GOROSH, M. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar Piauí — 1979**. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil — BEMFAM. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11017> Acesso em: 08 de novembro de 2021.

ROSENBAUM, H. J. Brazil's military regime. **Current History**, v. 58, n. 342, p. 73-116, 1970.

ROSENN, K. S. Brazil's New Constitution: An Exercise in Transient Constitutionalism for a Transitional Society. **The American Journal of Comparative Law**, v. 38, n. 4, p. 773-802, 1990.

SERRANO, C. V. Programa Regional de Desenvolvimento de Saúde Materno-Infantil no Brasil. **Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana**. Março 1977.

SOMERS, D. W. The Place of Population Control in US Foreign Policy. **Naval War College Review**, v. 20, n. 6, p. 18-43, 1968.

SPENGLER, R. L. **Racionalidade política e econômica no Governo Geisel (1974–1979): um estudo sobre o II PND e o projeto de institucionalização do regime militar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

STIX, R. K. The place of fertility control in public health. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 36, n. 3, p. 209-218, 1946.

TAEUBER, I. B. Population Policies in Communist China. **Population Index**, p. 261-274, 1956.

THE WORLD BANK GROUP. DataBank. Disponível em:

<https://databank.worldbank.org/home.aspx> Acesso em: 09 de agosto de 2021.

USAID. **USAID'S PARTNERSHIP WITH BRAZIL ADVANCES FAMILY PLANNING**. 2016. Disponível em:

<https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Brazil-508.pdf> Acesso em: 17 de agosto de 2021.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Towards a theoretical model on medicines as a health need. **Social Science and Medicine**, v. 178, p. 167–174, 2017.

WALT, G. et al. “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 5, p. 308–317, 2008.

WALT, G., GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy And Planning**; v. 9, n.4, p. 353-370, 1994.

WESTOFF, C. F.; RYDER, N. B. United States: Methods of Fertility Control, 1955, 1960, & 1965. **Studies in Family Planning**. v. 1, n. 17, p. 1-5, 1967.

WILLARD, L. D. Needs and medicine. **The Journal of medicine and philosophy**, v. 7, n. 3, p. 259–274, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Health aspects of family planning: report of a WHO Scientific Group [meeting held in Geneva from 24 to 30 June 1969]**. World Health Organization, 1970.

World Health Organization. **The selection essential drugs: report of a WHO expert committee**. Technical Report Series. Meeting held in Geneva from 17 to

21 October 1977. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41272>
Acesso em: 10 de novembro de 2021.

WRIGHT, R. T; BOORSE, D. F. **Environmental science: toward a sustainable future**. 13 ed. Jones & Bartlett Publishers, 2017.

XXIII, JOÃO. **Carta encíclica Mater et Magistra** de sua santidade João XXIII: aos veneráveis irmãos patriarcas, primazes, arcebispos, bispos e outros ordinários do lugar, em paz e comunhão com a sé apostólica, bem como a todo o clero e fiéis do orbe católico. 1961.

XXIII, JOÃO. **Carta Encíclica Pacem in Terris** do Sumo Pontífice Papa João XXIII aos veneráveis irmãos patriarcas, primazes, arcebispos, bispos e outros ordinários do lugar em paz e comunhão com a sé apostólica ao clero e fiéis de todo o orbe, bem como a todas as pessoas de boa vontade. 1963.

ZLOTNICK, J. Population pressure and political indecision. **Foreign Affairs**, v. 39, n. 4, p. 683-694, 1961.

Políticas Públicas de Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: uma análise aprofundada

Introdução

O conceito de direito sexual e reprodutivo representa uma conquista histórica advinda da luta pelos direitos humanos. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que ocorreu no Cairo, em 1994, definiu no Cap. VII, 7.2 saúde reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos”. Conforme o documento cita, a saúde reprodutiva pressupõe a liberdade individual de uma vida sexual segura e satisfatória, e autonomia para decidir quando se reproduzir e sobre quantos filhos ter (Plataforma de Cairo, 1994). Assim, a saúde sexual integra a saúde reprodutiva, de forma que mulheres e homens possam desfrutar e expressar sua sexualidade de forma agradável, segura e respeitosa (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

As desigualdades entre homens e mulheres estão presentes durante toda a história brasileira. Porém, a partir da Constituição Federal de 1988, as mulheres passaram a ser reconhecidas e a compor, de forma mais igualitária o processo político e social do Brasil. No que tange aos direitos reprodutivos, a Constituição de 1988 afirmou o planejamento familiar como “livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o desenvolvimento desse direito” (BRASIL, 1988).

A saúde sexual e reprodutiva e as necessidades relacionadas devem ser abordadas considerando a complexidade que envolve os indivíduos, homem e mulher, e a família, ou seja, aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais e emocionais, assim como a oferta de suporte às necessidades individuais dos envolvidos (BRASIL, 2013a).

Políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de ações, atribuições e processos que regulam atividades e a orientação política do Estado, relacionados aos serviços de interesse público, intervindo sobre a realidade social, econômica e ambiental. A visão que os governantes possuem do papel do Estado no conjunto da sociedade e o nível de atuação dos diferentes grupos sociais influenciam na formulação de tais políticas (LUCCHESI et al., 2004).

A elaboração e a implementação de políticas públicas no âmbito da saúde têm como desafio, no Brasil, dialogar com os princípios e diretrizes do SUS e, por estarem tão intimamente relacionadas ao contexto social local, é fundamental sua articulação, de forma singular, com a condição de saúde, as realidades demográfica e epidemiológica, o contexto social, e com os demais determinantes de uma dada sociedade (MENDES, 2012). As políticas públicas tomam forma a partir de ações efetivas e consistentes dos sujeitos políticos e sociais, que as executam conforme cada contexto, condicionando seus resultados, o que justifica a grande importância do acompanhamento do processo de implementação e a avaliação de impacto sobre a sociedade (LUCCHESI et al., 2004).

A análise relatada neste trabalho fundamenta-se na compreensão das políticas públicas como processo social para interpretar os achados relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, suas estruturas e contexto histórico e político, visando contribuir com o conhecimento para o campo. O objetivo foi analisar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e de suas relações com as complexidades do direito e das necessidades em saúde no contexto brasileiro, a fim de evidenciar características do processo de elaboração e implementação de tais políticas públicas, e suas interfaces com as práticas e orientações em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e analítico, no qual a pesquisa sobre as políticas e programas de saúde pública relacionados aos

direitos sexuais e reprodutivos (DSR) foi realizada por meio de análise documental.

Realizou-se um levantamento documental relativo às políticas relacionadas aos DSR existentes no Brasil, considerando o período de 1960 à 2020. Para coletar as informações foram consultados os sítios eletrônicos (*world wide web*) das entidades encarregadas da administração de recursos e articulação do sistema de saúde para o desenvolvimento das políticas e de páginas de acervos de instituições que mantêm relação com o tema. Além disso, foram consultadas as bases de dados Lilacs, Scielo e Google Acadêmico para a revisão de artigos publicados sobre o tema, utilizando os seguintes termos chave em inglês, português e espanhol: política pública, política de saúde, direito reprodutivo, saúde reprodutiva, direito sexual, saúde sexual, análise de políticas públicas, sistemas de saúde, e suas combinações.

Em um primeiro momento, foram selecionados documentos que tratavam, de forma geral, sobre políticas públicas, e em sua maioria destinadas ao público feminino. Nessa seleção havia protocolos, planos nacionais, leis/diretrizes e políticas públicas. Após leitura aprofundada de cada documento, foram excluídos aqueles que não possuíam no texto ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Entre os documentos que apresentavam relação com o tema abordado, classificou-se entre documentos que expressavam políticas públicas do Estado brasileiro, e documentos que eram complementares ou derivados da política expressa no documento principal.

Na avaliação das políticas e de programas relacionados ao direito sexual e reprodutivo empregou-se um *framework* abrangente sobre os elementos aplicáveis, composto dos seguintes itens: documento principal, ano de publicação, contexto (aspectos políticos, econômicos e sociais), conteúdo (princípios e diretrizes, objetivos, metas, planos de ação e implementação, recursos), atores envolvidos/grupos de interesse, processo, público alvo e leis ou documentos derivados ou complementares da política principal. Este quadro foi desenvolvido a partir da combinação dos modelos teóricos para a análise de políticas públicas propostos por Walt e Gilson (1994) e por Mengo e Eusebius

(2015). Walt e colaboradores (2008) recomenda, para uma análise mais densa das políticas, a associação de diferentes ferramentas analíticas.

O modelo proposto por Walt e Gilson (WALT e GILSON, 1994) é chamado de Triângulo da Política, e articula uma análise complexa existente entre os 4 elementos que considera fundamentais nas políticas públicas: contexto, processo, conteúdo e atores. Os atores são influenciados e influenciam o contexto no qual estão inseridos, o contexto por sua vez é impactado por diversos fatores (políticos, culturais e ideologias). Os aspectos processuais de formulação de políticas, é afetado pelos atores, suas expectativas, valores e posição dentro da rede de poder e o conteúdo das políticas surge como reflexo da união desses três elementos (WALT e GILSON, 1994). Na operacionalização da coleta de dados, empregou-se a perspectiva desenvolvida por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) sobre o Triângulo da Política, no qual detalham que o contexto é influenciado por fatores modificáveis através da relação de tempo e espaço, bem como pelos atores e as situações de poder que os envolve, além de explorar que o contexto pode ser macro ou micro, e dividido entre aspectos políticos, econômicos e sociais.

O modelo híbrido para análise na formulação de políticas proposto por Mengo e Eusebius (2015) é dividido em 6 etapas: 1) análise do contexto político, social e econômico, 2) identificação do problema, 3) processo de tomada de decisão na formulação da política, 4) critérios de valor, 5) análise de viabilidade e 6) resultados. A associação dos quadros teóricos descritos produziu um roteiro para a coleta de dados, expresso na forma de um instrumento estruturado, apresentado no Apêndice 1.

Além da coleta de dados, o conteúdo estruturado resultante, permitiu a análise dos elementos especificados nos quadros teóricos e nos casos em que as políticas analisadas apresentavam determinados objetivos, diretrizes ou metas relativos à saúde sexual e reprodutiva mas não incluíam apenas conteúdos referentes aos DSR, a coleta de dados envolveu o processo de identificar os conteúdos e coletar seletivamente aquilo que era pertinente ao escopo do trabalho.

Resultados

Na primeira fase da pesquisa foram selecionados 25 documentos que tratavam de forma geral sobre políticas públicas, e em sua maioria destinadas ao público feminino. Após uma primeira leitura integral dos documentos e a aplicação do critério de exclusão, 21 documentos foram selecionados para análise. A primeira análise realizada foi a de classificar os documentos entre aqueles que expressam políticas públicas com relação direta à saúde sexual e reprodutiva (14) e aqueles considerados complementares ou que surgiram como desdobramento das políticas públicas definidas na categoria anterior (07), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Relação das Políticas Públicas e documentos complementares selecionados para análise.

Políticas Públicas	Documentos derivados das Políticas Públicas	Documentos complementares das Políticas Públicas
Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975)	-	-
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984)	-	-
Planejamento familiar - Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996	-	-Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico (2002)
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (2004)	-Plano Nacional de Política para as Mulheres (2005) -II Plano Nacional de Política para as Mulheres (2008)	-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Plano de ação 2004-2007)
Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2005)	-	-
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005)	-	-
Política Nacional de Planejamento Familiar (2007)	-	-
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes (2008)	-	-
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes – 2004 – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem (2009).	-	-
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010)	-	-
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2011.	-Plano Nacional de Política para as Mulheres (2013-2015)	-Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do

		Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM) (2016).
Rede Cegonha – Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011	-	-
Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011)	-	-Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2011)

Fonte: a autora.

A busca retornou documentos referente a políticas públicas relacionadas aos DSR que aparecem pela primeira vez na década de 1970, evidenciando o início das ações estruturadas do Estado brasileiro neste campo, até à década de 2010, sendo que a maioria das políticas públicas estão concentradas entre 2004 e 2013. Levando em consideração a análise dos contextos (sociais, econômicos e políticos) observou-se que a elaboração e a implementação destas políticas públicas apresentam correspondência com as peculiaridades políticas e a realidade social de cada momento.

No ano de 1957, o Brasil possuía uma taxa de natalidade de 43 nascimentos por cada mil habitantes. Já a taxa média anual de mortalidade entre os anos de 40 a 50 era de 20,8 para cada 1000 habitantes (BRASIL, 1960). Conforme informações presentes nos documentos da V Conferência Nacional de Saúde de 1975, nessa época havia um índice de urbanização de, aproximadamente, 60% no Brasil e uma taxa de crescimento demográfico de 2,7% ao ano, sendo que o coeficiente de natalidade era de 37,7 nascimentos para cada mil habitantes, uma redução em relação à década de 50, embora os níveis de natalidade do Brasil estivessem pouco abaixo da América Latina (41), mas muito acima das regiões mais desenvolvidas (< 20). A taxa de fecundidade no país era de 5,8 filhos por mulher e a taxa de mortalidade era de 9,4 mortes para cada 1000 habitantes (NAÇÕES UNIDAS, 1971; BRASIL, 1974; BRASIL, 1975). Entre 1964 e 1985, o Brasil foi governado por um regime civil-militar, que restringiu os direitos individuais, torturou discidentes, e produziu o chamado milagre econômico, um período caracterizado por, entre outros aspectos, altas taxas de crescimento do PIB, aumento da desigualdade social e o decontrole da inflação (OLIVEIRA, 2007).

Nos últimos 40 anos houve um declínio nas taxas de fecundidade no país, onde entre as décadas de 1980 e 1990 houve uma redução expressiva,

com variação da taxa de 4,35 para 2,85 filhos por mulher, respectivamente. E os números continuaram a declinar ainda mais entre as décadas de 2000 e 2010, onde o número de filhos por mulher passou de 2,39 para 1,87. Paralelamente, a taxa de mortalidade apresentou uma redução mais lenta para os mesmo períodos citados, isso porque seus níveis já seguiam uma tendência de baixa desde meados de 1940 (SIMÕES, 2016). A redemocratização, em 1985, trouxe uma nova constituição (1988), a primeira eleição direta para presidente desde 1960 (1989), um período de governos de centro direitas com políticas consideradas de neoliberais (1990-2002), e um período de governos considerados de esquerda, com manutenção de partes da política econômica e uma ênfase em políticas sociais (2003-2013) (OLIVEIRA, 2020).

Os documentos selecionados foram analisados quanto aos conteúdos presentes, o contexto e os atores, a partir da perspectiva teórica do *framework* adotado neste trabalho, por meio de um quadro esquemático elaborado para sistematizar o processo de coleta de dados e de análise das políticas públicas (Apêndice 1).

Para sintetizar os temas tratados nas diferentes políticas selecionadas, conforme organizado no Quadro 2 em ordem cronológica, no qual é possível verificar a abrangência das políticas públicas e a evolução da consolidação dos DSR ao longo do tempo no Brasil. Os documentos foram categorizados quanto à presença dos seguintes temas: aspectos relacionados à gestação (pré-natal, parto e puerpério), planejamento familiar (no qual insere-se os diferentes aspectos do planejamento familiar, incluindo a oferta de métodos contraceptivos), combate à mortalidade materna, educação (abordando orientações ofertadas às populações e a qualificação dos profissionais de saúde), ações contra todas as formas de violência sexual, combate e controle de doenças (incluindo doenças sexualmente transmissíveis – DST/AIDS, doenças sexuais e reprodutivas, câncer de mama e no colo de útero) e as questões que citavam especificamente os direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, tanto da mulher como do homem.

Inquietações com o “descontrole populacional”, além do debate de temas que tratavam da mulher, do meio ambiente e dos direitos humanos foram alguns dos motivos principais para o avanço de políticas públicas que

envolvessem o controle de natalidade e a equidade de gênero nos países em desenvolvimento. E no Brasil, especificamente, demandas foram trazidas pelo movimento feminista no que se refere a importância da abordagem da saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva (CORRÊA, JANNUZZI, ALVES, 2006). Sendo assim, ao passo que se observa os contextos e os problemas identificados, quando da leitura completa das políticas públicas, constata-se que essas categorias possuem relação, ou seja, os principais temas abordados estavam em conformidade com o período durante a formulação das políticas públicas.

No quadro 3, foram apresentados os principais objetivos e metas, princípios e diretrizes de todas as políticas estudadas. Observou-se uma evolução dos aspectos abordados, que deu maior ênfase para a autonomia feminina. No Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (1975), o propósito definido evoca a relação da saúde reprodutiva, em especial o cuidado com a gestação, com aspectos econômicos ligados à inserção da força de trabalho no sistema produtivo, bem como a modulação dos comportamentos individuais na população. Estas nuances são evidenciadas em propostas como “*garantir o nascimento de crianças saudáveis*”, o “*ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho*” e a “*orientação sobre comportamentos*”. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1984, foi o primeiro a abordar o planejamento familiar, mas ainda estava vinculado como atividade complementar das ações de saúde materno-infantil.

Quadro 2 – Relação das Políticas Públicas e principais temas abordados dentro da lógica de DSR.

Relação das Políticas Públicas	Ano	Principais temas abordados dentro da lógica de DSR									
		Pré-natal, parto e puerpério	Planejamento familiar	Doenças sexuais e reprodutivas/ DST	Mortalidade materna	Educação	Violência sexual	Saúde Sexual e Reprodutiva	Reprodução Humana Assistida	Igualdade de gênero/ trabalho	Saúde Sexual e Reprodutiva
Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil	1975	X		X	X	X					
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	1984	X	X	X		X					
Planejamento familiar - Lei 9263, 12/01/1996	1996		X	X							X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – Princípios e Diretrizes	2004	X	X	X	X	X	X	X		X	
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2005	X	X	X	X		X	X			
Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva	2005		X	X	X	X	X	X	X		
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	2005		X	X		X			X		X
Política Nacional de Planejamento Familiar	2007		X			X		X	X		X
II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2008	X		X	X	X	X	X		X	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes	2008		X					X	X		X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2009.	2009	X	X	X	X		X	X			
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	2010	X		X	X	X		X			
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2011.	2011	X	X	X	X		X	X			
Rede Cegonha – Portaria N° 1.459, 24/06/2011	2011	X	X		X			X			
Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres	2011		X	X		X	X	X			
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2013	X		X	X	X	X	X		X	

Fonte: a autora.

Há um espaço de 20 anos entre as publicações das políticas de saúde da mulher e um avanço dos temas propostos. O ano de 2004 foi proposto pelo governo da época como o “Ano da Mulher”, e assim a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher trouxe como princípios atender as “*necessidades de saúde da população feminina*” e “*atingir as mulheres em todos os ciclos de vida*”, então entre os objetivos além dos relacionados planejamento familiar e gestação, também tinha os referentes à violência doméstica e sexual e controle das doenças sexualmente transmissíveis. Quanto às demais políticas a partir dessa, verificou-se que os temas se repetiram como forma de firmar a importância de manter esses assuntos em foco dentro do âmbito político e social.

Como destaque de uma política específica, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, que tinha como documento principal uma cartilha orientativa com o título “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma prioridade do governo”, e destinava-se tanto para gestores de políticas públicas, como para profissionais de saúde e sociedade civil (BRASIL, 2005b).

A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e o incentivo de ações educativas em saúde sexual e reprodutiva na rede SUS; a qualificação dos profissionais da Atenção Básica quanto ao conteúdo; ampliação do acesso à laqueadura e vasectomia no SUS; implementação das redes integradas voltadas à atenção de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto, conforme previsto em lei, e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento constituíram as principais diretrizes indicadas no documento.

E no mesmo ano, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida foi lançada a partir da necessidade de estruturar no SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permitisse uma atenção integral à reprodução humana assistida e à melhoria do acesso a esse atendimento especializado. Além disso, apontou a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência que era prestada aos usuários, bem como critérios

mínimos para credenciamento e habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida a serem incluídos na rede SUS no país.

Quadro 3 – Relação das Políticas Públicas: objetivos, metas, princípios e diretrizes.

Relação das Políticas Públicas	Objetivos/Metas	Princípios/Diretrizes
Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975)	<p>Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil. Contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho. E promover a garantia do nascimento de crianças saudáveis e da integralização do núcleo familiar.</p> <p>Assistência pré-natal precoce contínua e regular, supervisão técnica ao parto e ao puerpério, assistência às doenças ginecológicas, além de oferecer orientação sobre comportamentos que resultem em proteção à saúde, bem como capacitação dos profissionais de saúde para orientação da população.</p>	<p>Atividades de planejamento familiar como uma medida para compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno. As ações de planejamento familiar deveriam respeitar a decisão do casal sobre o tamanho da sua prole. Além de trabalhar ações de detecção de riscos e prevenção nos períodos pré, peri e pós-natal.</p>
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984)	<p>Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.</p> <p>Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.</p> <p>Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.</p> <p>Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.</p>	<p>O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios de equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população -, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico.</p> <p>Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.</p>
Planejamento familiar - Lei 9263, 12/01/1996	<p>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:</p> <p>I – a assistência à concepção e contracepção;</p> <p>II – o atendimento pré-natal;</p> <p>III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;</p> <p>IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;</p> <p>V – o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis</p>	<p>O planejamento familiar é direito de todo cidadão.</p> <p>...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.</p> <p>Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.</p>
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e	<p>Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;</p> <p>Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento</p>	<p>O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes</p>

<p>Diretrizes (2004)</p>	<p>familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;</p> <p>Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;</p> <p>Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;</p> <p>Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.</p>	<p>nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</p> <p>A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.</p> <p>A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.</p>
<p>Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2005)</p>	<p>1. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro; 2. garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres; 3. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação; 4. ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero;</p> <p>Estimular a implementação da assistência em Planejamento Familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde;</p> <p>Promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras;</p> <p>Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV/Aids na população feminina;</p> <p>Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama na</p>	<p>A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos seguintes pontos fundamentais:</p> <p>Igualdade e respeito à diversidade; Equidade; Autonomia das mulheres; Além da Laicidade do Estado; Universalidade das políticas; Justiça social; Transparência dos atos públicos; Participação e controle social.</p>

	<p>população feminina;</p> <p>Revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez.</p>	
Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2005)	<p>Ampliação da oferta de Métodos anticoncepcionais para todas as pessoas em idade reprodutiva (homens, mulheres e adolescentes);</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar;</p> <p>Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS;</p> <p>Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS;</p> <p>Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul;</p> <p>Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens;</p> <p>Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;</p>	<p>A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; Incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde Sexual e Reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento.</p>
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005)	<p>Instituir, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.</p> <p>Identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade.</p> <p>I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;</p> <p>II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;</p> <p>III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical</p>	<p>Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.</p> <p>Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja constituída a partir dos componentes fundamentais (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade).</p>

	<p>e/ou horizontal de doenças;</p> <p>IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;</p> <p>V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e</p> <p>VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização – PNH.</p>	
<p>Política Nacional de Planejamento Familiar (2007)</p>	<p>Expandir as Ações de Planejamento Familiar:</p> <p>1.3.1 - Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis; DIU; diafragma; preservativos) e anticoncepção de emergência, garantindo a cobertura de mais 10 milhões de mulheres em idade fértil, totalizando 21 milhões de mulheres atendidas pelo SUS, até 2011, ao custo médio de R\$ 21 mulher/ano.</p> <p>1.3.2 - Ampliar a distribuição de contraceptivos através da expansão da rede do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, até 2011. Recurso total de R\$237.057.405.</p> <p>1.3.3 - Ampliar a quantidade de vasectomias realizadas passando de 20 mil/ano para 31 mil em 2008 e aumentar em 20% ao ano até 2011, ao custo de R\$219 por procedimento.</p> <p>1.3.4 - Ampliar a quantidade de laqueaduras realizadas passando de 50 mil/ano para 51 mil em 2008 e aumento de 10% ao ano até 2011, ao custo de R\$266 por procedimento.</p> <p>1.3.5 - Qualificar 1.300 profissionais (médicos e enfermeiros) em 500 maternidades de referência no País, até 2011, para garantir orientação adequada sobre Planejamento Familiar imediatamente após o parto, ao custo médio de R\$800 por profissional.</p> <p>1.3.6 - Produzir 6,52 milhões de cartilhas, até 2011, ao custo médio de R\$0,15 por unidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para usuários(as), adolescentes, adultos e</p>	<p>Mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.</p>

	<p>profissionais de saúde da atenção básica.</p> <p>1.3.7 - Implantar Centros de Reprodução Assistida em 5 universidades, até 2011.)</p>	
<p>II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008)</p>	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, sendo resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual.</p> <p>Garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.</p>	<p>Construção e a promoção da igualdade de gênero, raça e etnia, desenvolvimento democrático e sustentável levando em consideração as diversidades regionais, cumprir acordos relativos aos direitos humanos das mulheres e seus distintos grupos, questões econômicas, violência sexual e de gênero, garantir a alocação de recursos, elaboração de indicadores, educação continuada, participação e o controle social</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes (2008)</p>	<p>Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.</p> <p>Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;</p> <p>Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;</p> <p>Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica.</p>	<p>Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2009.</p>	<p>Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;</p> <p>Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;</p> <p>Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;</p> <p>Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;</p> <p>Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.</p>	<p>O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</p> <p>A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.</p> <p>A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.</p>

<p>Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010)</p>	<p>Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS a atenção integral à saúde na rede de saúde, que contemple todas as raças, etnias e grupos, a condição social, o gênero e a orientação sexual; buscando respeitar as especificidades de crescimento biológico, do desenvolvimento psicológico e social destas pessoas.</p> <p>Promover ações de educação sexual articulados entre Saúde e Educação e articuladas à Política de Promoção à Saúde e ao Planejamento Familiar.</p> <p>Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos.</p> <p>Promover ações de educação sexual articulados entre Saúde e Educação e articuladas à Política de Promoção à Saúde e ao Planejamento Familiar.</p> <p>Aprimorar linhas de cuidado da população jovem soropositiva, considerando as particularidades e necessidades específicas dessa população.</p> <p>Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos.</p> <p>Implementação de políticas de saúde para atenção integral às adolescentes e jovens grávidas, em todas as faixas etárias, e a seus companheiros e familiares</p> <p>Redução da mortalidade materna de adolescentes.</p>	<p>Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.</p> <p>Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.</p> <p>Atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2011.</p>	<p>Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;</p> <p>Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;</p> <p>Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;</p> <p>Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;</p> <p>Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.</p>	<p>O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</p> <p>A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.</p> <p>A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.</p>
<p>Rede Cegonha – Portaria Nº 1.459,</p>	<p>Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao</p>	<p>Garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.</p>

De 24 De Junho De 2011	crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal	Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011)	Garantir os Direitos Sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua sexualidade por meio da mudança cultural dos conceitos historicamente construídos na sociedade brasileira, de forma a identificar, responsabilizar e prestar atendimento às situações em que as mulheres têm seus Direitos Humanos e Sexuais violados. Garantia dos direitos sexuais, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres	Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres.
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015)	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência. Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações.	Autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.

Fonte: a autora.

Discussão

Na década de 1970, as definições de políticas para os DSR refletiam as preocupações, debates e pressões relativas ao controle das taxas de fecundidade e de natalidade da população. As décadas de 60 e 70, com a instituição de um governo ditatorial civil-militar, foram marcadas pela discussão do tamanho da população como estratégico para a ocupação do território e para a provisão de recursos humanos, no contexto de um projeto de desenvolvimento econômico implementado a partir do golpe de 1964, ante as estratégias mundiais para reduzir a natalidade, justificadas pela necessidade de garantir a segurança alimentar das populações. Assim, no Brasil, as ações relacionadas aos DSR eram exercidas por instituições privadas (mais especificamente, ações de planejamento familiar e de controle da natalidade), com financiamento internacional, no vácuo deixado pelas políticas públicas nacionais. Em 1975, em função dos índices precários de saúde da população e da gravidade da realidade expressa pelos altos índices de mortalidade materno-infantil, o governo estabelece uma política específica para a área, no contexto da instituição de um sistema nacional de saúde, nunca concretizado pelo regime militar (CORRÊA, JANNUZZI, ALVES, 2006).

Neste período, manifestações populares estavam restritas em decorrência do marco civil instituído pela ditadura militar. Os movimentos feministas eram discretos e apoiados pela Igreja Católica, que criticava o uso dos métodos contraceptivos hormonais. Neste contexto, as mulheres não viam a relação do uso desses métodos como uma possibilidade de liberdade de escolha feminina, causa que era bem estabelecida nos países europeus. A vinda de mulheres exiladas, após a anistia no final da década de 1970, e a integração destas com os movimentos já existentes no país, fez com que outras reivindicações passassem a ser exigidas (PEDRO, 2003). Os movimentos de mulheres passaram a ter maior destaque no início da década de 1980, e considerando a situação precária das condições de saúde feminina nesse período, houve demandas pela criação de um programa que englobasse a saúde da mulher de forma integral (OSIS, 1998).

O PAISM tinha como público alvo a população feminina, e as ações pretendidas da política tinham como meta trabalhar com foco na assistência integral, aumentando a capacidade resolutiva da rede de serviços, com enfoque no cunho educacional, trabalhando questões de promoção, prevenção e recuperação da saúde, proporcionando à mulher um maior controle sobre a sua saúde e seus cuidados. E para que fosse possível essa assistência integral, os planos de ações seriam desenvolvidos considerando a assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato. Para desenvolvimento das atividades, as três esferas governamentais iriam atuar junto às secretarias de saúde e localmente nas equipes de saúde, fornecendo suporte técnico e articulações quanto à estruturação do plano, levando em consideração as especificidades e as possibilidades de cada região, bem como realizaria o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do programa (BRASIL, 1985; MEDEIROS e GUARESCHI, 2009).

O PAISM foi considerado um programa revolucionário, ao pensar na mulher não apenas dentro do seu ciclo gravídico puerperal, e considerar questões de planejamento familiar e nas entrelinhas da saúde reprodutiva. O próprio termo 'saúde reprodutiva', na época de elaboração da política, ainda não tinha uma definição difundida no contexto social (OSIS, 1998). Ao observar as atividades componentes do plano de implementação do programa de 1983, observa-se uma realidade em que a valorização preliminar da atenção primária à saúde na rede básica de serviços do Estado e as menções sobre educação (educação em saúde no pré-natal e qualificação dos profissionais de saúde), buscando-se a integração entre os governos federais, estaduais e municipais, além de considerar as especificidades regionais evidenciam as influências do movimento da reforma sanitária brasileiro que deram sustentação à formulação do SUS na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e sua consolidação na Constituição de 1988.

No âmbito internacional, os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ser destaque em conferências de saúde como as que aconteceram no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995, nas quais o Brasil teve participação. Como forma de atender aos acordos estabelecidos nessas conferências (MOREIRA e ARAÚJO, 2004), e para garantir o direito definido na constituição, o Brasil

instituiu a Lei 9.263/1996 que trata do Planejamento Familiar, regulamentando a oferta de serviços nesta área, e atribuindo ao Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e em conjunto com parceiros, a promoção das condições e o fornecimento dos recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos para assegurar o livre exercício do planejamento familiar. Neste contexto, o planejamento familiar foi entendido “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).

Todavia, um estudo realizado com o objetivo de verificar as experiências das mulheres no acesso aos serviços de planejamento familiar e suas vivências, observou que a implementação do programa não foi efetiva, seja por múltiplos interesses envolvidos na questão, ou pela restrição ao uso de alguns métodos contraceptivos, dando enfoque principalmente aos anticoncepcionais orais. A falta de esclarecimento e a fragilidade de acompanhamento sobre o uso dos métodos contraceptivos, como também a dificuldade em tratar da sexualidade como direito, ainda sobre influência das relações de submissão da mulher ao homem, efeito da sociedade patriarcal, e da fragmentação da prestação de serviços pelos profissionais de saúde quanto à promoção e educação em saúde (FERREIRA, COSTA e MELO, 2014).

O período com maior incidência da elaboração e implementação de políticas públicas ligadas aos DSR correspondeu aos governos Lula (1º e 2º mandatos) e Dilma (1º mandato). No contexto apreciado pode-se destacar, o elevado apelo popular dos mandatos, caracterizado pelo desenvolvimento de políticas que visavam à redução da desigualdade social, pela frequência elevada de conferências populares como estratégias para elaboração de políticas públicas, e da consolidação do SUS como política pública de estado, especialmente, no que se refere aos princípios de universalidade, equidade e integralidade que configuram a âncora constitucional do sistema, com o aprimoramento da gestão e a discussão de seu financiamento (MACHADO, 2016).

Com o objetivo de consolidar a igualdade e a justiça na inserção da mulher na sociedade, assim como de ampliar o acesso da população a informações sobre saúde feminina, o ano de 2004 foi declarado pelo governo

como o “Ano da Mulher”, através da Lei nº 10.745, de 09 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003). A promoção de saúde da mulher volta a ser alvo de uma política específica como a elaboração da PNAISM, a partir de discussões em parceria com diversos segmentos da sociedade que contribuíram para a transformação do pensar sobre a saúde da mulher. A PNAISM foi considerada inovadora ao propor ações de humanização e de promoção da saúde, mantendo o conceito de atenção integral em todas as etapas de vida da mulher, e por preconizar ações a grupos específicos, normalmente esquecidos pela sociedade e serviços de saúde. Entretanto, apesar do avanço que foi a discussão desses assuntos, a efetiva implementação da política não foi vista em todos os municípios do país, visto a fragilidade dos serviços de saúde em contemplar na prática os princípios e diretrizes propostos na teoria (FREITAS, et al, 2009).

Os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) trouxeram ao contexto de saúde da mulher as questões de gênero, assegurando sua transversalidade dentro das políticas públicas, como a busca pela equidade dentro dos princípios do SUS e o enfrentamento das desigualdades presentes na sociedade. Dentre os três planos lançados pelos governos de 2005 a 2013, observou-se a tentativa de consolidação das políticas voltadas para as mulheres, e o empoderamento tanto social como econômico do público feminino. Porém, embora essas questões tenham sido incorporadas às políticas públicas, a sociedade patriarcal brasileira acaba por sobrecarregar a responsabilização das mulheres também nas questões de planejamento familiar (GONÇALVES e ABREU, 2018).

As ações de saúde sexual e reprodutiva estão elencadas como prioridades assistenciais na Atenção Primária à Saúde (APS) e como meio de consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Uma revisão de escopo realizada a fim de identificar os fatores envolvidos nas ações de implantação da Política de Saúde Sexual e Reprodutiva no cenário da APS, identificou, de forma geral, que a implantação e implementação dessas ações são dependentes de uma estrutura física adequada para manejo dos atendimentos, do planejamento e gerenciamento do processo de trabalho e do fornecimento e disponibilização de todos os métodos, e principalmente, da educação continuada de

profissionais de saúde e de gestores. Também foi observado que a implantação das políticas estava relacionada às particularidades regionais do país, com percentuais menores de implantação nas regiões Centro-Oeste e Norte (PAIVA e CAETANO, 2020).

Quanto à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, o documento original determinava que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) fosse a responsável por adotar as providências necessárias para a implementação da política no país, o que foi efetivado através da Portaria SAS n. 388, de 06 de Julho de 2005. Entretanto, sete dias após a publicação desta portaria, a Portaria nº 1.187, de 13 de Julho de 2005) suspendeu os efeitos da anterior para analisar os impactos financeiros de sua aplicação. Até 2019, a realização das técnicas de reprodução humana assistida e de tratamento de infertilidade com suporte do SUS ocorre somente em 5 estados brasileiros, que possuem hospitais conveniados para tal ação, sendo eles: São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Ou seja, a oferta e garantia desse direito no país é limitada e atinge uma pequena parcela da população (MORAES e AMARO, 2019).

A atenção integral à saúde de adolescentes e jovens apresenta lacunas na oferta de serviços. A qualificação dos profissionais de saúde para atenderem as necessidades específicas desta faixa etária é inadequada. Os adolescentes e jovens são tidos como participantes de seus cuidados de saúde, mas ainda encontram-se longe de atingir o protagonismo nas políticas públicas de saúde (LOPEZ e MOREIRA, 2013; SILVA e ENGSTROM, 2020).

Como estabeleceu Willard (1982), as necessidades de saúde são meios para atingir fins valiosos, e o reconhecimento de um serviço ou produto como necessário para modificar a realidade clínica de uma pessoa está na base da constituição do direito. Nesta perspectiva, as necessidades de saúde são construções sociais, lideradas, especialmente, pelo estamento científico-técnico-profissional-burocrático dos sistemas de saúde. As ênfases observadas nas políticas analisadas, quanto à utilização dos insumos tecnológicos e na aplicação da perspectiva biomédica do cuidado no controle dos corpos, além das condições desiguais refletidas no planejamento familiar e no controle de doenças, o que coloca a mulher em uma situação vulnerável, evidencia as

implicações da realidade social brasileira, no período estudado, na definição das necessidades de saúde sexual e reprodutiva e, por consequência, nas DSR.

Considerações finais

Nas políticas analisadas, observa-se uma correspondência importante dos conteúdos, princípios e estratégias com o contexto social e o papel da mulher historicamente, bem como entre as influências sociais e políticas na construção das necessidades de saúde sexual e reprodutiva e o exercício dos DSR. A mulher, inicialmente considerada apenas no papel que desempenhava dentro da família, voltado ao âmbito reprodutivo e materno, estava no centro das políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil, como primeira expressão das ações do Estado para assegurar os DSR no Brasil. Com a mudança histórica do papel da mulher na sociedade, o que inclui sua atuação no mercado de trabalho, um diferente papel na esfera civil e na configuração da família, e do fortalecimento dos movimentos feministas, as políticas públicas exibem mudanças históricas significativas, com um desenho voltado à atenção integral à saúde, porém, ainda limitada pela realidade social desigual observada no país.

O resultado da análise mostrou ainda que a participação popular e as condições favoráveis no âmbito do governo foram elementos essenciais para os avanços observados nas políticas públicas concernentes aos DSR no Brasil. Na perspectiva de se obter condições semelhantes no contexto político, postula-se a relevância de um processo amplo de debate para ressignificar os direitos sexuais e reprodutivos, em especial no âmbito das políticas públicas, com uma perspectiva mais equânime em termos dos papéis sociais associados ao gênero. Para o Brasil alcançar a plenitude na garantia da saúde sexual e reprodutiva as políticas públicas da área precisam abordar as necessidades na esfera da estrutura social, de forma que o exercício dos DSR reflitam um contexto de maior igualdade entre mulheres e homens.

Referências

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C., MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set.-dez., 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Estatística - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil - 1960**. Ano XXI. 1960.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 04 de junho de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 6.151 de 04 de Dezembro de 1974**. Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6151.htm . Acesso em: 24 de abril de 2021.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil - 1974**. Rio de Janeiro. v. 35. 1974b.

BRASIL. **Lei Nº 10.745 de 09 de Outubro de 2003**. Ano da Mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.745.htm . Acesso em: 18 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996**. Planejamento Familiar. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm . Acesso em: 18 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 - Ano da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação de Saúde), 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4a edição. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série B: Textos Básicos de Saúde), 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, Ministério da Saúde (Série I. História da Saúde), 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** 1. ed, 2. reimpressão. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2004b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução d.** Portaria nº 426/GM de 22 de Março de 2005. 2005c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm . Acesso em:

BRASIL. **Rede Cegonha.** Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011. 2011c
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
Acesso em: 21/06/2021.

COELHO, E. A. C., LUCENA, M. F. G., SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

FERREIRA, R. V., COSTA, M. R., MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 387-397, jul./dez, 2014.

FREITAS, G. L., VASCONCELOS, C. T. M., MOURA, E. R. F., PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009.

GONÇALVES, R., ABREU, S. Do plano nacional de políticas para as mulheres ao “machistério” de Temer. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 2, 2018.

GUERRA, H. S. et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**. v. 18, n. 1, p. 73-80, jan./jun. 2016.

LOPEZ, S. B., MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 4, p. 1179-1186, 2013.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde pública**. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. BIREME/OPAS/OMS São Paulo, 2004.

MACHADO, L. Z. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado. Contextos e incertezas. Cadernos Pagu, 2016

MEDEIROS, P. F., GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a Integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 296, janeiro-abril, 2009.

MEDEIROS, R. C. T. **PLANEJAMENTO FAMILIAR: POLÍTICA, ACESSO E NECESSIDADES**. [s.l.] UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE, 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ª edição ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde – Representação Brasil, 2012.

MORAES, C. A., AMARO, M. M. R. Políticas públicas e os direitos reprodutivos por reprodução humana assistida: pela efetivação dos direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**. v. 7, n. 3, 2019.

MOREIRA, M. H. C., ARAÚJO, J. N. G. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004.

NAÇÕES UNIDAS. The World Population Situation in 1970. Department of Economic and Social Affairs. POPULATION STUDIES, NO. 49. New York, 1971.

OLIVEIRA, M. J. A política geral do regime militar para construção de suas políticas econômicas (1964-1985). Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, S. M. Nove presidentes e um mercado: a influência ideológica no comércio exterior brasileiro (1974-2018). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2020.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 1998. Rio de Janeiro, v. 14. Supl. 1. p.25-32.

PAIVA, C. C. N., CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**. v. 24, n. 1, 2020.

PEDRO, J. Entre a ameaça da “bomba populacional” e a emancipação do corpo das mulheres: o debate sobre a contracepção no Brasil e na França (1960-1970). **Revista Projeto História**. São Paulo, v. 25, dez, 2002.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Plataforma de Cairo – 1994). UNFPA Brazil. Publicação 02 de janeiro de 2007.

SANTOS NETO, E. T., ALVES, K. C. G., ZORZAL, M., LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SILVA, R. F., ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface (Botucatu)**. v. 24. supl. 1, 2020.

SIMÕES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. *In*: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: uma visão geográfica e Ambiental no início do século XXI. IBGE – Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro, 2016. p. 39-73.

WALT, G., GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy And Planning**; v. 9, n.4, p. 353-370, 1994.

WALT, G. et al. "Doing" health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 5, p. 308–317, 2008.

WILLARD, L. D. Needs and medicine. **The Journal of medicine and philosophy**, v. 7, n. 3, p. 259–274, 1982.

7. CONCLUSÃO

O contexto histórico político brasileiro está intrinsicamente ligado aos aspectos econômicos e sociais do país. A partir de meados dos anos de 1960, o Brasil passou por diversos processos, desde a instituição do regime militar até o processo de transição para o retorno da democracia. Logo, as desigualdades econômicas e sociais da população brasileira foram, por vezes, acentuadas por consequência direta das propostas e modelos políticos adotados no país. A partir de movimentos populares, que se intensificaram nos anos 80, a reforma sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde e a instituição da Constituição Federal, a população passou a ser parte fundamental do desenvolvimento e das ações das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, sobre a figura da mulher, principal questão abordada nesta pesquisa, observou-se uma forte relação da sociedade a qual ela está inserida e as necessidades pelas quais passa para exercer seus direitos e deveres. A mulher inicialmente era vista apenas pelo papel que desempenhava dentro da família, voltado ao âmbito reprodutivo e materno, isto posto principalmente pela sociedade brasileira patriarcal. E por esse motivo que as primeiras políticas eram destinadas aos assuntos materno-infantis. A partir do momento que a mulher começa a ter um destaque na sociedade, conquistando espaço no meio social, político e econômico, ela também passa a ser evidência das formulações das políticas públicas, que se modificam assumindo um desenho voltado à atenção integral à saúde.

Por meio das diretrizes, objetivos, metas e planos de ações e implementações das políticas, percebeu-se a busca pela tentativa de englobar de forma integral as necessidades das mulheres, principalmente as relacionadas ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos e de planejamento familiar. Entretanto, há dificuldade na execução dessas ações na atenção primária, principal porta de entrada da população aos atendimentos em saúde, seja pela disponibilidade de recursos, muitas vezes escassas, ou pelo preparo dos profissionais de saúde através da educação continuada, que nem sempre conseguem atender as demandas da população nas ações de prevenção e

promoção, e também pela fragilidade da população alvo ao acesso aos serviços de saúde.

Portanto, fica presente a necessidade de ação dos gestores de saúde na atuação principal em proporcionar que as políticas públicas possam ser executadas em sua totalidade, tal qual são propostas, a partir do fortalecimento da atenção básica de saúde, dentro de um Sistema Único de Saúde bem estruturado.

8. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. M. DE et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 2, p. S465–S469, 2003.
- BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67, 2017.
- BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: **Problems and progress in medical care: essays on current research**. 7th series ed. London: Oxford University Press, 1972. p. 71–82.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. **Sexual and reproductive health matters**, v. 27, n. 2, p. 76-86, 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, 1988.
- BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **Diário Oficial da União**, v. 12, 2012.
- BRASIL. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1ª edição ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016** **Diário Oficial da União**, 2016.
- CORRÊA, D. A. S. et al. Factors associated with the contraindicated use of oral contraceptives in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.
- CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.
- CRUZ, I. C. F. DA. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 448–457, 2004.
- CUNHA, A. R. C. DA; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 6, p. 479–486, 2015.
- CUNHA, M. S.; VASCONCELOS, M. R. Fecundidade e participação no mercado de trabalho brasileiro. **Nova Economia**, v. 26, n. 1, p. 179–206, 2016.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. DO C. Incidence of congenital syphilis

- and factors associated with vertical transmission: Data from the birth in Brazil study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1–12, 2016.
- EUSEBIUS, S.; MENGÓ, C. A Hybrid Model for Analysis of Policy Making: US Global Sexual and Reproductive Health Issues in Developing Countries Act of 2013. **Journal of Womens Health, Issues and Care**, v. 04, n. 04, p. 1–9, 2015.
- FARIAS, M. R. et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl 2, p. 1–10, 2016.
- FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Sexual behaviors and condom use in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.
- FERRAZ, C. V.; NETTO, M. C. F. DA S. A pessoa com deficiência e o exercício da parentalidade: o direito à reprodução e ao planejamento familiar sob a ótica da diversidade funcional. **Revista Direito UFMS**, v. 4, n. 1, p. 139–154, 2018.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde - construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70–82, 2010.
- FERTONANI, H. P. et al. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165–181, 2001.
- GALLI, B.; DESLANDES, S. Threats of retrocession in sexual and reproductive health policies in Brazil during the Zika epidemic. **Cadernos De Saude Publica**, v. 32, 2016.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. [s.l.] Sage, 1989.
- LUCHESE, P. et al. **Políticas públicas em Saúde pública**. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. BIREME/OPAS/OMS São Paulo, 2004.
- MARTINEZ, E. Z.; DA ROZA, D. L. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. **Women and Birth**, v. 33, n. 2, p. e191-e198, 2020.
- MEDEIROS, R. C. T. **Planejamento familiar: política, acesso e necessidades**. [s.l.] UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE, 2019.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ª edição ed. Brasília: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL, 2012.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MORAES, S. P. DE; VITALLE, M. S. DE S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: Interações ONU-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2523–2531, 2015.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. DE. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 389–398, 2004.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 77, 2017.

OSTERMANN, A. C. Women's (limited) agency over their sexual bodies: Contesting contraceptive recommendations in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 290, p. 114276, 2021.

PACHECO, V. C. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 125–137, 2018.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde: Do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 41–60, 2017.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: A perspectiva das práticas profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2635–2644, 2012.

SILVA, M. N. DA; MONTEIRO, J. C. DOS S. Representatividade da mulher negra em cartazes publicitários do Ministério da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–7, 2018.

SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. DE. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 125–132, 2007.

TAVROW, P. Promote or discourage: how providers can influence service use. In: MALARCHER, S. (Ed.). **Social determinants of sexual and reproductive health - Informing future research and programme implementation**. Los Angeles, USA: World Health Organization, 2010. p. 15–36.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Sexual and reproductive health: Team competences in primary health care services. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3481–3490, 2018.

The World Bank Data. **World Development Indicators from Brazil**. Disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil> Acesso em: 20/01/2022

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Towards a theoretical model on medicines as a health need. **Social Science and Medicine**, v. 178, p. 167–174, 2017.

WALT, G. et al. “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 5, p. 308–317, 2008.

WILLARD, L. D. Needs and medicine. **The Journal of medicine and philosophy**, v. 7, n. 3, p. 259–274, 1982.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: QUADRO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

Política	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil	
Documento principal	V Conferência Nacional de Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/0212cns_anais1.pdf	
Ano de publicação	1975	
Contexto	Aspectos políticos	<p>A década de 1970 foi marcada pela continuação do poder da ditadura militar no Brasil, tendo como presidente Emílio Médici, de 1969 a 1974. Nesse período o regime militar dispunha de um grande sistema de inteligência e repressão política. Após foi dado início ao governo de Ernesto Geisel (1974-1979). O Ato Institucional número 5 (AI-5) prevaleceu por quase toda a década, bem como o sistema bipartidário que contava com o partido Aliança Renovadora Nacional (ARENA), responsável pelo suporte ao governo, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) como oposição. Ao fim de 1978, houve a abolição do AI-5. Em março de 1979 iniciou-se o mandato de João Batista Figueiredo, o qual sancionou a Lei da Anistia, dando continuidade ao processo de abertura política e restabeleceu o pluripartidarismo no país.</p> <p>O Programa Nacional de Saúde Materno Infantil é um dos documentos apresentados na V Conferência Nacional de Saúde em 1975. Ele foi elaborado em observância ao II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico-Social (PND) e de outros documentos legais que organizavam o setor materno-infantil (Decreto 69.514, de 9/11/71, que dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno-infantil; Decreto nº 74.891, de 13/11/74, que dispõe sobre a Estrutura Básica do M. S. e dá outras providências).</p> <p>No ano de 1974, através da lei nº 6036 de 01 de maio, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, o que permitiu ao Ministério da Saúde (criado em 1953) concentrar-se em sua ação normativa e nas ações de interesse coletivo.</p> <p>No mesmo ano de 1974, no mês de novembro, o decreto 74.891 no qual organiza a estrutura do Ministério da Saúde, criou-se as Coordenadorias Regionais de Saúde, como órgãos de atuação regional, facilitando a descentralização e estabelecendo um traço de união entre o Planejamento do Desenvolvimento Socioeconômico Regional e os Planos de Saúde.</p>

		<p>Conforme Decreto nº 69.514, de 9 de Novembro de 1971, que dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências, “compete ao Ministério da Saúde planejar, orientar, coordenar, controlar e, quando julgar necessário, executar as atividades relativas à proteção materno infantil, integradas na Política Nacional de Saúde, nos quesitos de I - Assistência à gestante, à nutriz e nos lactentes; II - Proteção à criança em idade pré-escolar; III - Proteção à criança em idade escolar. Com enfoque nas crianças de mais baixa renda e de regiões menos desenvolvidas.”</p> <p>Segundo o Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974 que dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências, diz que conforme o “Art. 7º Ao Conselho Nacional de Saúde, (CNS) compete examinar e propor soluções de problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da Saúde.; Art. 13. À Secretaria Nacional de Saúde (SNS), compete programar, organizar, coordenar, controlar, avaliar, supervisionar e exercer ações normativas em relação às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como executar ações de vigilância epidemiológica e fiscalização de vigilância sanitária de fronteiras, portos, aeroportos, medicamentos, alimentos, e de produtos ou bens, locais, agentes e atividades que interessem à saúde humana. Art. 15. Às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), diretamente subordinadas ao Ministro da Saúde, compete: I - Planejar, dirigir, coordenar, supervisionar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas Delegacias Federais de Saúde dentre outras atividades administrativas e de assessoria técnica”.</p> <p>Pode-se observar que no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) - uma parte dele foi direcionada para a Estratégia Nacional e Política de População. Conforme o próprio documento apresenta, o Brasil ainda era considerado um país subpovoado, devido à disponibilização de terra e má distribuição do crescimento demográfico. Dos mais de 93 milhões de habitantes (93.139.037) do Brasil no ano de 1970, apenas 3,86% residiam na região norte e 5,44% na região Centro-oeste do país.</p> <p>Por isso, havia a intenção de que a população continuasse crescendo com taxas razoáveis, porém com maior ocupação de áreas mais desocupadas, como Centro-oeste, planalto central e região amazônica. Bem como a preocupação com a taxa de natalidade e taxa de oferta de emprego e consequente distribuição de renda. Em 1970, a taxa de fecundidade no país era de 5,8 filhos por mulher e a taxa de natalidade era de 37,7 nascimentos para cada 1000 habitantes, e a taxa de mortalidade era de</p>
--	--	--

		<p>9,4 mortes para cada 1000 habitantes. 45% da população com 10 anos ou mais era economicamente ativa e destes apenas 21% eram mulheres.</p> <p>E segundo dados do Censo de 1970, aproximadamente 85% da população com 10 anos ou mais tinha como rendimento mensal até 1 salário mínimo.</p> <p>O documento do II PND traz, também, que a orientação da política demográfica brasileira respeitava o arbítrio do casal em expandir ou limitar a quantidade desejada de filhos, oferecendo oportunidade de informação. Esperava-se que houvesse realmente uma queda na taxa de aumento demográfico na década de 1970 de, aproximadamente, 2,7%. Desta forma havia uma previsão favorável de que o crescimento populacional seguiria uma relação aceitável com os ângulos econômico, social e de segurança, ou seja, a taxa de crescimento estaria relacionada com a capacidade efetiva de expansão das taxas de emprego e conseqüentemente de aumento do poder aquisitivo e remuneração da população. Todavia, se fosse necessário, a partir da análise e acompanhamento da evolução demográfica, seria considerado o uso de fatores supervenientes para controle de tal alteração.</p>
	Aspectos econômicos	<p>No ano de 1973, no Oriente Médio, uma guerra entre árabes e Israel culminou na vitória de Israel e conseqüente retaliação pelos árabes que estabeleceram cotas de produção de petróleo e triplicou o preço do mesmo. Assim começou a crise que desestabilizou a economia mundial, e com o aumento abrupto do preço do petróleo a balança comercial brasileira passou a apresentar déficits sendo insustentável manter o crescimento econômico que estava ocorrendo no país.</p> <p>Na primeira metade da década 70, houve o auge do período da ditadura militar, conhecido por "milagre econômico", o que colocou o Brasil na posição de oitava maior economia do mundo. Entretanto, esse crescimento não permaneceu elevado na segunda metade da década, justamente devido a crise mundial do petróleo e o aumento dos juros internacionais.</p> <p>O Produto Interno Bruto cresceu em média 10% ao ano durante o milagre econômico e a inflação se manteve estável após medidas de controle de moeda, salário e dos preços dos produtos industrializados.</p> <p>Durante o período de 1968 a 1973, a indústria cresceu em média 15% ao ano, a inflação reduziu de 25% para aproximadamente 15% em 1973, houve um acúmulo de reservas internacionais, atingindo em torno de U\$6,4 bilhões e também um aumento considerável da dívida externa (U\$12,6 bilhões). Esses feitos foram possíveis devido à combinação de</p>

	<p>aspectos internos e externos, por exemplo o crescimento de exportações brasileiras em 25% ao ano. Entretanto, com a crise a partir do ano de 1973, e com a queda da economia brasileira, que na época importava mais de 80% do petróleo para uso interno, a dívida externa subiu de U\$12,6 para U\$50 bilhões ao fim de 1979.</p> <p>Houveram diversas iniciativas nas áreas econômica e social e grandes obras foram inauguradas. Porém, ao mesmo tempo que ocorreu esse desenvolvimento no país, também aumentou a desigualdade na distribuição de renda na população, isto porque seguiu-se a teoria do “crescimento do bolo” no qual foi primeiro assegurado o aumento da riqueza nacional antes de dividir os proveitos desse desenvolvimento.</p> <p>Todavia, com a crise do petróleo e com o objetivo de reordenar o desenvolvimento no país e uma organização de controle econômico, adotou-se as orientações do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979).</p> <p>Com medidas adotadas no governo de Geisel, o qual utilizou o endividamento externo como base, o país conseguiu manter o crescimento médio de 8% no período de seu governo. Porém o aumento da inflação, de proporções assombrosas, durante a década de 1970, fez com que só aumentasse o desequilíbrio na economia do país. A inflação flutuou de 20% no início dos anos 70 para aproximadamente 40% na metade da década e cerca de 99% em 1979.</p>
Aspectos sociais	<p>É sabido que durante os anos de 1969 e 1973, houve no Brasil um elevado crescimento econômico conhecido como “Milagre Econômico”. Concomitantemente, houve no país o aumento da concentração de renda e da desigualdade social. Nesse período também houve o apogeu da era da ditadura onde prevalecia o Ato Institucional número 5 (AI-5), a repressão, a omissão dos grupos de oposição e a violação dos direitos humanos.</p> <p>Durante a década de 1970, a população brasileira cresceu 28%, abaixo do que ocorreu na década de 1960 (33%) e 1950 (35%), ou seja, a população passou de 93 para 119 milhões de pessoas. Também foi possível observar a diminuição no crescimento da população rural, com um recuo de 6%, indo de 41 para 38,6 milhões de pessoas. E conseqüentemente, ocorreu um crescimento da população urbana de 54%, com um aumento de 52 para 80 milhões de pessoas.</p> <p>Segundo as informações do próprio documento da política, a população brasileira projetada pelo IBGE para 1975, com base no censo realizado em 1970, era estimada em 107.051.173, com a densidade demográfica de 12,5 Hab/km², e um índice de</p>

		<p>urbanização de 60% aproximadamente.</p> <p>O coeficiente de mortalidade geral previsto era de 9 óbitos por mil habitantes, enquanto o de natalidade era de cerca de 36 nascidos vivos por mil habitantes. A expectativa de vida ao nascer dos anos próximos de 1970, era, aproximadamente, de 60 anos, com uma taxa de crescimento demográfico de 2,7%.</p> <p>O documento também descreve que haviam estruturas hospitalares, porém 84% eram mantidas por entidades particulares, e a quantidade de maternidades e hospitais infantis era muito baixa, assim como locais especializados para atendimentos obstétricos e ginecológicos e pediátricos. Dos recursos humanos, era uma taxa pequena de médicos pediatras (8% do total) e ginecologistas (4%). Em 1971, havia 0,87 enfermeiros de nível superior para cada 10000 habitantes, e 1 enfermeiro para cada 6 médicos. Quanto aos profissionais de enfermagem de nível médio e auxiliar, existiam 14 profissionais para cada enfermeiro de nível superior.</p> <p>Os níveis de saúde do grupo materno-infantil eram considerados insatisfatórios em virtude das elevadas taxas de morbidade e mortalidade; elevada proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos; elevada proporção de óbitos em crianças de 1 a 4 anos; predominância de óbitos por causas evitáveis. Um dos motivos da retomada à ênfase da nutrição do grupo infantil, visto a preocupação com as altas taxas de mortalidade que cresciam principalmente em algumas regiões do país, além da necessidade de propiciar um maior rendimento escolar de aprendizagem.</p> <p>Conforme o documento da política, quanto à assistência hospitalar, para-hospitalar e médico-sanitária, pôde-se concluir que existia uma inadequada distribuição geográfica e populacional; limitado número de leitos por habitante, principalmente para o grupo infantil; excessivas internações hospitalares conseqüentes a insuficiência da rede ambulatorial, agravada pela quase inexistente integração ambulatorio-hospital-comunidade; ausência quase absoluta de programas e coordenação das unidades de prestação de serviços; precariedade e má utilização do equipamento e instalações.</p> <p>Com referência a Recursos Humanos, os dados traziam a presença de baixa proporção dos elementos da equipe de saúde em relação à população; insuficiência de médicos especializados em relação ao grupo materno-infantil; inversão da proporção médico-enfermeiro; insuficiência quantitativa e, especialmente, qualitativa do pessoal de nível médio e auxiliar; má distribuição geográfica de pessoal médico e paramédico na área materno-</p>
--	--	--

		<p>infantil.</p> <p>O analfabetismo ainda estava muito presente. Segundo o Censo de 1970, aproximadamente 37% da população não possuía instrução educacional.</p> <p>Observou-se também a existência de déficit de saneamento básico, pois, dos 3.953 municípios existentes em 1974, 68,4% não tinham abastecimento d'água e 86,8% não tinham esgoto. Apesar da área rural apresentar maiores deficiências, a área urbana era ainda bastante precária, pois em 1974, 47,9% dos domicílios não dispunham de abastecimento regular de água encanada e 75,79% não possuíam instalações sanitárias ligadas à rede geral.</p> <p>Nesta década foi observado também uma desaceleração do crescimento demográfico, justificado também, pela diminuição da taxa de fecundidade devido às mudanças comportamentais movidas pelo processo de urbanização (maior acesso à informação, aos métodos contraceptivos, ingresso no mercado de trabalho e aumento das despesas com a criação e formação dos filhos que na cidade era muito maior do que no campo).</p> <p>O II PND apresentou também a estratégia de desenvolvimento social, que tinha como objetivo o aumento considerável de renda em todas as classes sociais, reduzindo da mesma forma a pobreza absoluta, de maneira a tentar equilibrar a distribuição de renda enquanto o país mantinha o crescimento econômico. Pois segundo o texto, com base na análise e comparação dos Censos de 60 e 70, observou-se uma melhora em todas as classes sociais, apesar de que as classes de mais baixa renda apresentaram acréscimos menores. Esse aumento do índice de concentração de renda teve ligação com o aumento da participação do setor da indústria na economia do Brasil.</p> <p>Em relação ao Código Civil, as relações humanas eram organizadas através do Código Civil de 1916, com particulares alterações realizadas sendo elas a lei 4121 de 27/08/1962 que discorria sobre a situação jurídica da mulher casada e a lei 6515 de 26/12/1977 que regulava os casos de dissociação da sociedade conjugal e do casamento.</p>
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Conforme documento do programa, dentre os princípios e diretrizes constavam as atividades de planejamento familiar como uma medida para compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno. As ações de planejamento familiar deveriam respeitar a decisão do casal sobre o tamanho da sua prole. Além de trabalhar ações de detecção de riscos e prevenção nos períodos pré, peri e pós-natal.
	Objetivos	O objetivo central do Programa Nacional de Saúde

	<p>Materno-Infantil na década foi contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil. Contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho. E promover a garantia do nascimento de crianças saudáveis e da integralização do núcleo familiar.</p>
Metas	<p>Para atingir o objetivo proposto, foram estabelecidas algumas metas que deveriam ser alcançadas até o ano de 1979, tais como atingir a cobertura de 50% da população de gestantes e na assistência técnica ao parto. Atingir a cobertura de 20% na assistência ao puerpério. E atingir 60 e 50% de cobertura em relação à assistência infantil para menores de 1 ano e para crianças de 1 – 4 anos, respectivamente.</p>
Planos de ação e implementação	<p>O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna, Assistência à criança e ao adolescente, Expansão da Assistência Materno-Infantil, Suplementação alimentar, Educação para a saúde e Capacitação de Recursos Humanos.</p> <p>Quanto ao que abrangia questões de DSR tinha-se a assistência pré-natal precoce contínua e regular, supervisão técnica ao parto e ao puerpério, assistência às doenças ginecológicas, além de oferecer orientação sobre comportamentos que resultem em proteção à saúde, bem como capacitação dos profissionais de saúde para orientação da população.</p>
Recursos	<p>O financiamento das ações ficaram a cargo do Estado, Ministério da Saúde e outras instituições colaboradoras.</p> <p>O município deveria colocar em tabelas as informações referentes aos recursos financeiros oriundos de cada local. E também preencher uma tabela com os recursos financeiros que seriam necessários a curto e médio prazo, especificando a contribuição financeira a cargo do Estado, do Ministério da Saúde através da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) e de outros órgãos em cada categoria, subcategoria e elemento econômico projetando-a nos quatro anos considerados para desenvolvimento das ações/tarefas do programa.</p> <p>Recursos da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) - Nos subprogramas Expansão da Assistência Materno-Infantil e Capacitação de Recursos Humanos deveriam ser especificados os elementos relativos aos gastos efetuados.</p>
Atores	<p>O documento foi revisado e atualizado por técnicos da Coordenação de</p>

envolvidos/ grupos de interesse	<p>Proteção Materno-Infantil (CPMI), da Secretaria Geral e da Assessoria do Gabinete do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde, desta forma, tinha como papel cumprir e fortalecer o princípio da atuação integrada a nível federal e coordenada com as Secretarias de Saúde dos Estados e Territórios, responsáveis diretas pela prestação de serviços de saúde às comunidades urbanas e rurais.</p> <p>BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Organização não-governamental, de ação social, fundada em 1966, que oferece assistência em saúde sexual e orientação ao planejamento familiar. É filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar. Foi reconhecida, em 1971, pelo governo do país como entidade de utilidade pública.</p>
Processo	<p>A elaboração do programa se deu através da realização da V Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto no 75.409, de 25 de fevereiro de 1975, e regulamentada pela Portaria no 235, de 3 de junho de 1975, foi instituída pelo Presidente da República e contou com a presença dos Ministros das Relações Exteriores, da Saúde e dos demais membros do Conselho de Desenvolvimento Social. Presentes igualmente, representantes do Senado e da Câmara Federal e outras altas autoridades do país.</p> <p>O Governo selecionou cinco temas trazidos à consideração dos participantes da conferência, onde buscou identificar e definir os problemas em pauta, para encontrar a melhor forma de encaminhar e implementar os programas, atividades e tarefas que conduziram à integração de esforços e ações, orientados por uma política de trabalho da qual participaram os órgãos e entidades do poder público de todos os níveis, assim como organizações privadas, voltados todos para esforço comum e solidário em benefício da comunidade.</p> <p>Participaram dos trabalhos da Conferência 217 delegados, 77 observadores e como convidado especial o Dr. Hector Acuña, Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde.</p> <p>Foram realizadas 7 sessões plenárias tendo sido, a primeira e a última, presididas pelo Sr. Ministro da Saúde, Dr. Paulo de Almeida Machado.</p> <p>Os participantes foram distribuídos em 14 grupos de trabalho para discutir cada um dos 5 temas constantes na agenda, e cada grupo contava com apresentador e relator especial. Os participantes para desempenhar tal função referente ao tema II - Programa Nacional de Saúde Materno-infantil foram: Dr. João Yunes e Dra. Célia Maria de Almeida Brunoro.</p>
Público Alvo	Grupo materno-infantil (mulher em idade fértil - 15 a 49 anos, gestante, parturiente, puérpera, criança e adolescente - até 19 anos)
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Decreto nº 69.514, de 9 de Novembro de 1971 - Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências. Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974 - Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências (esse decreto depois foi revogado pelo decreto 79056 de 1976 e pelo decreto de 05/09/1991).
Referências	<p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf</p> <p>https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-69514-9-novembro-1971-417915-publicacaooriginal-1-pe.html</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D74891.htm</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/anexo/ANL6151-</p>

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Política	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	
Documento principal	Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf	
Ano de publicação	1984	
Contexto	Aspectos políticos	<p>A década de 1980 foi marcada pelo fim do regime da ditadura militar e retorno à democracia, que teve como maior símbolo a assembleia constituinte de 1986 e o documento criado a partir dela: a Constituição de 1988.</p> <p>O início da década tem como governo o presidente João Batista Figueiredo (1979 - 1985). No ano de 1984, a população começou a ir às ruas exigir o retorno das eleições diretas para presidente. Porém a proposta de emenda constitucional não foi aprovada e em 1985 Tancredo Neves foi eleito indiretamente o primeiro presidente civil após o golpe de 1964 e isto marcou o fim do regime militar no país e o início da redemocratização. Tancredo faleceu logo após sua eleição e por isso, seu vice José Sarney assumiu o cargo de presidente. Esse período ficou conhecido como Nova República.</p> <p>Uma emenda constitucional criada em 1985 retomou as eleições diretas para presidência e prefeituras, aprovou o direito ao voto para maiores de 16 anos, acabou com a fidelidade partidária, flexibilizou as condições para a inscrição de novos partidos políticos. E em 1988, foi proclamada a nova constituição brasileira, a qual organizou as diretrizes para as eleições diretas.</p> <p>Somente em 1989 que a população brasileira teve a oportunidade de ir às urnas para votar e escolher o novo presidente da república. Foi a eleição mais concorrida da história, com 24 candidatos, marcada por grandes comícios e horário eleitoral. O presidente eleito foi Fernando Collor de Mello, que ganhou as eleições em segundo turno.</p>
	Aspectos econômicos	<p>Em relação aos aspectos econômicos, a década de 1980 foi marcada por um crescimento negativo e muitas intervenções drásticas na economia. Em 1982, eclodiu a crise da dívida latino-americana, onde o governo brasileiro, assim como outros governos da região, utilizaram como estratégia o endividamento externo para auxiliar no crescimento do país que vinha</p>

	<p>sofrendo com a crise de 1973. Durante os anos 80 a 84, o Brasil teve um crescimento médio anual de - 0,3%, o PIB conseguiu ter um superávit de 0,1%, porém a inflação subiu de 99,3% em 1980 para 215,3% em 1984.</p> <p>Em 1985 iniciou-se o regime civil e a atuação principal se manteve no combate à inflação. Porém sem apoio às tentativas de ajustes econômicos, em 1987 se mantinha os altos índices de inflação, assim como crescia a dificuldade de financiamento da dívida externa. O crescimento da economia na década de 80 foi, aproximadamente, de 2,9%. E esse período foi reconhecido por “década perdida”, pois não houve resoluções aos problemas existentes. Entretanto ressalta-se que a crise econômica brasileira teve início na década anterior.</p> <p>A crise econômica de 1983 gerou elevadas taxas de desemprego, sendo de 4,9% para os homens e de 4,8% para as mulheres. Apresentou também, uma forte redução do trabalho formal e consequente aumento do trabalho sem carteira assinada, obtendo um crescimento de 41,9% em 1981 para 47,2% em 1983 e apenas em 1987 que as taxas do trabalho formal voltaram aos patamares do início dos anos 80.</p> <p>A participação da mulher do grupo de população economicamente ativa (PEA) atingiu 28% e as taxas internas variaram conforme o estado civil. Observou-se que em 1980, 36% das mulheres da PEA feminina era formada por mulheres casadas. Foi observado, então, nesse período, o aumento do trabalho familiar, com a participação das cônjuges e dos filhos.</p>
Aspectos sociais	<p>A proclamação da Constituição, em 1988, trouxe como um dos pontos principais a garantia dos direitos humanos, a proibição da censura e da tortura, transformou as ações de racismo em crime e propôs a igualdade de direitos entre homens e mulheres.</p> <p>Conforme o Censo Demográfico de 1980, a população total do país era de 119.070.865 habitantes, sendo que 31,86% correspondiam à população feminina acima de 15 anos. A população feminina com 15 anos ou mais equivalia a 63,3% do total de mulheres no país, e mulheres com idade entre 10 e 14 anos atingia um total de 11,3%, no ano de 1980.</p> <p>7% do total de óbitos gerais pertencia ao grupo de mulheres com idade entre 15 a 49 anos. As sete principais causas de óbitos, para o grupo feminino de 15 a 49 anos, eram as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8%; causas externas (acidentes e violências), 16,7%; neoplasmas, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4 % ; doenças do aparelho respiratório, 6,7%; doenças do aparelho digestivo, 6,3%, e complicações da gravidez, do parto e do puerpério, 5,9%.</p>

		<p>Tendo em vista as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, se observava que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto eram os mais frequentes, mesmo que na época já era de conhecimento que tais causas eram facilmente evitáveis através da realização de uma adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. Referente aos óbitos por neoplasias malignas, também eram considerados evitáveis por meio da realização de exames preventivos de mama e de colo uterino.</p> <p>Foi observada uma queda na taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2, em 1960, para 5,65, em 1970, e 4,5, em 1977. Tal decréscimo era associado principalmente ao aumento do uso de métodos anticoncepcionais pela população em idade reprodutiva. Porém existia o questionamento se esse elevado uso dos métodos estava relacionado à uma livre escolha da mulher ou do casal, se essas pessoas tinham as informações sobre uso correto e potenciais riscos, bem como se eram acompanhadas pelo serviço de saúde.</p> <p>Outro motivo era considerado para o aumento do consumo de anticoncepcionais: diminuição da quantidade de filhos, tendo em vista que o país e, principalmente, as famílias encontravam-se em uma situação de crise econômica, com má distribuição de renda, dificuldade de emprego e condições precárias de vida dessa população.</p> <p>O documento da política pública elencou os principais problemas de saúde na população feminina, dentre eles: baixa cobertura de acompanhamento pré-natal, muitas vezes relacionado à má qualidade assistencial e esta cobertura estava relacionada ao nível de renda das mulheres, onde para as mulheres de baixa renda a média de cobertura era de 70%, e para as de renda maior em torno de 94%; inadequação da assistência prestado ao parto, relacionado ao aumento da medicalização, má qualidade da assistência, elevação da taxa de cesarianas que nos estados em que havia melhores percentuais sobre o atendimento à mulher, observava-se taxas de parto cesárea entre 24% a 43%; redução dos índices de aleitamento materno, associado à mudança de valores da sociedade e aumento dos substitutos do leite materno; altas taxas de morbimortalidade por câncer de mama e de colo de útero, mediante também à uma baixa cobertura assistencial, além de dificuldade no acesso efetivo à exames para detecção precoce das patologias e consequente tratamento precoce; falta de acesso às informações e aos meios contraceptivos para</p>
--	--	---

		regulação da fertilidade, visto que este já era considerado um direito fundamental da pessoa, além da falta de assistência às pessoas que já faziam uso de algum método, principalmente porque a maioria das mulheres buscavam informação em locais pouco confiáveis ou de qualidade duvidosa, além do receio do uso incorreto pelo fato de alguns métodos serem contra indicados em algumas situações de saúde.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.</p> <p>O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. E pressupõe uma prática educativa que permeia todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.</p> <p>O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios de equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico.</p> <p>Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.</p>
	Objetivos	<p>Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.</p> <p>Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.</p> <p>Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.</p> <p>Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.</p> <p>Além de ações para aleitamento materno, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, controle das doenças sexualmente transmissíveis</p>

Metas	As ações previstas nesta política fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população, no sentido de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços, trabalhando com o olhar da assistência integral, traduzindo na prática, uma abordagem integral do indivíduo e de grupos, procurando efeitos coletivos de prevenção e de proteção ao longo dos anos.
Planos de ação e implementação	<p>Propõe-se um conjunto de procedimentos, aplicáveis indistintamente a todos os elementos do grupo feminino, independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual, e da fase da vida reprodutiva em que se encontre.</p> <p>Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.</p> <p>Os conteúdos mais específicos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato, dentre os relacionados ao DSR estão: Diagnóstico de doenças do aparelho genital e das mamas, Orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade, Esclarecimento, orientação e implementação de métodos contraceptivos, Identificação dos casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica. Acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal, parto e puerpério, Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção, Oferecimento de alternativas de regulação da fertilidade nos casos indicados.</p>
Recursos	Responsabilidade das três esferas governamentais (União, Estados e Municípios).
Atores envolvidos/ grupos de interesse	O documento foi elaborado com auxílio de equipe de ginecologistas da UNICAMP, Organizações do movimento de mulheres pela saúde, Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI).
Processo	O atendimento à mulher anteriormente era pensado quase que

	<p>exclusivamente referente ao seu período gravídico puerperal, sendo deficiente em outras linhas de cuidado da saúde da mulher, como na assistência preventiva e diagnóstica. Considerando que a mulher tinha sua presença crescendo no mercado de trabalho, além do papel primordial que desempenhava dentro do núcleo familiar, a falta dessas ações assumiu um destaque importante.</p> <p>Nesse sentido, a política foi pensada e estruturada de forma que atingisse a assistência integral à mulher, com ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.</p> <p>Segundo o documento do programa, a definição do conceito de assistência integral à mulher preconizado pelo Ministério da Saúde era: “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde”.</p>
Público Alvo	Programa específico dirigido à mulher, em todas as fases de sua vida, e que vinham sendo negligenciados.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Não há documentos.
Referências	<p>https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1983.php?iframe=lanc_paism_1983</p> <p>http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280858/1/Osis_MariaJoseMartinsDuarte_M.pdf</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf</p>

Planejamento familiar - Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996

Política	Planejamento familiar - Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996	
Documento principal	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9263&ano=1996&ato=c07gXUq1UMJpWT6b4	
Ano de publicação	1996	
Contexto	Aspectos políticos	<p>Fernando Collor tomou posse na presidência em março de 1990, mas renunciou à presidência no final de 1992 após sofrer acusações de corrupção. Então, o vice-presidente Itamar Franco assumiu o cargo de presidente, porém não obteve um bom desempenho frente à crise econômica do país.</p> <p>Junto ao sucesso do Plano Real, Fernando Henrique Cardoso foi eleito presidente da república no final de</p>

		<p>1994 e também foi reeleito em 1998.</p> <p>A década de 1990 foi marcada por posturas políticas do neoliberalismo, onde houve incentivos e ações voltados à inserção econômica do país no novo contexto mundial do capital financeiro.</p> <p>Em 1993, foi feito um plebiscito para escolha de como seria o sistema de governo e este ato contou com a participação de mais de 67 milhões de eleitores às urnas e ficou decidido pela manutenção da república e do sistema de presidencialismo. Em 1994 também foi aprovada uma emenda constitucional reduzindo de cinco para quatro anos o mandato presidencial. E em 1996 deu-se início o uso das urnas eletrônicas durante as eleições municipais.</p>
	Aspectos econômicos	<p>No início do ano de 1990, as taxas de inflação eram as mais altas da história do país, decorrente das dificuldades da década anterior. E foi no governo do presidente Fernando Collor que foi instituído o Plano Collor, a fim de controlar a hiperinflação. O plano incluía o confisco da riqueza financeira dos brasileiros. Porém esta ação teve pouca influência na inflação, que teve uma queda temporária. Entretanto, o país entrou em forte recessão, e por isso o dinheiro que havia sido confiscado foi devolvido aos brasileiros e essa ação oportunizou uma retomada da economia, mas também houve o retorno do aumento da inflação.</p> <p>O governo Collor conduziu a economia do país com duas novas ações: privatização de empresas estatais e abertura às importações. Entre o final de 1992 e o início de 1993, o presidente Itamar Franco, para tentar controlar a inflação, trocou o ministro da fazenda três vezes, sem sucesso, até que em maio de 1993 chamou Fernando Henrique Cardoso. Este trouxe economistas que estavam estudando um plano para acabar com a hiperinflação e assim o Plano Real foi estruturado e introduzido em julho de 1994. E assim, depois de quinze anos com as mais altas taxas de inflação, o Brasil conquistou a estabilidade de preços iniciando uma nova era no país.</p> <p>Entretanto, a média de crescimento entre os anos de 1991 a 1999 foi de aproximadamente 2,3% ao ano, um desempenho melhor que o apresentado na década anterior, mas ainda não foi considerado satisfatório. Porém os acontecimentos que ocorreram na economia durante a década de 1990, mostraram muitas melhorias e um caminhar que gerou expectativas em relação a outra década que se aproximava, a partir dos anos 2000.</p> <p>Em relação aos dados macroeconômicos da década de 1990, o índice de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) foi de 1,7% ao ano; a inflação anual média foi de 278%; as exportações cresceram em média 4,5% ao ano. Esses dados foram muito próximos dos</p>

	<p>observados da década de 1980, porém houve duas grandes diferenças entre essas décadas no desenvolvimento perante à instabilidade e crise econômica, no qual na segunda metade da década de 90 a economia apresentou um crescimento e desenvoltura melhor, além da realização de reformas que elevaram a taxa de crescimento do país.</p> <p>A partir de 1995, com o funcionamento do Plano Real, a economia brasileira foi caracterizada por apresentar baixos índices e um contínuo declínio da inflação, desequilíbrio nas contas públicas, alterações nas taxas de câmbio entre outros acontecimentos, que começaram a ser revertidos por parte do governo a partir de 1999.</p> <p>O último ano da década, 1999, foi marcado por nova alteração na política econômica do país, em que foram adotadas novas regras para as políticas de câmbio, monetária e fiscal. E assim, após o período de turbulência, voltou a existir uma calma econômica.</p>
Aspectos sociais	<p>Até o ano de 1994, devido a todos os problemas econômicos pelos quais o país passou, os indicadores sociais apresentavam a mesma volatilidade. Foi a partir da boa desenvoltura do Plano Real, que os indicadores de desigualdade, pobreza e bem-estar social começaram a apresentar melhorias.</p> <p>Durante grande parte da década de 1990, observou-se elevadas taxas de desemprego, de aproximadamente 5,7%. Ao final da década havia aproximadamente 12 milhões de pessoas sem emprego no Brasil. Muito desse aumento estava relacionado com o processo de automação das indústrias e consequente aumento do trabalho informal. A crescente desigualdade social manteve-se devido a distribuição desigual de renda no país. Esses fatores estavam relacionados a uma queda da qualidade de vida dos brasileiros, bem como no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - que em 1999 era de 0,739, ocupando a 79ª posição, sendo considerado um país com médio IDH.</p>

Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>O planejamento familiar é direito de todo cidadão.</p> <p>...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.</p> <p>Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.</p>
	Objetivos	<p>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:</p> <p>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 prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.</p>
	Metas	O documento não cita.
	Planos de ação e implementação	<p>Ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.</p> <p>Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.</p>
	Recursos	Os recursos seriam definidos a partir da NOB 1996, conforme Portaria SAS n.º 048, de 11 de fevereiro de 1999.
Atores envolvidos/ grupos de interesse.	Ministério da Saúde e Instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis.	
Processo	Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras	

	<p>providências.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Público Alvo	A mulher, o homem ou ao casal.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	<p>Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996</p> <p>Portaria SAS n.º 048, de 11 de fevereiro de 1999.</p> <p>LEI 13.045, de 25/11/2014: altera inciso v do parágrafo único do art. 3º</p>
Referências	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf

Análise histórica da década de 2000

Contexto	Aspectos políticos	<p>Em relação às políticas públicas e organização à nível de governo referente às questões de gênero, em 2003 foi criado a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) que possuía status de ministério e estava diretamente ligada à presidência. E a partir de 2004 entraram na linha de atuação da SPM os mais diversos temas relacionados à mulher, onde foram incluídos nas políticas públicas propostas a fim de discutir a transversalidade de gêneros. Foi nesta década que houveram as maiores deliberações e desenvolvimento de políticas públicas quanto ao tema.</p> <p>Em 2002 houve eleição presidencial, e em 2003 tomou posse como presidente Luís Inácio Lula da Silva, principal opositor do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. O presidente Lula manteve o programa econômico já existente e proposto pelo governo anterior, combatendo a inflação e intensificando o ajuste fiscal.</p> <p>Essas atitudes fizeram com que o mercado financeiro internacional voltasse a acreditar e apostar no Brasil, e o país cresceu no primeiro mandato do governo, com aumento no volume de exportações e crescimento no saldo da balança comercial.</p> <p>Houve uma importante consolidação do processo democrático que contou com a participação da sociedade civil nas pautas das agendas políticas e administrativas do país. E com base em todos os bons resultados econômicos e o apoio às questões sociais no país, ajudou Lula a ser reeleito em 2006.</p>
Contexto	Aspectos	Durante a década de 2000, o país passou por reformas macro e

	econômicos	<p>microeconômicas, que auxiliaram em um bom desempenho da economia brasileira, principalmente entre os anos de 2003 e 2006. O Brasil cresceu aproximadamente 4,6% ao ano durante esta década.</p> <p>Com o apoio do governo e o crescimento da renda dos brasileiros, conseqüentemente aumentou também o consumo interno dos produtos no país.</p> <p>No início da década, principalmente entre 2001 e 2003, o Brasil passou por mais um período de recessão, influenciado pela crise de energia no país, colapso econômico na Argentina e estagnação da economia americana.</p> <p>O governo brasileiro adotou políticas externas, o que passou a dar maior importância à promoção das exportações, ampliando a venda de produtos manufaturados. As exportações brasileiras cresceram uma taxa de aproximadamente 18,4% ao ano entre 2002 e 2008. Junto a esse crescimento, aumentou também a quantidade de empresas estrangeiras que começaram a investir no Brasil.</p>
	Aspectos sociais	<p>A década de 2000 foi marcada por importantes conquistas relacionadas aos aspectos sociais, como a redução da desigualdade da renda do trabalho e da pobreza. Essas alterações estavam relacionadas com o crescimento da oferta de empregos e do salário real, bem como com os programas de proteção social, como por exemplo o Programa Bolsa Família (PBF) que foi criado em 2003, a fim de reduzir os casos de pobreza e extrema pobreza no país. O PBF, em 2004, atingiu cerca de 6 milhões de famílias beneficiárias e no ano de 2009 já tinha alcançado 12,4 milhões de famílias.</p> <p>Durante os anos de 2004 e 2006, houve no Brasil um aumento dos empregos formais, com a geração de aproximadamente 1,2 milhões de vagas, contra as 600 mil vagas geradas entre 2001 e 2003.</p> <p>Entre 2004 e 2005, a queda na taxa de pobreza foi de 19,18%, reforçando a redução da desigualdade social.</p> <p>A maior queda no coeficiente Gini, o qual é utilizado para medir a concentração de renda e de terra, ocorreu durante os anos de 2001 a 2008, reduzindo mais de 5 pontos. Porém o país ainda estava em condições piores do que as apresentadas pelos demais países latino-americanos.</p> <p>A falta de segurança pública e a violência eram apontados pela sociedade como um dos principais problemas do país. A taxa de homicídio no Brasil girava em torno de 5% dos óbitos totais, tanto que em 2001 o Brasil era considerado o quinto país com a maior taxa de homicídios no mundo. A violência representava não somente um problema social, mas também econômico e político.</p> <p>A taxa de fecundidade continuou a declinar na década, onde tinha-se em 2000 uma taxa de 2,38, em 2008 estava em 1,86. A população idosa (acima de 60 anos) cresceu e em 2008 representava 11% da população total brasileira.</p> <p>Manteve-se o crescimento da população urbana em detrimento a rural, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, entretanto foi possível observar um aumento na ocupação da região Centro-Oeste e do Norte.</p>

		<p>As alterações nas estruturas sociais refletiu alterações na organização familiar, principalmente após a redefinição do papel da mulher na sociedade, assumindo novos espaços no mercado de trabalho e no setor público, alterando as relações tradicionais onde o homem era o provedor responsável pela família e a mulher responsável pelos cuidados dos familiares e do próprio espaço familiar.</p> <p>Na década de 2000, várias políticas sociais foram organizadas e desenvolvidas no Brasil, principalmente as relacionadas às questões de gênero e de raça, resultando em políticas para as mulheres e ações direcionadas à população negra.</p> <p>No ano de 2002 foi instituído o Novo Código Civil, pela lei 10406 de 10 de janeiro de 2002, o qual trouxe muitas mudanças, e mais igualdade nas questões de gênero.</p>
--	--	---

Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico

Política	Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico	
Documento principal	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf	
Ano de publicação	2002	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	<p>A Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984 e a Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, as quais orientam e regulamentam o planejamento familiar no país, foram documentos que auxiliaram na garantia à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção.</p> <p>O documento traz a informação que ainda na época, em 2002, o quadro de uso dos métodos de anticoncepção refletia algumas distorções da oferta dos mesmos no Brasil desde a década de 60, quando ela foi iniciada pelas entidades privadas de controle da natalidade, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e a laqueadura de trompas.</p>
Conteúdo	Princípios e	A atuação dos profissionais de saúde na assistência à

Diretrizes	<p>anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades educativas • Aconselhamento • Atividades clínicas <p>Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher.</p> <p>Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.</p> <p>A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.</p>
Objetivos	<p>Os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes.</p>
Metas	<p>As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade.</p> <p>O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa individualizado e centrado no indivíduo.</p> <p>As atividades clínicas devem ser realizadas levando-se em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde.</p>
Planos de ação e implementação	<p>Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A escolha da mulher, do homem ou do casal

		<ul style="list-style-type: none"> • Características dos métodos • Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método <p>O documento cita a melhor forma de abordagem durante as consultas para efetivas ações educativas quanto à escolha do tipo de método anticoncepcional.</p>
	Recursos	O documento não cita.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.	
Processo	Conforme consta no documento, para que fosse possível garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país, era necessário a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos. E para que esta ação realmente acontecesse, era preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde, além de ter profissionais de saúde capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada fase da vida. Sendo assim, com a construção do manual pretendia-se oferecer aos profissionais de saúde um conjunto de informações atualizadas sobre anticoncepção, a fim de apoiá-los nesta tarefa de fundamental importância.	
Público Alvo	Profissionais de saúde e conseqüentemente a mulher, o homem ou o casal	
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996.	
Referências	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf	

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Política	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	
Documento principal	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf	
Ano de publicação	2004	
Contexto	Aspectos políticos	No ano de 2004, foi sancionado pelo presidente da época, Luiz Inácio Lula da Silva, a lei nº 10745, no qual declara que 2004 seria o Ano da Mulher. Esta

		lei estabeleceu que o poder público iria promover ações e instituir programas com o objetivo de consolidar a igualdade e a justiça na inserção da mulher na sociedade, como também ampliar o acesso da população a informações sobre saúde feminina.
	Aspectos econômicos	A maior parte da população feminina se encontrava nos grupos de menor renda, em que 71,3% das mulheres que trabalhavam ganhavam até dois salários mínimos. E a desigualdade salarial ia aumentando conforme o aumento da remuneração quando comparados com o rendimento dos homens. 19,2% das mulheres exerciam o trabalho doméstico.
	Aspectos sociais	<p>Segundo informações da própria política, as mulheres eram a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). As mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) eram 65% do total da população feminina. E trouxe informações do relatório da população mundial de 2002, o qual demonstrava que era maior o número de mulheres que viviam em situação de pobreza quando comparado aos homens, como também, as mulheres trabalhavam mais horas que os homens, que aproximadamente o tempo era gasto com atividades não remuneradas, o que causava a diminuição de acesso aos bens sociais, como os serviços de saúde.</p> <p>Na década de 2000, foi possível observar uma diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A expectativa de vida ao nascer em 1999 era de 68 anos e 72,4 anos para as mulheres. Das mortes maternas, 92% eram consideradas evitáveis. Dos óbitos em internações obstétricas no SUS, a taxa no Brasil era de 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Em relação ao número de partos realizados, a taxa de óbitos era de 24 para 100.000 partos em 2001. O número de consultas de pré-natal era de 4,4 por parto em 2002, e somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.</p> <p>Em relação aos dados referentes à anticoncepção, tem-se que em 1996, o uso era de 40% para laqueadura, 21% pílula, 1,2% hormônios injetáveis, 2,6% vasectomia, 1,1% DIU, 6,6% métodos naturais ou outros métodos.</p> <p>A dimensão da desigualdade étnico/racial era muito presente, principalmente com mulheres afro-descendentes, sendo considerado um desafio a</p>

		implementação de políticas públicas que atingissem a necessidade dessa parcela da população.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</p> <p>A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.</p> <p>A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.</p>
	Objetivos	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.</p> <p>Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.</p> <p>Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST; 2- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; 3- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; 4- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; 5- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina;

	<p>Além dessas ações mais específicas ao DSR, o plano trazia também questões relacionadas à redução da morbimortalidade por câncer, saúde mental, cuidados com a saúde para diversas faixas etárias da mulher, e de todas as raças e situações econômicas e sociais.</p>
Metas	<p>As metas conforme cada objetivo específico, citado acima:</p> <p>1- Reduzir a morbimortalidade por aids na população feminina, visando desenvolver ações voltadas especialmente para os grupos populacionais excluídos da atenção à saúde; Implantar em 100% das capitais e 20% das equipes de PACS/ PSF a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas.</p> <p>2- Ampliar as ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população alvo em todos os municípios com equipes do PSF ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ou com equipes do Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde (PITS); Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados; Implementar 27 centros de referência para assistência à infertilidade (1 por estado e DF); Implantar/implementar 5 centros de referência (1 por região) para o atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV.</p> <p>3- Ampliar a adesão ao PHPN para 100% dos municípios do Brasil; Reduzir em 15% a razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras.</p> <p>4- Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões.</p> <p>5- Reduzir o índice de mortalidade por aids para 35% na população feminina; Reduzir em 6% a incidência de aids em mulheres; Prevenir e tratar as DST em mulheres.</p>
Planos de ação e implementação	<p>Os Planos de ação conforme cada objetivo específico citado:</p> <p>1- Fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher; Ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.</p> <p>2- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.</p>

		<p>3- Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios, inclusive nos casos de gestação de alto risco; Qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;</p> <p>4- Organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; Articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids; Promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.</p> <p>5- Prevenir as DST e a infecção pelo HIV/ aids entre mulheres.</p> <p>Além de ações relacionadas à prevenção do câncer de mama e útero, saúde mental, às especificidades de cada faixa etária da vida da mulher, população negra, indígena e das privadas de liberdade.</p>
	Recursos	<p>Aquisição e Distribuição de Insumos Estratégicos para a Saúde da Mulher:</p> <p>aquisição de métodos anticoncepcionais por meio de licitação nacional ou internacional, pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e distribuição aos municípios aptos a receber os insumos.</p> <p>Alocação de recursos: PPA 2004-2007 – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos</p> <p>Para as demais estratégias, algumas estavam com recursos a definir e a sua grande maioria elencava o Plano Plurianual (PPA) 2004 a 2007 como fonte.</p>
Atores envolvidos/ grupos de interesse	<p>Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.</p>	
Processo	<p>O documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com diversos setores da sociedade, após a saúde da mulher ter sido considerada uma prioridade do governo no ano de 2004. O documento incorporou a integralidade e a promoção da saúde, num enfoque de gênero, como princípios norteadores e buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; incluiu também a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/aids, doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico, ampliando ações para grupos por vezes excluídos de políticas públicas, e buscou atingir suas necessidades e especificidades.</p> <p>O documento no qual consta a Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004 a 2007 pode ser encontrado no documento 2004 - O ano da mulher.</p> <p>O documento com o título Plano de Ação, apresenta os principais objetivos, metas, ações, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período de 2004 a 2007. Esta proposta está embasada no</p>	

	<p>documento conceitual “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, que subsidiou a elaboração do Plano Plurianual do Governo Federal.</p> <p>Por isso, para montar essa tabela fiz uso dos dois documentos, pois os mesmos são complementares.</p>
Público Alvo	<p>População feminina acima de 10 anos, distribuídas nas seguintes faixas etárias: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 anos ou mais. E era considerado mulher em idade reprodutiva - 10 a 49 anos.</p>
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	<p>Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Planos de Ação 2004 a 2007</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2009.</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2011.</p>
Referências	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.</p> <p>Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004 a 2007: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2009. https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/MS2009_politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004) – 1ª edição, 2ª reimpressão, Tiragem 2011. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf</p>

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Política	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Documento principal	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf
Ano de publicação	2005

Contexto	Aspectos políticos	Em 1º de janeiro de 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) que possuía status de ministério e deu início a um novo momento da história do Brasil no que se referia à formulação, coordenação e articulação de políticas que tinham como intuito promover a igualdade entre mulheres e homens.
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	Em julho de 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), que foi um marco na afirmação dos direitos da mulher e mobilizou, por todo o Brasil, cerca de 120 mil mulheres que participaram, diretamente, dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos seguintes pontos fundamentais: Igualdade e respeito à diversidade – mulheres e homens são iguais em seus direitos. A promoção da igualdade implica no respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida das mulheres; Equidade – a todas as pessoas deve ser garantida a igualdade de oportunidades, observando-se os direitos universais e as questões específicas das mulheres; Autonomia das mulheres – o poder de decisão sobre suas vidas e corpos deve ser assegurado às mulheres, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e seu país; Além da Laicidade do Estado; Universalidade das políticas; Justiça social; Transparência dos atos públicos; Participação e controle social.
	Objetivos	A que trata especificamente sobre DSR fala: C- SAÚDE DAS MULHERES, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: 1. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro; 2. garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres; 3. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação; 4. ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único

	de Saúde (SUS).
Metas	<p>A que trata especificamente sobre DSR fala:</p> <p>C- SAÚDE DAS MULHERES, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (1. estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero; 2. estimular a implementação da assistência em Planejamento Familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde; 3. promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras; 4. promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV/Aids na população feminina; 5. reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama na população feminina; 6. revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez.</p> <p>Dentre as demais metas, elas abordam questões de trabalho, inclusão e enfrentamento à violência contra a mulher.</p>
Planos de ação e implementação	<p>Referente à meta sobre DSR:</p> <p>C- 1. implantar, com equipes de Saúde da Família (SF), em um município de cada região do país, a atenção qualificada às mulheres com queixas clínicas ginecológicas, com especial atenção à raça e etnia;</p> <p>2. implantar projetos pilotos de modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPs);</p> <p>3. implementar, através do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, em um município de cada região do país, ações voltadas aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;</p> <p>4. implantar a atenção integral à saúde da mulher índia em 10% dos pólos básicos;</p> <p>5. habilitar 35% dos estados que têm presídios femininos, para a Atenção Integral à Saúde das mulheres encarceradas;</p> <p>6. ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou que tenham aderido ao Programa de Humanização</p>

	<p>no Pré-natal e Nascimento (PHPN);</p> <p>7. reduzir em 5% o número de complicações de abortamento atendidas pelo SUS;</p> <p>8. reduzir em 15% a mortalidade materna no Brasil, considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004, pelo Governo Federal;</p> <p>9. reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres;</p> <p>10. eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública;</p> <p>11. aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população feminina de risco (35 a 49 anos);</p> <p>12. aumentar em 30% o número de mamografias realizadas no País.</p>
	<p>Recursos</p> <p>Não cita</p>
<p>Atores envolvidos/ grupos de interesse</p>	<p>Governo Federal, Estadual e Municipal e sociedade civil que se reuniram na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Lá foram organizadas por um Grupo de Trabalho, coordenado por esta Secretaria, e composto por representantes dos ministérios da Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Justiça, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Planejamento, Orçamento e Gestão, Minas e Energia e Secretaria Especial de Políticas da Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e de representantes das esferas governamentais estadual – representados pelo Acre - e municipal – representada por Campinas/SP.</p> <p>Para que todas essas ações do PNPM fossem colocadas em prática, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em conjunto com os ministérios parceiros e diferentes órgãos de governo, promoveram a Gestão e Monitoramento do Plano para fazer acontecer a igualdade entre mulheres e homens.</p>
<p>Processo</p>	<p>O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres começou a ser elaborado na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, onde cerca de 120 mil mulheres participaram, diretamente, dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do plano.</p> <p>O Plano traduziu em ações o compromisso assumido pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante sua eleição em 2002, de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens que existiam no país e que reconheceu o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais.</p> <p>A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres atuava auxiliando nas políticas públicas do Governo Federal e pensá-las nas diferentes áreas de atuação, para que atendessem às necessidades das mulheres em toda a sua diversidade.</p> <p>O PNPM tem 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, foram organizadas por um Grupo de Trabalho, coordenado por esta Secretaria, e composto por representantes dos ministérios da Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Justiça, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Planejamento, Orçamento e Gestão, Minas e Energia e Secretaria Especial de Políticas da Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR),</p>

	<p>Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e de representantes das esferas governamentais estadual – representados pelo Acre - e municipal – representada por Campinas/SP.</p> <p>As ações do Plano foram traçadas a partir de 4 linhas de atuação, que tinham sido consideradas como as mais importantes e urgentes para garantir, realmente, o direito a uma vida melhor e mais digna para todas as mulheres.</p>
Público Alvo	Mulheres.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Não cita.
Referências	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

Política	Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva	
Documento principal	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma prioridade do governo https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf	
Ano de publicação	2005	
Contexto	Aspectos políticos	A Constituição Federal de 1988 inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos: “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 para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos

		<p>reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos.</p> <p>Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, reafirmam-se os acordos estabelecidos no Cairo e avança-se na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos.</p> <p>Nessas Conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar.</p> <p>Segundo consta no documento da política, vinha ocorrendo no País, ao longo das últimas décadas, um acentuado e sistemático declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT), que desacelerou o crescimento anual da população. A taxa média geométrica de crescimento populacional anual no período 1991-2000 foi de apenas 1,63%, uma das mais baixas já observadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade durante os anos 90. A taxa de fecundidade na época de 2005 era estimada em 2,3 filhos por mulher. Do ponto de vista regional, os maiores valores correspondem ao Norte e ao Nordeste, de 3,2 e 2,6, respectivamente, enquanto o Centro-Oeste e o Sul registram 2,2 e o Sudeste 2,1.</p> <p>Era possível observar uma diferença entre a taxa de fecundidade entre as mulheres mais pobres, com uma média de 4,0 filhos, e entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, com taxa de 1,6 filhos.</p>
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; Incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde Sexual e Reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção</p>

	humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações.
Objetivos	<p>Ampliação da oferta de MAC: Para todas as pessoas em idade reprodutiva (homens, mulheres e adolescentes);</p> <p>Elaboração e distribuição de manuais e cartilhas educativas;</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar;</p> <p>Seminário para Pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher;</p> <p>Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS;</p> <p>Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS;</p> <p>Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;</p> <p>Termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;</p> <p>Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul;</p> <p>Apoio e desenvolvimento de pesquisas;</p> <p>Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens;</p> <p>Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão;</p> <p>Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;</p> <p>Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.</p>
Metas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusão dos métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica, no grupo que será de responsabilidade do nível federal para aquisição; 2. Aquisição para cobrir progressivamente 100% da necessidade para os 5.561 municípios da federação dos seguintes métodos: pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula); 3. Aquisição para 5.223 municípios da federação, os municípios que até março/2004 possuíam ou equipes de Saúde da Família cadastradas ou estavam aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), dos seguintes métodos: pílula anticoncepcional de emergência, anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional injetável trimestral; 4. Aquisição do DIU e do diafragma para cobrir progressivamente 100% da necessidade,

inicialmente, para 1.200 municípios da federação em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano, para os anos de 2006 e 2007.

5. Elaboração de 7 cadernos de apoio ao profissional de saúde contemplados na série “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”.
6. Capacitações para profissionais da saúde e da educação, para formação de multiplicadores, por meio dos pólos de educação permanente implantados e implementados em todos os estados.
7. Realização em 2005 do Seminário para Pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher;
8. Elaboração de uma proposta de atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS, para os casais com infertilidade conjugal e para os casais que convivem com o HIV, que desejem ter filhos;
9. Aumentar em 50%, em todos os estados, o número de serviços credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia;
10. Atividades de prevenção às DST/HIV/Aids e à gravidez precoce, prevendo, em sua proposta inicial, a disponibilização de preservativos masculinos de 52mm a adolescentes de 15 a 19 anos, sexualmente ativos, matriculados no ensino regular da rede pública.
11. Criação de Grupo de Trabalho Interministerial sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.
12. Elaboração do documento Saúde Sexual e Reprodutiva de Homens e Mulheres, que contém propostas comuns para o desenvolvimento de políticas nos países do Mercosul.
13. Realização de pesquisas: Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), Avaliação da qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil.
14. Elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens;
15. Prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.
16. Formação de redes integradas de atenção a mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual.
17. Garantir a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e assegurar atendimento humanizado para as mulheres que se encontram em processo de abortamento.

		18. Realização do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
	Planos de ação e implementação	Não cita.
	Recursos	Não cita.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Ministérios da Saúde, Educação, da Justiça, do Desenvolvimento agrário, do desenvolvimento social, do combate à fome e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial.	
Processo	<p>O documento apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.</p> <p>Essa política destinava-se a gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil. O Governo brasileiro pautava-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento.</p> <p>O Ministério da Saúde entendia que o controle da natalidade, ou seja, o uso de imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres, não era a estratégia mais adequada para a superação da situação de pobreza que existia no Brasil e contrariava os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Para superar essa situação era necessário a implementação de políticas que promovessem o desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes.</p>	
Público Alvo	Mulheres	
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Caderno da Atenção Básica - CAB número 26: Saúde Sexual e Reprodutiva	
Referências	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma prioridade do governo https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf	

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

Política	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
Documento	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm

principal		
Ano de publicação	2005	
Contexto	Aspectos políticos	A política foi elaborada considerando a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, onde fala que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção.
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	A portaria trouxe a informação de que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e sociedades científicas, nos anos 2000, aproximadamente, 8% a 15% dos casais possuíam algum problema de infertilidade durante sua vida fértil.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>Art 2º. Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.</p> <p>Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos componentes fundamentais (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade).</p> <p>Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.</p> <p>Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.</p> <p>Art.6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.</p>
	Objetivos	Instituir, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.
	Metas	<p>Art 2º:</p> <p>I - organizar uma linha de cuidados integrais</p>

	<p>(promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;</p> <p>II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;</p> <p>III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;</p> <p>IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;</p> <p>V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e</p> <p>VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização – PNH.</p>
Planos de ação e implementação	<p>Art 3º:</p> <p>I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;</p> <p>II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e</p> <p>III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.</p> <p>§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade</p>

	será composta por: a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids. § 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.	
	Recursos	Não há detalhamento
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Ministério da Saúde	
Processo	Essa política foi instituída a partir da necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado. Além da necessidade do estabelecimento de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência que era prestada aos usuários e também para estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida que seriam incluídos na rede do SUS.	
Público Alvo	Mulheres, homens e casais.	
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Portaria Nº 426/GM de 22 de março de 2005	
Referências	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm	

Política Nacional De Planejamento Familiar

Política	Política Nacional de Planejamento Familiar
Documento principal	Documento Mais Saúde - direito de todos http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf

	<p>A princípio não foi localizado o documento oficial da política, entretanto os documentos do “Programa Mais Saúde: direito de todos” possuem dentro do seu eixo de prevenção de saúde as questões relacionadas ao planejamento familiar.</p> <p>Visto que o documento abrange várias áreas da saúde, foi focado apenas no eixo 1.3 - o qual estava relacionado ao planejamento familiar.</p>	
Ano de publicação	2007 (1ª edição) e 2008 (2ª edição)	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.
	Objetivos	Não apresenta objetivo do programa em si no documento tido como base dessa política.
	Metas	1.3 Expandir as Ações de Planejamento Familiar.
	Planos de ação e implementação	<p>1.3.1 - Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis; DIU; diafragma; preservativos) e anticoncepção de emergência, garantindo a cobertura de mais 10 milhões de mulheres em idade fértil, totalizando 21 milhões de mulheres atendidas pelo SUS, até 2011, ao custo médio de R\$ 21 mulher/ano.</p> <p>1.3.2 - Ampliar a distribuição de contraceptivos através da expansão da rede do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, até 2011. Recurso total de R\$237.057.405.</p> <p>1.3.3 - Ampliar a quantidade de vasectomias realizadas passando de 20 mil/ano para 31 mil em 2008 e aumentar em 20% ao ano até 2011, ao custo de R\$219 por procedimento.</p> <p>1.3.4 - Ampliar a quantidade de laqueaduras realizadas passando de 50 mil/ano para 51 mil em</p>

	<p>2008 e aumento de 10% ao ano até 2011, ao custo de R\$266 por procedimento.</p> <p>1.3.5 - Qualificar 1.300 profissionais (médicos e enfermeiros) em 500 maternidades de referência no País, até 2011, para garantir orientação adequada sobre Planejamento Familiar imediatamente após o parto, ao custo médio de R\$800 por profissional.</p> <p>1.3.6 - Produzir 6,52 milhões de cartilhas, até 2011, ao custo médio de R\$0,15 por unidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para usuários(as), adolescentes, adultos e profissionais de saúde da atenção básica.</p> <p>1.3.7 - Implantar Centros de Reprodução Assistida em 5 universidades, até 2011.</p>
	<p>Recursos</p> <p>Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</p>
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Ministério da Saúde
Processo	<p>O Programa Mais Saúde: Direito de Todos define as diretrizes estratégicas que norteiam os Eixos de Intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos previstos que estruturam este documento.</p> <p>O objetivo estratégico do programa era a melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro. O conjunto de medidas e ações concretas voltava-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS fosse definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira. As estratégias adotadas neste programa articulavam o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade.</p> <p>O Eixo Promoção (Eixo 1) perpassa os eixos do programa, uma vez que articula o elo saúde e desenvolvimento, devendo ter uma presença marcante em todos os campos de intervenção. Como desdobramento, somente incluiu-se neste eixo as ações especificamente voltadas para a promoção, deixando-se aquelas vinculadas à prevenção, à assistência, à produção e à inovação para os campos específicos de intervenção.</p>
Público Alvo	Mulheres/população em idade fértil.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996
Referências	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/

	<p>mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf</p>
--	--

II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Política	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	
Documento principal	http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf	
Ano de publicação	2008	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Os princípios incluíam políticas públicas para a construção e a promoção da igualdade de gênero, raça e etnia, desenvolvimento democrático e sustentável levando em consideração as diversidades regionais, cumprir acordos relativos aos direitos humanos das mulheres e seus distintos grupos, questões econômicas, violência sexual e de gênero, garantir a alocação de recursos, elaboração de indicadores, educação continuada, participação e o controle social.
	Objetivos	Os objetivos relacionados diretamente ao DSR são: Capítulo 3: Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos: I. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, sendo

	<p>resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual.</p> <p>II. Garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;</p> <p>III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;</p> <p>IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.</p>
Metas	<p>As metas referente ao capítulo 3 sobre DSR:</p> <p>Cap. 3:</p> <p>A – Reduzir em 15% a Razão de Mortalidade Materna, entre 2008 e 2011;</p> <p>B – Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 100% da população feminina usuária do SUS;</p> <p>C – Disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde;</p> <p>D – Qualificar 100% dos pólos básicos para atenção integral à saúde da mulher indígena;</p> <p>E – Aumentar em 60% o número de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos, entre 2008 e 2011;</p> <p>F – Aumentar em 15% o número de mamografias na população feminina, entre 2008 e 2011;</p> <p>G – Promover a adesão dos 27 estados brasileiros ao Plano de Enfrentamento da Feminização das DST/Aids;</p> <p>H – Formar quatro referências técnicas, por estado, em atenção às mulheres no climatério;</p> <p>I – Sensibilizar cinco referências técnicas, por estado, em atenção às queixas ginecológicas de mulheres e adolescentes;</p> <p>J– Implementar quatorze centros de referência para assistência à infertilidade;</p> <p>K – Apoiar a organização de um centro colaborador por região para humanização da atenção ao parto, ao abortamento e às urgências e emergências obstétricas;</p> <p>L – Implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero.</p>
Planos de ação e implementação	<p>Os planos de ação referente ao capítulo 3 sobre DSR:</p> <p>Cap. 3:</p> <p>3.1. Promover a atenção à saúde das mulheres no climatério;</p> <p>3.2. Estimular a organização da atenção às mulheres, jovens e adolescentes com queixas ginecológicas;</p> <p>3.3. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e</p>

		<p>mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos;</p> <p>3.4. Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna;</p> <p>3.5. Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina;</p> <p>3.6. Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mama na população feminina;</p> <p>3.7. Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais;</p> <p>3.8. Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua;</p> <p>3.9. Fortalecer a participação e mobilização social em defesa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;</p> <p>3.10. Propor alterações de legislação com a finalidade de ampliar a garantia do direito à saúde, contemplando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.</p>
	Recursos	A estimativa de recursos a serem investidos pelo conjunto de órgãos envolvidos no II Plano é de quase R\$17 bilhões, para os anos de 2008 a 2011.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	<p>Coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 18 órgãos da administração pública federal (MEC, MJ, MS, MCid, MDA, MDS, MPOG, MTE, MME, MinC, MMA, Seppir, SEDH, Casa Civil, Secretaria Geral, Secom, Funai e Ipea), em parceria com representantes de mecanismos governamentais estaduais e municipais de políticas para as mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.</p> <p>A representação da sociedade civil foi ampliada, passando de uma para três cadeiras reservadas às conselheiras do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.</p>	
Processo	<p>A construção do II PNPM envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais realizadas em todas as Unidades da Federação do país. Seguiram sendo linhas mestras do trabalho: a igualdade; o respeito à diversidade; a equidade; a autonomia das mulheres; a laicidade do Estado; a universalidade das políticas; a justiça social; a transparência dos atos públicos; a participação; e o controle social.</p> <p>O II PNPM ampliou e aprofundou o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas que se somaram àquelas já existentes no I Plano. Foram</p>	

	<p>elas: Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.</p> <p>Esse II PNPM, contou com 94 metas, 56 prioridades e 388 ações que foram distribuídas em 11 grandes áreas de atuação.</p>
Público Alvo	Mulheres, nas mais diversas fases da vida e profissionais de saúde.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Não cita
Referências	http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Política	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes.	
Documento principal	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf	
Ano de publicação	2008	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Essa política tem como princípios a humanização

	<p>e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.</p> <p>Diretrizes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado; - Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; dentre outros mais gerais.
Objetivos	<p>Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>1- Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.</p>
Metas	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade; - estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável; - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; - promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; - incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS; - estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados; - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais,

		trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; - associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina.
	Planos de ação e implementação	Não cita.
	Recursos	Não explica, mas é de responsabilidade da União, Estados e Municípios.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional.	
Processo	<p>Este documento, como instrumento de planejamento, define, no geral, princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, a serem oportunamente definidos, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina.</p> <p>Optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.</p> <p>A idéia central deste documento foi desenvolvida de modo articulado com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.</p>	
Público Alvo	Homens, principalmente dos 25 a 59 anos.	
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Não cita	
Referências	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf	

Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Política	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.	
Documento principal	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf Por ser uma política mais abrangente sobre a população adolescente e jovem, foi observado apenas a diretriz ligada à saúde sexual e reprodutiva.	
Ano de publicação	2010	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	<p>A intersectorialidade passa a ser uma ferramenta básica no esforço de convergir as políticas setoriais de Governo e a participação dos setores organizados da sociedade, principalmente do grupo juvenil, para a atenção integral à saúde, tendo o SUS como protagonista incansável nesse processo - participação dos setores da Educação, Cultura, Esportes, Lazer e Meio Ambiente, bem como, com os setores de Justiça, Direitos Humanos, Igualdade Racial e Étnica, Desenvolvimento Social e Combate à Fome.</p> <p>Na década de 2000 e décadas anteriores foi possível observar a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, porém nos anos 2000 a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade era a mais numerosa em toda a história do Brasil, conforme demonstrou o censo de 2002, sendo um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, divididos em 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos. 84% vivia em áreas urbanas contra os 16% que viviam em áreas rurais.</p> <p>Houve uma diminuição dos índices de analfabetismo no país entre a população de 15 a 24 anos, porém essa melhoria não foi tão boa nas regiões norte e nordeste.</p> <p>Segundo dados trazidos pela política, as mulheres, em</p>

		<p>todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, com 6.636 casos (74%). As mulheres jovens e adultas de 20 a 59 anos sofreram maior violência, tendo registrado 79,9% das agressões. Em segundo lugar as adolescentes de 10 a 19 anos de idade, correspondendo a 77, 9% dos atendimentos.</p> <p>Em meados dos anos 2000, os dados apresentaram que os jovens tinham a primeira relação sexual, principalmente, entre a faixa etária de 12 a 16 anos, e que 33% das meninas com 15 anos já haviam tido relações sexuais.</p>
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>7. DIRETRIZES NACIONAIS</p> <p>7.1 Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.</p> <p>7.2 Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.</p> <p>Nestas Diretrizes, três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.</p>
	Objetivos	<p>GERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS a atenção integral à saúde na rede de saúde, que contemple todas as raças, etnias e grupos, a condição social, o gênero e a orientação sexual; buscando respeitar as especificidades de crescimento biológico, do desenvolvimento psicológico e social destas pessoas. Contribuir com as três esferas de gestão do SUS para a melhoria da capacidade de resposta às necessidades de saúde de adolescentes e jovens. Promover e fortalecer a articulação com outras políticas setoriais que potencializem estratégias integradas de atenção à saúde de adolescentes e jovens.
	Metas	<ul style="list-style-type: none"> Promover ações de educação sexual articulados entre Saúde e Educação e articuladas à Política de Promoção à Saúde e ao Planejamento Familiar. Aprimorar linhas de cuidado da população jovem soropositiva, considerando as particularidades e

	<p>necessidades específicas dessa população.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos. - Implementação de políticas de saúde para atenção integral às adolescentes e jovens grávidas, em todas as faixas etárias, e a seus companheiros e familiares - Redução da mortalidade materna de adolescentes.
Planos de ação e implementação	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de educação sexual, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual, a fim de trazer aportes reflexivos e críticos que contribuam para as tomadas de decisões de adolescentes e de jovens relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva, de maneira saudável e para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades enquanto pessoas e cidadãos; - Linhas de cuidado que considerem as particularidades e necessidades específicas da população de adolescentes e jovens que vivem com HIV/Aids, considerando ações de saúde onde os jovens devem receber informações claras e atuais sobre riscos de infecção, transmissão vertical, método e eficácia de sua prevenção e o estado atual das técnicas de reprodução assistida, a que têm o direito garantido na Lei de Planejamento Familiar, em termos de resultados e de condições de acesso para que possam refletir sobre suas responsabilidades consigo mesmo e com os outros e tomar decisões informadas e bem esclarecidas, além do desenvolvimento de ações educativas preventivas que diminuam a vulnerabilidade destas pessoas. - Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos, assegurando em todos os casos, as condições de escolha. Ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado a adolescentes e jovens, acrescidos de ações educativas que também abranjam as famílias e as comunidades, bem como assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e qualificação profissional para que seja realizada uma abordagem que considere as especificidades da adolescência. Uma atenção especial deve ser direcionada para as adolescentes grávidas de 10 a 14 anos, visto a indicação de maior vulnerabilidade relacionada à situação social. - Na atenção integral às adolescentes grávidas para a redução da mortalidade materna tem-se como prioridade a integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que desenvolvam ações de promoção à saúde nos vários setores da sociedade e a articulação dos serviços de saúde da Atenção Básica, com a política de Saúde da Mulher, às presentes Diretrizes e à Promoção da Saúde, em consonância com as prioridades do Pacto pela Vida.
Recursos	Não cita

Atores envolvidos/ grupos de interesse	Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem e Sociedade Civil
Processo	<p>Essas diretrizes fizeram parte do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciado em 2004 por meio de uma Oficina Técnica que discutiu e definiu quais seriam seus objetivos, diretrizes e estratégias.</p> <p>O Ministério da Saúde propôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens para nortear ações, integrando às outras políticas públicas sanitárias e outros programas já existentes no SUS. A intenção era sensibilizar gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Buscou, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuíram para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.</p> <p>O Ministério da Saúde seguiu a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Existindo, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Adotou ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.</p>
Público Alvo	Adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade.
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	Não cita
Referências	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Política	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Documento principal	https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf
Ano de publicação	2013-2015

Contexto	Aspectos políticos	<p>Dentro da política, no ano de 2011, tomou posse a primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, que tinha como uma de suas bandeiras a prioridade na equidade de gênero em seu governo.</p> <p>No ano de 2013 a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) completou uma década de existência e ganhou destaque devido às contribuições efetivas para a consolidação das políticas públicas de gênero, destacando a efetiva transversalidade de gênero nas políticas interministeriais. Neste mesmo ano era possível observar que a perspectiva de gênero estava incluída em todas as políticas públicas, representando o protagonismo das mulheres.</p> <p>Com a elaboração do PNPM 2013-2015, o governo reafirmou o compromisso com a luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em toda a sua totalidade e integralidade.</p>
	Aspectos econômicos	<p>A década de 2010 foi marcada por uma inflação mais controlada, porém isso aconteceu devido à redução dos custos na economia, atrelado à redução dos rendimentos da classe trabalhadora em que foi observado uma desaceleração no reajuste do salário mínimo a partir de 2015; aumento das taxas de desemprego cuja taxa de desocupação entre 2011 e 2014 chegou a atingir 8% da população economicamente ativa do país e alcançou quase 14% no ano de 2017.</p> <p>A desaceleração da economia brasileira e a desindustrialização tiveram maior destaque entre 2011 e 2014 e se agravou durante os anos de 2015 e 2017, onde ficou conhecida como a grande recessão.</p> <p>Foi um período de destaque para situações que apontaram descrédito no governo, o qual se mostrou estar quebrado financeiramente com aumento da dívida externa, vários episódios de corrupção vieram à conhecimento público, e a população de baixa renda foi a que mais sofreu com a crise e recessão econômica.</p>
	Aspectos sociais	<p>Nas últimas décadas, o movimento das mulheres brasileiras ganhou novas características e se fortaleceu como sujeito político ativo no processo de democratização e de participação política no país, por exemplo a luta das mulheres negras contra a</p>

		opressão de gênero e de raça. Todavia, ainda existem muitas mulheres brasileiras que sofrem com as mais diversas formas de violência, discriminação, salários desiguais e falta de acesso a bens e serviços fundamentais. Todos esses pontos esclarecem a persistência de relações desiguais de poder entre mulheres e homens na sociedade, e a luta constante contra essa situação.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Como um plano nacional, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres: autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.
	Objetivos	Dentre os objetivos, o relacionado ao DSR são: Capítulo 3. Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. I. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência. II. Fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade. III. Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações. IV. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos

	<p>diversos grupos populacionais, sem discriminações.</p> <p>V. Promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada.</p> <p>VI. Contribuir para a redução da gravidez na adolescência.</p>
Metas	<p>As metas relacionadas ao DSR presentes no capítulo 3 são:</p> <p>Cap. 3:</p> <p>A. Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM como política pública em todo território nacional.</p> <p>B. Ampliar o número de serviços de atenção integral à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.</p> <p>C. Reduzir o número de cesáreas desnecessárias e de procedimentos desnecessários que comprometam a integridade física das mulheres e causem riscos à sua saúde.</p> <p>D. Reduzir a violência institucional e a violência obstétrica nos serviços de saúde.</p> <p>E. Reduzir a mortalidade materna, em especial a de mulheres negras em 10 pontos percentuais ao ano, para diminuir a diferença total entre estas e as mulheres brancas até 2015.</p> <p>F. Implantar a Rede Cegonha em todo o território nacional até 2015.</p> <p>G. Reduzir a incidência de HIV/Aids e outras DST entre mulheres jovens e idosas (para 18,9/100 mil habitantes até 2015 para população geral, não específica para mulheres).</p> <p>H. Ampliar a participação dos Organismos de Políticas para as Mulheres nas ações da PNAISM nos estados, Distrito Federal e municípios.</p> <p>I. Ampliar o acesso à confirmação diagnóstica e tratamento das mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero, com estruturação de 20 serviços de referência (SRC), prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste;</p> <p>J. Ampliar o acesso à confirmação diagnóstica das mulheres com lesões suspeitas de câncer de mama, com a estruturação de 50 serviços de Diagnóstico Mamário (SDM) no país.</p> <p>K. Ampliar o número de serviços de detecção e tratamento precoce para câncer de pulmão</p>

	<p>e outros principais cânceres prevalentes nas mulheres, além dos de colo do útero e mama.</p> <p>L. Ampliar o número de profissionais da Estratégia da Família capacitados em gênero e nos princípios da PNAISM.</p> <p>M. Promover ações de enfrentamento ao racismo institucional em todos os setores do SUS.</p> <p>N. Investigar 85% dos óbitos de mulheres em idade fértil e 100% dos óbitos maternos declarados até 2015.</p> <p>O. Ampliar em 20% o número de serviços de saúde com notificação de violências doméstica, sexual e outras violências implantadas.</p> <p>P. Implantar o Programa Nacional de Qualidade de mamografia.</p> <p>Q. Implantar o Programa Nacional de Gestão da Qualidade do Exame Citopatológico do colo do útero.</p> <p>R. Incorporar no âmbito da PNAISM as diretrizes das Políticas de Promoção da Equidade.</p> <p>S. Acompanhar a implementação da notificação compulsória nos municípios brasileiros, conforme a Lei nº 10.778/2003 e a Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde.</p> <p>T. Reduzir o índice de gravidez na adolescência.</p>
<p>Planos de ação e implementação</p>	<p>Os planos de ação referente ao cap 3 de DSR são:</p> <p>Cap. 3:</p> <p>3.1. Fortalecimento e implementação da política nacional de atenção integral à saúde da mulher.</p> <p>3.2. Incorporação dos princípios da política nacional de atenção integral à saúde da mulher nas diferentes políticas e ações implementadas pelo Ministério da Saúde, promovendo e ampliando a atenção integral à saúde das mulheres em todas suas especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, do campo e da floresta, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e os diferentes ciclos da vida da mulher, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.</p> <p>3.3. Ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica.</p> <p>3.4. Implementação da assistência em planejamento reprodutivo para mulheres e</p>

		<p>homens, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, bem como a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres.</p> <p>3.5. Enfrentamento à morbimortalidade materna.</p> <p>3.6. Promoção e ampliação da atenção às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.</p> <p>3.7. Promoção de ações e ampliação de acesso a informações sobre prevenção, tratamento e controle das doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e hepatites virais.</p> <p>3.8. Redução da mortalidade por câncer na população feminina.</p> <p>3.9. Fortalecimento da participação e do controle social na implementação e monitoramento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM).</p> <p>3.10. Promoção da atenção à saúde mental das mulheres, considerando as especificidades raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero, de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais.</p> <p>3.11. Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas, agrotóxicos).</p> <p>3.12. Ampliação do acesso aos serviços de saúde de atenção básica para mulheres residentes em comunidades ribeirinhas por meio da implantação de unidades básicas de saúde fluviais e do atendimento por equipes de saúde da família ribeirinhas ou equipes de saúde da família fluviais.</p> <p>3.13. Ampliação do acesso à atenção básica de saúde para mulheres em situação de rua por meio da implantação de equipes de consultórios de rua.</p>
	Recursos	Não é citado.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	<p>Governo e sociedade civil: O processo de construção do PNPM contou com a participação da sociedade civil, movimento de mulheres rurais e urbanas, feministas e organismos estaduais e municipais de políticas para as mulheres, através das Conferências de Mulheres municipais, estaduais e nacional.</p> <p>O Comitê passa a ter como membros efetivos 32 órgãos governamentais,</p>	

	além das três representações do CNDM. Conta ainda com convidados eventuais, integrados pela Organização das Nações Unidas (ONU) Mulheres, Organização Internacional do Trabalho (OIT) e representações dos Organismos de Políticas para as mulheres dos estados, Distrito Federal e municípios.
Processo	<p>O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi fruto do diálogo entre governo e sociedade civil, e foi construído através de conferências realizadas a partir dos municípios e estados brasileiros, conformando um pacto nacional em torno da importância das políticas públicas para as mulheres no país.</p> <p>O PNPM 2013-2015 constituiu-se em um elemento estrutural da configuração de um Estado democrático. Contribuindo para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres aprovada a partir de 2004, e referendada em 2007 e em 2011, pelas respectivas conferências.</p> <p>Partiu-se das determinações constantes nas resoluções de caráter geral da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, bem como das demais resoluções aprovadas. O Plano foi organizado em dez capítulos e cada capítulo apresenta seus objetivos gerais e específicos, metas, linhas de ação e ações.</p> <p>Foi elaborado e publicado em 2015 um material de monitoramento e acompanhamento da PNAISM e PNPM, o qual pretende subsidiar as gestoras dos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM) em suas atividades de Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), tendo como referência as prioridades definidas tanto na PNAISM quanto no PNPM (2013-2015). É, pois, um instrumento que permitirá identificar os resultados das atividades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em relação aos objetivos gerais e específicos dessa Política e desse Plano, assim como contribuir para reflexões sobre a pertinência de manter ou modificar as estratégias inicialmente planejadas.</p>
Público Alvo	População feminina
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	<p>Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM) (2016).</p> <p>https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf</p>
Referências	https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf

Rede Cegonha

Política	Rede Cegonha
Documento	PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

principal	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html	
Ano de publicação	2011	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	Foi levado em consideração o fato de que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:</p> <p>I -o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;</p> <p>II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;</p> <p>III - a promoção da equidade;</p> <p>IV - o enfoque de gênero;</p> <p>V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;</p> <p>VI - a participação e a mobilização social; e</p> <p>VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.</p> <p>Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:</p> <p>I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;</p> <p>II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;</p> <p>III -garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;</p> <p>IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e</p> <p>V -garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.</p>
	Objetivos	Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

	<p>I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;</p> <p>II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e</p> <p>III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.</p>
Metas	
Planos de ação e implementação	<p>Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.</p> <p>Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos, os mais relacionados ao DSR:</p> <p>I - Componente PRÉ-NATAL:</p> <p>a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;</p> <p>g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p> <p>h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e</p> <p>III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:</p> <p>d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p> <p>e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e</p> <p>f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.</p>
Recursos	<p>Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:</p> <p>I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL</p> <p>II - Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:</p>

		Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.
Atores envolvidos/ grupos de interesse		Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.
Processo		Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos; Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil; Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher; Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança.
Público Alvo		Mulheres e crianças principalmente
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal		PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012 PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013 DOU nº 125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61 PRT GM/MS nº 2351 de 05.10.2011
Referências		https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres

Política	Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
Documento principal	https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
Ano de	2011

publicação		
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	A violência contra as mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física.
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	<p>A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos princípios propostos no I e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres nos seguintes pontos fundamentais: Igualdade e respeito à diversidade; Equidade, Autonomia das mulheres, Laicidade do Estado, Universalidade das políticas, Justiça social, Transparência dos atos públicos e Participação e controle social.</p> <p>São diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres. -Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública. -Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres. -Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça. -Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência. -Estruturar a Redes de Atendimento à mulher em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal.
	Objetivos	<p>Geral</p> <p>Enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno.</p>

	<p>Específicos: Reduzir os índices de violência contra as mulheres; Garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional.</p> <p>Objetivo presente no Pacto: Objetivo 6 – Garantir os Direitos Sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua sexualidade por meio da mudança cultural dos conceitos historicamente construídos na sociedade brasileira, de forma a identificar, responsabilizar e prestar atendimento às situações em que as mulheres têm seus Direitos Humanos e Sexuais violados</p>
Metas	<p>-Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado ou específico (assistência). -Garantir o enfrentamento da violência contra as mulheres, jovens e meninas vítimas do tráfico e da exploração sexual e que exercem a atividade da prostituição (prevenção, assistência e garantia de direitos).</p> <p>-Garantia dos direitos sexuais, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres</p>
Planos de ação e implementação	<p>1 – Garantia dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: a-Consolidar o Plano Nacional de Enfrentamento a Feminização da Aids e outras DST's. b) Garantia do abortamento legal para as mulheres em situação de violência sexual (ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, dentre eles a pílula de anticoncepção de emergência e outros existentes). c) Contribuir para a implementação do Programa Diversidade e Gênero nas Escolas. d) Contribuir para a implementação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. e) Contribuir para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.</p> <p>2 – Enfrentamento à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres: a) Fomento à cooperação internacional e novos acordos bilaterais e multilaterais de cooperação para o atendimento das mulheres brasileiras em situação de violência, tráfico de pessoas e exploração sexual no exterior.</p>

	<p>b) Firmar parceria com o Sistema Único de Segurança Pública e Polícia Federal para viabilizar a ampliação da utilização de instrumentos existentes para o combate aos crimes de violência sexual contra as mulheres, com destaque para o fortalecimento da Rede Integrada de Perfis Genéticos (DNA).</p> <p>c) Garantir a visibilidade das questões estruturantes que são favorecedoras do tráfico de mulheres e da exploração sexual de mulheres.</p> <p>d) Incentivar a implementação de mecanismos de proteção e segurança às mulheres em situação de exploração sexual e tráfico de pessoas.</p> <p>e) Contribuir para a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em especial de mulheres.</p> <p>f) Incidir no Programas de Aceleração do Crescimento – PAC I e II - de forma a prevenir a violência contra as mulheres e combater a exploração sexual de mulheres, adolescentes e jovens, nas regiões de fomento ao turismo e nas áreas de grandes obras de desenvolvimento econômico e infraestrutura.</p> <p>g) Realização de campanhas e ações educativas que desconstruam os estereótipos e esclareçam a população sobre as práticas que configuram a exploração sexual e o tráfico de mulheres.</p>	
	Recursos	Não cita.
Atores envolvidos/ grupos de interesse	Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.	
Processo	<p>A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).</p> <p>O Pacto apresentou naquele momento, uma estratégia de gestão que orientava a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres. A proposta era organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres, com base em quatro grandes eixos/áreas estruturantes.</p>	
Público Alvo	Público feminino	
Leis ou	Lei Maria da Penha - LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006	

documentos derivados ou complementares da política principal	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2011) https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
Referências	https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres

Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais

Política	Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais	
Documento principal	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf	
Ano de publicação	2013	
Contexto	Aspectos políticos	
	Aspectos econômicos	
	Aspectos sociais	
Conteúdo	Princípios e Diretrizes	Uma das diretrizes mais relacionadas ao DSR: III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;
	Objetivos	Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Específicos:

	XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS
Metas	
Planos de ação e implementação	
Recursos	Não há informação
Atores envolvidos/ grupos de interesse	
Processo	<p>A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde. Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3).</p> <p>As responsabilidades e monitoramento ficam a cargo do Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde.</p> <p>O monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações acima propostas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme orientado pelo Decreto nº 7.508/ 2011 e pactuado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) e Plano Plurianual (PPA) 2012–2015. Os indicadores de monitoramento e avaliação devem estar baseados na morbimortalidade e no acesso destas populações à atenção integral à saúde.</p>
Público Alvo	População LGBT, como foco principal nas mulheres
Leis ou documentos derivados ou complementares da política principal	<p>Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011</p> <p>Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011 da Comissão Intergestores Tripartite</p>
Referências	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) a disponibilizar em ambiente digital institucional, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) e/ou outras bases de dados científicas, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data 07/12/2022.

1. Identificação do material bibliográfico: () Tese (x) Dissertação () Trabalho de Conclusão,

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Autor: Camila Cristina Debortoli

Orientador: Luciano Soares

Data de Defesa: 23/02/2022

Título: Saúde Sexual e Reprodutiva: Políticas Públicas e Necessidades

Instituição de Defesa: Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

3. Informação de acesso ao documento:

Pode ser liberado para publicação integral (X) Sim () Não

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese, dissertação ou relatório técnico.

Camila C. Debortoli

Camila Cristina Debortoli (autor)

Joinville, 07 de dezembro de 2022

Local/Data