

FACULDADES EST  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

MARIANA FERREIRA ALVES DE CARVALHO

ENFERMAGEM FRENTE AOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS  
DAS MULHERES

São Leopoldo

2019



MARIANA FERREIRA ALVES DE CARVALHO

ENFERMAGEM FRENTE AOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS  
DAS MULHERES

Trabalho Final de Mestrado Profissional Para  
obtenção do Grau de Mestre em Teologia  
Faculdades EST Programa de Pós Graduação na  
Linha de pesquisa: Gênero, Feminismos e  
Diversidade.

Orientador: Professor Doutor André Sidnei Musskopf

São Leopoldo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C331e Carvalho, Mariana Ferreira Alves de  
Enfermagem frente aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres / Mariana Ferreira Alves de Carvalho; orientador André Sidnei Musskopf. – São Leopoldo: EST/PPG, 2019.

61 p. ; 31 cm

Dissertação (mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2019.

1. Planejamento familiar. 2. Direitos reprodutivos. 3. Mulheres Comportamento sexual. 4. Direitos sexuais. 5. Aborto. 6. Direitos humanos. I. Musskopf, André S. (André Sidnei), 1976- . II. Título.

MARIANA FERREIRA ALVES DE CARVALHO

ENFERMAGEM FRENTE AOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS  
DAS MULHERES

Trabalho Final de Mestrado Profissional Para  
obtenção do Grau de Mestre em Teologia  
Faculdades EST Programa de Pós Graduação na  
Linha de pesquisa: Gênero, Feminismos e  
Diversidade.

Data de Aprovação: 02 de outubro de 2017.

André Sidnei Musskopf – Doutor em Teologia – Faculdades EST

---

Nilton Eliseu Herbes – Doutor em Teologia – Faculdades EST

---



## **AGRADECIMENTOS**

A Deus Pai, Filho e Espírito Santo, fontes de amor, bondade e sabedoria.

Ao meu esposo Marcelo, que nunca deixou de apoiar minhas decisões com muita alegria, otimismo e financeiramente.

Ao meu pai e à minha mãe, que sempre lutaram comigo em meus estudos, compartilhando a todo o momento que mesmo distantes sempre me apoiam.

Ao meu orientador, professor Dr. André Sidnei Musskopf, que me proporcionou o privilégio de compartilhar do seu grande conhecimento em minha orientação.

A todos e todas profissionais da Faculdades EST, que contribuíram para a minha formação de forma tão prazerosa durante a estadia nessa instituição e na cidade.



## RESUMO

O presente estudo aborda sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva que são conceitos elaborados recentemente e representa uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. Existem algumas discussões sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos sendo elementos das necessidades humanas básicas, tendo a reprodução, a sexualidade e a saúde com a mesma importância que os direitos sociais, econômicos e culturais. As políticas públicas de assistência à saúde da mulher no Brasil teve início do século XX até a universalização do direito gratuito à saúde com a Constituição de 1988. A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) veio como um marco divisor de um tempo onde a mulher tinha somente o papel de procriação para ter direitos sobre seu corpo. A pesquisa caracteriza-se, basicamente, como bibliográfica quanto aos meios, qualitativa e de fins exploratórios, cujo objetivo é identificar conteúdos referentes aos Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos (DHSR) nas Matrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem das disciplinas das áreas de saúde da mulher e saúde coletiva dos cursos de graduação em enfermagem. Conclui que dentro das Matrizes Curriculares recebidas apurou-se a existência de temas afins aos DHSR, como planejamento familiar, aborto, DST/AIDS, direito das mulheres, direito dos adolescentes, humanização, entre tantos outros.

Palavras-chave: Direitos Sexuais. Direitos Reprodutivos. Políticas Públicas. Enfermagem. Saúde da Mulher.



## **ABSTRACT**

The present study deals with the sexual and reproductive rights and health which are concepts recently elaborated and represent a historic conquest, fruit of the struggle for citizenship and for human and environmental rights. There are some discussions about sexual and reproductive rights as human rights being elements of basic human needs, considering reproduction, sexuality and health as being as important as social, economic and cultural rights. The public policies of assistance for the health of the woman in Brazil began in the 20th century going up to the universalization of the right to free health care with the Constitution of 1988. The implantation of the Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) [Program for Integral Assistance for the Health of the Woman] came as a dividing point between the time when the woman's only role was to procreate and the time of having rights over her body. The research is characterized, basically as bibliographic regarding means, qualitative and with exploratory ends, the goal of which is to identify contents referring to Sexual and Reproductive Human Rights in the Curricular Matrixes of the Nursing School programs in the subjects in the areas of health of the woman and collective health of the undergraduate programs in nursing. The conclusion is that within the Curricular Matrixes received there exist the themes related to the DHSR, such as family planning, abortion, STDs, AIDS, rights of women, rights of adolescents, humanization, among others.

**Keywords:** Sexual Rights. Reproductive Rights. Public Policies. Nursing. Woman's Health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
DSDR	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
DHSR	Direitos Humanos sexuais e reprodutivos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino
PF	Planejamento Familiar
PL	Planejamento
PSF	Programa Saúde da Família
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: UM PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	21
<b>2.1 Compreendendo os DSDR a partir da sexualidade, gênero, direitos humanos e movimentos feministas</b> .....	21
<b>2.2 Dos instrumentos normativos dos direitos sexuais e reprodutivos</b> .....	29
<i>2.2.1 Aspectos legais dos Direitos reprodutivos</i> .....	31
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL</b> .....	35
<b>3.1 Políticas Públicas</b> .....	35
<b>3.2 Saúde da Mulher: Políticas Públicas no Brasil</b> .....	38
<b>4 ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS</b> .....	49
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57



## 1 INTRODUÇÃO

Os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR) fazem parte dos direitos humanos, principalmente na vivência da sexualidade sem vergonha, uso de contracepção e da maternidade. Algumas discussões sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos sendo elementos das necessidades humanas básicas, tendo a reprodução, a sexualidade e a saúde com a mesma importância que os direitos sociais e econômicos. Todos são interdependentes e indivisíveis, na área da saúde sendo fundamentais as implementações das diretrizes governamentais.<sup>1</sup>

O conceito de direitos reprodutivos no Brasil foi construído a partir do respeito à função reprodutiva, observando o seu papel e sua situação na comunidade. A participação ativa de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, em 1980, começaram as mudanças neste conceito antes “saúde da mulher” para um “conceito de direitos reprodutivos”, mas somente na década de 1990 houve a promoção deste conceito. Quando a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu eventos com a temática relativa ao gênero, saúde, direitos humanos.<sup>2</sup>

Nas últimas décadas tem se construído um cenário onde entende que os direitos sexuais e reprodutivos pertencem aos direitos humanos.

[...] A vivência da sexualidade importa não apenas a liberdade e a autonomia, mas também todo o conjunto de direitos de cidadania. Na linha de discussões sobre os direitos humanos, o movimento de mulheres tem tido participação importante em debates que transcendem o aspecto da reprodução, sobretudo os diversos aspectos que implicam relações de gênero desiguais. Pode-se afirmar que os direitos reprodutivos são entendidos como “a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir-se, quando e com que frequência se reproduzir”.<sup>3</sup>

O conceito construído de direitos reprodutivos serve de objeto para elaboração de ações políticas, que permitem novas discussões antes limitadas aos aspectos legais e de saúde, para o campo dos direitos humanos, temas como aborto, homossexualidade, concepção,

<sup>1</sup> VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/doccompleto.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

<sup>2</sup> ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 465 - 469. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffbf39ad6c365163c7.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

<sup>3</sup> LEMOS, A. *Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde*. Saúde debate [online]. 2014, vol. 38, n. 101. pp. 244 - 253. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200244#B04](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200244#B04)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

contracepção, mortalidade materna e infantil. Já a construção do conceito de direitos sexuais tem uma história para sua construção mais moderna, que origina nos movimentos gays e lésbicos que buscavam eliminar a chamada sexualidade alternativa, e abrangem fundamentalmente o exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parceiros e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação.<sup>4</sup>

A mobilização feminista pelos direitos reprodutivos no final dos anos 1970 buscou reconhecer os direitos das mulheres à maternidade como livre escolha e defende o acesso à informação, à contracepção segura, bem como à interrupção voluntária da gravidez, levando ao Estado a construir um programa no âmbito da saúde reprodutiva. Foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que teve como objetivo principal a assistência integral à saúde da mulher e uma das suas principais ações regular a fertilidade. Neste primeiro passo do Estado brasileiro para atender a este público específico e suas necessidades específicas, pois até então a mulher era vista apenas como mãe e reprodutora, pelos Programas de Assistência Materno-infantil. Dentro do PAISM foi inserido o Planejamento familiar (PF) um grande mérito, sendo esta ação da assistência à saúde da mulher e constitui importante marco histórico consolidado pela Constituição de 1988, que, entre outras conquistas, acrescentou às funções do Estado como Políticas Públicas a responsabilidade pela promoção do acesso ao Planejamento Familiar a toda a população.<sup>5</sup>

O real trabalho dos direitos sexuais e reprodutivos demandam políticas públicas que possibilitem a saúde sexual e reprodutiva principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS) aonde se concentra uma das suas áreas de atuação. Conseqüentemente a uma exigência de que o Estado garanta esses direitos está estreitamente articulada ao serviço de saúde e seus profissionais, de modo, que seus profissionais dependem de seu posicionamento no atendimento à clientela, tal garantia pode ser comprometida.

Na rotina dos e das profissionais de saúde, principalmente no atendimento APS, o e a profissional neste debate, especificamente o e a profissional de enfermagem, se deparam com as questões relacionadas à sexualidade ou reprodução, demandas como gravidez não planejada, aborto, esterilização, planejamento reprodutivo, contracepção de emergência, enfim, questões diretamente ou indiretamente associadas aos DSDR que estão presentes

---

<sup>4</sup> TELES, Maria Amélia de Almeida. *O que são Direitos Humanos das Mulheres*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017

diariamente. Portanto, práticas pautadas na integralidade da atenção, assim como o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros princípios, que devem nortear as práticas profissionais no âmbito da atenção à saúde. Dessa forma, a iniciativa de inclusão nas matrizes curriculares dos cursos de enfermagem são temas relacionados aos DSDR.

Esta pesquisa visou identificar conteúdos referentes aos Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos nos programas dos Cursos de Enfermagem das disciplinas das áreas de saúde da mulher e saúde coletiva dos cursos de graduação em enfermagem.

Para tanto, divide-se em cinco capítulos:

O primeiro capítulo, a introdução, iniciando o assunto da pesquisa, já o segundo capítulo é voltado para análise dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, partindo da conceituação da sexualidade, dos direitos humanos essencialmente quanto à titularidade da mulher, traçando um breve retrospectivo histórico envolvendo a construção de seu conceito. Pretende-se, com isso, fornecer subsídios à compreensão da conjuntura histórica, social, política e religiosa em que emergiam tais direitos.

O terceiro capítulo discute a elaboração das políticas públicas com enfoque nos direitos sexuais e direitos reprodutivos e o surgimento das Políticas Públicas para Saúde da mulher no Brasil, considerando o contexto social brasileiro, evidenciando relações entre o processo histórico de construção destas políticas e a evolução do ser feminino dentro da história.

O quarto capítulo aborda a importância dos cursos de enfermagem abordarem em suas Matrizes Curriculares Direitos sexuais e direitos reprodutivos, visto que estes e estas profissionais lidam diariamente com estas Políticas Públicas focada nas mulheres e em seus direitos, orientando – a e a informando sempre que necessário. O quinto e último capítulo, será a conclusão desta pesquisa.



## 2 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: UM PERCURSO METODOLÓGICO

Uma história que começa com uma ampla variedade de civilizações em que o lugar da mulher, o número e a forma dos gêneros, as práticas sexuais aceitas e as condenadas eram tão diversas como as línguas, os sistemas sociais e os cultos. E continua com a violência da conquista que, a sangue, fogo e Bíblia, instaurou a ordem judaico-cristã. Nossa história é também a do genocídio dos escravos e das escravas; a dos idiomas, das identidades de gênero, das formas de desejar e de parir (ou não) que ficaram para sempre nos porões dos navios. É a violência que fundou nossos Estados à ponta de espada, e nossa mestiçagem à ponta de violação. A tutela exercida sobre as raças, os sexos, as idades, os desejos e os corpos “inferiores”, com a lei, com o bastão e com a cruz. Nossa história é violência e tutela, mas também resistência.<sup>6</sup>

Neste capítulo, procura-se realizar uma análise sucinta sobre as elaborações teóricas que singularizam aspectos de mudanças conjunturais que acarretaram contribuições do movimento feminino na luta por direitos da mulher e a significação e importância dos DSDR. Vistos como um conjunto de princípios normativos é um cenário altamente contestado e controverso. Mas não temos como negar as inúmeras conquistas da mulher nas últimas décadas, tanto no meio público quanto privado. Pois a mulher das últimas décadas transita de mãe e protetora da família e dos “bons costumes”, para agente transformador da sua história, assim, a chefia de seus lares.

### 2.1 Compreendendo os DSDR a partir da sexualidade, gênero, direitos humanos e movimentos feministas

As primeiras manifestações explícitas relativas às mulheres na área da sexualidade podem ser datadas, no Ocidente, a partir do século XVIII. Muitos autores e muitas autoras afirmam que desde a ascensão da burguesia no século XVIII, a sociedade vive uma fase de repressão sexual. As práticas e as palavras pronunciadas pela sociedade neste momento foram retiradas dos lares, sendo usadas somente pelos cônjuges e com uma única função - a de reprodução. Neste período a força de trabalho era explorada, não se permitia o desperdício de forças para o prazer.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> EDITORIAL, Coordenação. MANIFESTO POR UMA CONVENÇÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 1, jan. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/7749/7118>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

<sup>7</sup> CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. 2003. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP.

Posteriormente, no regime vitoriano, no século XIX, a sexualidade foi classificada em “normal” e “anormal”, sendo a sexualidade normal, aquela vivenciada pelos casais com a finalidade de procriação e a sexualidade anormal as práticas com fim lucrativo - promiscuidade, e que deveriam ficar no silêncio. Neste momento, o prazer sexual feminino era inaceitável e a frigidez feminina uma importante característica de feminilidade, sendo o sexo um tabu, como afirma Reay Tannahill:

A RESSURREIÇÃO vitoriana do amor palaciano foi grandemente responsável pela transformação de damas da classe média em adoráveis e intocáveis guardiãs da moralidade, cujo desdém pelo sexo levou a um explosivo aumento da prostituição, de uma epidêmica praga de doenças venéreas e de um mórbido gosto pelo masoquismo.<sup>8</sup>

As transformações na moral e nos códigos de conduta sexuais vieram dois séculos depois. Naturalmente, muitas mudanças ocorreram de uma geração para outra, muitos valores foram modificados desde o século XVIII, principalmente sobre a forma de pensar em sexo. Um dos indícios destas modificações pode ser percebido nos e nas jovens que não pensam em sexo da mesma forma que seus pais, mães ou avós e os e as rotulam de “caretas”. Mas a sociedade ainda mantém uma repressão moderna sobre o sexo. Muitas vezes estes “tabus” mudam de formas ou intensidade, sendo resultantes de anos e anos de repressão. Conforme Lins e Braga “muitos acreditam ser o sexo uma coisa impura e nada humana. A vergonha e a culpa sexuais podem se manifestar diante de um pensamento, de um desejo ou da simples intenção de agir de determinada maneira”.<sup>9</sup>

O filósofo francês Michel Foucault em sua obra “História da Sexualidade”, afirma que a sexualidade não foi censurada pelo capitalismo, mas sim multiplicou os discursos sobre o sexo, que nunca se falou tanto em sexualidade como nos últimos anos.

(...) a partir do fim do século XVI, a “colocação do sexo em discurso”, em vez de sofrer um processo de restrição, foi, ao contrário, submetida a um mecanismo de crescente incitação; que as técnicas de poder exercidas sobre o sexo não obedeceram a um princípio de seleção rigorosa, mas, ao contrário, de disseminação e implantação das sexualidades poliformas e que a vontade de saber não se detém diante de um tabu irrevogável, mas se obstinou – sem dúvida através de muitos erros – em constituir uma ciência da sexualidade.<sup>10</sup>

Entre os séculos XVII e XIX, houve grande opressão em torno da sexualidade. Com isso, surgiram vários discursos excitados pelo poder, nas diversas instituições como a Igreja, a família, as escolas, os consultórios médicos e as casas de saúde. Essas instituições visavam o

<sup>8</sup> TANNAHILL, Reay. *O sexo na história*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983. p. 377.

<sup>9</sup> LINS, R. N.; BRAGA, F. *O livro de ouro do sexo*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005. p.199.

<sup>10</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 15 ed. São Paulo: Graal, 2003. p. 12.

controle do indivíduo e a disseminação de discursos úteis e públicos a população, para que o sexo fosse administrado. A repressão às relações do sexo e do poder se deve a existência do capitalismo sustentando esta hipótese repressiva, colocando o indivíduo que fala sobre sexo como fora da lei. O sexo, neste momento é proibido, reprimido, e o simples falar sobre ele possui um ar de transgressão da lei. Foucault aborda este momento e o chama de “polícia de sexo”.

No século XVIII o sexo se torna questão de “polícia”. Mas no sentido pleno e forte que se atribuía então a essa palavra – não como repressão da desordem e sim como majoração ordenada das forças coletivas e individuais.<sup>11</sup>

Alguns autores como Foucault buscam desconstruir em vários momentos a ideia de repressão sobre o sexo, pois o “próprio das sociedades modernas não é o de terem condenado o sexo a permanecer na obscuridade, mas sim o terem-se devotado a falar dele sempre, valorizando-o como o segredo”.<sup>12</sup> O crescimento de discursos sobre sexo fica visível no âmbito das ciências sociais. Pois pluridisciplinaridade e a polissemia que define sexualidade como objetos de estudo devem ser compreendidas como tentativas de se unir diferentes níveis de abordagens nas ciências sociais, uma vez que não existe um forma unitária de abordar sexualidade.<sup>13</sup> Sendo a sexualidade abordada em vários momentos e instituições com diferentes objetivos sendo eles construtivos e/ou subversivo socialmente.

A sexualidade faz parte da personalidade de cada ser humano, é construída através da interação entre o indivíduo e as estruturas sociais. O desenvolvimento total da sexualidade traz ao indivíduo bem estar, singular, interpessoal e social. Os DSDR são direitos humanos baseados na liberdade inerente, dignidade e igualdade para todos os seres humanos.

No Brasil até a década de 1980, assim como nos diversos países ocidentais, a sexualidade/sexo estava relacionada à reprodução, sendo à saúde integral da mulher vinculada ao ciclo gravídico e puerperal. Infelizmente, é incontestável o fato de que a sexualidade e a reprodução são ainda utilizadas como meios de controle do corpo e da mente dos seres humanos. As mulheres são as principais vítimas da forte influência de posições fundamentalistas e conservadoras, advindas, na sua maior parte, dos preceitos religiosos e imprimidas fortemente na opinião popular.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> FOUCAULT, 2003, p. 31.

<sup>12</sup> FOUCAULT, 2003, p. 42

<sup>13</sup> LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Brasília: Letras Livres, 2005.

<sup>14</sup> ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 465 - 469. Disponível em:

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos cronologicamente são direitos recentes. Estes novos conceitos de direitos começaram a se formar a partir do final da Segunda Guerra Mundial, quando começou a ganhar força, a ideia de direito individual. Desde então, os mesmos foram desenvolvendo-se (especialmente durante a década de 1980), até que, finalmente, foram incorporados à lógica dos direitos internacionais. Conceituando direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos uma formulação marcadamente contemporânea.<sup>15</sup>

Os direitos humanos têm como característica a universalidade, indivisibilidade, interdependência e inter-relacionamento. A universalidade consiste em dizer que todo ser humano é titular desses direitos, impossibilitando utilizar critérios para suprimi-los ou ofendê-los. Já a indivisibilidade sugere a efetivação de todos os direitos em sua totalidade para todas as pessoas.<sup>16</sup>

Durante o século XVIII aconteceram grandes movimentos revolucionários. Neste período a burguesia estava no poder, criando a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Porém este documento não contemplava uma das principais características dos direitos humanos, a universalidade, pois excluía o sexo feminino, os escravos e os homens livres de cor negra. Este documento foi à primeira declaração de direitos e posteriormente foi inspiração para construção da Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada pela ONU, em 1948.<sup>17</sup>

Os protestos como reação aos séculos de opressão e discriminação aos direitos das mulheres serviram como base para os movimentos feministas e conquista de vários direitos. Apesar da existência de vários movimentos sociais e políticos no mundo moderno, somente no pós-guerra os direitos humanos ganharam força com seu caráter universal e indivisível.<sup>18</sup>

---

<<https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffbf39ad6c365163c7.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

<sup>15</sup> VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/doccompleto.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

<sup>16</sup> BATISTA, F. R. A universalização dos Direitos Humanos, o direito à saúde e a saúde pública. *Revista da Faculdade de Direito*. Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 110. p. 231-249, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/115492/113074>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

<sup>17</sup> CALDEIRA, Giovana Crepaldi. *Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. 2009. Disponível em: <[intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2019/2164](http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2019/2164)>. Acesso em: 29 out. 2016.

<sup>18</sup> ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 465 - 469. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffbf39ad6c365163c7.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas com o fim da Segunda Guerra Mundial. Ela contém os direitos básicos de qualquer ser humano, garantindo seu bem estar e dignidade, segundo estabelecem em seu artigo 2º:

Artigo II - Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.<sup>19</sup>

Os movimentos sociais de mulheres tiveram um papel importante na luta nacional e internacional para que a mulher tenha reconhecimento de seus direitos. Os movimentos feministas variam de acordo com o momento histórico, características socioeconômicas e políticas do país. Apesar disso, segundo Alves e Pitanguy, alguns temas têm sido continuamente abordados, dentre eles, a sexualidade. Para as feministas, “a contenção exercida sobre a sexualidade da mulher é a primeira forma de limitação de sua potencialidade”.<sup>20</sup>

Seja qual for a teoria adotada para explicar a percepção do papel feminino dentro da sociedade, a concepção de gêneros diante de diferenças (que mais do que o aspecto biológico, alcançam os âmbitos psíquico e moral analisados sob a perspectiva de uma conjuntura, diante das relações sociais, do emprego das culturas e seus efeitos nas instituições e organizações sociais, econômicas e políticas) somente encontrou alicerces com a ascensão de valores e consequente surgimento de vários movimentos sociais que construíam uma conscientização feminina de lutar para seu reconhecimento e com direitos igualitários.<sup>21</sup>

A origem dos direitos humanos na contemporaneidade ficou expressa na Declaração Universal dos direitos humanos e sua redação foi entendida como uma resposta à violência da 2ª Guerra Mundial. Auxiliou na formulação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, pois afirma a igualdade entre homem e mulher com relação ao matrimônio, tendo a escolha de contrair ou não, fica claro a partir de seu art. 16:

1. Os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução.

<sup>19</sup> BORGES, G. P. *A Diversidade Como Ponto De Partida Para Um Ensino Democrático*. Paranaíba, v. 3, n. 1, 2011. p. 109-117.

<sup>20</sup> ALVES, B. M.; PITANGUY, J. *O que é Feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1985, (Coleção Primeiros Passos). p. 59.

<sup>21</sup> RODRIGUES, J. B. C. *A mulher brasileira: direitos políticos e civis*. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

2. O casamento não será válido senão com o livre e pleno consentimento dos nubentes.

Em 1979, na Assembleia Geral das Nações Unidas foi legitimada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) sendo configurado um documento internacional que versa aos direitos humanos das mulheres. O mesmo indica que a cultura e a tradição são fatores que influenciam as relações familiares e de gênero.<sup>22</sup>

Para Brauner<sup>23</sup>, as revoluções burguesas entre mulheres da Inglaterra e França despertou a “consciência de gênero”, principalmente, durante a Revolução Francesa, em 1789, observa as primeiras exposições em favor aos direitos das mulheres. Mas nota-se a influência de crenças religiosas para que a mulher assuma um papel inferior de submissão em relação aos homens. Este discurso imposto pela Igreja Católica Romana com a fundamentação que o próprio Deus, ao criá-la, proporcionou condições biológicas para que a mulher exerça este papel de submissão ao homem, para muitos está na Bíblia à comprovação para este discurso, aonde Deus cria a figura de Eva, a partir de uma costela de Adão para que fosse sua companheira.<sup>24</sup>

Os direitos reprodutivos tinham como base princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva que dava a mulher o direito de decidir sobre seu corpo e vivenciar a sexualidade separada da procriação. Eles se apresentam como instrumentos importantes para a cidadania, cujo exercício somente será possível a partir da conquista da autonomia, entendida como a liberdade de existir, de decidir, de refletir, de sair da tutela do outro.<sup>25</sup>

Estes direitos buscam com que as mulheres se tornem sujeitos plenos, tendo a capacidade de escolher e de decidir sobre sua vida reprodutiva, fazendo com que o determinismo biológico de que a maternidade seja um designo feminino. Durante a primeira década do século XX, as mulheres começam a reivindicar os seus direitos sociais e políticos como o direito ao voto, à educação, à igualdade salarial, ao divórcio. Neste momento a

---

<sup>22</sup> VIANNA, A. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

<sup>23</sup> BRAUNER, Maria Claudia Crespo. *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

<sup>24</sup> GOMES, Renata Raupp. Os “novos” direitos na perspectiva feminina: a constitucionalização dos direitos das mulheres. In: *Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas*. WOLKMER, A. C. e LEITE, J. R. M. (Orgs.). São Paulo: Saraiva, 2003.

<sup>25</sup> ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 465 - 469. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffb39ad6c365163c7.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

questão fertilidade ainda não era discutida, mas já existiam algumas mobilizações nos Estados Unidos e na Inglaterra, a americana, feminista e enfermeira Margareth Sanger era tida como a líder deste movimento, pois era sensível as queixas de mulheres atendidas no campo da reprodução por razões sociais, econômicas ou de saúde.<sup>26</sup> Contudo, a partir da década de 1960 na Europa inicia a busca das mulheres pela liberdade reprodutiva, tendo o feminismo caracterizado como movimento politicamente organizado, reivindicando a (re)apropriação do corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como questões políticas.<sup>27</sup>

Neste período, nos países desenvolvidos, as mulheres começam a ter acesso aos métodos contraceptivos, sendo o método mais divulgado, a pílula possibilitando a mulher maior autonomia e liberdade reprodutiva. No Brasil, esse contraceptivo entra no mercado no final da década de 1960, como uma ação de controle de organismos internacionais e com este método surge também uma prática indiscriminada de esterilização em massa de mulheres pobres.<sup>28</sup> Nesta época, o Brasil contava com ajuda econômica do governo dos Estados Unidos, deste modo, o governo brasileiro era pressionado a adotar políticas de controle populacional.<sup>29</sup>

Os movimentos feministas organizados politicamente iniciaram-se no Brasil no final da década de 1970 e os direitos sobre o corpo passam a ser vistos como ponto principal desta luta. Do final da década de 1970 ao início dos anos 1980, é introduzida a noção de saúde integral da mulher, até então conhecida apenas nos aspectos da reprodução biológica. As discussões sobre a saúde reprodutiva são incorporadas pelas feministas brasileiras quando o discurso sobre direitos e cidadania compunha o debate político pela redemocratização do país articulado às premissas de autonomia e justiça social na saúde o que resultou na PAISM, em 1983.<sup>30</sup> Neste período surgiram vários movimentos em prol da saúde reprodutiva das mulheres em várias partes do mundo, com objetivo de fazer as mulheres terem autonomia de decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva em ótimas condições de saúde e bem estar

---

<sup>26</sup> RODRIGUES, 1993.

<sup>27</sup> SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.

<sup>28</sup> CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. 2003. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP.

<sup>29</sup> PEDRO, Joana Maria. Revista Estudos Feministas: estratégias de institucionalização e produção do conhecimento. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Pensando gênero e ciência*. 2006b. p. 53-63.

<sup>30</sup> CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. 2003. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP.

econômico e social. Buscou-se, assim, relacionar o princípio do direito da mulher de decidir sobre reprodução às condições sociais, econômicas e políticas.<sup>31</sup>

Em 1984, após o Congresso Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, realizado em Amsterdã, o termo “direito reprodutivo” passa a ser internacionalmente, reconhecido e legitimado socialmente e na política, abrangendo conceitos com os quais já se trabalhava a luta pela liberdade reprodutiva, relacionado à livre escolha da maternidade, ao aborto e à contracepção, enfim, à saúde integral da mulher.<sup>32</sup>

Após Amsterdã, tivemos várias discussões sobre o tema, mas podemos citar duas Conferências. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, o conceito adquire verdadeira legitimidade institucional, entendido como “o direito de indivíduos e casais de tomar decisões livres de coerção com relação ao número e espaçamento de filhos e filhas e de como tê-los/las ou não tê-los/las”, sendo conferida ao Estado a responsabilidade em viabilizar esse direito.<sup>33</sup> Outro ponto discutido pela conferência foi as políticas públicas que existiam nesta área incluindo a sexualidade e reprodução e não somente os métodos contraceptivos mas sim, uma visão mais ampla incluindo o gênero nesta discussão.<sup>34</sup>

A outra conferência aconteceu em 1995, a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Beijing, onde se reafirmou que os direitos reprodutivos fazem parte dos direitos humanos das mulheres, fazendo-se necessário a promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas públicas e o empoderamento das mulheres sob a perspectiva da equidade de gênero.<sup>35</sup>

Muitas mudanças sociais, políticas e econômicas deveriam acontecer para que os direitos reprodutivos possibilitem autonomia e liberdade de tomada de decisão, fazendo com

---

<sup>31</sup> CORRÊA, Sônia. PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma Perspectiva Feminista; In: *Physis - Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ. V. 6, nº. 1/2, 1996.

<sup>32</sup> PORTELLA, Ana Paula. *Lésbicas, sexualidade e saúde: sínteses dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidade de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS*. Recife, SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, 2009.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.

<sup>33</sup> PEGORER, Mayara Alice Souza. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a atuação estatal: o respeito à diferença múltipla como fator orientador de políticas públicas de gênero. 2013.161 f. *Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas)*. Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, Jacarezinho-PR, 2013.

<sup>34</sup> CORRÊA, S; JANNUZZI, P.M; ALVES, J. E.D. *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*, 2002. Disponível em: <[http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017

<sup>35</sup> VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: *Fundo De Desenvolvimento Das Nações Unidas Para A Mulher*. O progresso das mulheres no Brasil. Brasília: UNIFEM, 2006. p. 211-239.

que os direitos reprodutivos se tornem direitos sociais. O modelo social embasado na desigualdade não possibilita escolhas igualmente livres e pressiona as decisões das mulheres em múltiplas direções. Devido a estes contrastes sociais existentes, as mulheres podem tomar decisões diferentes, com isso, afeta o exercício dos direitos reprodutivos. Para que as decisões reprodutivas sejam realmente “livres” e não compelidas pelas circunstâncias, torna-se necessário que exista a autonomia sustentada na premissa dos direitos sociais, condição que fortalece a base dos direitos reprodutivos das mulheres. Entende-se, portanto, que o exercício dos direitos reprodutivos está diretamente relacionado à ação do Estado, pois os direitos envolvem não somente liberdades pessoais, mas igualmente obrigações sociais, sendo necessárias, para a sua efetivação, políticas públicas e meios que viabilizem escolhas e decisões conscientes.<sup>36</sup>

Segundo Kalsing a mulher não tem acesso aos métodos contraceptivos e à orientação a respeito de sua utilização, se não pode decidir livremente quanto ao número de filhos e filhas e ao momento de tê-los e tê-las, estarão prejudicados seus direitos individuais, necessários ao exercício de sua cidadania reprodutiva e ao desenvolvimento de autonomia e autodeterminação. Em síntese, a concepção de direitos reprodutivos constitui uma mudança de paradigma, pois possibilita à mulher liberdade no campo da reprodução, pressupondo garantia de acesso a todos os meios que proporcionem autonomia e favorecem a tomada de decisão sobre suas demandas no campo da sexualidade e da reprodução.<sup>37</sup>

## 2.2 Dos instrumentos normativos dos direitos sexuais e reprodutivos

No Brasil não existe nenhuma legislação específica para avaliação de normas para os direitos sexuais e direitos reprodutivos, sendo necessários estudos e interpretações sistemáticas das normas constitucionais, para a fundamentação de tais direitos. Dessa maneira, foi concedida pela constituinte de 1988, tanto ao homem quanto à mulher, a titularidade dos direitos reprodutivos.

Na Constituição Federal de 1988, há possibilidade de análise e interpretação destas normas de maneira direta ou indireta, sendo eles: no artigo 1º fala da dignidade da pessoa

<sup>36</sup> CORRÊA, Sônia. PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma Perspectiva Feminista; In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ. V. 6, nº. 1/2, 1996.

<sup>37</sup> PEGORER, Mayara Alice Souza. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a atuação estatal: o respeito à diferença múltipla como fator orientador de políticas públicas de gênero. 2013.161 f. *Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas)*. Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, Jacarezinho-PR, 2013.

humana; no artigo 3º estabelecem-se os objetivos fundamentais da República, dentre os quais, está o de promover o bem de todos e todas, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, nem qualquer outra discriminação. Já no seu artigo 5º, assegura-se a igualdade entre homens e mulheres.<sup>38</sup>

A saúde reprodutiva também bastante discutida foi incorporada na Constituição Federal vigente. O Planejamento Familiar (PF) é um dos elementos compreendidos nessa discussão, sendo onde a decisão sobre paternidade e maternidade é do casal, o Estado é responsável por ações educativas e científicas para que este direito seja cumprido. Isso está estabelecido no artigo 7º. Sendo o PF foi regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dentro da Lei foram estabelecidas políticas para implantação de serviço na área, meios preventivos e educacionais em relação à fecundação e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Além das garantias fornecidas pela Constituição, alguns atos que violam os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres encontram-se sancionados pelo Código Penal Brasileiro, tais como o assédio sexual, a exploração sexual, o estupro e o tráfico de mulheres. No ano de 2006, a Lei nº 11.340 foi sancionada pelo então Presidente Luís Inácio Lula da Silva, sendo conhecida como “Lei Maria da Penha”. Sendo importante no combate à violência doméstica contra mulheres no Brasil e trazendo para o campo do legislativo um reconhecimento da violência, enquanto uma questão de caráter público e não somente privado. A Lei também reúne um conjunto de obrigações do Estado em relação tanto à prevenção quanto ao enfrentamento da violência contra mulheres. Em seu art. 7º, inciso II, a Lei Maria da Penha tipifica a violência sexual como uma forma de violência doméstica, fazendo menção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

II - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

O Brasil assumiu, nas Conferências da ONU ocorridas durante a década de 1990, os compromissos de assegurar o pleno exercício dos direitos reprodutivos e de fazer a revisão da atual legislação que criminaliza o aborto no País. São várias as organizações brasileiras que trabalham com esse objetivo. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) da

---

<sup>38</sup> BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado 1988.

Presidência da República participa de modo permanente de reuniões internacionais e produz documentos que avaliam a situação desses direitos e o cumprimento dos acordos dos quais o País faz parte, enviando-os periodicamente às Nações Unidas e demais organizações internacionais. Além disso, em 2012, o Brasil participou da elaboração do documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, Rio+20, comprometendo-se a trabalhar em prol dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres, homens e jovens e promover a igualdade entre os gêneros.<sup>39</sup>

Nota-se que a Constituição Brasileira de 1988 fornece base formal sólida para o reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres. No entanto, a fim de compreender os entraves que se interpõem à concretização e efetividade dos dispositivos que se encontram virtualmente nela inscritos, faz-se necessário um amplo estudo sobre tais direitos, mediante uma reflexão teórica que se coloque no cruzamento de três campos que têm tratado separadamente deste tema – o jurídico, aquele das políticas públicas e o cultural (centrado na esfera do religioso).<sup>40</sup>

Com base na conceituação de caráter histórico dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, realizada neste capítulo, foram apresentadas as transformações sofridas por tais direitos dentro do campo jurídico, bem como, as limitações encontradas no âmbito nacional no que diz respeito à efetivação dos mesmos. A fim de dar sequência ao tratamento dos dados obtidos nesta pesquisa, o segundo capítulo deste trabalho buscará tratar da problemática destes direitos na perspectiva do “corpo” e das “relações de gênero”, fazendo uma análise sociológica sobre o exercício da sexualidade feminina.

### *2.2.1 Aspectos legais dos Direitos reprodutivos*

Historicamente, no que tange ao campo jurídico, os direitos sexuais e reprodutivos têm recebido tratamento um tanto esparso no âmbito nacional, sendo inseridos no contexto mais amplo da saúde pública.

É correto afirmar que o aborto no Brasil, assim como em diversos países, onde sua prática é considerada ilegal, constitui um grave problema de saúde pública. Isso se deve ao fato de que a legislação vigente, a qual criminaliza o aborto, não tem sido capaz de evitar sua

---

<sup>39</sup> ONU. Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

<sup>40</sup> BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado 1988.

recorrência. O aborto, crime tipificado nos artigos 124, 125, 126, 127 e 128 do Código Penal, configura a quarta causa de morte materna no País.<sup>41</sup>

A informação fornecida à população brasileira sobre métodos contraceptivos seguros e reversíveis, e sobre a esterilização para casais que querem encerrar suas trajetórias reprodutivas é ainda muito precária. Tal situação constitui um fator determinante da elevada incidência de gestações não programadas, sobretudo em adolescentes, seguidas de aborto. Sem falar que os gastos com o atendimento de mulheres em situação de abortamento oneram o sistema de saúde.

No que tange às mulheres, enquanto que tais métodos são precariamente utilizados, estima-se que o Brasil detenha os maiores índices de esterilização do mundo. A esterilização cirúrgica feminina, método que consiste na ligadura das trompas uterinas da mulher, é utilizada de forma abusiva pelas jovens brasileiras, uma vez que esta deveria ser seguida de uma série de procedimentos para desencorajar tal prática, tal como preveem os artigos 10 a 18 da Lei nº 9262/96. A disseminação deste método em mulheres muito jovens traz consequências negativas, de modo recorrente, para a trajetória pessoal, a vida afetiva, a dimensão psicológica, mas também se manifestam no campo dos direitos humanos, da economia, da política, da cidadania, dentre vários outros campos.

Atualmente, o Brasil é um dos países que integra a rota do tráfico sexual. Mulheres e crianças são levadas ao exterior para serem recrutadas à prostituição. Sem falar nos casos de exploração sexual dentro do próprio País, que adquire dimensões alarmantes.

O assédio sexual do homem em relação à mulher é uma prática comum no cenário nacional. Certas ações daqueles indivíduos não chegam propriamente a ser consideradas como violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É como se tais direitos fossem secundários, ocupando um patamar inferior, como uma área que convive com questões mais urgentes no campo jurídico.

Tal conjunto de fatos pode ser atribuído a valores que estão arraigados na cultura brasileira e que dificultam a implantação de políticas que visam à diminuição da configuração de desigualdade que marca ainda hoje a dimensão das relações de gênero no país. Da mesma forma, direitos fundamentais, como o acesso aos meios contraceptivos e a interrupção da gravidez, ainda ocupam o status de tema polêmico na esfera jurídica brasileira, não sendo

---

<sup>41</sup> BRASIL. *Código Penal*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

devidamente efetivados por causa de pressões exercidas, em grande parte, por grupos religiosos.

O MS apresenta diversas propostas e diretrizes que visa promover o exercício dos DHR. Dentre estas propostas acontece a elaboração e distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas sobre reprodução e sexualidade, aumento da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e esterilização cirúrgica voluntária no SUS. Na atenção básica promoveu a capacitação de profissionais de saúde em PL, bem como o estabelecimento de um pacto pela redução da mortalidade materna. Essas diretrizes dispõem também que as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento devam ser atendidas com dignidade e tecnologia suficientes para evitar o seu adoecimento e morte.



### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Este capítulo apresenta uma revisão bibliográfica de Políticas Públicas para Saúde da Mulher no Brasil, aonde esta construção foi ideário feminista para que houvesse a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil.

#### 3.1 Políticas Públicas

Não há uma única compreensão no campo dos estudos sobre políticas públicas. Neste sentido, serão apresentadas interpretações propostas por alguns autores e algumas autoras. Política pública pode ser compreendida por uma área de conhecimento que busca colocar o Estado em atuação e/ou indagar essa atuação, e quando necessário, propor mudanças no curso desta atuação.<sup>42</sup>

Para Peters, política pública é o conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas por governantes que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida de cidadãos e cidadãs, sendo determinados por objetivos, refletindo um jogo de interesses e implicam uma intervenção dos poderes públicos na esfera do privado.<sup>43</sup> Segundo Boneti, essas políticas são as ações que nascem do contexto social dando importância aos movimentos sociais, sobretudo feministas, junto ao Estado, mas passa pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social, quer seja para fazer investimentos ou para uma mera regulamentação administrativa.<sup>44</sup>

O conceito de políticas públicas apresentado por Laswell é um dos mais conhecidos. Foi introduzido na década de 1930 e procura responder algumas questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Essas formas de conceituação indicam vários movimentos e conceitos, utilizados para definir o que são políticas públicas. Nesse sentido, uma definição que chama a atenção quanto ao tema do presente trabalho é a de Boneti, a qual contempla os movimentos sociais, pressionando o Estado para a criação de políticas públicas com ênfase

---

<sup>42</sup> SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa*. Caderno CRH 39: 11-24, 2003.

<sup>43</sup> FARAH, M. F. J. *Gênero e Políticas Públicas na Esfera Local de governo*. Trabalho baseado na Pesquisa “Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo”, financiada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP-FGV, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, 2001.

<sup>44</sup> BONETI, Lindomar W. *Políticas Públicas por Dentro*. Ijuí: Editora da Unijuí, 2006.

em políticas, programas e ações sociais que contemplem a perspectiva da equidade de gênero.<sup>45</sup> O objetivo das políticas públicas é atender as necessidades das pessoas e setores da sociedade que se encontram mais vulneráveis, visando ampliação e maior alcance da cidadania, criando estratégias para sanar as mais diversas necessidades de cidadãos e cidadãs, sejam econômicas, sociais e políticas.<sup>46</sup>

No Brasil, as três primeiras décadas do século XX marcaram um período de hegemonia das políticas de saúde pública orientadas para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização de caráter campanhista, atreladas a extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas, refletindo sobre o modelo desenvolvimentista adotado pelo Estado. Este modelo tem sua origem nos projetos fomentados a partir de 1930 e buscaram priorizar os investimentos econômicos em detrimento dos sociais. Estes, por sua vez, eram percebidos enquanto consequência do desenvolvimento econômico, ou seja, não era prioritário, sendo exclusivamente dependente do sucesso econômico. Até 1930, trabalhadores e trabalhadoras contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas das grandes empresas e, em outros casos, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, sendo que a maioria dos trabalhadores e das trabalhadoras era excluída de tais benefícios.<sup>47</sup>

Até a década de 1980, as características do Estado brasileiro - eram desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, firmados pela estrutura política e econômica do país. A partir da Constituição de 1988 houve maior empenho com objetivo de universalizar as políticas sociais. Percebe-se uma nova roupagem dada às políticas públicas,

---

<sup>45</sup> PINOTTI, J. A. et al. *Atendimento integral à saúde da mulher*. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, outubro, 1998. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com/perola.php>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

<sup>46</sup> AVELINO, G. F. Política e políticas sociais no Brasil: um estudo sobre a previdência. 1991. 116 f. *Dissertação (Mestrado em Sociologia)*, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

<sup>47</sup> AVELINO, G. F. Política e políticas sociais no Brasil: um estudo sobre a previdência. 1991. 116 f. *Dissertação (Mestrado em Sociologia)*, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

que passam a ser explicadas conforme as mais variadas definições, formas e atuação. No que diz respeito aos significados podem ser definidas quanto à natureza ou grau de intervenção.<sup>48</sup>

As políticas públicas são analisadas de acordo com a abrangência dos beneficiários e das beneficiárias possíveis. Elas podem ser de caráter universal, cujo objetivo é beneficiar a sociedade como um todo, como o Sistema Único de Saúde – SUS. Podem ser segmentada, destinadas a um determinado fator, gênero, idade, etnia. Ou, ainda, podem ser fragmentadas, destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento.<sup>49</sup>

Em se tratando de políticas públicas, é interessante ressaltar a importância exercida pelo Estado no atendimento dos direitos indispensáveis à sociedade. Conforme Coelho, há três motivos essenciais para compreensão do papel desempenhado pelo Estado na ampliação da democracia, a saber: pelo caráter centralizador em relação ao poder político, com presença intensa em todas as relações sociais, o que facilita o seu exercício; pela importância das políticas públicas na expansão dos direitos, que permite atingir a população dos segmentos mais excluídos e marginalizados, destacando-se as mulheres; e por fim, pela importância de democratizar o Estado e, sobretudo, as políticas públicas, como forma de superação da característica predominante do Estado de - mero instrumento a serviço da classe dominante, sendo este um produto de uma relação de forças, sendo perpassado e dividido pelas contradições de gênero, classe, cor/raça, entre outras. Foi a partir dessa percepção que os movimentos feministas reconstruíram as novas estratégias de ação.<sup>50</sup>

A construção de metodologias de mapeamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas, constitui-se como um dos grandes desafios dos movimentos sociais no sentido de garantir uma intervenção mais eficiente nas agendas governamentais. Vê-se, então, a necessidade de fortalecimento do planejamento das suas ações para promoção de mudanças estruturais com objetivo do desenvolvimento com equidade.

Considerando a supremacia que determina o País, com relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, um ponto

<sup>48</sup> SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*. Cuiabá, v. 9, n. 16, jul./dez., 2000. Disponível em: <[http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as_politicas_de_s.html)>. Acesso: 12 jan. 2017.

<sup>49</sup> FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Promovendo a saúde sexual e reprodutiva*. Relatório ano I. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriopromovendo.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

<sup>50</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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.

importante para estas construções políticas públicas é o perfil epidemiológico do público feminino de cada região do país. Durante o processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto com melhores resultados.

### 3.2 Saúde da Mulher: Políticas Públicas no Brasil

A saúde de uma população é a expressão das suas condições concretas de existência, além de ser o resultado, entre outras coisas, da maneira como se constrói a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos e as cidadãs é realizada mediante políticas públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, encontram-se as Políticas de Saúde.<sup>51</sup>

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incluída às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restritas, nesse período, as demandas relativas à gravidez e ao parto.<sup>52</sup> Assim, as políticas públicas da saúde das mulheres eram focadas apenas em sua dimensão reprodutiva (procriação dos filhos e das filhas), o que se traduzia em cuidados voltados, exclusivamente, ao ciclo gravídico puerperal, mediante os programas de assistência materno-infantil. Os programas materno-infantil elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em uma construção cultural e social que via a função da mulher associada a sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica responsável pela criação, pela educação e cuidado com a saúde dos filhos e das filhas e demais familiares.<sup>53</sup>

Os programas de assistência à saúde da mulher quando elaborados preconizavam apenas as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, o caso das crianças e gestantes, naquela época. Outra característica é a ação verticalizada e a falta de articulação com outros programas e ações que eram propostas pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem

---

<sup>51</sup> SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*. Cuiabá, v. 9, n. 16, jul./dez., 2000. Disponível em: <[http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as_politicas_de_s.html)>. Acesso: 12 jan. 2017.

<sup>52</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004, 82 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

<sup>53</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004, 82 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

qualquer avaliação e planejamento das necessidades de saúde das populações locais. Isso resultava na fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher, promovendo poucas melhorias nesta área.<sup>54</sup>

Tendo em vista; as desigualdades sociais encontradas nas diferenças de gênero, as mulheres se organizaram; a fim de expor que a população feminina é a mais atingida pelos problemas de saúde. Com isso, buscaram novas propostas nos processos políticos, produzir transformações que agreguem qualidade de vida para a população.<sup>55</sup>

Na década de 1930, as políticas de saúde que se organizavam no país eram direcionadas ao cuidado e a proteção das crianças e sempre abordando a mulher como objeto de intervenção. Na saúde pública essas ações traduziam-se em um enfoque pró natalista, com a contribuição da própria medicina para a naturalização das diferenças entre os sexos e a ênfase da mulher como mãe. E mesmo para aquelas mulheres que trabalhavam a proteção estava voltada aos efeitos nocivos do trabalho sobre o seu papel reprodutor.<sup>56</sup>

Já nos anos 1960, surgiu o pensamento “neomalhusiano” com suas proposições de controle da natalidade, por meio do controle sobre os corpos das mulheres, vistas como as únicas responsáveis pela contracepção. A ambiguidade do governo em meio ao debate entre “controlistas” e “anticontrolistas” da natalidade, traduzia-se na ausência de programas que repensassem a mulher nas várias etapas de sua vida e ações que atendessem as demandas existentes por contracepção. Além disso, permitia-se a ação progressiva de entidades privadas e estrangeiras na realização da esterilização por laqueadura tubária e distribuição indiscriminada de contraceptivos.<sup>57</sup>

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 1983. Em meio a uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que fora instaurada no Senado, onde o propósito era a investigação do grande aumento da população, a fala de Waldir Arcoverde, na época o Ministro da Saúde, ecoou com a proposta da criação do

<sup>54</sup> COSTA, Ana Maria. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. *Tese (Doutorado)* – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).

<sup>55</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004, 82 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

<sup>56</sup> OSIS, M. J. D. et al. *Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

<sup>57</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004, 82 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

PAISM, onde propunha uma abordagem à saúde da mulher que envolvia todas as fases do ciclo vital. Toda a redação da então proposta do programa fora composta por quatro profissionais, onde fizeram parte três médicos e uma socióloga, profissionais estes exclusivamente convocados pelo Ministério da Saúde (MS). Pela primeira vez, o governo propôs e implantou, de forma parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Colaboraram, neste processo, representantes de grupos feministas, gestores e gestoras, pesquisadores e pesquisadoras, cumprindo, desse modo, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>58</sup>

No ano seguinte, 1984 foi então, oficializado e divulgado pelo o MS o PAISM, com toda documentação preparada pela então comissão ora designada. Para que houvesse um estabelecimento de seu parecer, o ministério partia da comprovação que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, estava restringida ao ciclo gravídico puerperal. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por essa razão, os movimentos de mulheres reivindicaram a sua implementação.

O conteúdo contido no PAISM incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

Em 1984, o PAISM foi difundido e embasado pelo texto: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Sua finalidade foi explicada no primeiro parágrafo, frisando a ideia de compreender a saúde mulher de uma forma diferente do então modelo vigente. O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, de forma deficiente.<sup>59</sup>

Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da

---

<sup>58</sup> OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

<sup>59</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004, 82 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar.<sup>60</sup>

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher - vista como um todo – o PAISM rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como, a integralidade e a equidade da atenção à saúde, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia a estrutura conceitual que embasaria a formulação do SUS. Dessa forma, o SUS foi criado pela Constituição de 1988, associado as três esferas de governo Federal, Estado, Município, sendo assim, descentralizado como sistema público e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e nº 8,142/90). Segundo publicação do Ministério da Saúde a proposta do SUS é promover atendimentos para população de forma igualitária, prestando cuidados, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros e das brasileiras. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que assegura atendimento gratuito para toda a população do país.<sup>61</sup>

O Ministério da Saúde, através da implantação do PAISM, preconizava a assistência integral, para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária, segundo o conceito da integralidade da assistência e englobaram todas as fases da vida, da adolescência até a velhice, respeitando-se a especificidade de cada uma dessas fases. Segundo essas diretrizes, a prática educativa deveria permear todas as ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários para essa clientela. Partindo deste princípio, a assistência clínica ginecológica passou a compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e

---

<sup>60</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2016.

<sup>61</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar*: Manual Técnico. 4 ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

tratamento imediato de patologia, através da anamnese e da avaliação clínica, dirigidas para a descoberta das patologias, principalmente do aparelho reprodutivo, como do câncer-uterino e mama.<sup>62</sup>

O Brasil é formado por um território excepcional que ao passar dos anos tem buscado a organização de seus sistemas: econômicos, de educação e de saúde. Com o desafio de estruturar-se e planejar-se utilizando seus recursos, para assegurar a sua população; qualidade de vida e alcançar a condição de país desenvolvidos. Dessa forma, a saúde tem sido arrolada em debates e discussões com intuito de garantir a entrada das pessoas na atenção integral com bom senso entre recursos e demanda.<sup>63</sup>

Garantir a inserção das mulheres em ações referentes à saúde feminina, em todas suas etapas e situações pertinentes, permite prestar assistência integral à saúde das mulheres. Desse modo, ao conduzir o cuidado precisa-se atentar para as interferências de relações de gênero, classe e geração envolvidas no processo de saúde doença das mulheres, acolhendo-as e ouvindo atentamente suas necessidades.<sup>64</sup>

Nos anos 1980, a integração das ações no Atendimento Primário à Saúde começou a ser discutida, ao passo que, para aqueles e aquelas ginecologistas acostumados e acostumadas a tratar a mulher como um todo, parecia estranho atender às necessidades de planejamento familiar em separado. Alguns deles e algumas delas consideraram que, recusar os direitos de saúde reprodutiva às mulheres, resultaria não somente numa taxa elevada de mortalidade materna, como também, daria origem a um número grande de causas de morte, superior mesmo ao da mortalidade materna. Era, então, redefinida a saúde reprodutiva, que encerrou com a ênfase apenas na gestante ou nos programas de controle de natalidade, dando prioridade para a saúde da mulher desde a adolescência até a terceira idade, de forma mais abrangente e com as prioridades estabelecidas em bases epidemiologicamente adequadas.<sup>65</sup>

No âmbito do SUS, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Seus princípios e diretrizes já foram adotados por muitos municípios.

---

<sup>62</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4 ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

<sup>63</sup> CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232003000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200018)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

<sup>64</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4 ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

<sup>65</sup> PINOTTI, J. A. et al. *Atendimento integral à saúde da mulher*. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, outubro, 1998. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com/perola.php>>. Acesso em: 12 nov. 2001.

Porém, a maioria deles ainda não dispõe de serviços de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo programa. O PAISM propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase. A qualidade do atendimento deve ser boa e adequada. Deve, ainda, proporcionar a realização de atividades educativas que permitam às mulheres deterem maior conhecimento sobre o seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciarem a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde e como viverem melhor.<sup>66</sup>

Em consonância com os princípios do SUS surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reformular a assistência oferecida pela atenção básica de saúde. O PSF proporciona novas táticas de trabalho, focando na atenção familiar, atuando preventivamente, através de busca ativa, alterando a forma de acesso da população à saúde, ponderando; que o modelo “hospitalcêntrico” não satisfaz as demandas de saúde da população.<sup>67</sup>

O PSF foi instituído em 1994, pelo Ministério da Saúde, amparado pelo impacto positivo adquirido através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual abrangeu as áreas rurais, periféricas e urbanas das regiões norte e nordeste do país. No que diz respeito a ampliar e qualificar o atendimento ofertado para a população da área adstrita torna-se imprescindível a prática multiprofissional para o bom funcionamento do PSF. O primeiro contato na rede assistencial ocorre por intermédio da APS, que prioriza a continuidade e integralidade da atenção à saúde, representando a coordenação da assistência, inserido no sistema, a atenção voltada para a família, à orientação e participação comunitária. A sistematização do cuidado, a atenção integral, o cuidado continuado e a entrada através da atenção primária para o sistema de saúde são características indispensáveis.<sup>68</sup>

No ano de 2006, o Programa Saúde da Família deixa de ser apenas um programa e transforma-se em uma estratégia durável dentro da APS, vistas que o termo programa,

---

<sup>66</sup> REDE SAÚDE. *Cartilha Saúde Materna: Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos*. Disponível: <[http://redesaude.org.br/html/body\\_ct-sm.cap1.html](http://redesaude.org.br/html/body_ct-sm.cap1.html)>. Acesso em: 2 jan. 2002.

<sup>67</sup> ROSAS, C. F. *Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas*. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. 2005 set; 27:18-20.

<sup>68</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, Brasília, 2010. 300 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/ab\\_cad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad26.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

demanda tempo específico, no qual determina suas ações, enquanto que a estratégia é constante e continuada. A partir daí iniciou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>69</sup>

Segundo Ohara e Saito, a saúde da família como reestruturação do modelo assistencial, suas normas e objetivos operacionais são estabelecidos por meio de equipes multiprofissionais em Unidade Básica de Saúde (UBS). Cabe às equipes de saúde assistir uma quantidade de famílias, situadas em uma área geográfica demarcada, devendo elaborar e executar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde deste grupo populacional. As atividades da ESF são desempenhadas em UBS, nas casas e em locais que a população está presente por meio de grupos, como por exemplo, em escolas, e ainda, fomentar a integração da comunidade visando nortear as atividades com este grupo, cabendo a cada equipe assistir sua área de abrangência que possui até 1.000 famílias.<sup>70</sup><sup>71</sup>

A singularidade da ESF está presente no trabalho em equipe, como forma de fomentar os recursos e facilitar o desenvolvimento de atividades, através de abordagens específicas em locais onde a estratégia é inserida. A equipe de saúde da família é composta de um enfermeiro ou uma enfermeira, um médico ou uma médica (clínico geral), de um a dois técnicos ou uma a duas técnicas de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde.<sup>72</sup>

Saito salienta que a ampliação das equipes de saúde da família em diversas localidades do Brasil ocorreu por causa dos aspectos positivos presentes no modelo de atenção à saúde da comunidade, acompanhado de apoio político e financeiro pelo MS.<sup>73</sup> Desde a criação do SUS, pela constituição de 1988 no Brasil, vem ocorrendo, nos últimos anos, significativos progressos envolvendo a ampliação da quantidade de equipes de saúde da

---

<sup>69</sup> SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 266-71, 2000.

<sup>70</sup> SANTOS, L. A. Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Pública)* – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01042009-114228/pt-br.php>>. Acesso em: 10 out. 2015.

<sup>71</sup> OHARA, E. C. C.; SAITO R. X. S. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.

<sup>72</sup> ARAÚJO, F. M. Ações de educação em saúde no Planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande- PB. UEPB, 2004. 79p. *Monografia (pós-graduação em saúde da família)* Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande, 2004. Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

OHARA, E. C. C.; SAITO R.X.S, 2008.

<sup>73</sup> SAITO, R. X. S. (Org). *Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.

família, portanto, atingindo maior parcela da população brasileira, com prestação de assistência e mecanismos gestores de melhor qualidade.<sup>74</sup>

A ESF está apta para realizar ações grupais que possibilitem esclarecer informações sobre o PF e métodos contraceptivos. Desta forma, atinge o objetivo de entender e trabalhar a partir das vivências pessoais, dos membros da comunidade, tornando-a parceira do programa.<sup>75</sup>

Entende-se que a população deve ser recebida para a demanda de atendimentos de saúde de forma equânime, ausente de empecilhos econômicos, culturais, físicos, preenchendo assim o preceito de universalidade do SUS. A equidade é expressa através da assistência prestada que enfatiza a necessidade específica, de ações direcionadas a um determinado grupo de pessoas, consolidando assim a justiça. Portanto, a constituição de novos paradigmas de gestão pública resulta do princípio de integralidade, que é possível por meio de contribuições intersetoriais.<sup>76</sup>

A atenção básica é estimulada pela ESF que possui como característica a inclusão e inserção da população em suas atividades, facilitando para a equipe o reconhecimento de suas necessidades, ao mesmo tempo em que empodera a comunidade nas tomadas de decisões ao que tange as ações de saúde e faz dela um excelente campo para trabalhar com o PF.<sup>77</sup>

A reorganização do modelo assistencial de atenção básica à saúde com alterações na forma de atuação e organização visa a modificar o foco central de atenção e utiliza como estratégia o PSF, que está vinculado aos princípios do SUS e destinado à abordagem da promoção a saúde. A inserção das pessoas no sistema de saúde é facilitada, quando o primeiro acesso se dá por meio das ações de educação em saúde, pois, quando ocorrem dificuldades na busca dos usuários e das usuárias, reflete-se diretamente nas atividades em grupos e consequentemente, na atenção prestada pela equipe. Do ponto de vista de Ferreira, a ESF realiza suas atividades centrando-se na família, a fim de fortalecer o elo entre unidade de

<sup>74</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, 2010.

<sup>75</sup> MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, 2007, v. 23, n. 4. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000400023&script=ci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000400023&script=ci_arttext)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

<sup>76</sup> PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.). São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso#\\_en1](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso#_en1)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

<sup>77</sup> SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 266-71, 2000.

saúde e comunidade, por conseguinte, compete aos e as profissionais de saúde desenvolver ações voltadas para o programa de PF, que esclareçam questões sobre a concepção e a contracepção para a população.<sup>78</sup>

Compete ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) colaborar com as equipes de ESF no planejamento e prática das ações de PF e abordar a diversidade sexual, cultural, étnica, assim como, temas sobre sexualidade envolvendo o afeto, prazer, conhecimento do corpo e autoestima. O PF é, primordialmente, executado por meio da ESF na atenção primária, porém, é atribuição de todos os níveis de atenção à saúde, incluindo média e alta complexidade. Todavia, a ESF possui como uma de suas vertentes a participação da comunidade, o que facilita a identificação e atendimento das necessidades pessoais.<sup>79</sup>

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.<sup>80</sup>

É indispensável destacar a contribuição do PAISM, principalmente, ao considerar o redimensionamento do conceito tido sobre o corpo feminino, ao abordar em especial, a integralidade deste ser. Assim, a adoção do PAISM, representou um importante passo em direção ao conhecimento de direitos das mulheres, valendo citar aqui, o direito sexual e reprodutivo. O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 1990, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia de atendimento a família como um todo o então Programa Saúde da Família.<sup>81</sup>

---

<sup>78</sup> FERREIRA, J. C. L. Planejamento familiar na unidade básica de saúde de Queimadas, horizonte (CE): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção. 2009.25f. *Monografia (Pós-graduação em Práticas Clínicas em Saúde da Família)*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/uploa d/paper/2012/38/2012\\_38\\_4601.pdf](http://www.convibra.com.br/uploa d/paper/2012/38/2012_38_4601.pdf)> Acesso em: 07 ago. 2015.

<sup>79</sup> PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2016.

<sup>80</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004. 82p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016

<sup>81</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004. 82p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

Este modelo inclui várias etapas de trabalho e, para que funcione como o esperado, é necessário que possua uma equipe multidisciplinar dotada de saberes que se completem mediante ao atendimento da população, assim:

[...] inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutive para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade.<sup>82</sup>

Considerando o exposto, é indispensável que a equipe da ESF possua perfil resolutivo, sendo capaz de assistir os problemas comuns à população sob sua responsabilidade sanitária, de modo que atue como um filtro, onde se consiga resolver significativa parte dos problemas sem necessidade de encaminhar para outros níveis de assistência. Assim sendo, essa estratégia deve fazer uso de meios que possibilitem promover mudança de hábitos e valores da população, de modo que reflitam em qualidade de vida para o grupo sob sua respectiva responsabilidade. Portanto, o trabalho em equipe constitui o pilar para a qualidade deste serviço, fazendo-se mandatário que os conhecimentos e habilidades dos envolvidos das envolvidas integrem-se de modo a somar para o fornecimento do serviço ao usuário e à usuária do sistema. Devem fazer parte dessa equipe: médico ou médica, enfermeiro ou enfermeira, Agentes Comunitárias de Saúde, técnico ou técnica de enfermagem, cirurgião ou cirurgiã dentista e técnico ou técnica em saúde bucal.<sup>83</sup>

O conteúdo ora apresentado faz perceber a importância da proposta da ESF, e leva à percepção da necessidade da qualidade no fornecimento desse serviço, principalmente para a prevenção de doenças, não apenas no contexto individual, como também no contexto coletivo, visto que este modelo não se centra apenas no tratamento da doença propriamente dito, mas em promoção de mudanças de hábitos e estilos de vida que contribuam para existência desta, onde a família é o foco e não mais a doença.<sup>84</sup>

Em 1997, o MS, por meio do Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU), conseguiu implantar dentro dos programas de atenção básica a saúde,

---

<sup>82</sup> PIMENTEL, S. & DORA, D.D. *As mulheres e a construção dos direitos humanos*. São Paulo, CLADEM, 1993.

<sup>83</sup> SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 266-71, 2000.

<sup>84</sup> COSTA, Ana Maria. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. *Tese (Doutorado)* – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).

procedimentos simples e de baixo custo, que auxiliaram de maneira significativa na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero.<sup>85</sup>

É importante mencionar que, a partir do surgimento do PAISM, muitas foram às evoluções no que se referem a programas de atenção a saúde da mulher. Dentro do contexto câncer, por exemplo, a partir dessas políticas que passaram a surgir modelos de programas de detecção precoce do câncer de colo de útero, com publicações como manuais técnicos, orientando tanto os estados como também os municípios.<sup>86</sup>

Muitas políticas públicas foram implantadas para a saúde da mulher, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde estabeleceu em 2005 propostas e diretrizes a serem alcançadas no triênio 2005-2007, com relação aos direitos reprodutivos, estabelecendo como objetivos:

1. Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS
2. Elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas
3. Capacitação dos e das profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar
4. Seminário para Pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher
5. Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS
6. Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS
7. Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas
8. Termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
9. Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul
10. Apoio e desenvolvimento de pesquisas
11. Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens
12. Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão
13. 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
14. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

---

<sup>85</sup> COSTA, Ana Maria. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004. *Tese (Doutorado)* – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).

<sup>86</sup> COSTA, Ana Maria. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004. *Tese (Doutorado)* – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).

#### 4 ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A partir da década de 1980, os conceitos de saúde sexual e reprodutiva passaram a ser abordados no contexto político, econômico, cultural e social que determina a situação da mulher na sociedade. Esse fato pode ser verificado pela presença dos conteúdos: política de assistência integral à saúde da mulher, papel da mulher na sociedade, fertilidade e infertilidade, assistência à mulher no planejamento familiar.

A preocupação com a modernização do currículo de Enfermagem ocorreu por influência do movimento feminista no final da década de 1980. O feminismo como ideologia política, pode ser identificado desde o século XIX, mas foi nas décadas de 1970 e 1980 do século XX, que o pensamento feminista ingressou no campo acadêmico e impõe-se como uma tendência teórica inovadora e de forte potencial crítico.<sup>87</sup>

Os DSDR possuem conceitos diferentes, mas estão interligados em alguns momentos. Entende-se por direitos reprodutivos a oposição a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e a qualquer imposição natalista que resulte na proibição da utilização de métodos contraceptivos. Esses conceitos não devem ser direcionados apenas e tão somente às mulheres, admitindo-se, também, as responsabilidades dos homens no processo de reprodução e regulação da fecundidade.

Já os direitos sexuais referem-se não só ao potencial do indivíduo expressar sua sexualidade com liberdade, sem nenhum tipo de coerção, mas também se referem ao acesso à educação sexual durante toda a vida. Tais direitos se originam nos movimentos gays e lésbicos que almejam desestigmatizar as sexualidades referidas como alternativas.

O acolhimento da mulher pelo ou pela profissional de enfermagem é de suma importância para o sucesso da consulta de enfermagem em ginecologia, pois é através desta prática que o ou a profissional de saúde que presta o cuidado, estabelece seus laços de confiança e empatia juntamente com a mulher que busca pelo serviço de saúde, garantindo desta forma que as consultas subsequentes se realizem de forma ativa e resolutiva, podendo elaborar a curto, médio e longo prazo ações de prevenção, promoção e tratamento à saúde da mulher. Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser prática de todos os e

---

<sup>87</sup> FERREIRA, S. L. *O pensamento feminista e os estudos de gênero: experiências na Escola de Enfermagem da UFBA*. Salvador: EDUFBA; 2012. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9312/1/bahianas\\_n15.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9312/1/bahianas_n15.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2017.

todas as profissionais de uma equipe de saúde e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de novo modelo de atendimento. Para isso, os ou as profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados ou sensibilizadas e capacitadas para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência.<sup>88</sup>

O acolhimento humanizado pautado no respeito, e na valorização das diferenças e das singularidades de cada mulher é a primeira etapa e uma das principais ações dentro da prática assistencial dos enfermeiros ou das enfermeiras que prestam o atendimento ginecológico. Durante o atendimento é de grande relevância dentro da saúde da mulher que o enfermeiro ou a enfermeira, conheça a idade, a renda, a religião, a naturalidade, a profissão, a sexarca, a menarca, os tipos de parcerias sexuais, a frequência das atividades sexuais, o uso ou não dos métodos contraceptivos, a rede social e familiar da mulher dentre outros, pois todos estes aspectos interferem diretamente no processo de saúde e doença das usuárias.

Cabe ressaltar que é a partir destes dados que poderemos traçar estratégias de saúde mais eficazes para as mulheres, pois conhecendo, por exemplo, a cor/raça das mulheres poderemos esperar que algumas patologias sejam mais ou menos frequentes em determinada mulher, bem como, no que tange ao quesito idade poderemos identificar em qual etapa do seu ciclo de vida encontra-se a usuária, trabalhando juntamente com ela as especificidades de cada uma dessas fases. Uma vez estabelecida a confiança entre o ou a profissional de saúde/mulher, através do acolhimento e da garantia do sigilo e da confidencialidade das informações relatadas pelas usuárias durante os atendimentos, o enfermeiro ou a enfermeira deve promover sempre que possível o aconselhamento, pois este instrumento tem-se tornado de grande valia no que tange ao processo ensino-aprendizagem no campo da Enfermagem Ginecológica.

O Aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na usuária. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores ou as interlocutoras, visando ao resgate dos recursos internos das clientes para que elas mesmas tenham possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e

---

<sup>88</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. 1. ed. ( Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 4). Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2017.

transformação. O aconselhamento, por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação de conflito.<sup>89</sup>

O Planejamento familiar e os Direitos Sexuais e Reprodutivos têm como principal objetivo dentro da consulta de Enfermagem Ginecológica, a orientação das mulheres quanto ao direito de ter ou não ter filhos ou filhas, a liberdade em decidir quantos filhos ou quantas filhas querem e em que momento da vida realizará, bem como, garantir as mesmas, o exercício pleno de sua sexualidade, independente de sua cor, estado civil, idade, condição física, orientação sexual. 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.<sup>90</sup>

Estimular as mulheres a conhecer a fisiologia e funcionamento de seu corpo é de suma importância para as ações do Planejamento Familiar e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e devem fazer parte em todas as etapas da consulta de enfermagem em ginecologia. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre as mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das DST, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso do preservativo masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal. Podemos dizer que no ano de 1996, com a aprovação de um projeto de lei no Brasil ocorreu um marco histórico em todas as ações que regulamentam o planejamento familiar. A Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabelece que todas as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência a concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde.<sup>91</sup>

Todas as orientações em saúde e as ações de prevenção, promoção e tratamento a saúde da mulher realizada pelos enfermeiros ou pelas enfermeiras, são realizadas e estão

---

<sup>89</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Programa Nacional de DST e AIDS. 4 ed. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2017.

<sup>90</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4 ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40). Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

<sup>91</sup> BRASIL. *Lei n. 9.263*, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, 1996.

respaldadas segundo as normas técnicas e manuais do Ministério da Saúde. Os enfermeiros envolvidos ou as enfermeiras envolvidas com a assistência ginecológica devem prezar sempre pela autonomia das usuárias nestes serviços de saúde e garantir as mesmas o acesso universal aos demais serviços de saúde do SUS. É promovendo a arte do acolhimento e do aconselhamento em ginecologia que encontraremos maneiras mais eficazes de lutar por uma saúde mais justa, digna e mais próxima das reais demandas das inúmeras cidadãs brasileiras que buscam por este cuidado. Cabe destacar que apesar de antigo o campo da ginecologia dentro da Enfermagem, muito tem que ser feito e conquistado por estes profissionais, que demonstram habilidades práticas e científicas para o cuidado integral, inovador e transformador dentro da área da saúde da mulher respeitando as especificidades e singularidades de cada mulher. Para promover a saúde das mulheres é necessário um olhar mais amplo, valorizando seus aspectos sociais e psicológicos e não reduzindo a assistência somente aos aspectos biológicos, é necessário valorizar suas subjetividades, seu histórico de vida e suas demandas psicossociais.

Os cursos de enfermagem de Rondônia/RO totalizam 20 instituições, entrando em contato com as instituições, algumas se propuseram fornecer as Matrizes Curriculares dos respectivos cursos. Totalizando seis instituições para análise dos Currículos. Pode perceber que o tema DSDR não aparece especificamente somente temas afins como, aborto, Planejamento Familiar, humanização, parto e puerpério.

## 5 CONCLUSÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram tratados, nesta pesquisa, partir da noção de direitos humanos, a liberdade, a igualdade e a dignidade se apresentam como princípios estruturalmente associados a sua efetivação em âmbito internacional e brasileiro. Desde o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, muitas foram as transformações ocorridas no âmbito jurídico, por meio de conferências, convenções e documentos internacionais voltados aos direitos das mulheres.

Os direitos sexuais preconizam o exercício da sexualidade livre de discriminação e violência. Os direitos reprodutivos, por sua vez, baseiam-se no reconhecimento da capacidade de cada indivíduo de organizar livremente sua vida reprodutiva, ou seja, escolher o número de filhos ou filhas que deseja ter, o espaçamento entre eles, o acesso a métodos contraceptivos e a informações necessárias para que possam desfrutar do mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, muito ainda há a ser ponderado, criticado e acrescentado acerca deste tema, visto que tais direitos ainda não fazem parte da realidade de muitas mulheres, inclusive, no Brasil. Embora a Constituição Federal de 1988 forneça base para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais, como não existem leis específicas que tratem destes direitos, a fundamentação dos mesmos se dá por meio de interpretações sistemáticas de normas constitucionais.

Além disso, a prostituição, o assédio e a exploração sexual, o tráfico de mulheres, os altos índices de mortalidade materna, o aborto ilegal e os altos níveis de esterilização são exemplos de como a efetividade desses direitos se encontra comprometida em âmbito nacional. Uma das primeiras dificuldades encontradas na efetivação desses direitos consiste no fato de a concepção dos mesmos estar vinculada exclusivamente às mulheres.

Embora os titulares dos direitos reprodutivos sejam as mulheres, os homens, os casais, os adolescentes e as pessoas idosas, é para as mulheres que as leis e as políticas públicas estão mais voltadas, destinando-lhes mais deveres do que direitos no âmbito reprodutivo. Neste sentido, o corpo da mulher estaria sendo adestrado por meio de técnicas de poder, as quais agem sobre o biológico e são refletidas no campo político. Neste contexto, é possível perceber a forte tensão existente entre as esferas pública e privada.

A sexualidade, mantida na obscuridade da esfera privada, é, então, trazida para a esfera pública sob a forma de normas e políticas voltadas à saúde sexual e à reprodução. Dessa forma, as técnicas de adestramento dos corpos femininos efetuadas pelo Estado, na

esfera pública, consistem em leis e políticas públicas relacionadas à higiene e à saúde públicas. Outras questões, como as do conhecimento do próprio corpo, a conquista do prazer e o desenvolvimento livre da sexualidade são mantidos na esfera privada. A interdependência entre direitos sexuais e direitos reprodutivos é outra questão delicada. A ideia de direitos sexuais está intimamente vinculada à concepção de direitos reprodutivos. Mostra-se necessário, portanto, fortalecer o direito da sexualidade para que ultrapasse a esfera reprodutiva. No entanto, da mesma forma que o direito da sexualidade não pode se resumir ao direito da reprodução, os direitos sexuais não devem restringir-se a um direito da sexualidade não reprodutiva.

A construção da pesquisa foi baseada na busca de Matrizes Curriculares de faculdade de enfermagem de Rondônia/RO, entrou-se em contato com as coordenações de curso aonde foi explicada a pesquisa e sua importância, as mesmas encaminharam as Matrizes e até mesmo algumas possuíam em seus sites, mas junto com as Matrizes foi solicitado o Programa, onde puderam ser analisados os temas abordados em sala de aula e se incluía os DSDR.

A partir da análise dos documentos selecionados, apurou-se a existência de temas afins aos DHSR, como planejamento familiar, aborto, DST/AIDS, direito das mulheres, direito dos adolescentes, humanização, entre tantos outros, que poderiam ser mais explorados pelos cursos, na medida em que podem ser utilizados como meio de discussão sobre os direitos humanos sexuais e reprodutivos. Contudo, a presença destes também é mínima nos programas de disciplinas. Nota-se a falta de padronização dos programas, assim como, se faz necessária à revisão e atualização das suas referências. Muitos programas não apresentam os temas buscados em sua íntegra, indicando apenas assuntos relacionados a eles.

Outro aspecto observado é que nem sempre os itens analisados em um programa – ementa, objetivos, conteúdo programático e referências – tinham relação entre si. De alguma forma, isso poderá refletir na futura prática profissional desses alunos e dessas alunas, visto que tais temáticas são de suma importância na formação profissional em saúde para que suas ações contribuam para a promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

Pode-se dizer que esses conceitos, na teoria, são abordados através de oficinas, atividades educativas e referenciais teóricos. Na prática, estão relacionados à assistência às mulheres no pré-natal, planejamento familiar, alojamento conjunto, centro obstétrico e prevenção de câncer de colo de útero e mama. Tanto na teoria como na prática, mas estes

temas não são norteados pela perspectiva feminista e as teorias de gênero, fazendo com que estas mulheres tomem decisões sobre seus corpos, favorecendo seu empoderamento.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jaqueline. *O que é Feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1985, (Coleção Primeiros Passos).
- ARAÚJO, F. M. Ações de educação em saúde no Planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande- PB. UEPB, 2004. 79p. *Monografia (pós-graduação em saúde da família)* - Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especialização/MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 465 - 469. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffbf39ad6c365163c7.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- AVELINO, G.F. Política e políticas sociais no Brasil: um estudo sobre a previdência. 1991. 116 f. *Dissertação (Mestrado em Sociologia)*, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S0102-8839200400030000400002&lng=en)>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- BATISTA, F. R. A universalização dos Direitos Humanos, o direito à saúde e a saúde pública. *Revista da Faculdade de Direito*. Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 110, p. 231-249, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/115492/113074>>. Acesso em: 08 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2016.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado 1988.
- BRASIL. *Código Penal*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- BRASIL. *Lei n. 9.263*, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Programa Nacional de DST e AIDS. 4 ed. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4 ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. 1 ed. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 4). Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de atenção Integral a Saúde da Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 26, Brasília, 2010a. 300 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/ab\\_cad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad26.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010b.

BRAUNER, M. C. C. *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BONETI, Lindomar W. *Políticas Públicas por Dentro*. Ijuí: Editora da UNIJUÍ, 2006.

BORGES, G.P. *A Diversidade Como Ponto De Partida Para Um Ensino Democrático*. Paranaíba, v. 3, n. 1, 2011. p. 109-117.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232003000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200018)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

CALDEIRA, Giovana Crepaldi. *Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. 2009. Disponível em: <[intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2019/2164](http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2019/2164)>. Acesso em: 29 out. 2016.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. 2003. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP.

CORRÊA, Sônia. PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma Perspectiva Feminista; In: *Physis - Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ. V. 6, nº. 1/2, 1996.

CORRÊA, S; JANNUZZI, P.M; ALVES, J. E.D. *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. 2002. Disponível em: <[http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

COSTA, Ana Maria. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. *Tese (Doutorado)* –Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).

EDITORIAL, Coordenação. *MANIFESTO POR UMA CONVENÇÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS*. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 15, n. 1, jan. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/7749/7118>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

FARAH, M. F. J. *Gênero e Políticas Públicas na Esfera Local de governo*. Trabalho baseado na Pesquisa “Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo”, financiada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP-FGV, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. 2001.

FERREIRA, J. C. L. Planejamento familiar na unidade básica de saúde de Queimadas, horizonte (CE): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção. 2009.25f. *Monografia (Pós-graduação em Práticas Clínicas em Saúde da Família)*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/38/2012\\_38\\_4601.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/38/2012_38_4601.pdf)> Acesso em: 07 ago. 2015.

FERREIRA, S. L. *O pensamento feminista e os estudos de gênero: experiências na Escola de Enfermagem da UFBA*. Salvador: EDUFBA; 2012. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9312/1/bahianas\\_n15.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9312/1/bahianas_n15.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 15 ed. São Paulo: Graal, 2003.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Promovendo a saúde sexual e reprodutiva*. Relatório ano I. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriopromovendo.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

GOMES, Renata Raupp. Os “novos” direitos na perspectiva feminina: a constitucionalização dos direitos das mulheres. In: *Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas*. WOLKMER, A. C. e LEITE, J. R. M. (Orgs.). São Paulo: Saraiva, 2003.

LINS, R. N.; BRAGA, F. *O livro de ouro do sexo*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

LEMOS, A. *Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde*. Saúde debate [online]. 2014, vol. 38, n. 101, pp. 244 - 253. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200244#B04](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200244#B04)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Brasília: Letras Livres, 2005.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVAO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, 2007, v. 23, n. 4. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000400023&script=ci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000400023&script=ci_arttext)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

OHARA, E. C. C.; SAITO R.X.S. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.). São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso#\\_en1](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso#_en1)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

PEDRO, Joana Maria. *Revista Estudos Feministas: estratégias de institucionalização e produção do conhecimento*. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Pensando gênero e ciência*. 2006b. p. 53 - 63.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2016.

PEGORER, Mayara Alice Souza. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a atuação estatal: o respeito à diferença múltipla como fator orientador de políticas públicas de gênero. 2013.161 f. *Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas)*. Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, Jacarezinho-PR, 2013.

PORTELLA, Ana Paula. *Lésbicas, sexualidade e saúde: sínteses dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidade de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS*. Recife, SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, 2009.

PINOTTI, J. A. et al. *Atendimento integral à saúde da mulher*. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, outubro, 1998. Disponível: <<http://www.saudeprev.com/perola.php>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PIMENTEL, S. & DORA, D.D. *As mulheres e a construção dos direitos humanos*. São Paulo, CLADEM, 1993.

SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 266-71, 2000.  
SAITO, R. X. S. (Org.). *Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*. Cuiabá, v. 9, n. 16, jul/dez, 2000. Disponível em: <[http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as\\_políticas\\_de\\_s.html](http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as_políticas_de_s.html)>. Acesso: 12 jan. 2017.

OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

ONU. Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

REDE SAÚDE. *Cartilha Saúde Materna: Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos*. Disponível: <[http://redesaude.org.br/html/body\\_ct-sm.cap1.html](http://redesaude.org.br/html/body_ct-sm.cap1.html)> Acesso em: 2 de janeiro de 2002.

ROSAS, C. F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. 2005 set; 27:18-20.

RODRIGUES, J.B.C. *A mulher brasileira: direitos políticos e civis*. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa*. Caderno CRH 39: 11-24, 2003.

TANNAHILL, Reay. *O sexo na história*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

TELES, Maria Amélia de Almeida. *O que são Direitos Humanos das Mulheres*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: *Fundo De Desenvolvimento Das Nações Unidas Para A Mulher*. O progresso das mulheres no Brasil. Brasília: UNIFEM, 2006.

VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/doccompleto.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.