

ELZA BERGER SALEMA COELHO

A ENFERMAGEM E O PLANEJAMENTO FAMILIAR:

AS INTERFACES DA CONTRACEPÇÃO.

**FLORIANÓPOLIS
2000**

**A ENFERMAGEM E O PLANEJAMENTO FAMILIAR:
AS INTERFACES DA CONTRACEPÇÃO.**

Por

ELZA BERGER SALEMA COELHO

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina
para obtenção do título de Doutor, na
área de Filosofia de Enfermagem.**

**FLORIANÓPOLIS - BRASIL- SC.
2000**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

TÍTULO

**"A ENFERMAGEM E O PLANEJAMENTO FAMILIAR: As Interfaces da
Contracepção"**

AUTORA: Elza Berger Salema Coelho

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do TÍTULO de Doutor em Filosofia de Enfermagem e aprovada em sua forma em 01/06/2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Prof.ª Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- COORDENADORA DO CURSO -

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dra. Maria de Lourdes de Souza
(Presidente)



Prof. Dr. Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira
(Membro)




Prof.ª Dra. Raimunda Magalhães da Silva
(Membro)



Prof.ª Dra. Maria Itayra de Souza Padilha
(Membro)



Prof.ª Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
(Membro)



Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Suplente)



Prof.ª Dra. Telma Elisa Carraro
(Suplente)

Aos integrantes de minha família Girardi e Berger, minha gratidão eterna pelo berço, estímulo contínuo da justa medida do ser e estar no mundo, convivendo como gente solidária e que compartilha a própria vida.

Agradecimentos

Quando o agradecer significa refletir para reverenciar estar em “paz” consigo em relação aos outros, assim me sinto, nesta etapa, da construção deste trabalho que sustenta a tese, explicitada como compromisso filosófico, muitos foram os caminhos percorridos. Teve momentos que achei que jamais me encontraria, dado as próprias controvérsias do processo de formação acadêmica. Que ilusão, pois quanto mais longe parecia que estava mais perto me encontrava.

Foram caminhadas, buscas incessantes em saber quem sou, como Mulher, Enfermeira, Mãe, Esposa, Filha, Amiga, Irmã tantas em uma só, na divisão o fortalecimento para ir em frente, na multiplicidade, reforçando a unidade de ser uma só, capaz de a um passo dado, estar na frente....

A inquietação e a angustia com o compromisso assumido, das leituras por fazer, da impaciência por produzir, me afligia, quase dominava meu ser, este estado me levou ao limite, o que fez com que buscasse ajuda para entender o processo. Por tudo isso, que reverencio esta força motivadora que nos faz viver e caminhar.

Foi muito importante Ivan, poder contar com o teu estímulo, tuas críticas, por ter estado lado a lado nesta caminhada. Ao Guilherme, como ser humano, que muitas vezes sem entender foi solicitado “deixe a mãe trabalhar”, concedeu-me espaço e estímulos, muito obrigado!

A Maria de Lourdes, meu eterno agradecimento, pela sua capacidade de desafiar, sua forma de estimular, seu senso de justiça, pois foram elementos fundamentais. Você, soube, sabiamente, conduzir um processo que não só resultou na Tese, como também, foi além do compromisso acadêmico. A busca continua e sigo em frente no processo coletivo da saúde pública

Destaco Lidvina Horr, presença marcante como professora em múltiplas oportunidades e situações, minha gratidão e amizade.

Aos colegas do Departamento de Saúde Pública/UFSC, que compartilharam das minhas reflexões, a Clair Castilhos Coelho pela presença com oferta de textos e questões para refletir, a Emil Kupek pela sistematização dos dados e análises estatísticas, ao João Carlos Caetano pelas sugestões a Maria Helena Westrupp, Maria Cristina Faversoni e Vera Lúcia Guimarães Blank que estiveram comigo nesta caminhada que se constrói além da tese.

A Vânia Maria Silvano e Iara Zimmer, Luzia dos Santos muito obrigado, por estarem ao meu lado nesta caminhada.

Aos colegas Enfermeiros do Departamento de Enfermagem da UFSC e da Pós Graduação em Enfermagem que, direta ou indiretamente, contribuíram com a minha caminhada meu reconhecimento. A Nazaré Otilia Nazário, pela oportunidade de comentar a Enfermagem e seus compromissos e princípios.

A Caio Octávio Mercier de Castro, pela leitura atenta dos originais e suas contribuições para uma composição com menos deslizes possíveis.

Aos integrantes da Comissão Examinadora, agradeço as contribuições e novas pautas para seguir estudando a Enfermagem como princípio e como prática social, comprometida com as necessidades do ser humano em suas relações com a Sociedade e com o Estado e, sobretudo com a vida.

Resumo

A ENFERMAGEM E O PLANEJAMENTO FAMILIAR: AS INTERFACES DA CONTRACEPÇÃO.

Autor: Elza Berger Salema Coelho

Orientador: Prof: Enf.Dra.Maria de Lourdes de Souza

O presente trabalho trata da análise de alguns aspectos do Planejamento Familiar voltados para a contracepção. A questão é analisada, a partir do discurso da Igreja (católica), do Estado e das Feministas buscando perceber o posicionamento da Enfermagem por meio dos seus trabalhos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). O material de análise compreende o período de 1960 a 1997 e esta revista foi escolhida porque é considerada porta voz da Enfermagem, no contexto brasileiro. No discurso da Igreja, o Planejamento Familiar viabiliza-se, somente e exclusivamente, pelo método natural, com base na argumentação de que os contraceptivos vão contra a natureza e, por conseguinte, contra a doutrina cristã e, ainda, não estão de acordo com as normas da moral. O Estado, no contexto internacional, defende posições natalistas e por isto mesmo adota estímulos, como salário família, auxílio fecundidade, auxílio maternidade. No entanto, o controle da fecundidade, para a maioria das mulheres, torna-se viável através das atividades desenvolvidas por várias instituições não governamentais, nacionais e internacionais, com parcerias dos governos estaduais ou municipais, desvelando, assim, as contradições sobre a questão. As Feministas, por sua vez, combatem os princípios estabelecidos pela Igreja (católica) e reivindicam, do Estado, o cumprimento das leis que preconizam o direito sobre o Planejamento Familiar, e denunciam questões relativas ao não atendimento adequado à saúde das mulheres. Os registros encontrados no período de 1960 a 1997 nos dão conta de que, na década de 60, predominou o discurso da Igreja, sendo que na década de 70 emerge também o discurso do Estado, continuando, contudo, o da Igreja. Na década de 80, os discursos (três) fazem-se presente nos artigos publicados na REBEn. Na última década analisada, não foi identificado o discurso da Igreja, o do Estado consolida-se e mantém-se o das Feministas. Estes resultados sugerem que a Enfermagem por meio da produção científica, de algum modo, reconhece o Planejamento Familiar como pauta de discussão. A metodologia utilizada possibilitou identificar nos trabalhos publicados na REBEn *quais os compromissos da Enfermagem em relação ao Planejamento Familiar, enquanto necessidade do ser humano nas suas relações com o Estado e a Sociedade.*

Abstract

NURSING AND FAMILY PLANNING: THE INTERFACES OF CONTRACEPTION

Author: Elza Berger Salema Coelho

Adviser: Teacher Nurse Dra. Maria de Lourdes de Souza

This work analyzes some aspects of family planning policy in Brazil related to contraceptive methods as published in *Revista Brasileira de Enfermagem* (Brazilian Journal of Nursing) between 1960 and 1997. Three main categories are analyzed: Catholic church, feminist and official state discourse. The journal was chosen for analysis because it was widely considered an official voice of nursing policy in Brazil. In the Catholic church discourse, only natural methods of family planning are endorsed, based on the argument that other contraceptive methods are not natural and therefore outside of Christian doctrine and morality. The official state discourse defended a natalist position in the international context, thus adopting financial incentives for families with children and for mothers. On the other hand, for a large majority of Brazilian women modern contraceptive methods became accessible via non-governmental organisations (NGO), both national and international, in partnership with Brazilian federal state governments and municipalities, revealing a contradiction of the state policy. The feminist discourse attacked the Catholic church position and called on the state governments to implement the laws under which family planning is seen as a basic human right. At the same time, they denounced inadequate statutory services for women health. In the decade of 1960, the Catholic church discourse was predominant in the journal. This situation continued in the decade of 1970, accompanied with emerging voice of the official state discourse. In the decade of 1980, the feminist discourse joined in. Finally, in the decade of 1990 the feminist discourse continued, the official state discourse was consolidated and that of the Catholic church was not found any more. In conclusion, the journal established family planning on the agenda of Brazilian nursing by the means of scientific production. The methodology used enabled us to identify what are the obligations of nursing with respect to family planning in the context of its relationship with state policies and with the society

Sumário

APRESENTAÇÃO	15
1 – CONTRACEPÇÃO	19
1.1 – Práticas Contraceptivas	20
1.2 – Contexto da Contracepção	25
2 - MARCO REFERENCIAL	38
2.1 – As Interfaces da Contracepção	39
2.1.1 – Controle de Natalidade X Planejamento Familiar para a Igreja	39
2.1.2 – Controle de Natalidade X Planejamento Familiar para o Estado	46
2.1.3 – Controle de Natalidade X Planejamento Familiar para as Feministas	59
2.2 – A Enfermagem no atendimento das Necessidades do Ser Humano	67
2.2.1 – A Enfermagem e o Discurso da Igreja	67
2.2.2 – A Enfermagem e o Discurso do Estado	71
2.2.3 – A Enfermagem e o Discurso das Feministas	78
3 – CAMINHO METODOLÓGICO	86
3.1 – Fonte de Dados	89
3.2 – Pré-análise	91
3.2.1 – Escolha dos Documentos	91
3.2.1.1 – Constituição do “Corpus”	94
3.2.1.2 – Preparação do Material	96
3.3 – Exploração do Material	99
3.4 – Tratamento dos Resultados e Interpretações	103
3.4.1 – Operações e Estatísticas	103
3.4.2 – Síntese e Seleção dos Resultados	104
3.4.2.1 – Evidência por Categoria	104
3.4.2.2 – Evidência das Subcategorias por Décadas	107
4 – OS ACHADOS EMPÍRICOS COMO ARGUMENTO DA TESE	112
4.1 – Evidência, por décadas, dos artigos confirmados	113

4.2 - Tendências por Décadas _____	114
4.3 – Tendências por Categorias _____	123
4.3.1 – Categoria: Igreja _____	123
4.3.2 – Categoria: Estado _____	135
4.3.3 – Categoria: Feministas _____	152
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	167
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	181
7 – ANEXOS _____	197

Apresentação

A Enfermagem, ao longo de sua história, tem se defrontado com diferentes questões sociais que perpassam pela vida do indivíduo, da família e da comunidade. A assistência de Enfermagem, impulsiona a convivência com “atores” sociais em diferentes situações de vida e morte, deparando-se, com submissão, resignação e inconformidade, refletindo crenças, valores e preparo diversificado.

Os profissionais, além da formação específica para o desempenho de suas funções, aportam nesta assistência suas crenças e valores, nem sempre coincidentes com os da comunidade na qual se inserem. A assistência, portanto, também reflete a maneira de ser do profissional e de colocar-se no mundo. Por isso mesmo, a construção do conhecimento, oriundo da prática ou não, pode suscitar diferentes concepções filosóficas e ideológicas, muitas vezes, conflitantes com diversas instâncias de poder, principalmente, quando os temas por si só suscitam controvérsias como é o caso do Planejamento Familiar/ contracepção.

A concepção e a contracepção, como componentes do Planejamento Familiar, requerem ações da Enfermagem, inseridas quase sempre no contexto da assistência materno-infantil. Por isto mesmo, muitos têm sido os investimentos para desenvolver propostas e/ou modelos relativos a esta temática.

O tema, Planejamento Familiar, tem suscitado controvérsias entre vários segmentos da Sociedade e do Estado, como a Igreja e, por conseguinte, interferem nas ações desenvolvidas pela Enfermagem.

Entendendo a Igreja católica enquanto um dos segmentos da sociedade que consiste em um “conjunto de fiéis ligados pela mesma fé e

sujeitos aos mesmos chefes espirituais” (Ferreira, 1986:915), e os Movimentos Feministas como aqueles que buscam a ampliação dos direitos civis e políticos das mulheres. Alves e Pitanguy, (1985:59) consideram que “as frentes de luta do movimento feminista variam de acordo com o momento histórico e as características sócio-econômicas e políticas do país em que se desenvolvem”.

Por definição de Estado concordo com Lakatos (1981), que o concebe, como uma organização que exerce autoridade sobre seu povo, por meio de um governo supremo, dentro de um território delimitado. Cabe ao Estado três finalidades, garantir a soberania; manter a ordem e promover o bem estar, além de lhe recair a conservação e o desenvolvimento dos recursos pessoais da comunidade, incluindo a regulamentação geral da educação, saúde, assistência social.

Desta forma, o Planejamento Familiar, enquanto uma das ações da saúde tem sido reconhecido como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela Sociedade e o que é normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde.

Há controvérsias se o Planejamento Familiar, perpassa pela Enfermagem, haja vista que esta prática social, basicamente se concretiza, nas instituições de saúde, tendo como centro de sua ação a assistência e por isto o elegi como tema de estudo.

Sistematizei o trabalho escrito em capítulos, por facilidade operacional. No primeiro, registro alguns antecedentes históricos relacionados com a contracepção e resgato a evolução das práticas contraceptivas, que no decorrer da história, podem ter, de algum modo,

contribuído para os modos de praticar a contracepção, no contexto individual ou coletivo.

No segundo capítulo desenvolvo o marco referencial como a base teórica para a construção de toda a lógica do trabalho, e defino os pressupostos para a Igreja, Estado e Feministas, além de nortear a análise dos artigos selecionados da REBEn.

No terceiro, descrevo a metodologia adotada, a bússola que direcionou a pesquisa, com o intuito de atingir o objetivo proposto. Estive atenta ao fato de que o delineamento de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, requer disciplina para sistematizar sem perder a liberdade para explorar os achados. A sistematização dos dados da pesquisa foi definida com suporte da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Foram consultados 133 exemplares da REBEn que incluíam 1.316 artigos. Constitui o “corpus” para a análise, 24 artigos que tratavam a temática. Os resultados foram agrupados por década e por categorias.

O quarto capítulo, relaciona-se aos achados empíricos, enquanto argumentos da tese. Estes, foram analisados, num primeiro momento por décadas e, num segundo, por categorias e subcategorias, que foram definidas a partir do discurso da Igreja, do Estado e das Feministas. Este capítulo refere-se aos resultados que, por sua vez, fornecem subsídios para as considerações finais incluídas como quinto capítulo.

1 - Contracepção

1.1 - PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

As práticas contraceptivas utilizadas por homens e mulheres, durante suas vidas, remontam à antigüidade. Himes (1963) e Zanconato (19..) descrevem como o homem influenciou a fertilidade das sociedades através de práticas contraceptivas, às vezes mágicas, outras vezes, sustentada em uma lógica "natural", como por exemplo, a introdução de "mel e carbonato de sódio na vagina".

Para o povo hebreu, a mulher, durante o período menstrual, era considerada impura. Desta forma, sete dias depois do início da menstruação, teria que ir ao templo para fazer sacrifícios e se purificar. Este conceito deu origem, na cultura católico-romana, à definição do método anticonceptivo do "ritmo menstrual". Acreditavam, ainda, que se a mulher agitasse o corpo e realizasse movimentos bruscos após a relação sexual, o sêmen sairia, podendo, assim, evitar a gravidez. A interrupção da gravidez, entre os hebreus, era praticada quando esta se constituía em perigo para a vida da mãe (Himes, 1963).

Na Grécia, como em Roma, o matrimônio acontecia, exclusivamente, com a finalidade de procriar novos cidadãos indispensáveis à sobrevivência do Estado e do exército. Em época de paz, como a população tendia a aumentar, rapidamente, utilizavam-se medidas drásticas para o controle da população, como por exemplo, deixar morrer bebês anormais e enfermos (Zanconato, 19..).

O primeiro autor grego que tratou de técnicas anticonceptivas, segundo Himes (1963), foi Aristóteles, quando aconselhava cobrir o colo do útero e a vagina com um "ungüento oleoso". A cultura grega, geralmente dava pouca importância à contribuição das mulheres na reprodução; era tudo atribuído ao sêmen masculino do qual a mulher era,

somente, receptora. Os gregos foram os primeiros a se interessar pelo controle do crescimento da população.

Platão (427-347 a.c.), já sugeria que a reprodução deveria ser controlada por leis do Estado, que o homem deveria ter filhos somente entre os 20 e 35 anos e a mulher, entre os 20 e 40 anos. Em caso de superpopulação, o controle se faria através do infanticídio e do aborto. A remoção dos testículos e dos ovários era um recurso contraceptivo adotado. Outra prática reconhecida, era a do homem ter duas mulheres, uma que ele raramente via e que servia para a procriação e a outra, que faziam estéril, para satisfação sexual (Himes, 1963, Zanconato, 19..).

No entanto, na Bíblia Sagrada (1969:44), está descrita a mais simples e, talvez, a mais antiga de todas as práticas anticoncepcionais que é a do *coitus interruptus*, documentada no Velho Testamento na "História de Onã e Tamar" Gênesis, 38:8-10".

A primeira afirmação clara e escrita sobre a proibição do controle de nascimento, no âmbito da vida conjugal, foi a de Santo Agostinho (354-430 d.c.), na sua obra intitulada: "venenos da esterilidade", na qual aprovava a técnica anticonceptiva da abstinência sexual (Himes, 1963).

Durante a idade média, instalou-se um clima de condenação e perseguição, implantado pelas autoridades religiosas contra os que detinham algum conhecimento sobre saúde. As práticas anticonceptivas, nesse período, foram consideradas bruxarias pelas autoridades da Igreja. O baixo nível de conhecimento acerca das mesmas fez com que se atribuísse tais práticas a magias, como por exemplo: uma mulher poderia evitar a gravidez cuspidando três vezes na boca de uma rã ou, ainda, se ficasse por cima do homem durante a relação sexual.

Em 1778, o demógrafo Moreau escreveu sobre as práticas anticonceptivas utilizadas pelas mulheres daquela época, dizendo que as mulheres ricas não eram as únicas a encarar a propagação da espécie como uma bobagem dos velhos tempos. Que esses funestos segredos da contracepção, desconhecidos dos demais animais, penetravam nos campos e até nas aldeias, enganava-se a natureza (Beauvoir, 1949).

Nos séculos XVII e XVIII, o desenvolvimento da anticoncepção foi muito lento; motivos políticos, morais e de conformismo fizeram com que se discutisse mais como assegurar a concepção do que a maneira de preveni-la. Assim, até o século XIX, as práticas usuais de regulação da fertilidade não foram “tecnológicas” mas sim procedimentos comportamentais, ditos naturais, como: interrupção do coito, amamentação, ritmo menstrual, abstinência sexual ou, ainda, o emprego de produtos que serviam de barreira, as simpatias ou ritos de magia, uso de chás ou beberagens, condução mecânica para eliminação do sêmen e utilização das mulheres de aluguel ou prostituição.

Durante o século XIX surgiu a produção, em série, de anticonceptivos dotados de certa eficácia, na perspectiva de reduzir o custo e a difusão em grande escala. A ducha vaginal que surgiu em 1832 era uma prática muito difundida, apesar de sua eficácia ser duvidosa. Já em 1850, o médico francês Avrard afirmava que o ciclo dividia-se em três fases: “menorrágica, gênese, hopnótica” e que a concepção se dava somente durante a gênese, que durava 14 dias a partir do início da menstruação. Este fato, na época, não suscitou interesse no mundo da medicina (Himes, 1963).

Somente em meados do século XIX, foram inventados os primeiros e verdadeiros dispositivos cérvico-uterinos, como o “pessário com aste” e a “placa cervical” sendo que estes tinham a necessidade de ser

suturados no cervix. Os dispositivos cérvico-uterinos foram criados com a finalidade de aumentar a fertilidade, mantendo aberto o canal cervical o que levou à fabricação de um outro dispositivo, em forma de "y", com a finalidade de melhorar as suas propriedades, tendo como decorrência a aplicação anticonceptiva. Estes dispositivos, devido a sua rigidez, causavam lacerações e sangramentos e favoreciam a entrada de bactérias, contribuindo para a ocorrência de infecções freqüentes na vagina e na cavidade uterina. Foram condenados pelas autoridades médicas do século XIX, reaparecendo, contudo, no início do século XX.

O "condom", segundo Gregersen (1983), é um envoltório utilizado sobre o pênis e a primeira evidência de sua existência surgiu no século XVI. Sua invenção é discutível, sendo atribuída ao anatomista italiano Gabriel Fallopus (1523 e 1562), conhecido por sua descrição das trompas de Faiópio. Ele descreveu (e alegou ter inventado) um envoltório de linho que se ajustava sobre a glândula, com a finalidade de evitar a disseminação da sífilis. A partir de então, a produção e uso do "condom" evoluiu, tornando-se um método mecânico de contracepção.

O "condom" foi o primeiro contraceptivo a ser produzido em escala industrial. Tanto ele, quanto o diafragma se popularizaram tão logo se vulcanizou a borracha. Os espermicidas foram comercializados somente em 1885, pelo farmacêutico W.J. Rendell, com a produção de um supositório de quinina e manteiga de côco (Zanconato, 19..).

No século XIX, a anticoncepção foi alvo de várias pesquisas. Estudaram-se intensamente as fases do ciclo menstrual e os espermicidas foram produzidos para comercialização. Por outro lado, a industrialização da borracha permitiu que fossem produzidos, em escala industrial, os contraceptivos: capa cervical e o "condom". Os dispositivos cérvico-uterinos, que inicialmente tinham a finalidade conceptiva, foram,

no entanto, utilizados como contraceptivos. No final daquele século, a esterilização começou a ser praticada sob a vinculação da teoria dos eugenistas, que pretendiam impedir o nascimento de pessoas consideradas "inferiores", deficientes físicos, mentais, criminosos e loucos.

A descoberta de diversas formas de anticoncepção possibilitou à mulher dissociar duas funções: a sexual e a reprodutora. Livre, em parte, das servidões da reprodução, a mulher, podia desempenhar o papel econômico que se lhe propunha e lhe asseguraria a conquista total de sua pessoa (Beauvoir, 1949).

As práticas contraceptivas implementadas no século XIX foram intensificadas no século XX. A esterilização popularizou-se como prática contraceptiva uma vez que, no início, era adotada somente por mulheres das classes alta e média, sendo posteriormente, estendida à população mais pobre.

A primeira metade do século XX foi de intensa pesquisa realizada por instituições internacionais em busca do contraceptivo ideal. Porém, o que iria mudar, radicalmente, as práticas contraceptivas ocorreria somente a partir dos anos 60, com a nova tecnologia da pílula anticoncepcional.

Outra prática contraceptiva implantada no século XX, principalmente na América Latina e no Brasil, foi a esterilização feminina (laqueadura de trompas). O mesmo não ocorreu com a esterilização masculina (vasectomia), que se manteve desconhecida até a década de 80. Esta, atualmente, ainda é pouco utilizada em nosso meio e consiste em cortar os canais deferentes por onde passam os espermatozóides.

A esterilização feminina consiste em impedir definitivamente a concepção, com a oclusão das trompas de Falópio através de ato cirúrgico e é adotada, com freqüência, durante o nascimento de um filho, quando do parto por cesariana. Também, podem ser utilizadas as técnicas de minilaparotomia e laparoscopia para a laqueadura de trompas.

O aborto, embora considerado ilegal no Brasil até a presente data, com exceção das situações asseguradas em lei através do Código Penal, em seu Artigo 128, continua sendo praticado por inúmeras mulheres como prática de interrupção da gravidez (Paixão, 1997; Fonseca, 1996; Dixon-Muller, 1990).

As práticas de anticoncepção decorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária.

1.2 - CONTEXTO DA CONTRACEPÇÃO

A redução do número de filhos nas famílias brasileiras, nas últimas quatro décadas do século XX, é passível de identificação nos dados estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A mulher brasileira, entre os anos de 1940 e 1960, tinha em média, 6 a 7 filhos com um declínio importante, nessa média, a partir de 1970, chegando a 3,4 filhos. Mantendo-se este acelerado declínio, a média chegou a 2,4 filhos, por mulher, em 1984 (IBGE, 1991).

Essa redução do número de filhos, que vêm ocorrendo no Brasil desde 1940, pode estar relacionada à alteração da estrutura social do país, implícita numa nova ordem, urbano – industrial, que vai se

estabelecendo gradativamente ou é provocada pelo êxodo rural; pela concentração da propriedade da terra; pela mecanização da agricultura e pela expansão da pecuária.

Esta estrutura social impulsionou mudanças no processo de urbanização, fazendo com que as famílias abandonassem o campo estabelecendo-se nas cidades, obrigando-as a procurar alternativas de sobrevivência. Uma delas pode ter sido a redução do número de filhos, até porque, não mais eram necessários, como antes, para mão de obra no campo (Barroso, Bruschini, 1989).

O deslocamento das famílias para as cidades fez ainda com que as mulheres passassem da condição de trabalhadoras do lar ou do campo para trabalhadoras do mercado de trabalho das grandes cidades, o que pode ter contribuído para a queda da fecundidade. A absorção da mulher no mercado de trabalho evidencia-se progressivamente: em 1940 somente 18,9% das mulheres participavam da força de trabalho; em 1970 essa proporção passa para 20,8% e em 1993, já havia 39,9% de participação feminina no mercado de trabalho (Exame, 1996).

A mudança no mercado de trabalho, provocada pela inserção da mulher, não ocorre de forma isolada no Brasil. Ocorre também na América Latina; o contingente de mulheres cresceu, aumentando a presença e o número de horas, que estas dedicam ao trabalho remunerado. Aumentaram, também, os anos de vida economicamente ativos. (Jorge, 1997).

O acelerado processo de urbanização, a prevalência de um padrão familiar mais restrito, a maior participação da mulher no mercado de trabalho e as restrições impostas por um contexto de crise e insegurança econômica foram importantes na determinação da queda da fecundidade.

Mas, outros fatores contribuíram para este declínio dentre os quais, um dos mais relevantes foi, e continua sendo, a prática contraceptiva, utilizada nas mulheres e pelas mulheres, de modo indiscriminado. O uso de anticoncepcionais está relacionado, também, às mudanças sociais em termos do exercício da sexualidade pelas mulheres.

No Brasil, 41% das mulheres entre 15 e 49 anos, em união, utilizam algum tipo de método anticoncepcional, sendo que 15,7% fazem uso da pílula, 20,1% da esterilização e 5,2% de outros métodos. A predominância da esterilização, como método anticoncepcional, é justificada por problemas de saúde (37,6%); pelo número de filhos desejados (43,5%); e pela questão financeira que representou 8,4% dos motivos apontados (Arruda, 1987).

Berquó (1986), em análise sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo, aponta que a esterilização está sendo utilizada como método anticoncepcional, principalmente, em mulheres de baixo nível de instrução que têm somente esta opção. De um lado, pela desinformação e escassa disponibilidade de outros métodos e, de outro, por ficarem nas mãos dos médicos que irão decidir por elas o que fazer. Contudo, para Berlinguer (1993:44), “é comumente aceito, em relação à esterilização, que para ser juridicamente lícita, seja voluntária”.

A utilização da anticoncepção pode variar segundo o grau de instrução da mulher. Quanto maior o nível de instrução, maior é a prevalência do seu uso, chegando a 73% por mulheres com instrução acima do nível primário, quando comparada com 47% das que não freqüentaram escolas. A escolha do método é também influenciada pelo nível de instrução, ou seja, quanto maior nível de instrução, maior é a opção por métodos reversíveis como pílula, condom, DIU e outros (Arruda, 1987 p.37).

O estudo de Minella (1996) vem confirmar algumas razões referidas pelas mulheres relativas à esterilização, como de “não querer mais ter filhos”, “o marido não quis fazer vasectomia” e “problemas de saúde decorrentes do uso da pílula”, ou ainda, de modo geral, a necessidade de evitar o aumento da família em decorrência de fortes razões materiais, ligadas à sobrevivência do grupo familiar.

Em relação ao alto índice de esterilização, segundo Berquó (1986), concorrem fortemente para o cenário encontrado, o prestígio do aconselhamento médico, seu lugar na estrutura técnica da Previdência Social, seu monopólio no sistema da medicina de grupo, facilitada, no caso da esterilização, por polpudos recursos financeiros.

“Em nosso país, uma das razões da esterilização precoce e indiscriminada é a ausência de uma metodologia anticoncepcional suficientemente variada, que permita sua adaptação a cada mulher e a cada fase de sua vida, com um mínimo de risco e um máximo de eficiência. Por exemplo, a indisponibilidade dos dispositivos intra-uterinos (DIU) leva um grande número de mulheres na faixa etária superior aos 30 anos, para quem a pílula já não é recomendada, a optar, precocemente, pelo caminho definitivo da esterilização tubária” (Pinotti, Gomes, 1988, p. 9).

Além da ausência de disponibilidade dos dispositivos intra-uterinos, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, concorrem, também, para o uso inadequado da anticoncepção pelas e nas mulheres no Brasil, levando a grande maioria de mulheres a optarem pela pílula anticoncepcional, pela fácil aquisição e uso.

No entanto, “o saber médico não está inocente de opções políticas que não dizem respeito apenas ao futuro de uma nação, mas da

humanidade” (Clavreul, 1983 p.138). Tanto o saber médico quanto o de Enfermagem deveriam estar voltados para atender às necessidades das pessoas e não subjugando-as a outros interesses.

Entende-se que cabe aos grupos corporativos refletirem sobre sua prática, mas como a prática médica é hegemônica entre as práticas de saúde, o médico monopoliza o saber referente à doença e, portanto, é ele quem nomeia a assistência, passando o foco dos estudos a se direcionar também pela prática médica (Almeida, Rocha, 1986).

As mulheres reduziram o número de filhos, esta é uma evidência inquestionável. Entretanto, este fato ocorreu sem que houvesse uma definição política de Planejamento Familiar que pudesse auxiliar na decisão a ser tomada em relação ao tipo de método mais adequado para cada mulher, quanto aos riscos e vantagens de cada opção existente. Isto caracteriza, possivelmente, uma política implícita, velada e extra-oficial por parte do Estado.

Outro componente da redução do número de filhos é, provavelmente, a escolha do casal ter ou não filhos, podendo tratar-se de uma questão individual ou coletiva, com interferências externas à mulher ou ao casal, nesta decisão. Mas é necessário observar o que ressalta Pena (1991), de que o pesquisador deve esclarecer a razão social dos fenômenos aparentemente individuais.

Isto fica evidenciado no que ressalta Berquó (1986) ao afirmar que o Estado, durante décadas, não assumiu uma política explícita em relação à contracepção, a par de sua existência na prática, divulgada nos meios de comunicação.

O Estado, como responsável pelo estabelecimento das políticas de saúde, definindo e orientando ações, como também punindo

transgressões, parece não ter tomado ciência do quadro que se emoldurava em relação à contracepção, ou seja, alto índice de esterilizações e uso indiscriminado da pílula sem o devido acompanhamento.

As mulheres casadas de 15 a 44 anos quando necessitam da obtenção ou orientação de contraceptivos, tais como a pílula, o condom, a esterilização feminina e os métodos naturais, não recebem orientação adequada; segundo Pinotti e Faúndes (1988), 91,5% das que utilizam a pílula e 98,4% das que usam condom, buscam a orientação na Farmácia; quanto à esterilização, dirigem-se à instituição particular, 42,7%, e ao INAMPS, 43,5%; quanto aos métodos naturais, 49,9% são orientadas por amigos/parentes.

Os métodos naturais, para a prevenção da gravidez, são os únicos aceitos pela Igreja segundo consta nas encíclicas “Familiales Consortium” (João Paulo II, 1982), “Humanae Vitae” (Paulo VI, 1968), e, recentemente, a “Veritatis Splendor” (João Paulo II, 1993). As Bulas Papais confirmam a condenação às práticas contraceptivas através de “métodos artificiais”, justificando que estes vão contra a vida humana em qualquer condição e/ou estado de desenvolvimento que esta se encontre e condenam, como ofensa grave à dignidade humana e à justiça, as atividades de governos ou de autoridades públicas em favor da contracepção, da esterilização e do aborto provocado.

Segundo Barroso e Bruschini (1989), porém os principais argumentos da Igreja contra o apoio do governo à anticoncepção são: o controle da natalidade não soluciona os problemas do subdesenvolvimento e da pobreza; cada casal tem o direito de escolher o tamanho de sua família sem interferência do Estado; o Brasil deveria evitar render-se às pressões estrangeiras para limitar sua população.

Segundo as autoras, essas razões são mais de ordem política do que religiosa.

Contra-pondo-se aos argumentos da Igreja e questionando posições e omissões do Estado, as Feministas fizeram com que questões latentes em relação às mulheres, como por exemplo a anticoncepção e o Planejamento Familiar, fossem objeto de reflexão coletiva, ao explicitar condições precárias no atendimento às mulheres pela rede pública de saúde, as esterilizações abusivas em jovens e o uso indiscriminado da pílula, carreando para si decisões sobre o controle de seu corpo e, conseqüentemente, sobre o número de filhos que pretendem ter.

As interfaces da contracepção, possivelmente, não restringem-se somente ao Estado, à Igreja e às Feministas conforme aqui abordadas, mas refletem seguimentos importantes e contraditórios sobre o tema Planejamento Familiar e a realidade da redução da fecundidade no Brasil. Estas abordagens possibilitam que se reflita, sobre a redução do número de filhos por mulheres e nas mulheres, ocorrida, principalmente, na segunda metade deste século.

Os profissionais da área da saúde, seja por estarem se inserindo na prática ou refletindo sobre o conhecimento produzido, ou até mesmo omitindo-se de alguma forma, contribuíram com a realidade vivenciada pelas mulheres em relação à anticoncepção ao Planejamento Familiar. A Enfermagem, como profissão da área da saúde, inserida neste contexto, produziu conhecimentos, quando proporcionou discussões e reflexões entre seus pares e com a sociedade sobre o tema.

A prática da Enfermagem, inicialmente, se constituía de procedimentos muito simples e da delegação de certas atribuições; aos poucos, foi se ampliando e incorporou novos conhecimentos e técnicas.

Isto deu-se, principalmente, nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, e contribuíram para o desenvolvimento da assistência médico – hospitalar e, conseqüentemente, da própria Enfermagem (Rocha,1986).

O trabalho da Enfermagem, em qualquer instituição de saúde, é parte da assistência ao indivíduo, família e comunidade, manifesta em práticas que têm finalidade técnica mas que são permeadas pelas relações econômicas, políticas e ideológicas da sociedade capitalista (Almeida, Rocha, 1986).

Assim, o conhecimento produzido e as práticas da Enfermagem não são, somente, produto das razões técnicas e, portanto, não podem ser vistos por razões exclusivas da Enfermagem. Admite-se que o saber é histórico e, assim sendo, contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país. Logo, o conhecimento produzido pela Enfermagem passa a refletir a dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas.

As ações da Enfermagem, em Saúde Pública, são realizadas no contexto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no qual o Enfermeiro deverá ser capaz de dar orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de anticoncepção; implementação de técnicas de menor complexidade, ou referência para outro nível de assistência, nos casos de indicação de técnicas de mais difícil execução; acompanhamento periódico da mulher de acordo com a técnica ou método utilizado, como ainda, esclarecimento, orientação e implementação de métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção, inclusive a referência em nível superior para a implementação de técnicas de maior complexidade; identificação, mediante anamnese e referência em nível de complexidade superior dos

casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica (Araújo, 1995).

O Enfermeiro de saúde pública é um profissional que tem a possibilidade de desenvolver suas atividades junto ao indivíduo, família e sociedade, ao mesmo tempo. Desta forma, sua ação esclarecendo, orientando e refletindo sobre o Planejamento Familiar, torna-se de fundamental importância para orientar a tomada de decisão sobre práticas contraceptivas e Planejamento Familiar.

É preciso, portanto, que o Enfermeiro esteja sensibilizado para assumir ações junto à população. Pinotti e Faúndes (1988), ressaltam que a mulher balconista de farmácia e até o médico não estão suficientemente informados sobre os riscos e benefícios de cada método e se orientam apenas pelas leis de mercado. Criticam ainda, que essa lei de mercado condiciona o desinteresse pelo DIU (que tem um custo relativamente baixo e longa duração de uso), até porque ela poderia ser um dos caminhos para avaliação regular do corpo versus saúde da mulher.

Essas observações sugerem que a Enfermagem amplie sua competência técnica também nesta área, até para que, seu trabalho seja pautado numa relação ética e responsável. Isto porque “assumindo o papel de agente de mudança social, o Enfermeiro conquista espaços no sentido de exercer funções de maior responsabilidade na comunidade, além das que lhe são atribuídas e que mais eficazmente conduz a uma melhoria da qualidade de vida da população e que decorre de mudanças na estrutura social” (Lascio, 1984:104). Destaca ainda que, em seu desempenho diário, as Enfermeiras continuam muito mais preocupadas com o próprio desenvolvimento educacional e profissional, do que com problemas de mudança na sociedade.

No 1º Seminário sobre Planejamento Familiar, realizado no Rio de Janeiro em abril de 1983, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com representantes das seções da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e dos Distritos de São Paulo (Capital), Ribeirão Preto/SP, Feira de Santana/BA., foram apresentadas as propostas sobre Planejamento Familiar, à Diretoria da ABEn que, posteriormente, as submeteu à Assembléia de Delegados para discussão e aprovação (ABEn, 1983).

O documento final deste seminário foi discutido e aprovado pelo Comitê de Planejamento Familiar do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, ratificando assim as proposições a seguir transcritas:

- Rejeitam os denominados “métodos anticoncepcionais” que comprometem a saúde da mulher e os abortivos;
- Rejeitam qualquer discriminação da mulher em relação à imposição de métodos anticoncepcionais;
- Rejeitam os programas de controle de natalidade sob o apanágio de Planejamento Familiar;
- Rejeitam modificações legais e profissionais que venham a envolver a Enfermagem num processo de distribuição e aplicação massificante de anticoncepcionais, pois isto equivale ao controle populacional disfarçado de Planejamento Familiar; e
- Como estratégia recomendam a continuidade de estudos por todos os órgãos representativos da Enfermagem e a inclusão do tema Planejamento Familiar nos programas de ensino dos Cursos de Enfermagem (Almeida, 1985).

Em decorrência ao seminário, foi recomendado: às organizações profissionais de Enfermagem que impulsionassem a ampliação da discussão sobre o tema nos cursos, seminários, encontros e congressos, além de reivindicar a atuação dos profissionais nesta área; às instituições de saúde que estimulassem e proporcionassem aos profissionais a oportunidade de preparo em Planejamento Familiar, possibilitando um melhor atendimento de Enfermagem às comunidades.

O que terá feito com que a Enfermagem, enquanto Associação levasse quase duas décadas para discutir sobre Planejamento Familiar, uma vez que, o assunto era preocupação de diversos seguimentos da sociedade?

As recomendações oriundas do seminário, provavelmente, impulsionaram a discussão sobre o tema e em pesquisa realizada, na Bahia, os Enfermeiros quando questionados sobre quais atividades de Planejamento Familiar deveriam ser por eles desenvolvidas, responderam: orientação de casais, mulheres e homens, 95,8%; educação sexual de escolares, cursos de orientação de jovens e preparo nupcial, 85,6%; auxiliar na aplicação do DIU, 33,1%; revisão de mulheres com DIU, 23,7%, e aplicação de DIU, 20,3%, (Almeida, 1985).

O Planejamento Familiar como uma das atividades que deve ser desenvolvida, também, pelo Enfermeiro, tem sido preocupação e alvo de acirradas discussões de diversos seguimentos da sociedade brasileira, nas últimas décadas do século XIX. Essa discussão abrange o compromisso do Enfermeiro, como profissional da área da saúde, e vai ao encontro das orientações do Código de Ética Profissional que “leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os

agentes de trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda população” (CEPE, 1993).

Referindo-se aos Princípios Fundamentais, o Código de Ética em seu Capítulo I, artigo 3º, determina que “o Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (CEPE, 1993).

No que se refere ao compromisso do Enfermeiro, tenho algumas inquietações, tais como: *Estaria o Enfermeiro, engajado nas discussões sobre o Planejamento Familiar durante sua trajetória de trabalho, nas últimas quatro décadas? O Enfermeiro tem acompanhado a realidade da contracepção após a implantação da pílula no Brasil? A literatura de Enfermagem reflete as controvérsias existentes sobre o tema? Qual a posição do Enfermeiro no contexto do Planejamento Familiar expresso na literatura? O enfermeiro demonstra preocupação com a implantação do Planejamento Familiar? Tem clareza do seu compromisso profissional? Como se caracterizam suas ações em termos de interesse como profissional?*

Considerando a realidade da anticoncepção utilizada por/nas mulheres e as controvérsias entre esta realidade e o discurso do Estado, a persistência do discurso da Igreja em limitar a anticoncepção ao método natural e os movimentos de grupos Feministas buscando o reconhecimento dos seus direitos em relação a contracepção;

Considerando, ainda, os compromissos sociais do Enfermeiro, como profissional da área da saúde, é que nos propomos resgatar o conhecimento produzido, por este profissional, sobre o tema “Planejamento Familiar”, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem

(REBEn), no período de 1960 a 1997 como componente empírico do processo de reflexão sobre os compromissos e as perspectivas da Enfermagem, em relação ao Planejamento Familiar, enquanto necessidade do ser humano nas suas relações com o Estado e com a Sociedade. Deste modo, recolherei argumentos que proporcionem demonstrar algumas evidências da tese com a qual me comprometo, ou seja, de que “ a Enfermagem, como princípio¹ e como prática social, manifesta-se comprometida com as necessidades do ser humano em suas relações com a Sociedade e com o Estado”.

¹ PRINCÍPIO – adotado enquanto preceito moral, norma de ação que determina a conduta humana e à qual um indivíduo deve obedecer quaisquer que sejam as circunstâncias. Japiassú, Hilton e Danilo Marcondes. Dicionário básico de filosofia, 3 ed. Rio de Janeiro. 1996.

2 - Marco Referencial

O marco referencial é um suporte para a construção da lógica de reflexão, é a bússola que norteia o processo de construção teórica sobre o material empírico. Silva e Arruda, (1993:85), definem marco referencial como “como sendo um conjunto de conceitos e pressuposições, derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem”. Assim sendo, o marco referencial adotado para este estudo, reporta-se aos discursos da Igreja do Estado e das Feministas, e destes abstrai os pressupostos que constituem-se nos referenciais de análise sobre Planejamento Familiar, ou seja, o foco que direciona meu olhar sobre a produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1960 a 1997. Esta construção deu-se a partir de uma definição prévia da tese com o qual me comprometo, do problema de estudo e dos objetivos, pois me facilitavam o exercício de reflexão para este compromisso acadêmico.

2.1 - AS INTERFACES DA CONTRACEPÇÃO

2.1.1 - Controle de Natalidade x Planejamento Familiar para a Igreja

Os povos antigos mantinham estrita relação com o universo, marcada pelo movimento dos astros e das estações do ano; os grandes momentos da vida doméstica e os rituais do mundo rural antigo eram manifestações de uma religião natural politeísta que a sociedade grega pouco tinha mudado. No entanto, logo que o cristianismo se firmou como religião do Estado, os deuses antigos foram sendo assimilados como demônios (Collière, 1989).

Desde que o cristianismo se impôs, como religião, o elemento fundamental e dominante da sua atitude traduz-se pelo desprezo por tudo o que é carnal, sendo que o desprezo da carne implica em desprezo da sexualidade. Numa sociedade patriarcal estruturada pelos homens, a mulher passa a ser o símbolo da sexualidade. Movidos por esta crença (valores e princípios), Tertulio, Cipriano, Atanásio, Basílio e outros, exaltam a virgindade e a castidade, condenando a mulher, como símbolo de impureza e de fornicção, a ponto de ser ela própria o pecado e a encarnação do próprio Satanás (Collière, 1989).

Associadas a essa percepção sobre a mulher, as atividades sexuais suscitam impureza, tanto as legítimas como as ilegítimas, normais ou anormais. Um homem ou uma mulher que apresente fluxo dos órgãos sexuais são considerados impuros. Uma mulher fica impura durante a menstruação, bem como durante toda perda anormal de sangue. Também é considerada impura depois do nascimento de um filho, durante sete dias, se for homem, e durante quatorze dias se for mulher, devendo abster-se de relações sexuais por trinta e três dias, se a criança for do sexo masculino e por sessenta e seis dias, se for do sexo feminino (Mackenzie, 1983).

Como já foi afirmado, as mulheres durante muito tempo foram consideradas, pela Igreja, como impuras e, até mesmo, como encarnação do demônio, fazendo com que tudo o que se relacione a elas, esteja relacionado com pecado. Mas, segundo Collière (1989), posteriormente, as mulheres vão ter um lugar de destaque na vida eclesiástica, quando a virgindade é consagrada e passa a ser a escolha suprema da vida. O matrimônio é reduzido a um mal necessário para assegurar a procriação e daí a desprezar, e depois a condenar, a sexualidade e tudo o que pode ser a sua marca na própria expressão do corpo.

Para Santo Agostinho, mesmo com a mulher legítima, o ato matrimonial é ilícito e desonesto, quando se evita a concepção da prole. Onã, filho de Judá, agia deste modo e por isso Deus o matou (Pio XI, 1951).

A idéia medieval, segundo Molinero (1994), de que só se podia fornicar para ter filhos e que a mulher não podia ter direito ao gozo nem mostrar-se despida diante do marido, devendo usar uma camisola furada, situação que a convertia em uma incubadora de filhos, é um ato deprimente, pois os filhos devem ser fruto do amor, e não de um ato mecânico.

Mas a Igreja, com a firme convicção de defender a vida humana em qualquer condição e ou estado de desenvolvimento que se encontre, “condena como ofensa grave à dignidade humana e à justiça, as atividades de governos ou de autoridades públicas, em favor da contracepção e até da esterilização e do aborto provocado. Do mesmo modo, é de reprovar como gravemente injusto, o fato de nas relações internacionais, a ajuda econômica concedida para a promoção dos povos ser condicionada a programas de contracepção, esterilização e aborto procurado” (João Paulo II, 1982:38).

João Paulo II (1982), argumenta ainda que, a situação da família no mundo de hoje é objeto de preocupação, pois apresenta aspectos negativos e positivos. Se por um lado existe uma consciência mais viva da liberdade pessoal, maior atenção à qualidade das relações interpessoais no matrimônio, promoção à dignidade da mulher, à procriação responsável, à educação dos filhos, por outro, não faltam sinais de degradação preocupante como uma errada concepção teórica e prática da independência dos cônjuges entre si. Portanto, é possível perceber a ambigüidade acerca da relação de autoridade entre pais e filhos, as dificuldades concretas, que a família, muitas vezes, experimenta

na transmissão dos valores, o número crescente de divórcios, o aborto, a esterilização cada vez mais freqüente, a instauração de uma mentalidade contraceptiva, no contexto de uma sociedade em que a maioria é reconhecida como católica.

Fazendo um apelo aos governantes, Paulo VI (1973) solicita que não permita que se degrade a moralidade das populações, pois existe outra via, através da qual os poderes públicos podem e devem contribuir para a solução demográfica: é a via de uma política familiar providente, de uma sábia educação das populações, que respeite a lei moral e a liberdade dos cidadãos.

Assegura “estar do lado da vida e que a doutrina da Igreja hoje encontra-se numa situação social e cultural que se torna mais difícil de ser compreendida e, ao mesmo tempo, mais urgente e insubstituível para promover o verdadeiro bem do homem e da mulher” (João Paulo II, 1982 p.37). Afirma, ainda, que a igual dignidade e responsabilidade do homem e da mulher justificam plenamente o acesso desta às tarefas públicas. Mas, a verdadeira promoção da mulher exige também que seja claramente reconhecido o valor da sua função materna e familiar em confronto com todas as outras tarefas públicas e com todas as outras profissões.

A busca incessante da Igreja em garantir o direito das pessoas de optarem pelo seu Planejamento Familiar, trouxe pontos importantes para a discussão, principalmente, em relação ao direito do casal em decidir o número de filhos. No entanto, o reconhecimento de um único método anticonceptivo, o considerado natural, faz com que seu discurso não encontre aderência à maioria das mulheres, mesmo as católicas.

Durante a IV Conferência de Beijing, realizada em 1995, proclamou-se, definitivamente, a primazia dos valores religiosos em relação aos

direitos fundamentais defendidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Cerca de 40 Estados muçulmanos e católicos, próximos à Santa Sé, declararam oficialmente suas reservas em relação aos capítulos referentes à sexualidade e ao Planejamento Familiar. Essas mesmas delegações, na Conferência sobre população, no Cairo, em 1994, tinham se posicionado contra o direito das mulheres de disporem do próprio corpo e de escolherem livremente o número de filhos, graças ao Planejamento Familiar, bem como o de receber uma educação sexual (Manier, 1995).

Mesmo com todo o discurso sobre igualdade de direitos, entre homens e mulheres, o confronto entre estes decorre da possibilidade da perda do ilusório poder que se é capaz de estabelecer sobre os indivíduos.

O Irã e o Sudão denunciaram que “a pequena minoria” de países ocidentais tentavam “impor seus valores ao resto do mundo” e encontraram eco junto a Santa Sé, que advertia que “o modelo ocidental de emancipação feminina” não devia ser imposto a todos (Manier, 1995).

As organizações não governamentais (ONGs), de mulheres, participantes da Conferência, foram as primeiras a perceber o perigo que se esboçava. Solicitaram a revisão do “status” da Santa Sé na ONU, argumentando que o Vaticano não é um Estado e tem uma atuação que ultrapassa os direitos conferidos por sua condição de observador na organização. Ainda, como ponto principal, as ONGs deram a entender publicamente que “as religiões deixaram de ser um assunto privado” e se tornaram um desafio político mundial (Manier, 1995), procurando fazer com que seus valores sejam impostos a todos, e que Conferências como esta passem a ser verdadeiros confrontos de poder.

A Igreja Católica, a par de sua evolução, no que tange à defesa de certos direitos da mulher, através da campanha de “Defesa do Direito à Vida” (do feto) e da condenação dos métodos artificiais de limitação dos filhos, entre outros, influi, também, na formação ideológica da mulher, tentando salvaguardar um dos aspectos mais conservadores de sua condição que é a repressão sexual, a dupla moral e a redução de seu papel, exclusivamente, à função reprodutora (Casa da Mulher, 1983:5).

Os filhos são vistos como dom preciosíssimo do matrimônio, e para João Paulo II (1982:18), o “amor não se esgota no interior do próprio casal, já que os habilita para a máxima doação possível, pela qual se tornam cooperadores com Deus no Dom da vida a uma nova pessoa humana. Deste modo, os cônjuges, enquanto se doam entre si, doam para além de si mesmo a realidade do filho, reflexo vivo do seu amor, sinal permanente da unidade conjugal e síntese viva e indissociável do ser pai e mãe”.

No entanto, segundo Bóckle (1965), são muito conhecidos e citados os discursos de Pio XII, de 29 de outubro de 1951, em que o Papa fala do dever de procriar, que está ligado à consumação do matrimônio e afirma que esse dever não é ilimitado. Motivos de peso, que em princípio coincidem com a chamada indicação médica, eugênica, econômica ou social, podem dispensar os esposos, nas suas relações conjugais, do dever de dar a vida (mesmo por tempo prolongado e por toda a duração do matrimônio). No mesmo discurso, declara às parteiras que pode haver circunstâncias em que aconselhar uma nova gravidez seria um erro e uma injustiça.

Diante da anticoncepção, como prática adotada pelas mulheres na atualidade, Böckie (1965) escreve que “o teólogo moral sente-se oprimido, não tanto pelo fato de uma determinada norma ser infringida com freqüência, mas sim por verificar que as suas normas perderam a

força de convicção, e que num elevado número de sacerdotes, predomina a impressão de que a doutrina da Igreja sobre a limitação da fecundidade não está à altura do nosso tempo”.

Independente da polêmica que possa permear grupos católicos, os Documentos como as encíclicas “*Humanae Vitae*” (Paulo VI, 1973), “*Familiales Consortium*” (João Paulo II, 1982) e, recentemente, a “*Veritatis Splendor*” (João Paulo II, 1993), confirmam a condenação dos métodos contraceptivos “artificiais”, aceitando como unicamente válido os considerados “naturais”. Segundo Machado (1995), setores Feministas enfatizam a atuação do Conselho Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) junto aos políticos e à opinião pública em geral, denunciando o alinhamento do episcopado com a política natalista do Pontificado e o caráter autoritário da ingerência católica nas discussões sobre o direito reprodutivo e a prevenção da AIDS.

O caráter autoritário da Igreja, em relação a anticoncepção, fez com que grupos até mesmo da Igreja se posicionassem contrários, conforme notícia divulgada em boletim sobre a discussão, dentro da Igreja, acerca da regulação de nascimentos. Segundo Böckie (1965), dos três grupos existentes (a pastoral, o casuístico e o radical), o grupo casuístico discute o uso de pílulas anovulares, e as defende, quando conclui que uma regulação da fecundidade, através da supressão da ovulação, deve ser considerada como um método moralmente tão correto como o da escolha de dias.

O propósito de defender a vida humana, desde a sua concepção, em qualquer condição e/ou estado de desenvolvimento que se encontre, são motivos pelos quais o catolicismo condena o uso de contraceptivos, da esterilização e do aborto provocado, independente de discussões, tanto internas quanto externas à Igreja.

Vale, também, estar alerta às justificativas apresentadas por grupos Feministas e governo, na defesa da implantação de um programa de Planejamento Familiar no Brasil, baseados em contraceptivos disponíveis, até mesmo a esterilização, face as controvérsias/ antagonismo com a posição da Igreja Católica, até porque, grande parte da população brasileira é seguidora desta religião.

2.1.2 - Controle de Natalidade x Planejamento Familiar para o Estado

A descendência sempre foi preocupação da humanidade, seja limitando, seja expandindo - assegurando nascimentos. Para tanto, mulheres e homens lançaram mão de várias práticas, tanto conceptivas como contraceptivas. As práticas contraceptivas adotadas e as mudanças e/ou deslocamentos dos papéis sociais da mulher na sociedade refletiram, de forma marcante, seu processo reprodutivo.

Para Barchifontaine e Pessini (1991:125), o crescimento demográfico, “desde a antiguidade até o fim da idade média, era de 0,1%. Estima-se que havia, no tempo do nascimento de Cristo, 250 milhões de pessoas no mundo. Em 1492, a população girava em torno de 400 milhões. De 1960 a 1970, a humanidade alcançou o pico máximo de crescimento global: 2,69 %”.

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população vem crescendo menos, principalmente nas grandes cidades e nas regiões metropolitanas. É o que demonstra a contagem de população de 1996; quando foi concluída a pesquisa, os brasileiros somavam 157.079.573 habitantes, enquanto que, no último censo realizado em 1991, registrou-se um total 146.825.475 habitantes, o que significa que a taxa média de crescimento anual, no período, foi de 1,38%. Nos anos 80, esta taxa foi de 1,93% e nos 70, de 2,48%. Até

2030, segundo o IBGE, a população deverá deixar de crescer (Diário Catarinense, 1997).

O declínio do crescimento populacional, no Brasil, evidencia-se através dos seguintes dados: entre as décadas de 40 e 60, a mulher brasileira tinha, em média, 6 a 7 filhos; na década de 80, a média era de 3,4 filhos por mulher (IBGE, 1986). Esta média passou para 2,4 filhos em 1991 (IBGE, 1991). O declínio da fecundidade ocorrido no Brasil, nos últimos 30 anos, pode ser atribuído a fatores, como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, o avanço tecnológico em relação às opções contraceptivas, o investimento de organizações internacionais voltadas à contracepção, a indefinição de uma política do Estado em relação à contracepção efetuada pelas mulheres e em mulheres. Também contribuíram para este declínio, as condições sociais e econômicas da população, retratadas em "Os Muitos Brasis" por Minayo (1995), descrevendo as condições diferenciadas de vida da população brasileira, nas diversas regiões.

A ação social da contracepção, mesmo incidindo unicamente no indivíduo como prática, extrapola este limite, envolvendo o indivíduo, a família e a sociedade. Assim, estas questões perpassam estes limites, se é que podemos dizer que existem limites entre o indivíduo e a sociedade. Para Pena (1991), se a família não é passiva em relação à reprodução, o Estado não é neutro.

A preocupação com o tema crescimento populacional, na esfera política, fica evidenciada em Conferências, como por exemplo, na "Primeira Conferência Mundial de População", realizada em Roma em 1954, sob os auspícios das Nações Unidas, convocada com caráter eminentemente científico. Naquela ocasião, tratou-se das questões sobre o papel da população em desenvolvimento e capitalismo ocidental, sendo que, de um lado, as economias planejadas e centralizadas e, de outro, o

terceiro mundo como observador atento, confrontavam posições quanto a eventual barreira ao desenvolvimento provocado pelo crescimento populacional (Berquó, 1995).

O crescimento da população dos países de 3º mundo, mais precisamente do Brasil, foi motivo de interesse internacional, conforme sugeriu um documento secreto do governo norte-americano, denominado NSSM 200, oriundo do Conselho de Segurança Nacional dos Estados Unidos, datado de 1974. Neste documento, estava formulada uma política de controle da fecundidade nos países do terceiro mundo, dentre eles o Brasil, que seria efetuada através de agências multilaterais. Descreveu o documento que o Brasil, com uma população de 100 milhões de habitantes, claramente dominava demograficamente o continente latino americano; no final do século, sua população alcançaria numericamente a população norte americana de 1974, ou seja, 212 milhões de pessoas. As perspectivas de rápido crescimento econômico augurava para o Brasil um crescente "status" de poder na América Latina e no resto do mundo, nos próximos 25 anos (Terra, 1991:10).

No Brasil, segundo Rodrigues (1979),), durante a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia em 1965, discutia-se a necessidade de um Programa de Planejamento Familiar, após a apresentação do trabalho sobre "aborto provocado" e suas nefastas conseqüências no quadro da saúde materno-infantil e na economia da rede hospitalar brasileira. Além do aborto provocado, as condições de vida da maioria da população brasileira também serviram de argumento para que um grupo de médicos participantes do encontro, aliados a personalidades de destaque nas áreas de Economia, Sociologia e Direito, fundassem a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil -BEMFAM.

A BEMFAM foi declarada de utilidade pública federal, através do Decreto Nº 68.514 de 15/04/71, no Governo do Presidente Emílio

Garrastazu Mé dici – o que lhe garantiu isenção de Imposto de Renda, INPS e INSS; é filiada a “International Planned Parenthood Federation” (IPPF) e financiada com recursos internacionais, dos quais a fonte mais importante é a própria IPPF. Atua primordialmente na área de Assistência em Planejamento Familiar, com aquisição e distribuição de anticoncepcionais orais, DIUs e “condons” e desenvolve programas educacionais e treinamentos para profissionais médicos e paramédicos em técnicas de esterilização (Rodrigues, 1979).

O Planejamento Familiar, para a BEMFAM, é o exercício da “paternidade responsável”, ou seja, a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e do espaçamento entre uma gestação e outra. Pressupõe o uso dos métodos anticoncepcionais produzidos pela moderna ciência médica. Entende que a “paternidade responsável” não pode ser alcançada sem a efetivação do Planejamento Familiar. Não basta somente educar e conscientizar os casais; é preciso dar acesso aos meios indispensáveis à essa prática, principalmente quando se tratar de populações carentes de recursos (BEMFAM, 1980).

Para tanto, tornariam os contraceptivos acessíveis às famílias brasileiras mais carentes, pois as mulheres da classe média e alta dispunham de recursos e informações para evitar uma gravidez não desejada. Desta forma, o Planejamento Familiar, além de ser solução para povos carentes, isto é, mulheres em situação menos favorecidas, estaria resolvendo problemas de saúde, tais como a multiparidade, a mortalidade materna e a infantil, a desnutrição infantil e o desenvolvimento mental retardado.

Apresenta, ainda, o argumento de que a liberação sexual seria mais um dos motivos para o uso do contraceptivo por adolescentes, pois desta forma evitaria a gravidez indesejada que, quase sempre, leva ao aborto

clandestino que, no Brasil, ocorre em proporções verdadeiramente epidêmicas. O resultado deste fenômeno, além do grande número implícito de mortes, é o alto índice de septicemias e hemorragias que oneram e sobrecarregam a rede assistencial brasileira. O impacto da explosão demográfica sobre a economia impõe a coordenação de todas as forças disponíveis em prol da elevação do padrão de vida do povo, através do Planejamento Familiar (Rodrigues, 1979).

A BEMFAM defende, a teoria Malthusiana, de que a produção de alimentos cresce em progressão aritmética enquanto a população cresce em progressão geométrica. Argumenta, ainda, a defesa de seus princípios nas idéias dos neomalthusianos que, organizaram-se em sociedades higienistas e eugênicas, promoveram a centralização da tecnologia contraceptiva como eixo da questão. "Para a teoria neomalthusiana, qualquer solução dos problemas sócio-econômicos dos países passa, necessariamente, pelo controle da natalidade. E este, deve ser obtido, preferencialmente, através da disseminação de meios anticoncepcionais,[...]. O número de adeptos dessa teoria, e da política econômica a ela vinculada tem, aumentado consideravelmente graças à farta distribuição, por fundações e outros organismos, de recursos financeiros para pesquisas, treinamento de pessoal e publicações nesse campo" (Szmrecsányi, 1996:21).

No Brasil, a BEMFAM, procura despertar médicos e outros profissionais da saúde, para treinamentos sobre a saúde materno-infantil e promoção do uso de contraceptivos, tendo como "slogans" a "paternidade responsável" e "gestação de alto risco". Enquanto isso, em 1974, na Conferência Mundial sobre População, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Bucarest, a delegação do Brasil, chefiada pelo embaixador Miguel Osório de Almeida, do Governo do Presidente Ernesto Geisel (1974-1979), defendia a posição natalista

revelando a intenção de não limitar o crescimento da população, pois considerava o país um dos poucos com possibilidade de crescimento, e em seus princípios básicos, entender que a política demográfica brasileira é de domínio soberano do Governo do Brasil, não aceitará interferência externa, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica. Que o controlar a fecundidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental (Rodrigues, 1979).

Estes argumentos sugerem a ambigüidade do posicionamento sobre a questão. Isto porque, o Estado, no contexto internacional, defendia posições natalistas e a implementação de estímulos, como salário família, auxílio natalidade, auxílio maternidade. Em contrapartida, o controle da fecundidade, para a maioria das mulheres, era uma realidade através das atividades desenvolvidas por várias instituições não governamentais, nacionais e internacionais, com parcerias dos governos estaduais ou municipais. Segundo Rodrigues (1990), algumas das instituições que atuavam no Brasil eram a BEMFAM, o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC), que desenvolviam atividades mais no eixo do Rio de Janeiro, o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CPARH), em Salvador e a Promoção da Paternidade Responsável (Pro-Pater), em São Paulo.

No período de 1978-1984, a BEMFAM e o CEPAIMC investiram 13,5 e 4,8 milhões de dólares, respectivamente, em programas sobre a reprodução da população brasileira. Neste período ocorreu a distribuição maciça de contraceptivos orais, sem a devida assistência médica necessária em qualquer programa de Planejamento Familiar. A esterilização feminina, também, teve sua prevalência bastante aumentada (Berquó, 1986). Esta indefinição de uma política explícita sobre a reprodução, segundo Pena (1991), caracterizava-se como o

"Estado de duas caras" quando se assistia à implementação de uma política populacional que se fazia fora dele ou, em suas franjas, por iniciativas de agentes locais associados a agências privadas filantrópicas. Esses agentes contavam, não apenas com a passividade do Estado, mas também com recursos financeiros, administrativos e de pessoal deles advindos.

Em boletim, a BEMFAM (1983) informou que durante o "Congresso Internacional para a Família das Américas", realizado em Acapulco no México, seus participantes concluíram que "Toda Política Nacional de Planejamento Familiar deve respeitar valores morais. Portanto, deve estar estribada na moralidade individual, que compreende o respeito ao direito da mulher e do casal de decidir livremente sobre sua saúde e bem-estar. Para atingir plenamente este objetivo, deve oferecer todos os métodos ou processos preventivos conhecidos desde que cientificamente aprovados e universalmente adotados".

Os argumentos apresentados para a implantação do Planejamento Familiar no Brasil, vão ao encontro das necessidades, tanto individuais quanto coletivas da população, apontando para a solução de problemas crônicos de saúde como mortalidade infantil e outros e, deixam vulneráveis tanto os indivíduos quanto os serviços de saúde. No entanto, o que realmente ocorre em relação ao Planejamento Familiar é a distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional e o aumento crescente da demanda de laqueadura, sem que com isto esteja resolvendo os problemas sociais que têm se constituído em argumentos para justificar tais ações.

Por outro lado, de acordo com Rodrigues (1979), o acesso aos anticoncepcionais permitiu à mulher compatibilizar sua vida profissional com o círculo doméstico, elevando assim seu "status" e integrando-se como força de trabalho à sociedade, o que é particularmente benéfico

para as economias subdesenvolvidas. Além disso, o seu uso proporciona aos casais uma vida sexual tranqüila, sem o fantasma de uma gravidez indesejada.

Segundo Pinotti (1981), toda mulher tem direito, ao acesso a anticoncepção, no momento em que sua saúde assim o exigir. Então, independente de qualquer política demográfica que exista no país, o Planejamento Familiar, por direito individual ou de atenção médica, tem lugar garantido.

Somente em 1982 foi possível afirmar que se realizavam reuniões com discussões, nos gabinetes - entre técnicos e representantes políticos e eclesiais - relacionadas a uma política de reprodução humana. Entretanto, tais discussões possuíam traços bizantinos, na sua expressão maior de "Sim" ou "Não" ao "Planejamento Familiar". Hoje, a abertura desta questão, para a sociedade, tem suscitado um debate que, em grande parte, reproduz a dicotomia anterior, com base em conceitos teóricos/morais/econômicos e que, a nosso ver, não levam em consideração algumas evidências "empíricas", assim como excluem, da discussão, elementos fundamentais (Correa, 1989).

O Jornal do Brasil (1983:16), apresenta matéria onde especialistas afirmavam que só o Planejamento Familiar reduziria abortos e, informou ainda, que "Salvador, com 3 milhões de abortos clandestinos realizados anualmente, dá ao Brasil a liderança mundial nesse campo, conforme estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para reduzir esta marca - que significa 10% dos abortos feitos no mundo, segundo a Deputada Cristina Tavares - cientistas, políticos, sexólogos e líderes Feministas que participaram do X Congresso de Reprodução Humana chegaram a um consenso: é indispensável e urgente a adoção, no país, de um efetivo programa de Planejamento Familiar".

O Planejamento Familiar, enquanto política a ser definida pelo Estado, congrega interesses antagônicos, fazendo com que as discussões se processem a partir de pontos de vista puramente individuais para cada grupo. As Feministas e a Igreja são atores incansáveis nas discussões sobre o Planejamento Familiar, colocando-se, na maioria das vezes como antagonistas e, ao mesmo tempo, fazendo com que as políticas governamentais sejam mais explícitas.

Embora evidenciando controvérsias sobre o Planejamento Familiar, o Brasil é representado, no México, em 1984, na Conferência sobre População. Nesta representação, o Brasil declarou sua soberania nas questões de população, afirmando que, em relação ao planejamento da prole, está elaborando um programa dentro da estratégia de assistência integral à saúde da mulher (Conselho Estadual da Condição Feminina, 1988).

O Estado brasileiro, em 1983 assume, publicamente uma política de Planejamento Familiar para o país, incluindo-a como parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. Para Berquó (1994:27), "neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo mas, na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital. Fazia parte deste Programa o Planejamento Familiar que dispensava atenção tanto à infertilidade como à anticoncepção". Este programa pretendia definir a política contraceptiva oficial mas, na prática, não foi implementado conforme preconizado.

A partir deste programa o governo tinha como objetivo, além de aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionar equanimidade na utilização desses serviços a toda a população, melhorar a qualidade da assistência ao parto, desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e

técnicas de Planejamento Familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

Este programa vincula-se à expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde, com ênfase em atividades chaves, identificadas mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Contudo, sua implantação não ocorreu efetivamente, não conseguindo romper com o que até então estava ocorrendo, exceto por algumas experiências isoladas. A não implantação do "PAISM" é freqüentemente identificada com a "política de omissão" do regime militar, ou seja, o programa não transita do papel para a realidade, e este fato é interpretado apenas como parte de uma nova etapa do estratagema que – há quase três décadas – vem encobrendo uma política explícita de controle populacional (Corrêa, 1992).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), reafirmou-se que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, como tal, deve ser garantida pela Constituição e pela reforma sanitária. Deve-se construir um Sistema Único de Saúde (SUS) regionalizado, hierarquizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda população brasileira (Brasil, 1987). Entretanto, o Estado e a Sociedade brasileira não vem conseguindo viabilizar o SUS e as propostas e pressupostos básicos preconizados, devido, entre outros fatores, a falta de comprometimento político com a saúde da população, a crise de recursos financeiros e a inadequação dos recursos humanos existentes. Entre as distorções mais graves, podemos citar, como de fundamental importância para esse trabalho, a equidade não atingida e a não regularidade de programas de atenção à mulher, como por exemplo o pré-natal e o Planejamento Familiar na rede primária de saúde; até porque, não basta distribuir os anticoncepcionais sem a devida assistência às mulheres.

Mas, em 1996, é aprovada a lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana. Contudo, "a carta constitucional pode ser excelente, no entanto, pode permanecer letra morta até que sua regulamentação não crie estruturas que atendam as demandas básicas da comunidade" (Pegoraro, 1995:106).

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968. Entretanto no Brasil, somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263, sobre Planejamento Familiar, que no capítulo 1º, Art. 2º declara "entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". Em seu art. 9º, a mesma Lei assegura que "para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção".

O que acontece em relação ao direito da mulher á saúde, não se caracteriza um caso a parte, uma exceção. Muito pelo contrário, ocorre com todos os direitos humanos. Nenhum deles é generosa dádiva dos deuses, da natureza ou da sociedade. Cada um foi arrancado - por assim dizer - dos detentores do poder, e o uso de contraceptivo vem sendo, ainda, uma decisão mais do poder público e médico, que da mulher. Na prática, segundo Sanchez (1984), a história do controle e do poder reprodutor das mulheres alcança seu apogeu, nos últimos anos, mediante o uso maciço e extensivo de modernas técnicas anticoncepcionais.

Pena (1991), Berquó (1994) e Canesqui (1986), chamam a atenção para a radicalidade da opção pela esterilização, enquanto prática

anticoncepcional. A cirurgia se difunde mesmo quando a pílula é usada, sugerindo diante desta realidade que, o praticado, de fato, é o controle de natalidade e não o Planejamento Familiar.

A realidade do Brasil, em relação a atenção à saúde reprodutiva, apesar da clandestinidade, aponta, em primeiro lugar, para um número elevado de abortos, sendo realizados em condições precárias, e na sua maioria, provocando seqüelas e mortes maternas, mortalidade esta que atinge níveis vergonhosos, senão, criminosos. Em segundo lugar, mostra que o índice de esterilização é altíssimo, inclusive entre jovens, em alguns estados, atingindo mais da metade das mulheres em idade fértil. E, por último, revela a precariedade e a intermitência dos programas de Planejamento Familiar (Jorge, 1997).

Discutidos e aprovados em Conferências, os direitos da mulher no Brasil, constam desde 1934, e na Constituição daquele ano, em seu artigo 138 assim declara: incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, amparar a maternidade e a infância (Pimentel, 1987).

Doze anos após, a Constituição de 1946, em seu artigo 157, inciso X, amplia a atenção à mulher, garantindo "à gestante o descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego nem do salário". No artigo 164, reafirma a obrigatoriedade de assistência à maternidade, à infância e à adolescência, devendo a Lei instituir o amparo das famílias numerosas (Pimentel, 1987).

A Constituição de 1988, no seu artigo 193, determina que: "A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais". Na seção II, o art. 196, assegura que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O Planejamento Familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método, enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como, ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

O controle de fecundidade é uma política que tem como objetivo reduzir a densidade demográfica de uma região, decidido em nível governamental, como obrigação de todos, através de um conjunto de medidas que o governo adota com o objetivo de atingir metas sócio-demográficas.

Segundo Rodrigues (1990:35), "hoje as instituições de Planejamento Familiar fazem absoluta questão de traçar diferenças entre as duas terminologias, de acordo com as políticas de população definidas em cada país, reservando o termo controle de natalidade para rotular os programas oficiais que têm claramente metas demográficas, como os da China e da Índia. Enquanto isso, todos os programas que são conduzidos com o nome de Planejamento Familiar visariam apenas a erradicação do aborto, a prestação de assistência à maternidade, e a democratização do uso de modernos métodos de contracepção".

Desta forma será que, atualmente, é possível afirmar que desenvolve-se uma política de Planejamento Familiar ou de controle de natalidade no Brasil ?

A realidade brasileira conviveu com o discurso natalista e com uma prática de intenso uso de contraceptivos aceita pela grande maioria da

população e, implicitamente, pelo Estado, contando com inúmeras parcerias entre Instituições Internacionais, Estados e Municípios da Federação, além de setores prestadores de serviços de saúde e outros.

O discurso que faziam as entidades internacionais baseava-se nos problemas sociais, onde evidenciavam conflitos individuais, como aborto, e pobreza, associados ao número de filhos e à situação econômica. Defendiam a bandeira do Planejamento Familiar, difundindo e utilizando-se dos contraceptivos, de forma indiscriminada, como a prática da esterilização e o uso abusivo de distribuição de pílulas anticoncepcionais.

Este posicionamento do Estado tem encontrado, em grupos organizados de mulheres (ONGs), e Feministas, resistência constante. Cabe, portanto, reconhecer o posicionamento das Feministas, até porque, enquanto líderes de vários processos de defesa dos direitos das mulheres, tem encontrado eco e resistências nas populações do mundo.

Portanto não se pode esquecer que programas de planejamento familiar de modo isolado também podem, a médio e longo prazo, definir o perfil demográfico de uma população.

2.1.3 - Controle de Natalidade x Planejamento Familiar para as Feministas

Ao escrever sobre o surgimento do feminismo na América Latina, Sternbach (1994:258), refere que o mesmo surgiu “durante uma das mais sombrias décadas da história latino-americana. Nos anos 70, tanto os regimes militares quanto as democracias nominais esmagaram os movimentos progressistas de toda espécie; “desapareceram” milhares de pessoas e desencadearam o aparelho repressivo do Estado sobre a sociedade civil – tudo em nome da segurança nacional . As Feministas contemporâneas na América Latina nasceram, portanto, como movimento intrinsecamente de oposição”.

No Brasil, em plena ditadura, ocorre um seminário para discutir a questão da mulher, como consequência do Dia Internacional da Mulher organizado pelas Nações Unidas em 1975, em decorrência dos movimentos europeus e americanos. A homenagem a esta data, surge a partir de um movimento de mulheres operárias, que durante uma greve no dia 8 de março de 1857, em Nova York, nos Estados Unidos, foram queimadas vivas em uma fábrica.

Proposto por Clara Zetkin, em 1910, em uma “Conferência Internacional de Mulheres”, realizada em Copenhague, esse episódio definiu o dia 8 de março, como Dia Internacional da Mulher (Alves, Pitanguy, 1985).

A luta das Feministas dos Estados Unidos chega às poucas mulheres que sabiam ler no Brasil, com a tradução do “Vindication of the Rights Woman”, de Mary Wollstonecraft-Godwin e traduzido por Nísia Floresta Brasileira Augusta, em 1833, com o título “Direitos das mulheres e Injustiça dos Homens” (Augusta, 1989). No livro são apresentados questionamentos sobre as relações entre homens e mulheres; a submissão e inferioridade destas; há afirmação de que as mulheres são diferentes dos homens no corpo, porém, não significa almas diferentes e que estas desigualdades vivenciadas pelas mulheres, naquele período, são decorrentes de não terem acesso, também, à educação.

Em 1979, é organizado o “1º Congresso da Mulher Paulista”, que se repete em 1980. Este período, é marcado pelo retorno, do exílio, de muitas mulheres, com formação Feminista. A partir desse período, criam-se grupos de mulheres em todo o Brasil. Só em Recife, em 1980, existiam três grupos declaradamente Feministas. Em 1984, havia mais de cem grupos autônomos de mulheres organizados em todo país.

A anistia, em 1979, possibilitou a volta para o Brasil, de mulheres que haviam participado ativamente de movimentos em prol das mulheres no exílio, onde tiveram a oportunidade de “conviver na França, na Itália, na Alemanha e na Suécia, com um feminismo radical, ativo e importante. Uma grande referência é o Movimento de Libertação das Mulheres (MLF) e o Movimento pela Liberação do Aborto e da Contracepção (MLC), ambos na França” (Ávila, Corrêa, 1989:65).

Os temas básicos que dão configuração à agenda dos Direitos Reprodutivos no Brasil, têm como referencial a experiência vivida lá fora. Os temas iniciais para o debate local foram aborto e contracepção, trazendo consigo a idéia de autonomia das mulheres para decidirem sobre suas opções reprodutivas e sexuais, tendo como slogan “Nosso Corpo Nos Pertence”.

Desde 1920, Nelly Roussel, Feminista francesa, pleiteava a dissociação entre a sexualidade e a procriação, defendendo “a greve dos ventres” durante o dia das mães de famílias numerosas. Sob pressão chauvinista, o parlamento francês votou a lei de 1920, que proibia o controle da natalidade e aumentava as penas contra o aborto provocado (Boas, Apud Michel, 1982:73).

A discussão sobre a incidência do aborto provocado tem servido como justificativa para promover o Planejamento Familiar no Brasil. É assegurado, por lei, somente o aborto terapêutico, através do Art.128 do Código Penal, quando “a gravidez for decorrente de estupro ou a mãe correr risco de vida”.

Diversos fóruns foram constituídos para discutir o aborto, com representantes de organizações médicas e Feministas engajadas na luta por este atendimento, ou por juristas que têm lidado com os aspectos legais da questão. Entretanto, a luta de grupos organizados da

sociedade, em sua maioria, ainda é pela implementação do atendimento dos casos de aborto previstos em Lei (Andrade, 1998). Em países como a França, o aborto é legalizado desde 1974 e, nesse período, já era legalizado nos Estados Unidos, Inglaterra e Holanda.

No ano de 1980, em debate sobre o aborto, promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Maria José de Lima, tornou pública a opinião do movimento Feminista sobre as bases do Planejamento Familiar que deveriam ser observadas quando da implantação do programa no país, quais sejam:

- respeito ao direito da mulher de decidir sua maternidade;
- condições de vida e de trabalho adequadas durante a gestação;
- condições de vida digna para cada mulher ter e criar os filhos que deseja;
- descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda rede de serviços de saúde pública e das previdências sociais;
- programa ativo e continuado de pesquisas sobre métodos anticoncepcionais;
- repúdio à esterilização forçada ou induzida;
- fim à maternidade “constrangida, fonte de opressão e da reprodução do modelo de domesticidade da mulher;
- estímulo aos programas de maternidade compartilhada; e
- programa de informações e fornecimento de contraceptivos pelo Estado, para a população (Lima, 1982).

Gradativamente, o posicionamento das Feministas vai sendo apresentado à realidade brasileira. Em 1983, durante um encontro de mulheres sobre Planejamento Familiar e aborto, realizado no Rio de Janeiro, as mulheres Feministas denunciaram que, “tanto a política antinatalista quanto a natalista tem, historicamente, usado o corpo da

mulher considerando-o como patrimônio social acima de seus direitos e de sua individualidade. Todas as políticas manipulam nossa sexualidade, nosso órgão genital, nossa função reprodutora, alienando-nos de nosso próprio corpo” (Casa Da Mulher, 1983:6).

Há controvérsias entre os direitos conquistados, através da luta das mulheres, no que refere-se a concepção e anticoncepção, exemplo disso é que os métodos contraceptivos trouxeram às mulheres condições de definir quando e quantos filhos desejam ter. Contudo, segundo Berquó (1995), as mulheres engravidam menos, mas os direitos reprodutivos ainda não são experimentados independentemente de classe social e raça.

No cenário internacional, os direitos reprodutivos tiveram dois momentos fundamentais, na década de 80. Em Amsterdã (1984), no “Tribunal do Encontro sobre Direitos Reprodutivos”, a contracepção para fins controlistas, foi questionada. E na Conferência das Nações Unidas da Década das Mulheres em Nairóbi (1985), afirmou-se a promoção dos direitos à reprodução, “como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade”, passando, assim, a ser um objetivo universal das Feministas (Ávila, 1993).

Os direitos reprodutivos seguem como tema de discussão na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em Brasília, de 10 a 13 de outubro 1986, que resulta em reivindicação para que o Estado preste assistência à mulher em sua opção de evitar, conceber ou interromper a gravidez não desejada. As afirmativas do evento definem que cabe ao Estado garantir um direito, e não exigir um dever. Isto porque, entendendo a contracepção como direito, as mulheres reivindicam o acesso à informação, ao conhecimento do corpo e aos meios de praticá-la de maneira segura para sua saúde. Por tais motivos, deve ser apoiada pelo conjunto de ações médico-sanitárias a que toda

população tem direito, enfatizando, ainda, que em nenhum momento se reconhece a legitimidade da simples distribuição de pílulas e a esterilização como ações de saúde (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1986).

Durante a “III Conferência Internacional da ONU”, realizada no Cairo em 1994, sobre População e Desenvolvimento (CIPD), foi reconhecido por consenso o direito reprodutivo das mulheres, o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital. Foi aprovado, ainda, um plano de ação que busca estabilizar o crescimento da população mundial nos próximos 20 anos, promovendo melhores condições para a mulher (Conferência Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994).

As reflexões políticas conduzidas pelas Feministas reafirmam lutas pelos seus direitos de cidadania, e encontram eco nas Conferências das Nações Unidas. Assim, as mulheres, através das redes de lideranças, reconheceram a Conferência do Cairo como um componente da agenda de prioridades; até porque, a partir daí, poderia ser reorientado o eixo da questão populacional ao colocar a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais. O Planejamento Familiar, com esta perspectiva deixa de ser o mecanismo de controle populacional a partir da concepção referida no documento do Cairo que consagra os Direitos Reprodutivos (Berquó, 1995).

O termo “Direitos Reprodutivos” foi, inclusive, adotado como forma de ampliar o significado das ações e, também, como estratégia política para a internacionalização da luta. As mulheres vêm discutindo o Direito a ter direitos enquanto cidadãs e, entre outros, incluem questões como direitos sexuais, reprodutivos e aborto.

O relatório final da Conferência de Beijing, em seu parágrafo 96, recomenda os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade , inclusive sua saúde sexual e reprodutiva , e decidir livremente com respeito a essas questões. Outra possibilidade para as mulheres, decorrente desta Conferência, foi a recomendação de que os países signatários revisem as leis que penalizam as mulheres que praticam abortos ilegais. Ressalte-se ainda, que a primeira vez, em um evento realizado pela ONU, que se tratou as questões da população sob a perspectiva de gênero. As lideranças do movimento de mulheres do mundo todo, durante o evento, reivindicaram que os representantes oficiais das nações, ali presentes, reconhecessem os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos básicos.

Segundo Ávila (1993), a concepção dos Direitos Reprodutivos merece, ainda, um aprimoramento no sentido de estabelecer a extensão dos seus objetivos, as esferas de sua atuação, as estratégias para sua vigência na sociedade e os princípios éticos e filosóficos que os regulamentem na prática.

O movimento Feminista assume maior expressão política e durante as conferências oficiais, as mulheres vêm se organizando em fóruns paralelos, que de maneira geral, têm dado visibilidade às suas reivindicações e têm demonstrado o poder e a capacidade de articulação dos movimentos em quase todos os países do planeta. Além disso, as mulheres ampliaram sua participação e vêm trabalhando, articuladamente, em outros eventos internacionais (Fórum de Mulheres de Maceió, 1994).

Na preparatória para a Conferência de Beijing, em reunião nacional realizada em Maceió em 1994, foi constatado que os anos 80 e 90 foram de grandes desafios, pois as mulheres conquistaram espaços próprios de reflexão; tiveram atuação decisiva na elaboração da Constituição; foram

criadas as redes nacionais e de saúde e combate à violência e impulsionaram o surgimento dos núcleos de estudo de gênero nas Universidades. A presença das mulheres, no cenário social brasileiro nas últimas décadas, é um fato inquestionável.

Este espaço conquistado pelas mulheres vai ao encontro das expectativas de Re (1989:8), quando afirma: “a necessidade que temos de construirmo-nos enquanto mulheres/sujeito político/agente, donas do nosso corpo e do nosso ser social. Que nosso objetivo comum, é de liberdade. O caminho a percorrer é muito longo, inúmeras são as contradições a serem resolvidas. Uma única coisa é certa: nenhuma liberação será realizável se ela se efetua no plano individual ou se ela só diz respeito a algumas categorias de mulheres. A única liberação possível será aquela que diz respeito a todas as mulheres, de forma que elas se tornem as protagonistas, não só da sua estória, como também da História”

Heller (1980:59), refere “quanto mais rica for a cultura, emocional e intelectual, quanto mais universal for a intensidade das emoções, tanto mais ricas e profundas tornar-se-ão as relações emocionais e intelectuais no contato entre os sexos” e, segundo Ehrhardt (1996:166), quanto mais cedo se aprende um comportamento, tanto mais difícil se torna reconhecê-lo como adquirido. Mas o que é “adquirido” também é “modificável”.

Portanto, buscar referências gerais nos mais diversos campos, sem desconsiderar especificidades e diferenças, e reconhecer que o tema da igualdade entre homens e mulheres ainda é pertinente, num contexto de exclusão social e de subordinação das mulheres, são tarefas dos movimentos de mulheres, neste final do século XX e, por meio da expressão das práticas sociais, modificar as relações de poder na perspectiva da assistência.

2.2 - A ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DO SER HUMANO

A Enfermagem como prática social, manifesta-se comprometida com as necessidades do ser humano em suas relações com a Sociedade e com o Estado. Assumo esta tese como referência e apresento a seguir recortes do discurso do Estado e da Sociedade, esta na perspectiva da Igreja e das Feministas, que de modo direto ou indireto refletem os compromissos da Enfermagem com a vida em sociedade.

2.2.1- A Enfermagem e o discurso da Igreja

A origem do cuidar, inicialmente, vincula-se ao “cuidado” da mãe com o filho, com um enfermo na família, com um ancião, ou mesmo com a comunidade. Este cuidado passa, posteriormente, a ser desempenhado com vinculação à caridade, como São Vicente e Santa Luiza de Marillac aceitavam jovens camponesas que desejavam dedicar-se ao serviço dos doentes e pobres e as colocavam sob a vigilância das Senhoras da Caridade, mais conhecidas entre nós como Irmãs de Caridade (Paixão, 1979).

Luiza de Marillac, em 1633, reuniu estas jovens para informar que viveriam em comum, porém, sem clausura, andariam livremente pelas ruas para acudir aos mais abandonados. Diz ainda o fundador: “As filhas da Caridade terão por mosteiro as casas dos pobres; por cela, um quarto de aluguel; por capela, a Igreja paroquial; por claustro, as ruas da cidade; por clausura, a obediência; por grades, o temor de Deus; por ofício, o rosário, por véu, a modéstia” (Paixão, 1979:60).

No século XVI, durante o Concílio de Trento (o qual durou 18 anos), em reunião convocada pelo Papa para esclarecer os pontos doutrinários atacados pelos protestantes, “a questão da assistência aos enfermos foi estudada com grande cuidado. Constam da ata desse Concílio: recomendação aos bispos para a organização, manutenção e fiscalização dos serviços hospitalares; regras a serem observadas pelos que servem os doentes; orientações para a assistência espiritual nos hospitais, bem como para os religiosos e religiosas a serviço dos doentes”. As orientações, assim como a reforma do clero e as muitas instituições para melhor formação do povo, foram o ponto de partida de numerosas organizações religiosas dedicadas à Enfermagem (Paixão, 1979:55).

Considerada a fundadora da Enfermagem moderna, Florence Nightingale, concebia a Enfermeira como uma pessoa com quem se pode contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devota, enfim, alguém que respeita sua própria vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos (Castro, 1989:6).

Reconhecia, esta precursora da Enfermagem moderna, às seguintes condições para uma mulher ser uma boa Enfermeira, um desapontamento amoroso, como também a falta de um objetivo na vida ou a incapacidade para outras atividades. Ao terminar suas notas Florence solicita: “por favor, esqueçam esses preconceitos e sigam seu caminho diretamente a serviço da obra de Deus, com simplicidade de coração” (Nightingale apud Carvalho, 1989:149). “Um fato que é pouco discutido pelos historiadores é o de que Florence Nightingale, conheceu e aprendeu no trabalho desenvolvido pelas irmãs de caridade de São Vicente de Paula, em Alexandria (Woodham-Smith, 1951 apud Padilha, 1997).

O espírito de servir e o compromisso com a caridade eram constantes para a identificação daquelas que seriam Enfermeiras, e reconhecidas como tal pelas suas atitudes, voltadas ao cuidado do enfermo, do pobre e do abandonado, evidenciando-se, assim a forte influência religiosa na assistência da Enfermagem (Germano,1984; Collieré,1989; Padilha,1997; Lunardi,1997). Com isso é possível perceber que o trabalho da Enfermeira, o cuidado de Enfermagem, concebido como um dom, a serviço de Deus tem estado presente na Enfermagem moderna.

“No pré – capitalismo, a Enfermagem era praticada em âmbito doméstico e extra – doméstico (templos, hospitais de campanha e hospitais medievais), contando com uma mão-de-obra cujo adestramento se fazia na prática do dia-a-dia e cujas atividades não se diferenciavam, intrinsecamente, quer fossem exercidas por mães, escravos, monges ou freiras” (Silva, 1989:133).

A influência religiosa na Enfermagem pode ser visualizada no que refere Padilha (1997:212) ao mencionar que “nas funções da irmã superiora, diante das Enfermeiras (os) do hospital, percebe-se a nítida presença dos componentes de fiscalização e controle, nos aspectos concernentes a tempo, espaço e cuidado com o corpo dos pacientes e obtém-se o respaldo para tanto na aplicação do Regimento Provisório, que indica a forma como ocorriam as relações de poder entre as Irmãs de Caridade e os exercentes de Enfermagem”.

A influência da religiosidade, como condição primordial ao bom desempenho da profissão de Enfermagem, em parte, se dá por ter sido conduzida ao longo dos séculos por religiosas, até porque, a maioria das mulheres no mundo não trabalhavam fora de casa. No entanto, mesmo após a inserção e desenvolvimento do ensino da Enfermagem, através de escolas leigas, no começo do século XX, persistia grande vinculação

às ordens religiosas, tanto na orientação de alguns serviços de Enfermagem, como na manutenção de escolas de nível médio e superior (Germano, 1984:30).

No Brasil, na Escola de Enfermagem Ana Néri, iniciou o primeiro curso, em 19 de fevereiro de 1923, com 14 alunas. A duração do curso foi, inicialmente, de 28 meses, passando logo depois a 32 e a 3ª turma com 36 meses, sendo esta mencionada posteriormente na Lei 775 de 1949. (Paixão, 1979).

O ensino de Enfermagem no Brasil passou por diferentes reformas curriculares, mas é o parecer nº 217, de 19 de outubro de 1962, que estabelece mudanças substanciais nesta área de ensino. Fica a formação do Enfermeiro como profissional universitário estabelecido como um curso geral, que seria desenvolvido em um mínimo de 3 (três) anos e duas alternativas para especialização opcional, a Enfermeira de Saúde Pública e a Enfermeira Obstetra (Santos et al,1997).

Acerca do Parecer nº 217/62, encontro em Saube (1998), afirmações que sugerem que esta legislação proporcionou à Enfermagem, a formação do Enfermeiro como curso universitário, apesar de ter carreado modificações substanciais na composição da grade de estudos o que levou a categoria a manifestar várias críticas.

A legislação regulamentadora do ensino de Enfermagem, assim como de outras práticas sociais, é modificada com a Reforma Universitária que se implanta, na década de 70, no Brasil.

O Parecer nº 163 de 28 de janeiro de 1972, confirma a reforma Universitária na Enfermagem, estabelecendo que o ensino terá, doravante, três partes : a 1ª – Pré-profissional, a 2ª – Tronco profissional e a 3ª – Habilitações (Santos et al,1997).

Com a concepção universitária para a formação do Enfermeiro e sua inserção nas instituições de saúde e a estruturação da equipe de Enfermagem, a vinculação religiosa vai diminuindo, mas não desaparecendo totalmente. Atualmente, ainda, encontramos religiosas, desenvolvendo a assistência de Enfermagem junto a instituições de saúde, de propriedade das congregações religiosas ou leigas, e nos movimentos pastorais ligados à Igreja.

A história da profissionalização da Enfermagem, como profissionais universitários ou do ensino médio, tem sido marcada por vários movimentos sociais. No entanto, independente do período ou dos diversos fatos históricos, o “cuidar” e o “assistir” são uma constante como razão de ser da profissão. Razão que, no tocante ao Planejamento Familiar, tem-se manifestado apoiada nos discursos da Igreja e do Estado.

2.2.2 - A Enfermagem e o discurso do Estado.

As diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, devem ser conhecidas, também, pelo Enfermeiro como profissional. Isto porque, é, a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas Políticas, é que às instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade, de atender as necessidades da população.

Os Serviços de Saúde (SS), como hoje se apresentam, são fruto da evolução histórica, em que se combina um crescente desenvolvimento das forças produtivas e uma socialização cada vez maior das relações de produção (Singer, Campos, Oliveira, 1988). A dinâmica destas relações

deve ser percebida para que possamos, a partir daí, pensar, produzir e assumir o compromisso da Enfermagem junto à população.

O governo brasileiro tem implantado políticas e programas de saúde com a intencionalidade de dar conta das necessidades de saúde da população, entretanto, segundo Tyrrell e Carvalho (1995:55), “as políticas e programas nacionais, em geral e as de saúde em particular, tem sido muito questionadas sob diferentes pontos de vista. Alguns questionam a falta de definição conceitual e operacional, outros, questionam as metas nacionais ou setoriais, outros, ainda não encontram explicações suficientes sobre a diminuição sobre o aporte financeiro no setor saúde, com sérios prejuízos para dotação de infra-estrutura e logística, bem como para dotação de recursos humanos qualificados, estes são conclamados nos documentos oficiais internacionais e nacionais”.

Dois momentos de fundamental importância para a população, em relação a saúde, foram as duas Conferências Nacionais de Saúde, que ocorreram na década de 90. A IX Conferência Nacional, realizada em Brasília em 1992, teve como tema central a “Municipalização é o Caminho”. A X Conferência Nacional de Saúde, também realizada em Brasília, em 1996, que foi antecedida por quase três mil Conferências Municipais de Saúde em todo o país, abrangeu temas como: Gestão e organização dos serviços de saúde, Saúde, Cidadania e Políticas públicas, Controle social na saúde, Financiamento da saúde, Recursos humanos para a saúde, e Atenção integral à saúde.

Estas duas conferências, que deram continuidade às propostas apresentadas e discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, tiveram uma importância fundamental para a saúde pública visto que na reorganização dos serviços, a ênfase é dada a atenção à saúde na rede básica. No entanto, a maioria da população continua sem assistência!

A participação da Enfermagem de Saúde Pública na promoção da saúde e proteção específica abrange, principalmente, a educação em saúde dos indivíduos sadios e/ou egressos do hospital. Suas ações se sustentavam em uma atenção sistematizada e programada através de atividades de diagnóstico e consulta de Enfermagem, visitas domiciliares, participação em programas especiais de atenção à saúde, preconizados pelo Ministério da Saúde, assistência à família e articulação entre o serviço hospitalar ambulatorial com a comunidade.

No Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem como objetivo melhorar as condições de saúde da mulher e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade maternas, quando procura-se detectar neste programa quais as ações voltadas para o Planejamento Familiar, encontramos a “ promoção e orientação do Planejamento Familiar, com a indicação, assistência e acompanhamento da adoção de métodos anticoncepcionais, prevenindo os casos de gravidez indesejada (não planejada) e os casos de aborto provocado”.

Outro programa que vem sendo discutido e implantado no Brasil é o Programa de Saúde da Família (PSF), que têm como objetivo, promover a assistência à população de forma ampliada, direta e integral, tendo a família como objeto e o domicílio como espaço de atuação, baseada num planejamento, execução, controle e avaliação da prática em saúde sob a responsabilidade dos diversos setores, serviços, lideranças e população em geral, coordenados pela equipe de saúde local. Objetiva, ainda, a reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Este programa tem como ações básicas: reconhecimento da área de atuação; identificação e cadastramento das famílias da área; estabelecimento de diagnóstico e planejamento local de saúde, de acordo com a realidade e as necessidades locais; prestação de

assistência à saúde centrada na família e em atividades de visita e internação domiciliares com a participação de grupos comunitários treinados; acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde de forma continuada e através de instrumentos previamente estabelecidos, de modo a identificar o grau de satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde, a qualidade do atendimento, o desempenho da equipe e o impacto das ações sobre a saúde da população.

Assim, uma vez mais, o Planejamento Familiar não recebe a atenção necessária para que os serviços possam ir ao encontro das necessidades dessa demanda reprimida, que costuma procurar as farmácias e/ou conhecidos para orientação nesse sentido.

Se resgatarmos a recente história brasileira, poderemos ver que muitos destes direitos aos quais me refiro, estão expressos na Constituição Brasileira aprovada em 1988, que declara como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a maternidade e a infância.

O Sistema Único de Saúde - SUS, em sua organização, norteadas por Princípios e Diretrizes, estão no capítulo II da Lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Esta legislação no seu artigo 7º determina que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo seus princípios. Deter-nos-emos em alguns princípios com a atenção voltada ao Planejamento Familiar, tema da presente tese. Quando no princípio I, que trata da *“Universalidade de acesso aos*

serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, contempla o Planejamento Familiar, estabelecido pelo governo, que garante também a assistência tanto para quem deseja ter filhos como para quem quer evitá-los. Interessante notar que, se a maioria das mulheres que se utilizam do contraceptivo oral, o fazem por conta própria, em contrapartida a esterilização é realizada, muitas vezes, sem que a mulher conheça as conseqüências do ato praticado. Fazemos notar, também que a assistência à infertilidade não costuma ser motivo de atenção na rede pública. A falta de acesso aos serviços de saúde, para a maioria da população é, constantemente, objeto de reportagens nos veículos de comunicação.

Estas situações contrariam o princípio II, que determina a *“Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*, a igualdade de assistência em seu princípio IV, diz: *“igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”*. (Brasil, 1998)

Tudo isto é baseado nos preceitos constitucionais que preconizam o direito de todos, sem discriminação, às ações de saúde, ratificado no artigo 196, diz que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Por outro lado, a Enfermagem, como profissão voltada para atender às necessidades de saúde da população, observa no seu fazer o que é preconizado neste sistema, definindo o alcance e os limites de suas ações.

Estes limites e alcances explicitam contornos variáveis, desde determinação interior de um “querer fazer” e/ou realizar; da estrutura dos serviços de saúde, que é determinada por políticas de saúde, como ainda, pela Lei do Exercício profissional, e de seu Código de Ética que respaldam a ação do profissional de Enfermagem .

O artigo 17, do Capítulo III do Código de Ética dos profissionais, de Enfermagem (CEPE) estabelece que o profissional deve “avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela”. Devendo ainda conforme descreve o artigo 11º, do capítulo II, “suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, ressalvadas as situações de urgência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem”.

Este compromisso é estabelecido consigo mesmo, desde quando decide ser Enfermeiro, e com a população, família e indivíduo ao exercer a Enfermagem. Sendo assim, estará o Enfermeiro ao exercer a Enfermagem comprometido com a população alvo de sua ação?

Os compromissos também são estabelecidos na regulamentação do trabalho, das categorias profissionais de Enfermagem, em especial na legislação do Exercício Profissional a Lei nº 7.498 aprovada em 25 de junho de 1986 e regulamentada, através do Decreto nº 94.906, de 8 de junho de 1987(COREN,1996).

Dentre o que é regulamentado nesta lei, está prevista “participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem; e a participação em programas e atividades de educação

sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, família e da população”, (Lei 7.498/86, art.11). Por outro lado, no Capítulo V, Art. 45º do CEPE, fica determinado que é proibido provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto, nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

No que se refere a assistência relativa ao Planejamento Familiar, é preconizado pelo Ministério da Saúde (1996) que, “as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde.

O Enfermeiro, ao desenvolver sua função junto à comunidade família e indivíduo, no Planejamento Familiar, estará voltado para a ação educativa que objetive oferecer os conhecimentos necessários para que a escolha e utilização do método anticoncepcional seja a que atenda às necessidades individuais. Convém destacar que ao trabalhar em dada instituição ele poderá, sem perceber, reproduzir sobre a população diretrizes políticas que não respeitem o direito de escolha da clientela, de não exercitar a reflexão e de construir argumentos para posicionar-se sobre a realidade, além de não considerar o código de ética profissional.

O compromisso do Enfermeiro, como profissional e cidadão, vai além das normas e interesses institucionais, pois o seu compromisso maior é com a sociedade.

O Estado, através de suas políticas de saúde, direciona os compromissos da Enfermagem, definindo condutas e dirigindo ações. Assim sendo, o que determina o Estado enquanto compromissos relativos à saúde do cidadão, é um dos componentes do processo de

determinação da ação da Enfermagem e de outras práticas sociais, no contexto do processo saúde e doença.

2.2.3 - A Enfermagem e o discurso das Feministas

Foram os movimentos Feministas, os que mais procuraram explicitar as questões relativas à mulher, como descreve Engel (1989:83), que, no período de 1840-1890, a ciência e/ou a sociedade determinam a conduta de mulheres, quando “a concepção de prostituta é, construída fundamentalmente através da oposição ao papel de esposa/mãe. O instinto sexual não controlado geraria a perversão e/ou a depravação, comprometendo não só a capacidade orgânica mas também a capacidade moral da mulher para conceber e gerar filhos. Assim, destacada pelo médico como marca característica do corpo da mulher prostituída, a esterilidade é definida também através de critérios morais (...). A prostituta seria conduzida a escolher a esterilidade, negando-se a exercer o papel de mãe, concebido pelo médico como única função capaz de conferir um sentido à vida da mulher” .

Soiht (1986), em estudo realizado no período compreendido entre 1890 e 1920, relata que grande parte das mulheres, além do desconhecimento do corpo, ficavam impedidas de prevenirem-se eficazmente contra a possibilidade de um filho não desejado, pois os contraceptivos revelavam-se bastante precários. Como resultado, ocorria grande número de abortos e até mesmo o infanticídio como última solução! Fato este que ainda se repete, nos dias atuais, em muitos lugares e com grande freqüência, no entanto muitos profissionais a referem como “coisa distante ou do passado”.

Situações desta natureza fizeram com que as questões relativas às mulheres fossem explicitadas, e toda uma trajetória de luta marcada por

avanços e retrocessos fez com que a sociedade tomasse conhecimento da realidade vivida por inúmeras delas. Para tanto, as mulheres organizaram-se para questionar, denunciar, refletir, buscar e assegurar os seus direitos enquanto cidadãs.

Em relação ao Planejamento Familiar, as mulheres foram alvo de ações no sentido de controlar o número de filhos, algumas vezes, com justificativas de proteção, quando a intenção era, unicamente, torná-las sem possibilidade de gerar outros “dependentes sociais”. Contribuíam para esta ação, a ciência, os profissionais de saúde e a própria sociedade que justificavam a esterilização de mulheres, principalmente, pobres e jovens.

Diante dessa realidade, o código dos profissionais de Enfermagem no capítulo I, dos Princípios Fundamentais, em seu artigo 3º, prescreve que “*o Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza*” (CEPE,1993). Sendo uma das atribuições do Enfermeiro a orientação dos contraceptivos no Planejamento Familiar, estará ele desempenhando esta ação reproduzindo unicamente Normas Institucionais, ou estará realmente, comprometido com a pessoa humana, defendendo-a, esclarecendo-a, contribuindo, assim, para que seja capaz de exercer sua cidadania?

Resgatando o artigo 5º dos princípios fundamentais do CEPE, temos que “*o Profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo*”. Estará o Enfermeiro sensibilizado para as questões relativas aos direitos das mulheres, como os descrevem Corrêa e Petchesky (1996), o direito que tem as mulheres de controlar e de serem donas de seus corpos o que, não significa que os corpos das mulheres são meros objetos, separados delas mesmas ou isolados das comunidades sociais. Ao contrário, denota a noção de corpo

como parte integral do eu, cuja saúde e bem estar (incluindo aí o prazer sexual), formam a base necessária para participação ativa na vida social.

As mulheres lutaram e lutam para que os Direitos Reprodutivos sejam pauta de Conferência e de Encontros como os de Amsterdã (1984); o Encontro sobre Direitos Reprodutivos e a Conferência das Nações Unidas da Década da mulher em Nairobi (1985). Assegurando assim, a promoção dos direitos à reprodução "como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade", tornou-se um objetivo universal das ativistas Feministas (Ávila, 1993).

Para Loyola (1992), ainda hoje, ao contrário do que se supõe, as sociedades organizam e intervêm nos diferentes momentos do processo reprodutivo, na organização social do coito, da gravidez, do parto e da amamentação, sendo todos momentos da seqüência reprodutiva um terreno possível de decisão, de gestão e de conflito.

As mulheres querem o seu direito de decidir sobre sua maternidade, ter condições de vida e de trabalho adequados durante a gestação, ter reconhecida sua capacidade de criar os filhos que desejarem; descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda rede de serviços de saúde pública e das previdências sociais; repudiam a esterilização forçada ou induzida; querem o acesso às informações e ao fornecimento de contraceptivos pelo Estado para a população. Sendo assim, no plano dos direitos reprodutivos, as mulheres defendem a garantia de sua integridade física, moral e psicológica e um tratamento, no mínimo, igualitário e responsável.

Sendo a Enfermagem desenvolvida, na sua grande maioria, por profissionais do sexo feminino, com sua ação voltada, dentre outras, a assistir as próprias mulheres, estará a Enfermagem engajada nas questões levantadas por grupos Feministas, em relação à atenção à saúde da mulher? Mais especificamente, sobre a trajetória de

controvérsias sobre o Planejamento Familiar e a contracepção adotada por mulheres?

O Enfermeiro para desempenhar a profissão requer qualificação científica, técnica, ética e social. Assim, a formação do Enfermeiro, além de buscar a competência técnica e científica, precisa ser, também, crítica, sem, no entanto, deixar de ser sensível, solidária, criativa, habilidosa e política.

Pensar em Enfermagem ética, comprometida com o ser humano e a sociedade, além da formação profissional requerida, faz-se necessário um olhar voltado, também, para o contexto das relações em que esta se insere, bem como os diferentes estágios das pessoas que a exercem, em termos de desenvolvimento, seja no plano pessoal ou profissional.

A Enfermagem em sua origem até os dias de hoje – fim do século XX, início do século XXI, assume significados de: abnegação, obediência, dedicação. Isso tem se constituído em referenciais acarretadores de várias dificuldades profissionais, como as longas jornadas de trabalho, os baixos salários, os trabalhos por turnos, a inexistência de planos de cargos e salários como política e direito tanto individual como coletivo da categoria e o exercício ilegal da profissão. Tem acarretado ainda, a evasão para outras carreiras profissionais e o valor incorreto que grande parcela da sociedade lhe atribui. O conjunto destes componentes acaba promovendo o exercício profissional com a competência comprometida e sem espaço para a educação continuada como um direito dos trabalhadores, o que por si só se constitui em risco para a população que recebe assistência.

Por outro lado, os significados de abnegação, obediência, dedicação reconhecidos como próprios das mulheres têm, também, se constituído em obstáculos ao exercício e reconhecimento da Enfermagem como

prática social, visto que o maior contingente de seus exercentes são mulheres.

Isto pode ser visualizado quando é dito que “a identificação da Enfermagem como profissão feminina vem, há muito tempo, sendo também uma conseqüência da divisão técnica do trabalho, e predomina por muito tempo constituindo um fator de desvalorização da categoria, em virtude de ser considerada de baixo custo e fácil submissão” (Medeiros, Tavares 1997:286). Mesmo sendo do conhecimento da maioria dos estudiosos que os problemas sociais ameaçam nossa saúde e a nossa vida, Breilh (1991), Rouquayrol e Almeida (1999), para Germano (1984:62), “na prática da Enfermagem não se evidencia um compromisso com essa realidade, a partir da formação dos próprios profissionais da saúde e, no caso particular, do Enfermeiro. A carga horária, por exemplo, destinada às clínicas especializadas, extrapola em muito àquela dirigida ao estudo da saúde coletiva...” o que poderia fazer com que o Enfermeiro adquirisse instrumentos capazes de interferir na realidade.

Mesmo enfrentando dificuldade de toda natureza, são os profissionais de Enfermagem que constituem-se na maioria do contingente de trabalhadores da assistência e os que permanecem por mais tempo junto ao paciente, chegando mesmo, a avaliação do atendimento a saúde estar diretamente relacionada ao desempenho desta equipe, conforme descreve Rocha et al (1997), em pesquisa sobre a qualidade dos serviços de Saúde, realizada junto a pacientes internados.

A presença constante da Enfermagem junto ao paciente, pode torná-la mais exposta a críticas, e por outro lado, fortalece sua razão de ser. Seu papel é reconhecido socialmente e segundo Horr (1992:37), “o serviço de Enfermagem das instituições tem-se caracterizado pela sua

organização informal que embora importante não garante o espaço que lhe é devido; não demarca os limites de sua autonomia e, conseqüentemente, a sua área de decisão”.

A Enfermagem coloca-se à disposição da vida, pois é algo inerente a ela mesma, e sua ação acaba tendo os contornos das instituições nas quais se inserem. Estas características de sua institucionalização definem, na maioria das situações, seu perfil, que é, ainda, influenciado pelas relações que se estabelecem a partir do contexto social, econômico e político, que direta ou indiretamente podem determinar sua ação.

Essa realidade multifacetada pode tornar-se uma armadilha, quando não percebida, produzindo no profissional uma estagnação imobilizando-o, tornando-o incapaz de, a partir dele próprio, produzir movimentos que o levem a exercer uma assistência voltada às necessidades do paciente. Para que isto não ocorra, é necessário que o Enfermeiro, seja um profissional consciente e crítico do seu contexto, sem perder de vista sua capacidade de agir, sendo, acima de tudo, ético e comprometido com seus valores morais.

A moral para Vásquez, (1998:67), constitui-se de um “sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade, de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas livres e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal”.

Desta forma, o compromisso do Enfermeiro que se estabelece para com o indivíduo ou sociedade, tem forte componente social, pois suas idéias morais e seus comportamentos vão sendo delineados, desde a infância, através do convívio com seus familiares, do meio escolar, dos amigos, dos costumes ditados pela cultura, dos meios de comunicação. Sendo assim, o seu agir, como profissional, além do conhecimento

técnico-científico acumulado, tem um fator individual, que é adquirido e que contribui com o seu agir, determinando, assim, com outros componentes, que o indivíduo somente pode agir moralmente quando em sociedade. Ainda em Vásquez (1998:54), encontramos que “o caráter social da moral implica numa particular relação entre o indivíduo e a comunidade ou entre o individual e o coletivo”.

A moral é referida não só à consciência como também à convivência: essa forma de comportamento surge quando o homem supera sua natureza instintiva e expressa sua natureza social, constituindo-se membro de uma comunidade. Esta apresenta, como traços essenciais de moral, formas de comportamento compreendendo aspecto normativo para a ação; as normas morais cumprem funções sociais; o ato moral é consciente e voluntário, mas supõe participação livre do sujeito. O comportamento moral constitui objeto de estudo da Ética (Pinto 1998:141).

Esta relação que se estabelece entre o profissional Enfermeiro com pacientes, familiares, colegas, e equipe de trabalho, vai determinar seu compromisso ético. A ética vem estabelecer conceitos sobre o comportamento moral dos seres humanos em sociedade. Ela possibilita uma investigação, uma reflexão, e a busca de uma teoria sobre a conduta humana. Para Vásquez (1998:12), “a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade” Gomes (1994:8) afirma que “a ética deve refletir questões relevantes, relacionadas com o homem e a sociedade onde este está inserido. Daí a discussão de questões vitais como as que ferem a dignidade do próprio homem; questões de consciência que, muitas vezes, “coisificam” este homem; questões ético-sociais que, hoje, têm a ver com a Ciência e Tecnologia, com o Direito, com a Política e, até , com os modernos e sofisticados

meios de comunicação social que, ao mesmo tempo que informam, marginalizam o homem através da alienação”.

A ética profissional ou deontologia (ciência dos deveres) é o conjunto de normas morais que regulamenta o exercício da profissão, entre nós, sobretudo dos profissionais liberais (Colombo 1997). Deontologia, significa obrigação moral, tem como raiz, originada do grego - deón (dever), a deontologia pretende determinar o que é obrigado a fazer, orientando a conduta em situações particulares.

O documento oficial que orienta a conduta da categoria é denominado “Código de Ética”. É código Moral de conduta profissional da Enfermagem, que na maioria das vezes é resgatado, quando é necessário verificar uma situação que se supõe não ética (isto é prejudicial ao profissional) embora não se constitua em um documento conhecido pela maioria dos Enfermeiros.

O comportamento ético aqui discutido não se limita unicamente aos atos do profissional Enfermeiro, que vão ao encontro das necessidades dos indivíduos/sociedade, para atendimento de suas necessidades que, segundo Pinto (1998:149), “como prática social, a Enfermagem vem existindo e subsistindo em forma de serviço que corresponde a uma necessidade especial: a relativa ao binômio saúde-doença do ser humano”. Para romper com essa dualidade, é preciso ir além, ser pessoa/profissional capaz de sensibilizar-se e de, ao relacionar-se, perceber o outro na sua integralidade, que sua ação não seja unicamente mecânica, isto é, deve ser comprometida com a dor da doença e da morte, além da miséria social, e também, com a alegria do nascimento e da reabilitação.

3 - Caminho Metodológico

O caminho metodológico constituiu-se de elementos necessários para direcionar a pesquisa para o alcance dos objetivos propostos de modo a refletir sobre a tese de que “ a Enfermagem, como princípio e como prática social, manifesta-se comprometida com as necessidades do ser humano em suas relações com a Sociedade e com o Estado”. Fez-se necessário resgatar o conhecimento produzido pelos Enfermeiros sobre o tema “Planejamento Familiar” e publicados na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1960 a 1997, relacionados aos aspectos empíricos do estudo. Assim, optei por realizar uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva foi definida por Polit, Hungler (1995: 119), como aquela “cujo propósito é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”. Gil (1991), argumenta que algumas pesquisas descritivas, tem por objetivo estudar as características de um grupo, levantando as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

As pesquisas exploratórias, “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais” (Gil, 1991:45).É indicada ainda, quando o tema escolhido é bastante genérico.

Para Chizzotti (1996:79), abordagem qualitativa é:

“A abordagem, que parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

A abordagem qualitativa, por uma questão metodológica, é a que se refere ao fato de que não se pode insistir em procedimentos sistemáticos que

possam ser previstos. O objeto não é um dado neutro, com passos ou sucessões que levam à generalização, isto é, uma teorização dedutiva não procede para as análises qualitativas. O entendimento do estudo como qualitativo, também decorre de que, com cada artigo, procurei uma interação com o pensamento do autor, de modo a poder apreender se os pressupostos do Estado, da Igreja ou das Feministas se encontrava presente na publicação. Cada artigo requeria um exame exaustivo para, então, poder encontrar a afirmação, a negação ou ausência do pressuposto, mesmo quando referia o assunto Planejamento Familiar.

Na pesquisa qualitativa, “o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado, objeto não é um dado inerte e neutro...” (Chizzotti 1996:79). Compreendi ainda como qualitativo porque, eu como Enfermeira, mesmo sendo um componente do cenário da Enfermagem brasileira, não conhecia o pensamento ou pelo menos os escritos dos Enfermeiros acerca da temática do estudo.

Decidi-me pelo estudo qualitativo, restava-me então buscar um método ou técnica para subsidiar meus encaminhamentos. Por isto mesmo escolhi a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977:42), entendida como a seguir transcrevo:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas), destas mensagens”.

Ressalto que optei pela análise categorial temática pois trata-se de uma das técnicas da análise de conteúdo. A análise temática desenvolvida possibilita a contagem de um ou vários temas ou itens de

significação, numa unidade de significação previamente determinada, que segundo Bardin (1977:81) pode-se “assim multiplicar os desmembramentos temáticos, classificando e ventilando as significações do discurso em categorias em que os critérios de escolha e de delimitação seriam orientados pela dimensão da análise, ela própria determinada pelo objetivo pretendido”. Possibilitando, assim, no presente estudo atribuir categorias aos discursos elaborados.

3.1 - FONTE DOS DADOS

A fonte dos dados onde busquei os textos, enquanto objeto de análise sobre Planejamento Familiar, é a Revista Brasileira de Enfermagem (*REBEn*), criada no Brasil em 1932 com o nome de Anais de Enfermagem. A iniciativa desta criação partiu de Enfermeiras da época, tendo como marco o Congresso do Conselho Internacional de Enfermeiras realizado em Montreal-Canadá em 1929. Em assembléia geral de 21 de agosto de 1954, durante o VII Congresso Nacional de Enfermagem foi proposto mudança do título da Revista, de Anais de Enfermagem para Revista Brasileira de Enfermagem, o que foi aprovado por unanimidade.

Diversos, foram, os obstáculos enfrentados para que a Revista tivesse sua circulação. Porém, segundo Germano (1983), a Revista é considerada a “porta voz oficial da ABEn”. Ao ser criada, tinha como principal propósito estabelecer um elo de comunicação entre os profissionais de Enfermagem, e também ser a depositária das concepções que vão plasmando, e dando existência à Enfermagem Nacional (Germano,1983). Desta forma, justifica-se que a sua produção seja objeto de estudo para temas considerados de relevância para a Enfermagem. Considero portanto que a REBEn pode se constituir em

material de análise ou que subsidie qualquer reflexão sobre a Enfermagem brasileira.

O período estabelecido para a pesquisa foi de 1960 a 1997. Esta escolha justifica-se pela introdução da pílula anticoncepcional nos anos 60 no Brasil, trazendo modificações na prática contraceptiva adotada por mulheres e nas mulheres a partir deste período, por conseguinte, o período de estudo assumiu este referencial para delimitar seu início. Ainda em 1965, surgiu um movimento em prol do Planejamento Familiar no Brasil, como um dos resultados da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, após apresentação de trabalho sobre o “aborto provocado” e suas conseqüências para a saúde Materno-Infantil e para a economia da rede hospitalar brasileira (Rodrigues 1979), justificando, assim, instalarem-se, no Brasil, instituições internacionais como a BEMFAM e a CEPAIMC, com ações direcionadas, principalmente, para a implantação de programas voltados à contracepção.

Inicialmente consultei a secretaria da Associação Brasileira de Enfermagem, a ABEn Nacional, solicitando a relação das revistas publicadas no período estabelecido. De posse dessa informação, iniciei a busca do material a ser analisado, principalmente, em acervo particular das Enfermeiras do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, onde tive acesso à maioria dos exemplares. A busca continuou na biblioteca da ABEn, secção Santa Catarina onde outros exemplares foram localizados. Alguns exemplares, da década de 60, foram encontrados na Biblioteca Central da UFSC, completando assim o levantamento proposto, que se constituiu de 133 revistas. O período estabelecido, de 37 anos, para a pesquisa, foi agrupado em quatro décadas de 60 a 90.

A busca foi feita, inicialmente, em acervo particular, pela facilidade de deslocamento e a possibilidade de dispor deste material por maior tempo, facilitando, assim, leituras e releituras necessárias.

3.2 - PRÉ - ANÁLISE

Esta é a fase de organização dos conteúdos a serem analisados, e, segundo Bardin (1977:95), “corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”. A pré-análise constituiu-se de leitura flutuante, escolha de documentos para a constituição do “corpus” e a preparação do material de análise.

3.2.1 Escolha dos documentos

Durante a fase de escolha dos documentos, que resultou na localização de 133 revistas, procedi a leitura (flutuante), para identificar os artigos que pudessem constituir-se em objeto de análise, e, assim realizei a escolha destes artigos.

Esta escolha, segundo Bardin (1977:96), corresponde “ao universo de documentos susceptíveis de fornecer informações sobre o problema levantado”.

Os temas estabelecidos, para a busca do material de análise, foram: Planejamento Familiar, saúde da mulher e materno-infantil. Estabelecidos, inicialmente os três temas, como referencial para a busca dos artigos, a leitura foi realizada de modo a perceber quando outro tema pudesse, também, fornecer material de análise.

Durante a leitura flutuante, pude constatar que temas não estabelecidos, inicialmente, enquanto objeto da pesquisa, poderiam fornecer material de análise fazendo com que a busca ampliasse a questão, como: saúde pública, saúde comunitária, gravidez na adolescência, ética, obstetrícia e família. A ampliação dos temas de pesquisa, vem ao encontro da regra da exaustividade que, segundo Bardin (1977), não se pode deixar de fora qualquer dos elementos por esta ou aquela razão, isto é, justificativas como, dificuldade de acesso, impressão de não interesse, ou outros componentes que dificultem a ação.

A seleção preliminar do material obedeceu a um roteiro pré-estabelecido (Anexo 1), onde anotava-se: o ano, número da revista, as páginas do artigo e se o mesmo se configurava na área específica ou na área ampliada. Esta etapa, teve a função de descartar os textos que não tratavam dos temas objeto de análise.

Optei pela divisão por décadas (60, 70, 80 e 90), para facilitar a análise e a compreensão do leitor. Esclareço, ainda, que esta divisão é exclusivamente didática e que os fatos não acontecem em períodos estanques. Assim considerando, o período estabelecido e as áreas definidas, foram selecionados 71 artigos (Tabela 1).

Nos editoriais não foi encontrado material que pudesse servir de objeto de análise. Diante disso, foram excluídos do “corpus” de análise.

Tabela 1. Material relativo a primeira fase de constituição do “corpus” para a análise.

				Artigos de Interesse		
Década	Nº de revistas	Nº de artigos	Nº de editoriais	Área Específica	Área Ampliada	Total
60	44	334	36	04	11	15
70	36	371	32	05	15	20
80	28	315	27	09	09	18
90/97	25	296	24	12	06	18
Total	133	1.316	119	30	41	71

Os artigos foram descartados, inicialmente, pelo título, ou seja, aqueles que se referiam sobre escaras de decúbito; saúde mental, ou outros, cuja especificidade demonstrava não estarem relacionados com o objeto de estudo. Os que sugeriam uma relação com o teor do estudo foram selecionados para leitura, por apresentarem indicativos capazes de se constituir em material de análise; eram anotados em planilha, separados como artigos da “área específica”, ou, incorporados, posteriormente, como artigos da “área ampliada”. Desta forma, no decorrer desta etapa, foram consultadas 133 revistas, com 1.316 artigos e 119 editoriais. Dos 71 artigos selecionados, 30 eram da área específica e 41 da área ampliada, os quais foram lidos e avaliados, para a inclusão ou não como material de análise “corpus”.

3.2.1.1 - Constituição Do “Corpus”

Os 71 artigos selecionados na etapa anterior integraram o universo de análise e a constituição do “corpus” que, segundo Bardin (1977: 96-97), “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Este autor descreve, ainda, que “a sua constituição implica, muitas vezes, em escolhas, seleções e regras”. Por isto mesmo, os 71 artigos foram submetidos a nova leitura para seleção dos textos. Durante este processo, foram descartados 47 artigos por não estabelecerem relação com o tema da pesquisa e 24 artigos foram confirmados (Anexo 2).

Material de Análise

Ficando assim constituído o “corpus”, com os 24 artigos, que foram considerados material para análise (Tabela 2).

Tabela 2. Material relativo a segunda fase de constituição de “corpus” para análise.

Década	Total	Área Específica		Área Ampliada		Artigo	
		Confirmado	Descartado	Confirmado	Descartado	Descartado	Confirmado
60	15	03	01	03	08	09	06
70	20	01	06	00	13	19	01
80	18	07	02	03	06	08	10
90/97	18	07	05	00	06	11	07
Total	71	18	14	06	33	47	24

Esta fase de leitura e releitura, com o olhar atento e criterioso, foi focada para os artigos selecionados, a partir dos temas definidos como de interesse: *Planejamento Familiar; saúde da mulher; anticoncepção, práticas contraceptivas e materno-infantil*, e dos temas ampliados: *gravidez e adolescência, aborto, pré-natal, obstetrícia, família, saúde pública e saúde comunitária*.

Foram estes temas que estabeleci como passíveis de fornecer material de análise sobre Planejamento Familiar, a partir das categorias estabelecidas no discurso da Igreja, do Estado e das Feministas. Havia, portanto, um olhar seletivo com o objetivo de confirmar ou descartar o artigo, enquanto objeto de análise.

A constituição do “corpus” no presente estudo observou, segundo Bardin (1977) as seguintes regras: da exaustividade; da homogeneidade e da pertinência.

a) Da Exaustividade

Esta regra, aplicada quando da ampliação dos temas de pesquisa, afirma que não se deve deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, impressão de não interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor.

b) Da Homogeneidade

A homogeneidade determina que os documentos devem obedecer a critérios precisos de escolha. A regra foi atendida porquanto o processo de escolha dos documentos foi realizado: por uma só pessoa, sobre um tema específico, utilizada a mesma técnica para todos os discursos (Igreja, Estado, Feministas).

c) Da Pertinência

Nesta regra, os documentos devem ser adequados ao atendimento do objetivo da análise, enquanto fatores de informação. A pertinência, ocorre quando existe concordância, entre a pesquisadora e os validadores, em relação às unidades de análise estabelecidas, descritas a seguir na preparação de material e relativas ao Estado, Igreja e Feministas.

3.2.1.2 Preparação Do Material

A etapa de preparação do material, que antecedeu a análise propriamente dita, foi a de categorização que, para Bardin (1997), é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, seguido por reagrupamento, segundo critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. Para a categorização optou-se pelo procedimento por “caixas”, isto é, fornece-se o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados. Com o material de análise já selecionado, procedi nova leitura, desta vez com o olhar voltado para as categorias e subcategorias definidas “a priori”, a partir do discurso da Igreja, do Estado e das Feministas (Anexo 3).

Assim foram estabelecidas categorias e subcategorias, em relação ao Planejamento Familiar, que nortearam a análise proposta na pesquisa.

a) Para a Igreja

O Planejamento Familiar, para a Igreja Católica, somente poderá ser realizado através de métodos considerados naturais, fundamentado na convicção de defender a vida humana, em qualquer condição e/ou estado de desenvolvimento que se encontre. O catolicismo condena, ainda, como ofensa grave à dignidade humana e à justiça, as atividades de governos e/ou de autoridades públicas, em favor da contracepção, da esterilização e do aborto provocado.

A concepção de Planejamento Familiar definida pela Igreja compõe uma categorias de análise. Para subsidiar a análise, na produção científica registrada na REBEn, estabeleci a seguinte categoria e subcategorias.

Categoria: Defende o Planejamento Familiar, a partir dos pressupostos da Igreja.

Subcategorias :

- *Defende a prática contraceptiva por meio do método natural;*
- *Recomenda somente a utilização de método contraceptivo natural;*
- *Condena as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres;*
- *Defende a manutenção da vida em qualquer condição;*

b) Para o Estado

Para o Estado, o Planejamento Familiar está definido na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que em seu capítulo 1º, Art. 2º estabelece: "Entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de

ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal", (Diário Oficial, 15 de janeiro 1996). O artigo 9º desta legislação prescreve que "para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção".

A concepção de Planejamento Familiar definida pelo Estado compõe uma das categorias de análise. Para subsidiar a análise da produção científica registrada na REBEn sobre isto, estabeleci a seguinte categoria e subcategorias.

Categoria: Atende a política de planejamento definida pelo Estado.

Subcategorias:

- *Procura proteger a saúde da mulher;*
- *Oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher;*
- *Não coloca em risco a vida e a saúde das pessoas;*
- *Discute a liberdade de opção;*

c) Para as Feministas

O Planejamento Familiar, para as Feministas, consiste no respeito ao direito da mulher de decidir sobre a maternidade, ter condições de vida e de trabalho adequados durante a gestação, ser capaz de criar os filhos que deseja; exclusão da criminalidade (descriminação) do aborto e defesa da sua realização em toda rede de serviços de saúde pública e

das previdências sociais; repudia a esterilização forçada ou induzida e defende o acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado.

A concepção de Planejamento Familiar definido por movimentos Feministas compõe a última categoria de análise. Para subsidiar a análise da produção científica registrada na REBEn, estabeleci a seguinte categoria e subcategorias.

Categoria: Defende o Planejamento Familiar a partir dos pressupostos das Feministas.

Subcategorias :

- *Defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade;*
- *Repudia a esterilização forçada ou induzida;*
- *Defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado;*
- *Descrimina o aborto, e defende a realização dos previstos em lei pela rede de serviços de saúde.*

3.3 - EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Esta etapa, segundo Bardin (1977:104), é “a organização da codificação, que compreende três escolhas (no caso de uma análise quantitativa e categorial), que são:

- O recorte: escolha das unidades;

- A enumeração: escolha das regras de contagem;
- A classificação e agregação: escolha das categorias”.

A codificação “corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer ao analista acerca das características do texto” (Bardin, 1977:103).

a) Primeira Etapa

Esta etapa, destinou-se a identificar se o conteúdo do artigo, indicava se o referencial teórico desenvolvido pelo autor estava voltado para a categoria da Igreja, do Estado ou das Feministas, assim concebido:

a.1) Para a **Igreja**, quando *defendia o Planejamento Familiar a partir dos seus pressupostos.*

a.2) Para o **Estado**, quando *atendia à política de Planejamento Familiar estabelecida.*

a.3) Para as **Feministas**, quando *defendia o Planejamento Familiar a partir dos seus pressupostos.*

Uma vez identificada a categoria, aplicavam-se os códigos (I.), para Igreja, (E.) para Estado e (F.) para Feministas (Anexo 2).

b) Segunda Etapa

Após a definição dos artigos enquanto categorias pré-estabelecidas nesta etapa, o olhar voltou-se para as subcategorias, identificando nos textos, as unidades que as constituíam. Estas eram identificadas e numeradas, de acordo com o número das subcategorias correspondentes. Durante a identificação das unidades, percebeu-se que algumas subcategorias, estabelecidas anteriormente, sobrepunham-se, exigindo-se, assim uma redefinição.

Desta forma, a segunda subcategoria, Igreja, foi excluída, de modo que, esta categoria passou a constituir-se de três subcategorias, assim definidas:

. b.1) Código e sub-categoria, para a Igreja:

- (I.1) *Defende a prática contraceptiva por meio do método natural;*
- (I.2) *Condena as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres;*
- (I.3) *Defende a manutenção da vida em qualquer condição*

Na categoria do estado, também foram redefinidas as subcategorias, uma vez que a sub-categoria E.3 apresentou uma só unidade, podendo ser inserida em outra sub-categoria. Esta categoria passou a constituir-se, também de três subcategorias, assim definidas:

b.2) Código e subcategoria, para o estado:

- (E.1) *Protege a saúde da mulher;*
- (E.2) *Oferece todos os contraceptivos como direito da mulher;*
- (E.3) *Discute a liberdade de opção.*

A categoria estabelecida para as Feministas não apresentou unidade alguma na quarta subcategoria, sendo a mesma eliminada.

b.3) Código e subcategoria, para as Feministas:

- *(F.1) Defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade;*
- *(F.2) Repudia a esterilização forçada ou induzida;*
- *(F.3) Defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado.*

c) Terceira Etapa

A terceira etapa, compreende a validação das unidades que compunham as categorias e subcategorias.

a) Validadores

Três doutores em Enfermagem, aceitaram integrar o corpo de validadores dos dados obtidos. Foram informados que a análise se daria a partir dos referenciais teóricos e dos critérios estabelecidos na pesquisa. Aceita a incumbência, recebiam o material com um quadro, contendo as categorias, subcategorias e respectivos códigos estabelecidos. Os validadores e o pesquisador estabeleceram prazo para devolução do material.

Recebido o material analisado pelos validadores, elaborou-se uma planilha com as sugestões e/ou recomendações de cada um deles. Se dois ou mais validadores sugeriam uma mudança, a recomendação, após análise que levasse a concluir por sua pertinência, era acolhida. Partindo

a sugestão de mudança, de apenas um validador, este era procurado para discutir a recomendação encaminhada. Discutida e analisada, a recomendação, seria ou não levada em consideração, podendo, mesmo, ser desconsiderada se a assertiva inicial da autora tivesse sido aceita pelos demais validadores. Esta etapa requereu tempo para idas e vindas aos textos, para dirimir dúvidas e/ou dar respostas a questionamentos, mas era necessária para garantir a qualidade que se buscava no trabalho.

A partir das sugestões, o material de análise foi, uma vez mais, refinado, sendo que das 138 unidades classificadas pela autora, 130 foram validadas, correspondendo a 94% de validação pelos três avaliadores.

3.4 - TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES

Para Bardin (1977), este é o momento em que os dados brutos são tratados de maneira a serem considerados válidos. Operações estatísticas simples, ou mais complexas, permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, que condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

3.4.1 - Operações estatísticas

As operações estatísticas não justificaram a operação sistemática de amostragem, em relação aos textos submetidos à análise, isto porque, foram considerados todos os artigos do período estabelecido.

Sendo uma abordagem descritiva e exploratória, utilizou-se estatísticas simples, como percentuais dos artigos objeto da análise das subcategorias, por décadas, com ênfase na sua visualização gráfica,

além disso, o material trabalhado representaria apenas alguns dos argumentos da tese.

O numerador, para o cálculo de percentual, foi o número dos artigos confirmados e o denominador, o total dos artigos publicados no período. Ambos foram estratificados, por décadas, para análise das tendências temporais. Para melhor visualização dos resultados das análises, foram, ainda, apresentadas tabelas e gráficos.

3.4.2 - Síntese e Seleção dos Resultados

Os dados brutos foram tratados de maneira a expressarem sua real magnitude, através de operações estatísticas simples, descritas na etapa anterior. A partir dos dados obtidos segundo Bardin (1977:101), “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”.

A síntese e a seleção dos resultados serão apresentados em forma de gráficos, inicialmente os artigos confirmados por décadas, enquanto objeto de análise. Em seguida, serão evidenciados os dados por categorias, para, em seguida, apresentá-las por décadas.

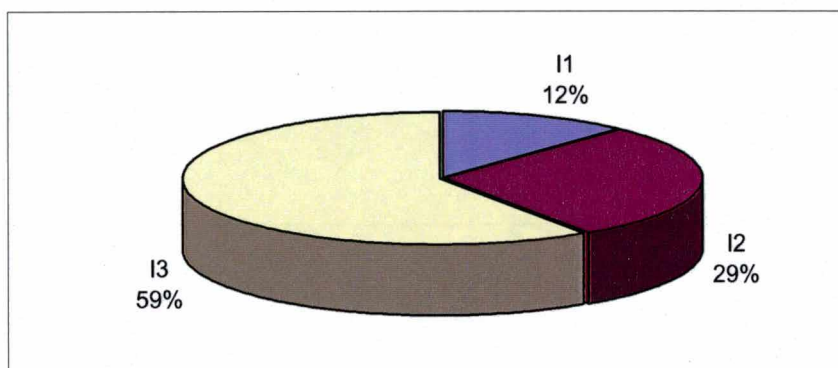
3.4.2.1 - Evidência por categoria

A distribuição das unidades por subcategorias, está apresentada nos gráficos 1, 2 e 3.

a) Categoria Igreja

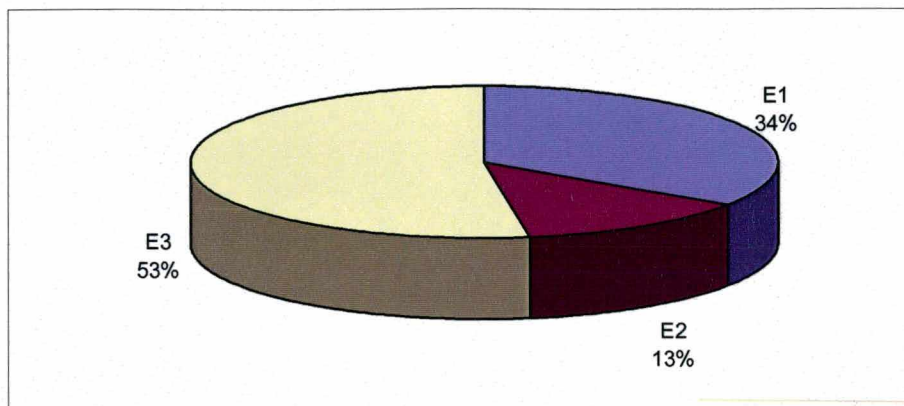
Na categoria Igreja, a subcategoria (I.3), que apresenta maior índice, 59%, tem como pressuposto “defender a manutenção da vida em qualquer condição”. As subcategorias (I.2), que “condena as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres” e (I.1), que “defende a prática contraceptiva a partir do método natural”, foram menos expressivas, com 29% e 12%, respectivamente.

Gráfico 1. Subcategoria Igreja

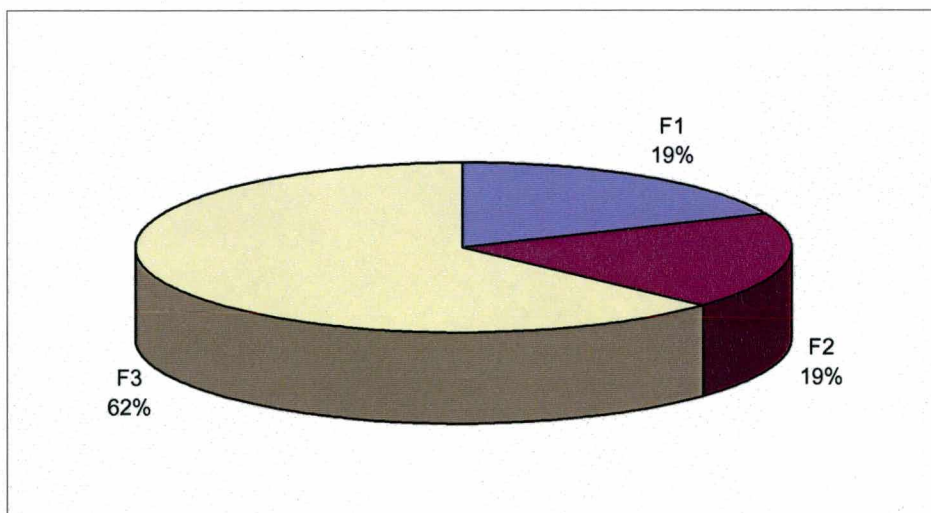


b) Categoria Estado

Nesta categoria, a subcategoria (E.3), com o pressuposto, “discutir a liberdade de opção” das mulheres em relação aos contraceptivos, apresentou percentual de 53%, vindo em seguida, a subcategoria (E.1), que “procura proteger a saúde da mulher” com 34% e a sub-categoria (E.2), que pressupõe a “oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher” com, somente, 13%.

Gráfico 2. Subcategoria Estado**c) Categoria Feminista**

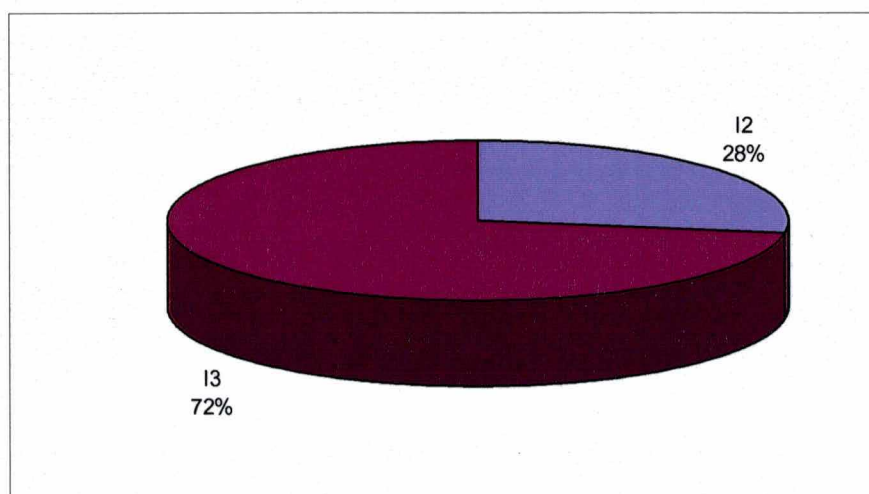
Na categoria Feminista, a subcategoria (F.3), com o pressuposto “defender o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado” apresenta maior percentual, 62%. Enquanto (F.1), com o pressuposto “defender o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade” e (F.2), “repudiar a esterilização forçada ou induzida”, apresentam percentual de 19% cada um.

Gráfico 3. Subcategoria Feminista

3.4.2.2 - Evidência das Subcategorias por Décadas

Evidenciando-se as subcategorias por décadas, expressamos um panorama histórico aos resultados apresentados sobre o material de análise.

Gráfico 4. Distribuição das subcategorias na década de 1960

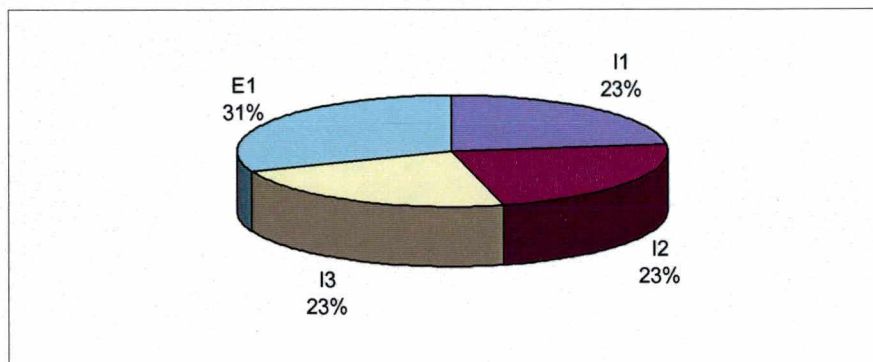


Na década de 60¹, em relação ao tema objeto de estudo, consultado na Revista Brasileira de Enfermagem, a categoria da Igreja, com predomínio do pressuposto (I.3), que “defende a manutenção da vida em qualquer condição” apresenta expressivo índice de 72%. Enquanto o (I.2), que “condena as outras práticas

¹ CRUZ, Madre Maria Áurea da. Enfermagem Obstétrica a Serviço da Família. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 311-320, ago. 1961. GUIMARÃES, Álvaro Filho. Enfermagem obstétrica a serviço da família. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 321-330, ago. 1961. LASCIO, Cecília Saniôto Di. A enfermagem, um Instrumento de justiça social. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 211-216, jun., 1962. PADIN O S O, D. Candido. O abortamento nos códigos de ética de Enfermagem e da Medicina. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.245-257, jun., 1961. REDENTOR, Ir. Maria de Cristo. O pré Natal como Ponto de Partida para a Assistência à Família. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 295-306, out., 1964. REGIS, Mirian. Contribuição ao estudo do abortamento. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 475-480, dez., 1964.

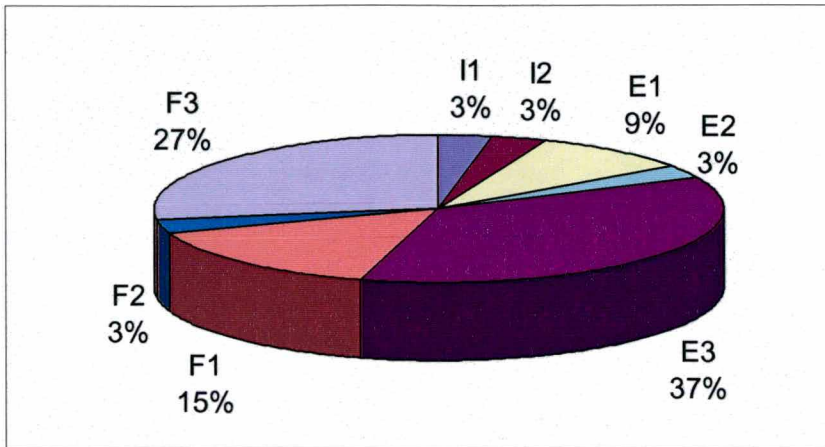
contraceptivas disponíveis às mulheres”, com 28%, conseqüentemente, defende a utilização do método natural.

Gráfico 5. Distribuição das subcategorias na década de 1970



Na década de 70², continua o predomínio da categoria Igreja, que *“defende o Planejamento Familiar a partir dos seus pressupostos”*, cujas subcategorias (I.1), (I.2) e (I.3) apresenta-se com igual percentual, isto é, 23%. Evidência-se ainda o aparecimento da categoria Estado, tendo por pressuposto *“atender a política de Planejamento Familiar estabelecida pelo mesmo”*, com a subcategoria (E.1), com 31%, tendo por pressuposto, *“proteger a saúde da mulher”*.

² PADIM, Ir. Nívea. Tema II: Exercício profissional. Aspectos éticos do exercício profissional. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.79-89, jan./mar., 1972.

Gráfico 6. Distribuição das subcategorias na década de 1980

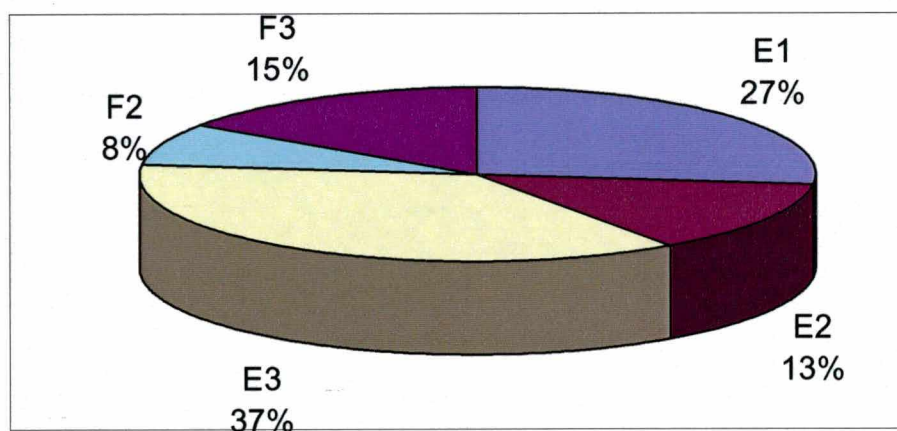
As subcategorias Igreja, Estado e Feministas analisadas na década de 80³, possibilitaram o que a seguir é registrado. A Igreja apresenta discreto percentual nas subcategorias (I.1) e (I.2), com 0,3% e 3%, respectivamente. As subcategorias Estado se fazem mais presente através das subcategorias (E.1) *que tem como pressuposto “procura proteger a saúde da mulher”, com 9 %*, (E.2), *que pressupõe a “oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher”, com 3%;* e (E.3), *que “discute a liberdade de opção”, com 37% .*

³ ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. O enfermeiro no planejamento Familiar. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 38 n. 3/4, p. 215-230, jul/dez. 1985. CANDEIAS, Martins Ferreira. Enfermagem materno-infantil – necessidades educativas de puérperas com alta médica. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.34, n. 2, abr./jun., p.146 à 152, 1981. CARNEIRO, Anamaria, RODRIGUES, H. Kazue. Opinião de mulheres de baixa renda, residentes em cidade do interior sobre planejamento familiar. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.40, n. 1, p. 23-27, jan./jun., 1987. GARCIA, Telma Ribeiro. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 38, n. 31, p. 281-288, jul./dez, 1988. GRIBEL, Else Bartholdy, VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Atuação da equipe de Enfermagem nos programas de assistência integral à saúde da criança e a mulher. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 40, n. 1, p. 7-13, jan./mar., 1987. MENDES, Dulce de Castro. Assistência de enfermagem & administração de serviços de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.3/4, p. 257-265, jul./dez. 1985. MOREIRA, Josefa Jorge. A família e a paternidade responsável. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.33, n.1, p.81-91, jan./mar., 1980. RESENDE, Maria Conceição et. al. Atuação da enfermagem em um sistema de saúde comunitária. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 132-140, abr./jun., 1980. SILVA, Elaine Regina S. da, COCCO, Maria Inês Monteiro, PALU, Maria José A. Frolini. Programa de Laqueadura: relato de experiência com grupo multiprofissional. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 41, n. 1, p. 64-73, mar. 1988. VILAR, Rosana Lúcia Alves de SMALL, Mary Anne. Avaliação de um programa de assistência primária de saúde na área periurbana. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 36, n. 2, p. 199-212, abr./jun., 1983.

A categoria Feministas que “defendem o Planejamento Familiar a partir dos pressupostos, é introduzida nesta década com as subcategorias (F.1), que “defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade”, com 15%, a subcategoria (F.2), “repudiar a esterilização forçada ou induzida”, com 3%, e (F.3), que “defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo estado” sendo esta com o maior percentual, 27%.

Nesta década, a categoria Igreja apresentou tendência ao declínio, consolidando a categoria do Estado e surgindo, concomitante, a categoria Feministas; Sendo que o predomínio das subcategorias ocorreu nas (E.3), com 37% e (F.3), com 27%.

Gráfico 7. Distribuição das subcategorias na década de 1990



Neste período de 90⁴, não aparece a categoria Igreja na produção científica da Revista Brasileira de Enfermagem. Reafirmam-se as

⁴ BARRETO, Marta Oliveira., SOUZA, Sonia Maria., GUIMARÃES, Alzira Maria D'ávila Nery. Diagnóstico de saúde das mulheres em idade fértil de Sergipe. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 49, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 1996. CANDIOTTI, Sandra Maria., FIGUEIREDO, Maria Cristina S. O Papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puerpera. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.46, n. 1, p. 1-88, jan./mar. 1993. CHRISTÓFORO, Fátima F. M., Barros Arlete de Souza. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 46, n.2., p. 101-106 abr./jun. 1993. MAMEDE, Marli V., BUENO, Juliana V., BUENO, Sônia V. Percepção da condição de saúde entre mulheres. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 46, n. 2, p. 64-73, abr./jun., 1993. NERY, Inez

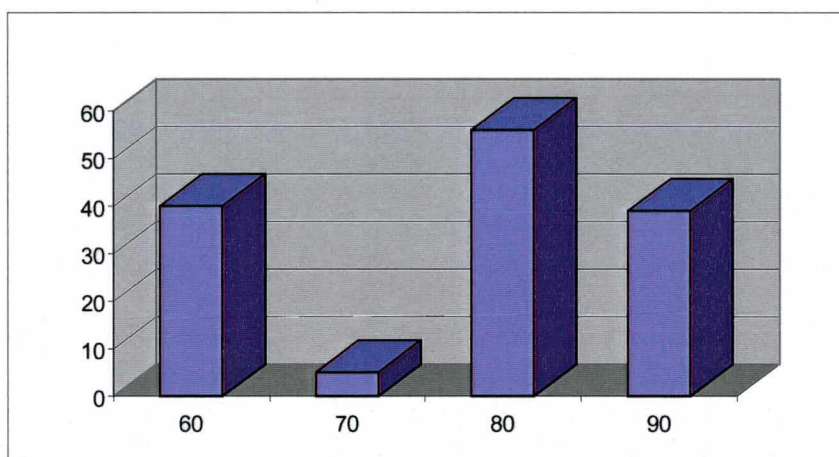
categorias Estado e Feministas. No Estado, predomina a subcategorias (E.3), com o maior percentual, 37%, seguidas pelas (E.1), com 27% e (E.2), com 13%. Em relação às subcategorias Feministas, (F.3) apresenta percentual de 15% e (F.2), 8%.

4 - Os Achados Empíricos
Como Argumentos da Tese

Os conteúdos identificados na literatura consultada, decorrente do caminho percorrido de leitura, releitura, recortes, categorização e classificação, constituem-se no material com o qual realizei uma primeira reflexão. Face à necessidade de uma sistematização didática, agrupei os dados obtidos, primeiramente, observando a variável tempo, ou seja, buscando características, semelhanças e dessemelhanças por décadas para, em seguida, proceder a análise por categoria.

4.1 - EVIDÊNCIA, POR DÉCADAS, DOS ARTIGOS CONFIRMADOS

Gráfico 8. Percentual de artigos confirmados por década



O gráfico 8, expressa o percentual de artigos que foram confirmados, enquanto objeto de análise do estudo, na *Revista Brasileira de Enfermagem*. Considerando a totalidade de artigos apresentados, na revista, podemos afirmar que foi incipiente a produção científica da Enfermagem sobre o assunto, uma vez que num período de quatro décadas, manteve-se numa proporção em torno de 1,8% dos artigos que poderiam tratar do tema. Sendo que, na década de 70, houve expressiva queda em relação às demais décadas.

4.2 - TENDÊNCIA POR DÉCADAS

Os dados obtidos foram analisados com base nos pressupostos estabelecidos, a partir do discurso da Igreja, do Estado e das Feministas, procurando demonstrar algumas evidências do discurso da Enfermagem em relação ao tema em pauta. No discurso registrado na produção científica da Enfermagem das décadas de 1960 a 1997, encontrei informações que me permitiram desvelar o pensar/agir da Enfermagem sobre Planejamento Familiar.

A década de 1960, para as mulheres e homens, foi importante no que concerne a contracepção, isto é, controlar o número de nascimentos tornou-se mais fácil, por ter sido introduzida a pílula anticoncepcional como contraceptivo, como ainda, o Planejamento Familiar torna-se pauta de discussão de instituições, tanto privadas como governamentais e religiosas.

Nesta década, a pauta de discussão sobre Planejamento Familiar referia-se a: aborto, atenção à família e ao uso de contraceptivos. Os conteúdos abordados sugeriam mais preocupação em determinar condutas e reforçar o papel de mãe que deveria ser desempenhado pela mulher, que, propriamente, discutir a situação da mulher, frente aos problemas encontrados diante das situações de aborto e do uso de contraceptivos.

A produção científica publicada na REBEn, neste período, reflete um discurso que se insere nas categorias estabelecidas para a Igreja. Isto é, os artigos de Enfermagem revelaram uma posição sobre planejamento familiar de reprodução das subcategorias que foram estabelecidas, ou seja a de *“defender a manutenção da vida em qualquer condição”* como, ainda, de *“condenar as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres”* e conseqüentemente, defender unicamente a utilização do

método natural, como forma de prevenir-se de uma gravidez não desejada. Os exemplos abaixo ilustram esta percepção:

“O moderno sistema do uso de pílulas anticoncepcionais não está de acordo com as normas da Moral, do mesmo modo que os outros métodos anteriormente condenados” (Redentor 1964:302).

“... o malefício que a campanha de Planejamento Familiar tem promovido em outros países, não só diminuindo a sua maior riqueza que é o homem, mas atentando, frontalmente, contra a Moral e contra a Instituição Familiar” (Redentor, 1964:306).

O Planejamento Familiar como foco da discussão era visto como: desígnio de Deus, os contraceptivos eram ignorados, quando não condenados. A Enfermeira, no exercício da profissão, deveria fazer a mulher ver, o que é melhor para ela e para sua saúde, e o quanto é nobre ser mãe. Os contraceptivos não eram aceitos, eram vistos como prejudiciais, indo contra a natureza humana, a vontade de Deus. As entidades que veiculavam propaganda, eram reconhecidas como instituições que praticam o controle da fecundidade, indo, ainda, contra os interesses da instituição familiar.

As ações da Enfermeira obstétrica foram focadas na família, defendem a função da mulher de ser mãe e o sagrado matrimônio, cuja função principal é a reprodução. Os anticoncepcionais eram inaceitáveis, - repudiam justificativas relacionadas às condições de vida da população- para o seu uso, pois trariam prejuízos incalculáveis à instituição familiar e, dentro da concepção do papel do Enfermeiro, como defensor da vida por princípio e formação não poderia ser favorável a sua utilização. Assim o aborto, como prática utilizada pelas mulheres, não é aceito, devendo a mulher cumprir sua função de “ser mãe” como dever.

A concepção religiosa predominou no discurso da Enfermagem, identificado na produção científica publicada na REBEn nesta década de 1960. O Planejamento Familiar, enquanto um direito do casal de decidir o número de filhos que desejam e a maneira de prevenirem-se, não foi alvo de discussão. O que se evidenciou, foi a Enfermagem voltada a determinar condutas, tanto para as mulheres como para profissionais, baseados nos princípios cristãos.

No entanto, outras categorias profissionais já discutiam a necessidade de um Programa de Planejamento Familiar, o que ocorre após a apresentação do trabalho sobre "aborto provocado" na XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia em 1965. Os participantes da jornada, aliados a personalidades de destaque nas áreas de Economia, Sociologia e Direito, fundam a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Na bibliografia consultada, o tema Planejamento Familiar é discutido em 1982, no 1º seminário, sobre Planejamento Familiar realizado no Rio de Janeiro pela ABEn.

As categorias estabelecidas para a Igreja ainda foram identificadas na década de 1970, persistindo a resistência ao uso dos contraceptivos pelas mulheres, conforme destaco a seguir:

"...menos inconvenientes para a integridade da pessoa...

Sejam os mais próximos da fisiologia humana (mais do natural...

Atuem de modo a interferir o menos possível na expressão do amor e da dignidade das relações...

Reduzam a fecundidade quando exigida pela reta razão e paternidade responsável" (Padim, 1972:81).

A "dimensão da moral conjugal", condena as práticas contraceptivas, como nocivas à dignidade do casamento, sob o predomínio da categoria

da Igreja, que é o de “*defender o Planejamento Familiar a partir dos seus pressupostos*”. Observou-se, ainda, o aparecimento da categoria Estado, que procura “*atender a política de Planejamento Familiar estabelecida*”, com a subcategoria “*proteger a saúde da mulher*”.

Dos 20 artigos, relativos a década de 70, somente um tratava do tema, os demais, na grande maioria, referiam-se a atenção à mulher através do Programa Materno-infantil, principalmente em seus princípios e sistemática de atendimento. Na assistência materno-infantil, segundo Tyrrell e Carvalho (1993:193), “a inserção da Enfermagem nesses programas se deu de forma pedagógica, autoritária, indicando o que deveria ser feito e descrevendo procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança como: “*triagem*”, “*encaminhamento*”, “*pré-consulta*”, “*orientação para a saúde*”, outros”. O Planejamento Familiar é previsto dentro da área Materno-Infantil. Mesmo assim, mais uma vez nesta década, o Planejamento Familiar não se revelou consistente enquanto objeto de discussão na produção científica publicada na REBEn.

O programa materno-infantil referia-se a atenção à saúde da mulher, com prioridade para a saúde da criança.

Para Carneiro (1987:23), “o programa materno-infantil centrava a atenção à saúde da mulher para que ela fosse capaz de gerar crianças saudáveis. As consultas à mulher enquanto puérperas, tinham a intenção de trazer os recém-nascidos à consulta médica. O atendimento a criança no programa estendia-se até os 14 anos. Demonstrando, assim, que o atendimento à mulher se resumia ao período gravídico-puerperal. No Brasil, verifica-se que dentre os grupos populacionais que recebem assistência médico-sanitária, o grupo constituído pelas mulheres acima de 15 anos é o que, talvez, menos atenção venha recebendo”.

A atenção à saúde dispensada às mulheres no sistema de saúde resume-se quase que exclusivamente ao período grávido-puerperal, deixando-se em plano secundário todos os outros aspectos como a prevenção e diagnóstico de doenças ginecológicas, doenças transmitidas sexualmente, repercussão da gravidez não desejada, do aborto, orientação sobre práticas contraceptivas voltadas para o Planejamento Familiar.

O Planejamento Familiar, mesmo sendo previsto como parte do programa materno-infantil, não foi objeto de discussão, na produção científica publicada na REBEn. Mesmo tendo sido, nesta década de 70, que a BENFAM foi declarada de utilidade pública federal, através do Decreto Nº 68.514, de 15/04/71, e atua, primordialmente, na área de Planejamento Familiar, com aquisição e distribuição de anticonceptivos orais, DIUs e “condons” e desenvolve programas educacionais e treinamento para profissionais médicos e paramédicos em técnicas de esterilização. Enquanto isso, na Conferência Mundial sobre População, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Bucareste (1974), o governo brasileiro defende a posição natalista revelando a intenção de não limitar o crescimento da população, pois considerava o país um dos poucos com possibilidade de crescimento. A par da discussão que ocorria em relação a contracepção, a produção científica dos Enfermeiros apontava uma discreta relação entre o discurso produzido pela Igreja e o Estado, enquanto intenção de proteger a saúde da mulher.

Na década de 80, a influência do discurso da Igreja em relação ao Planejamento Familiar vai desaparecendo, não totalmente, se faz presente, com as subcategorias (I.1 e I.2), como segue:

“Oferecer à comunidade um Planejamento Familiar condizente com os princípios da moral cristã” (Resende 1980 :135).

Neste período, consolida-se a categoria Estado e surge discretamente, a categoria Feministas. O discurso estabelecido para o Estado se fez presente com as subcategorias, *“procura proteger a saúde da mulher”*, a *“oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher”* e ainda, a subcategoria que *“discute a liberdade de opção”*.

A Enfermagem reflete o discurso do Estado ao discutir a prática contraceptiva utilizada pelas mulheres, quando de trabalho educativo, junto a grupos de gestantes, que demonstravam interesse pela laqueadura, enquanto prática contraceptiva, que segundo Silva (1988), após trabalho e conscientização com o grupo, desistiram de adotar a laqueadura, ao ter conhecimento de outros métodos.

Organizações não governamentais e diversas categorias profissionais, incluindo grupos Feministas e profissionais da área da saúde, denunciaram a esterilização de um expressivo contingente de mulheres no Brasil e, o mais grave, em determinadas situações, a esterilização ocorria sem que a mulher tomasse conhecimento! Denunciaram, ainda, a ocorrência do uso indiscriminado de contraceptivos orais, sem que houvesse assistência e seguimento.

A Enfermagem pelo discurso encontrado na REBEn, demonstra-se voltada para o Planejamento Familiar, enquanto necessidade de orientação sobre a prática contraceptiva, nesta década de 80, o fato que evidenciado no texto de Moreira (1980:89):

“O que se pretende com o Planejamento Familiar é orientar, educar, quanto aos processos de limitação da fecundidade, sem contudo, impor o número de filhos, e quando o casal deve tê-los”.

O tema Planejamento Familiar, quando referido sobre a prática contraceptiva exercida pelas mulheres e a atuação de instituições internacionais na área da contracepção no Brasil, é encontrado nos artigos publicados na REBEn, duas décadas após a criação da BEMFAM. Este tema, foi alvo de discussão no debate sobre aborto que realizou-se em 1980, no Rio de Janeiro, deste seminário foram propostas diretrizes para o Planejamento Familiar no Brasil, á luz dos pressupostos Feminista, até porque esta autora é uma das líderes do movimento Feminista brasileiro. Este trabalho, foi apresentado em 1983, no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem.

A categoria Feministas, de modo incipiente emerge com as subcategorias, que *“defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade”, a “repudiar a esterilização forçada ou induzida”, bem como “defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo estado”.*

Neste período, a Enfermagem passa a discutir a atenção à mulher, com a perspectiva de discutir/orientar o uso de contraceptivos. No entanto, quando procura saber onde a população recebe orientação sobre o assunto, a Enfermagem não é identificada.

“Notamos que apesar do programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) já ter sido implantado há algum tempo e tendo como uma das prioridades as atividades de Planejamento Familiar, garantindo a livre opção das pessoas na escolha do método contraceptivo, estas continuam a desconhecer o assunto, onde 50% nega possuir conhecimento a respeito dos métodos de anticoncepção destacando-se aqui o fato de que 53,2% das mulheres já se encontrarem laqueadas, ao mesmo tempo que 36,6% afirma ter recebido informações, mas de maneira incompleta por médico, vizinhos e amigos, mostrando-se ainda inseguras

quanto à utilização dos mesmos” (Silva et all, 1992:281).

Nesta década de 80, a implantação do “PAISM” trouxe à tona assuntos relativos à saúde da mulher, dentre eles o uso de contraceptivos. As Feministas foram as que fizeram com que a realidade vivenciada pelas mulheres, principalmente em relação a contracepção, fizesse parte de encontros e conferências. Desafiaram o autoritarismo do discurso da Igreja e denunciaram a prática exercida pela BEMFAM em relação à contracepção.

A Enfermagem, neste período, deixa de reproduzir de forma hegemônica, o discurso da Igreja em relação ao Planejamento Familiar. Passa a tomar conhecimento da realidade contraceptiva das mulheres, através de pesquisa realizada em serviços de saúde e comunidade, mas não define posicionamento claro sobre o tema enquanto categoria profissional. Procura, ainda, reproduzir partes do discurso do Estado.

Na década de 90, desaparece a categoria da Igreja, consolida-se a do Estado e a categoria Feminista firma-se buscando instrumentalizar as mulheres, para que sejam agentes de mudança, em relação a atenção que lhes é dispensada pelos serviços de saúde, o que pode ser percebido na colocação que segue:

“...é necessário elevar a consciência de cidadania das mulheres brasileiras, de modo que possam participar do processo de decisão e controle das condutas que lhes são dirigidas. Nesse contexto, os movimentos de mulheres têm um papel estratégico, através das denúncias, da divulgação de informações e do debate em torno das questões relacionadas à saúde da mulher, bem como através de propostas alternativas de educação e atendimento (Manede, Bueno, Bueno, 1993:93)

O Estado, enfim, após muitas controvérsias, em 1996 aprova a lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal (1988), que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana. O fato de ter sido aprovada, porém, não garante que na prática se efetive, é preciso que a Sociedade encontre estratégias fortes o suficiente e capazes de torná-la realidade. Caso contrário, será o que Pegoraro (1995:106) afirma, "a carta constitucional pode ser excelente, no entanto, pode permanecer letra morta até que sua regulamentação não crie estruturas que atendam às demandas básicas da comunidade".

"Ao iniciarmos atividades de controle do câncer cérvico-uterino e de mama em um Centro de Saúde localizado na periferia de uma capital do Nordeste onde até então não havia sido implantada nenhuma ação dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, verificamos em diálogo mantido com as clientes que estas se mostravam muito carentes de esclarecimento e orientações frente aos mais diversos problemas relacionados à saúde, especialmente quanto à questão da reprodução" (Silva, 1992:278/279).

A Enfermagem, em relação ao Planejamento Familiar, aponta, nesta década de 1990, a discussão mais voltada para o social, demonstrando preocupação em orientar às mulheres sobre as práticas contraceptivas disponíveis. As condições sociais são abordadas como determinantes da utilização indiscriminada de contraceptivos orais e laqueadura.

Entretanto, nos trabalhos apresentados na produção científica da REBEn, sobre quem orienta o uso de contraceptivos a população, normalmente, informa ter sido orientada pelo médico ou passou a utilizar o contraceptivo por conta própria, demonstrando, que nesta atividade, a Enfermagem não se faz presente, mesmo sendo reconhecida como sua

atividade, em seu discurso. Os dados encontrados nas falas das autoras objeto de análise, sugerem haver reconhecimento da necessidade da Enfermeira ser agente mobilizador de mudanças. No entanto, a pouca produção científica, sobre o tema Planejamento Familiar, publicada na REBEn, num período de tantas controvérsias sobre o assunto, suscita argumentos como as afirmações de Germano (1993:131), que a Enfermagem “...mantém em geral uma postura de passividade, não-criticidade, de adesão irrestrita e de franca colaboração com as políticas (particularmente as políticas de saúde) postas em prática pelos diferentes governos, em um país cujas elites enriquecidas se apropriam do Estado, com objetivo de repartir um butim entre si e os seus leais, inteiramente alheias ao sofrimento do povo” .

4.3 - TENDÊNCIA POR CATEGORIA.

A necessidade de uma sistematização didática, conforme referido anteriormente, levaram-me a proceder as análises buscando, também as tendências por categorias, independente de sua temporalidade.

4.3.1 - Categoria: Igreja

A concepção de Planejamento Familiar atribuída à Igreja, a partir de seu discurso, compõe uma das categorias de análise, da produção científica registrada na REBEn e tem a seguinte categoria e subcategorias estabelecidas.

Categoria: Defende o Planejamento Familiar a partir dos seus pressupostos.

A Igreja Católica propagou durante séculos que o ato conjugal, por sua própria natureza, deveria ser procriativo e só aceito, moralmente, quando realizado com a intenção de ter filhos.

A partir desta premissa, a Igreja, sugere uma prática doutrinária de abstinência do exercício da sexualidade para evitar a procriação. Portanto, o Planejamento Familiar ocorreria como um princípio que determina condutas e transmite valores, tanto individuais como coletivos, com a intenção de controlar e determinar condutas referentes à sexualidade e, por conseguinte, às práticas contraceptivas.

Assim sendo, a Igreja Católica defende, exclusivamente, como aceitáveis, os métodos naturais, enquanto práticas contraceptivas, condena todas as outras práticas disponíveis, com a crença que, agindo assim, estará cumprindo o seu papel social de defesa à vida.

Os argumentos de defesa do Planejamento Familiar, à partir dos pressupostos para a Igreja, representa uma das categorias de análise deste estudo e está subdividida em três subcategorias:

- 1.1 – *Defende a prática contraceptiva por meio do método natural;*
- 1.2 - *Condena as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres;*
- 1.3 – *Defende a manutenção da vida em qualquer condição*

Defesa da prática contraceptiva por meio do método natural.

Ao realizar a busca na produção científica da Enfermagem, com a intenção de identificar as mensagens referentes a esta subcategoria, pude extrair, dos textos, afirmações que defendiam a prática contraceptiva por meio do método natural.

É possível perceber, argumentos da Igreja Católica, em relação ao Planejamento Familiar, no artigo referente a “Atuação de Enfermagem dentro do Programa Integrado de Atenção à Saúde”, conforme destaque à seguir:

“Oferecer à comunidade um Planejamento Familiar condizente com os princípios da moral cristã (Resende 1980:135).

Traduzir o princípio da moral cristã, quando relacionado ao Planejamento Familiar, quer dizer, uso exclusivo de método natural, confirmado por Redentor (1964:302), quando discute o Planejamento Familiar, aceitando a limitação da fecundidade desde que:

“O método de Ogino-Knaus ou da continência periódica procede, quando inspirado e regido pelo Amor”.

O posicionamento favorável a este método pela Igreja, inaugurou uma fase de debates, atitude, que tornou o comportamento reprodutivo autorizado e, aberto à considerações de ordem econômica e social, relativizando o imperativo divino da fecundidade (Pierucci, 1978).

O método natural também foi destaque na discussão sobre os aspectos éticos do exercício profissional da Enfermagem, na escolha de meios para limitar a fecundidade, aceitos desde que não trouxessem riscos à saúde da mulher, devendo, a mesma optar por aqueles que são:

“...menos inconvenientes para a integridade da pessoa...

Sejam os mais próximos da fisiologia humana (mais do natural)...

Atuem de modo a interferir o menos possível na expressão do amor e da dignidade das relações...

Reduzam a fecundidade quando exigida pela reta razão e paternidade responsável” (Padim, 1972: 81).

A paternidade responsável, para a Igreja Católica, significa o necessário domínio que, a razão e a vontade devem exercer sobre as tendências do instinto e das paixões. Por questões físicas, econômicas, psicológicas e sociais, poder-se-ia exercer a paternidade responsável, evitando, assim, temporária ou indeterminadamente, um novo nascimento (Paulo VI, 1968).

Visto desta forma, “o exercício responsável da paternidade implica, portanto, que os cônjuges reconheçam plenamente os próprios deveres, para com Deus, para consigo próprios, para com a família e para com a sociedade, numa justa hierarquia de valores” (Padim, 1972: 24).

A adoção do método natural e a paternidade responsável, fazem rever a determinação de que o matrimônio, para a Igreja, não tem a finalidade única de procriação. Podendo, assim, a regulação da fecundidade acontecer a partir de valores determinados pela família, ou seja há uma nova abordagem doutrinária.

Condena outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres.

A defesa do método natural, para controlar a fecundidade, vem acompanhada da proibição do emprego de práticas contraceptivas, tais como: DIU, pílula anticoncepcional, esterilização, prostituição, bigamia e outras, incorrendo no risco de estarem atentando contra a vida.

A Igreja, ao condenar estas práticas contraceptivas, justifica-se em estar defendendo a vida e o núcleo familiar. Como, ainda, o matrimônio estaria moralmente comprometido, com tal prática, esta afirmação pode

ser percebida na colocação de Redentor (1964), quando afirma que os centros obstétricos, durante as consultas pré-natais, têm sido assediados pelos preconizadores da “Limitação da Fecundidade” em nosso país, podendo trazer danos morais, quando menciona que:

“O moderno sistema do uso de pílulas anticoncepcionais não está de acordo com as normas da Moral, do mesmo modo que os outros métodos anteriormente condenados”(p.302).

Reafirmando o prejuízo que pode advir do uso de contraceptivos, Paulo VI (1983:29), na Encíclica “*Humanae Vitae*”, descreve as conseqüências do uso dos métodos da regulação artificial da fecundidade, salientando: “Considerem, antes de mais nada, o caminho amplo e fácil que tais métodos abririam à infidelidade conjugal e à degradação da moralidade...É ainda de recear que o homem, habituando-se ao uso das práticas anticoncepcionais acabe por perder o respeito pela mulher”.

Considera o uso dos contraceptivos como responsáveis pela degradação da moralidade, pela infidelidade do homem, um atentado contra a vida e, ainda, serem capazes de trazer prejuízo para a família e para a sociedade. Desta forma, necessitam ser combatidos. Conseqüentemente, o Planejamento Familiar, que tem como finalidade a orientação e a utilização de contraceptivos, torna-se para a Igreja algo ameaçador e imoral, que vem depor contra a instituição familiar. Parece-nos que Redentor (1964), está de acordo com este pensamento ao, assim, se pronunciar:

“Mascarando a solução dos problemas sócio-econômicos, a Confederação Internacional de Planejamento Familiar, oferece meios anticoncepcionais que, em futuro breve, e imutável,

agravarão tais condições e terão, quer sob o ponto de vista pessoal e humano, quer sob o ponto de vista social ou nacional, as piores e mais nefastas conseqüências” (p.303).

“... o malefício que a campanha de Planejamento Familiar tem promovido em outros países, não só diminuindo a sua maior riqueza que é o homem, mas atentando, frontalmente, contra a Moral e contra a Instituição Familiar” (p.306).

A implantação do Planejamento Familiar, para a Igreja Católica baseada na disponibilização de práticas contraceptivas, fundamentadas na situação de pobreza e nos problemas sócio-econômicos da população, não se justifica, enquanto estratégia de solução. A finalidade deste, seria a redução da população, além de carrear vários problemas de ordem moral com conseqüências sobre o equilíbrio da família.

Portanto, estes elementos não podem servir para validar o Planejamento Familiar, como estratégia de solução, por contrariar, frontalmente os pressupostos da Igreja. Em nome da moral, de Deus, da paternidade responsável, da fidelidade do homem, do amor conjugal, a Igreja contrapõe-se ao Planejamento Familiar baseado no uso de contraceptivos.

“Algumas legislações são dirigidas ao campo de Saúde Pública e têm o fim precípua de difundir, praticamente, os métodos anticoncepcionais, instruir o povo no uso de materiais que constituem rendoso e sórdido comércio, e procuram por esse modo dar solução egoísta e anti-humana aos mais fundamentais problemas da família e da sociedade” (Guimarães, 1961:329).

Para a Igreja, os contraceptivos vão contra a natureza, desta forma, contra a doutrina cristã e, ainda, não estão de acordo com as normas da moral. Sendo o agir moralmente bom, “quando atesta e exprime a

ordenação voluntária da pessoa para o fim último e a conformidade da ação concreta com o bem humano, tal como é reconhecido, na verdade, pela razão. Se o verdadeiro bem da pessoa, a escolha de tal ação, torna a nossa vontade e nós próprios moralmente maus e, portanto, põe-nos em contraste com nosso fim último, o bem supremo, isto é, o próprio Deus” (Sacerdócio e Eucaristia João Paulo II, 1993:94).

Dentre as várias instituições sociais que se interpõem entre as situações concretas dos indivíduos e sua prática sexual e reprodutiva, a Igreja é a única a contar com uma doutrina explícita sobre a legitimidade de meios anticoncepcionais (Pierucci,1978).

Nos textos que subsidiaram esta subcategoria de análise, extraídos da produção científica da REBEn, é possível perceber que a condenação à contracepção, vem reforçar a visão da Igreja em relação ao papel da mulher na sociedade, ou seja, ser mãe sem considerar questões como direitos individuais e aspirações familiares, entre outros. Os escritos sugerem estar a Enfermagem reproduzindo os pressupostos da Igreja, em relação ao Planejamento Familiar, isto é, está mais voltada em divulgar seus dogmas, que, propriamente, discutir o tema.

Defesa da manutenção da vida em qualquer condição

Para a Igreja Católica, defender a manutenção da vida em qualquer condição, a partir do “Planejamento Familiar”, significa aceitar o controle do número de nascimentos, somente, através do método natural, ser, radicalmente contra o uso de contraceptivos e da esterilização e condenar, incisivamente, o aborto, mesmo os previstos em Lei.

Nesta subcategoria, o foco de análise passa a ser o aborto, uma vez que, os contraceptivos, foram comentados na categoria anterior. Ao selecionar as unidades desta subcategoria, pude evidenciar que a defesa

da manutenção da vida, expressa na produção científica dos Enfermeiros, publicada da REBEn, referia-se, principalmente, ao aborto.

As unidades de análise, relacionadas ao aborto, refletem o pensamento da Igreja, ou seja, procuram condenar sua prática, por considerarem um atentado contra a vida, por conceberem a vida como um Dom Divino, que nos é dado por graça de Deus e que o homem foi idealizado à imagem e semelhança de Deus. Segundo João Paulo II (1982), Deus chamou o homem à existência por amor. Sendo assim, só Ele pode dispor desta vida. Os registros a seguir, constituem-se em argumentos que contribuem para o enriquecimento desta reflexão:

“A vida é um Dom gratuito. Não a possuímos. Por certo, os homens não possuem a vida como possuem um bem material, uma casa, um agasalho dos quais podem dispor” (Redentor, 1964: 299).

“A vida nos foi dada por participação. Não podemos dela dispor; é um bem indisponível” (Redentor, 1964:299).

“Todo ser humano tem direito à vida desde a sua concepção. Este direito recebe de Deus, e não dos pais, ou de alguma sociedade ou autoridade humana” (Redentor, 1964:229).

Reconhecendo que a vida, concebida à luz destes pressupostos, dela não podemos dispor, determinando, assim, que nada, em hipótese alguma, nem ninguém, pode ajuizar-se no direito de interrompê-la. A Enfermagem, em sua produção científica, sugere uma identificação com o posicionamento doutrinário e normativo da vida estabelecido pela Igreja, quando afirma:

“Interromper a vida, por preço algum. A natureza por si mesma já se desvencilha de 25% dos conceitos

anormais, biologicamente. Não pode caber ao profissional, arvorar-se em juiz do valor de uma vida humana: vale mais o produtivo ou improdutivo? o débil afeiçoado, ou o inteligente criminoso?” (Padim, 1972:86).

“...propagando as vantagens e a inocuidade das práticas abortivas usadas, conscienciosamente em benefício exclusivo da saúde e bem-estar da mulher, da estabilidade do casal ou da proteção econômica do lar, quando estas práticas são pecaminosas pelo simples consentimento ou desejo” (Cruz, 1961:316).

A Igreja vem mantendo e defendendo sua posição contrária ao aborto de diversas “formas”, como nas Encíclicas, nos aconselhamentos individuais e/ou de grupos. Recentemente, surgiu um grupo denominado pró-vida, que tem assumido, também a missão de defender esta posição. No entanto, o confronto mais acirrado de posicionamentos sobre o aborto ocorre no legislativo, palco de avanços e retrocessos, onde grupos de interesses conflitantes defendem suas ideologias, como a Igreja, o Estado e as Feministas.

Rocha (1996), ao discutir “A questão do aborto no Brasil”, aponta os impasses da legislação do aborto, no período de 1946 a 1995, descrevendo, dentre outros, a participação da Igreja Católica, na luta por defender sua ideologia. Em 1994, traduzindo o pensamento oficial da Igreja, foi apresentado um projeto de lei que buscava inserir na Constituição Federal, no capítulo que trata dos direitos e deveres individuais e coletivos, o preceito da inviolabilidade da vida em toda as suas fases, desde o momento da concepção. Buscava, ainda, determinar que a interrupção da gravidez fosse considerada um crime hediondo contra a vida, procurando proibir a apresentação de proposições que visassem legalizar ou descriminalizar o aborto”.

Em nome da defesa da vida, a mulher é concebida como um ser que foi agraciado por Deus, para a concepção. Dessa forma, deve ela, ser agradecida. Gerar um filho, mesmo que este não tenha sido desejado ou sendo fruto de violência, não importa, pois a concepção, por si só, é considerada uma dádiva de Deus devendo cumprir seus desígnios, para tanto se constituiria em dever moral da Enfermagem trabalhar em defesa destes princípios.

O aborto, portanto, não é aceito em hipótese alguma, nem mesmo os previstos no Código Penal tem se constituído em alvo de discussão, permitido nas situações em que a mulher corre risco de vida e quando a gravidez é resultante de estupro. Os registros a seguir apresentados sugerem anuência com esta afirmação:

“São as intervenções ilícitas, como o abortamento, o feticídio, a castração, a mutilação, que desvirtuam a finalidade da medicina e da Enfermagem, criando conflito absoluto e impedindo colaboração a qualquer título e em qualquer circunstância” (Guimarães, 1961:330).

“Mas, na hipótese do aborto terapêutico, o conflito – se é que existe – surge entre bens de valor equivalente. E a terapêutica, como toda a Medicina, deve estar a serviço da vida e não a serviço da morte” (Redentor, 1964:300).

“A Segunda hipótese, a do aborto sentimental, quando a gravidez resulta de um atentado sofrido pela vítima, nem essa aparência de justificação pelo estado de necessidade ocorre. O nascituro é inocente do crime que o gerou. E não se justifica punir com a pena de morte alguém que está inteiramente inocente do crime” (Redentor, 1964:300).

Sendo assim, à Enfermeira, como profissional, é solicitado que desempenhe junto à mulher uma assistência de conotação espiritual,

comprometida com a devoção, crença e determinação celestial. Este papel, solicitado à Enfermeira, tem raízes na origem da profissão, conforme descreve Germano (1984), que a ideologia da Enfermagem, desde sua origem, tem significado de abnegação, obediência e dedicação. Isso marcou, profundamente, a profissão de Enfermagem; o Enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente, que não exerça a crítica social, porém, console e socorra as vítimas da sociedade.

De modo geral, é possível afirmar que os achados na produção científica da Enfermagem, publicados na REBEN no período de estudo, sugerem que nas unidades de análise em relação ao aborto, está expressa a posição doutrinária e normativa da vida, estabelecida pela Igreja. Tanto que, ao Enfermeiro, em relação ao aborto, há uma expectativa de que ele saiba dos riscos, que garanta a subsistência da concepção, e que garanta a oportunidade para atingir toda a sua plenitude da vida. E ainda, se a mulher estiver grávida, contra sua vontade deve ela mostrar a obrigação moral de ter este filho. Exemplo disso são as manifestações citadas a seguir:

“Deve a Enfermeira ter sempre em mente a nocividade do aborto” (Regis, 1964:479).

“É fundamental salientar que o homem nasce, antes de qualquer outra vontade, da Vontade de Deus e que a concepção desse homem dará às nossas equipes de Enfermagem o sagrado dever de garantir a sua subsistência” (Cruz, 1961:313).

“A Enfermeira colabora para proteger a vida humana e garantir-lhe as oportunidades para atingir em toda sua plenitude o limite máximo de eficiência; respeitá-la, portanto, como a obra maravilhosa da criação e a dignidade em todas as suas manifestações e necessidades” (Lascio, 1962: 214).

“Trata-se de um respeito incondicional, desde o primeiro instante em que se constitui uma nova vida humana” (Padin, 1961: 248).

“Se a mulher descobre que está grávida contra seus desejos, a Enfermeira deve fazer o que está ao seu alcance; mostrar claramente a obrigação moral que tem de continuar com a gestação; deve também explicar os perigos que ela corre em consultar um charlatão” (Regis, 1964: 479).

“Que nunca o Brasil tome (o aborto) isso como uma prática legalizada. Não cruzemos os braços diante da triste realidade. Convoquemos os educadores, os religiosos, os médicos, as Enfermeiras, os juristas, os governadores, a imprensa falada e escrita, os assistentes sociais, as obstetrias, todos os homens todas as mulheres compreensivas e inteligentes, para juntas enfrentarmos o problema do abortamento, nos moldes educativos mais amplos, na mais larga assistência aos necessitados, para a criação de um novo mundo, sem tantas misérias e agonias tantas” (Regis, 1964:480).

Assegurando “estar do lado da vida e que a doutrina da Igreja hoje encontra-se numa situação social e cultural que se torna mais difícil de ser compreendida e, ao mesmo tempo, mais urgente e insubstituível para promover o verdadeiro bem do homem e da mulher” (João Paulo II, 1982:37)

Posicionar-se contra o aborto, para a Enfermagem torna-se seguro por toda a bagagem religiosa de sua origem profissional, por ser uma profissão exercida, na sua grande maioria, por mulheres, educadas em uma sociedade onde casar-se e ser mãe, é ainda, socialmente valorizado, respaldado pelo Código de ética profissional, no capítulo I, art. 3º, reforçado no capítulo V, art. 45 que trata das proibições, que nega a Enfermagem “provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação” (CEPE,1993). Ser contrária ao aborto para a

Enfermagem, torna-se uma posição da categoria profissional. E lutar contra a sua aceitação, enquanto prática oficializada no Brasil, perpassa e vai além dos profissionais da Enfermagem.

4.3.2 - Categoria: Estado

A concepção de Planejamento Familiar atribuída ao Estado, a partir de seus discursos, compõe uma das categorias de análise, da produção científica registrada na REBEn, e tem a seguinte categoria e subcategorias estabelecidas.

Categoria: Atende a política de Planejamento Familiar estabelecida para o Estado

Nas quatro últimas décadas, deste século, a realidade brasileira conviveu com o discurso natalista e com uma prática de intenso uso de contraceptivos aceito pela grande maioria da população e, implicitamente, pelo Estado, para tanto, contando com várias parcerias entre Instituições Internacionais, Estados e Municípios da Federação, além de setores prestadores de serviços de saúde e outros.

O Planejamento Familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método, enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como, ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

Subcategorias:

- Procura proteger a saúde da mulher;
- Oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher;
- Discute a liberdade de opção;

Procura proteger a saúde da mulher;

O Estado brasileiro em diversos momentos tem definido a atenção à saúde da população, propondo a equidade e qualidade de vida, garantindo o direito de todo cidadão à saúde através da universalidade do acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Especificamente na saúde da mulher o governo tem delineado programas de saúde que pretendem atender às necessidades de saúde, relacionadas, principalmente, à reprodução humana, com enfoque nas questões de concepção e contracepção.

Estes programas inseridos na política de atenção à saúde da mulher tem fragmentado seu atendimento, impedindo uma ação integral, que rompa com a relação direta mulher/procriação. O programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, enquanto proposta, tem procurado romper esta relação quando pretende dar atenção à saúde da mulher de forma integral, no entanto, tem enfrentado diversas barreiras, como por exemplo: o modelo de ensino adotado pela maioria das universidades; o sistema de saúde vigente, que tende seguir o modelo focado em especialidades; a dificuldade da população ao acesso a serviços de saúde.

A produção científica da Enfermagem quando discute a assistência prestada à saúde da mulher, tem destacado o discurso do Estado em diversos momentos, como, por exemplo na pesquisa realizada por

Carneiro (1987), onde se evidencia a preocupação com a assistência prestada às mulheres, através do Planejamento Familiar, propondo:

“...verificar a opinião de mulheres de baixa renda, ...sobre “Planejamento Familiar” no intuito de Contribuir para a melhoria da assistência à mulher.

“fornecer dados sobre seus conhecimentos quanto ao Planejamento Familiar que possam orientar as ações de saúde que visem a assistência à mulher” (Carneiro, Rodrigues, 1987:27).

É de fundamental importância, num primeiro momento, saber o que pensam, e o que querem as mulheres sobre o atendimento das suas necessidades, para que desta forma à assistência prestada pela Enfermagem venha ao encontro das necessidades percebidas. Especificamente sobre Planejamento Familiar, o que se evidencia é a falta da definição de uma política, particularmente, no que tange a contracepção, o que tem determinado às mulheres somente duas formas de se prevenirem, de uma gravidez indesejada, através da laqueadura e dos anticoncepcionais orais. Além disso, as mulheres não têm recebido a atenção requerida para que possam exercer a prática contraceptiva de sua opção e que mais atenda suas necessidades, conforme destaque nos relatos abaixo:

“A falta de uma política efetiva de Planejamento Familiar tem deixado como únicas alternativas a laqueadura tubária e os anticoncepcionais orais” (Barreto, Souza, Guimarães 1996:28).

“É importante ressaltar que o uso de anticoncepcional oral sem a devida orientação e o conhecimento dos fatores de risco associados pode ser extremamente prejudicial à saúde da mulher” (Barreto, Souza, Guimarães 1996:28).

A saúde da mulher fez parte da pauta de discussão do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, quando ocorreu, um seminário sobre Planejamento Familiar, e teve como resultado um documento final, onde uma das proposições foi de rejeitar:

*“os denominados “métodos anticoncepcionais” que comprometem a saúde da mulher e os abortivos”
(Almeida, 1985:229)*

A preocupação evidenciada nas citações acima é referendada por Molina (1997:23), quando diz que “é um direito de todos/as usuárias/os que durante a escolha contraceptiva os riscos de complicações e efeitos colaterais de cada método sejam pesados em relação as suas vantagens e em relação a todas as outras forma de contracepção”, pois proteger a saúde da mulher decorre também da utilização adequada da prática contraceptiva, como ainda ter assegurado o acesso à informação necessária sobre os mesmos. Nos escritos de Christóforo e Barros (1993), percebemos, também, esta preocupação, quando ressaltam a necessidade de desenvolver, com grupos de mulheres, atividades educativas visando o esclarecimento da prática da laqueadura, conforme destaque a seguir:

“... o grupo educativo sobre laqueadura não é somente explicar o que é a cirurgia. Implica numa postura profissional do Enfermeiro cuja competência se revela pelo conhecimento técnico e pela sensibilidade ao atender as mulheres em suas necessidade de saúde” (Christóforo, Barros, 1993:104).

“A apropriação do conhecimento a respeito do seu próprio corpo, como ele é, e como funciona, é o ponto inicial da discussão sobre laqueadura” (Christóforo, Barros, 1993:105).

Conhecer o corpo e saber o efeito da prática contraceptiva sobre o mesmo, são indispensáveis para o exercício da cidadania. A atenção a saúde requerida para as mulheres enquanto cidadãs, a laqueadura, como prática contraceptiva, é exercida segundo Berquó (1994), em mulheres com poder aquisitivo inferior e em grande parte no nordeste. Boltanski (1989:163), quando discute as classes sociais e o corpo, descreve que “para os membros das classes populares, que não prestam atenção ao seu corpo, que o usam principalmente como um instrumento e que lhe pedem antes de mais nada funcione, em resumo, que subordinam a utilização do corpo às funções sociais...” Assim, tornar mulheres mais conscientes, com capacidade de decidir sobre sua prática contraceptiva é resgatar a cidadania.

A Enfermagem estaria protegendo a saúde da mulher, quando oferecesse as mesmas oportunidades para que elas se conheçam e participem na decisão, da prática contraceptiva de forma consciente.

Se por um lado a Enfermagem se propõe a desenvolver um processo de educação em saúde com o objetivo de romper com a ação, sem a participação da mulher em relação a laqueadura, por outro lado, a laqueadura se justifica quando são evidenciados problemas de saúde, onde a relação mulher/reprodução é justificativa para a ação:

Em relação a esterilização, nesta visão personalista de maternidade, e dentro deste princípio de globalidade “a mulher toda é mãe”, e caso seus órgãos reprodutores em funcionamento ponham em risco a vida da mulher, esta não pode ser mãe, o que justifica ficar ela privada do uso dos mesmos (cardiopatia, nefropatia, debilidade mental, psicopata) e com mais razão ainda, quando portadora de uma lesão orgânica (Padim, 1972:87/ 88)

A proteção que se pretende aludir à vida da mulher, na citação de Padim (1972), ocorre em decorrência da justificativa de uma prática contraceptiva adotada no Brasil que, para Berquó (1994), é “uma verdadeira cultura da esterilização no país” fazendo com que mulheres optem, profissionais recomendem, e a sociedade aceite a esterilização como um ato de proteção à saúde.

O Planejamento Familiar, quando suas ações são voltadas para a saúde da mulher de forma integral, não se restringe unicamente a função reprodutora, percebe-se a mulher na sua integralidade, ou seja, além de preveni-la de uma gravidez indesejada, deve dar assistência a infertilidade, como ainda adotar estratégias de protegê-la de doenças específicas. Assim concebida a assistência à mulher, estaremos protegendo e/ou promovendo a saúde sem dicotomias, o que pode ser evidenciado nos registros, a seguir, como subsídios deste pensamento:

“Atividades e procedimentos na atenção à mulher no que diz respeito à assistência durante a gestação, puerpério, no Planejamento Familiar, na prevenção de câncer ginecológico e de mama e, também, a grupo de mulheres por faixa etária, apesar de existirem, necessitam ser melhor realizados e os serviços melhor estruturados” (Nery, 1996:508).

A laqueadura tem sido incluída pela Enfermagem em sua produção científica, sem contemplar os aspectos sócio políticos que o tema sugere. No entanto, às condições de vida da população brasileira, tem servido como justificativa para que medidas radicais sejam adotadas, como a esterilização feminina, como uma prática contraceptiva implantada no Brasil, inclusive, por Instituições Internacionais, situação esta evidenciada por estudiosos como Berquó (1994) e Pacheco (1984).

Observei ainda, na produção científica da Enfermagem, os objetivos programáticos da Assistência à mulher, em nível ambulatorial, preconizado pelo Ministério da Saúde que:

“Centra-se no aumento de cobertura e concentração do atendimento pré-natal; prevenção da gravidez indesejada; implantação ou ampliação de atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e mama; doenças sexualmente transmissíveis; patologias de maior prevalência no grupo e implementação de métodos e técnicas de Planejamento Familiar; diagnóstico e correção dos estados de infertilidade” (Gribel, 1987:11).

A organização dos serviços na assistência ao Planejamento Familiar preconizado pelo Ministério da Saúde (1996:9), tem como condições básicas, a garantia dos seguintes itens: “busca ativa da clientela; controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamentos e instrumentos mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência; avaliação da assistência ao Planejamento Familiar”.

Oferta de contraceptivos como direito da mulher

A oferta de contraceptivo como direito da mulher faz parte da política de Planejamento Familiar que, ressalta “no sentido de maior efetividade da ação, estes serviços devam indicar e/ou fornecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no Brasil, amparados por normas éticas e legais” (Brasil,1996:9). É ainda de competência dos serviços de Planejamento Familiar a assistência tanto às pessoas que desejam a anticoncepção como daqueles que desejam ter filhos.

Na análise desta subcategoria evidenciam as práticas contraceptivas adotadas, por mulheres e homens para regular o número de filhos, durante suas vidas. Esta prática depende da disponibilidade de acesso ao método, como ainda, da indicação ou das condições dos indivíduos em praticá-las. Segundo Kleinman (1989:58), "a eleição da prática contraceptiva depende ainda de um delicado equilíbrio de riscos e vantagens dos diferentes métodos comparados ao risco e vontade de engravidar".

No Brasil, a prevalência do uso contraceptivo em mulheres casadas ou unidas de 15 a 44 anos é de 66%, sendo a esterilização feminina o método mais difundido, o que representa 40% das usuárias de anticoncepção. A esterilização feminina, apresenta variações segundo as regiões brasileiras (Arruda, 1987:34). Quando se compara o uso de métodos contraceptivos nos países desenvolvidos com os países em desenvolvimento, a pílula e o coito interrompido, no primeiro caso, ocupam maior porcentagem de opção 20%, enquanto nos países em desenvolvimento é a terceira opção (Fatballa, 1994). Segundo Scavone (1994), na França, 64% das mulheres entre 18 e 49 anos, usam um método contraceptivo, ou seja, 31,8% usam a pílula, 17,2%, usam dispositivo intrauterino e 15,7%, métodos naturais ou de barreira. Os dados demonstram que a maioria absoluta das mulheres na França optam por métodos reversíveis, enquanto no Brasil, a esterilização, representando 66%, é o método mais difundido entre mulheres de 15 a 44 anos, sendo que este percentual abrange 40% das usuárias de anticoncepção (Arruda, 1987:34). Em estudo, sobre "Laqueadura tubária – controvérsias éticas, morais, físicas e psicológicas" quanto ao uso do contraceptivo, foram apontadas na produção científica da Enfermagem publicada na REBEn, onde:

“... constatamos que o percentual de mulheres laqueadas 53,3%, foi superior ao de mulheres que utilizavam a pílula contraceptiva 20%” (Silva, 1992: 281).

Mais de 100 milhões de mulheres, em todo o mundo, em idade fértil tem sido esterilizadas e calcula-se que, nos próximos 20 anos, somente nos países em desenvolvimento, o número passará dos 100 milhões (OMS,1993). Esta previsão vem ao encontro dos dados, já informados, quando comparados ao uso de métodos contraceptivos entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nestes últimos, a esterilização feminina é a primeira opção com 33% e a esterilização masculina, a terceira opção com 12% (Fatballa,1994).

Nos Estados Unidos, “onde a esterilização é difundida atualmente, 27% dos cônjuges em idade fértil aparecem como cirurgicamente esterilizados, 36% das operações são executadas em homens e 64% em mulheres. Esta proporção mudou radicalmente em comparação aos primeiros anos da década de 70, quando a relação entre vasectomia (homens) e a ligadura de trompas (mulheres) era inversa” (Berlinguer, 1993:45).

Segundo Berquó (1994), no Brasil existe uma verdadeira cultura da esterilização pelo fato de 52% das mulheres esterilizadas, em São Paulo, serem filhas ou irmãs de esterilizadas, havendo casos de famílias onde a mãe e duas ou três irmãs já foram esterilizadas por laqueadura de trompas. Enquanto nos países desenvolvidos, os dados invertem-se, isto é, os métodos mais utilizados são os reversíveis, sendo os definitivos são pouco utilizados. Segundo Scavone (1994), o índice de utilização da esterilização feminina como método contraceptivo, na França, em 1988, equivalia a zero, prevalecendo os contraceptivos orais, dispositivo intra-uterino, métodos naturais ou de barreira.

É necessário, também, considerar os aspectos psicológicos da esterilização, uma vez que, para a grande maioria das mulheres, a sexualidade está estritamente ligada à reprodução e, além disso, o papel social que lhes é oferecido é o de mãe. Portanto, quando a esterilização é utilizada como método contraceptivo sem que seja voluntária e consciente, pode trazer problemas sexuais e de identidade (SOS,Corpo,1983).

Concluída em dezembro de 1992, a Comissão Parlamentar de Inquérito, (CPI) criada na Câmara de Deputados para investigar casos de esterilização de mulheres no Brasil, constatou que 27% das mulheres em idade fértil haviam sido esterilizadas, índice três vezes maior que o de países desenvolvidos. Esta desproporção aumenta consideravelmente quando verificamos os índices nos Estados do Maranhão com 75,9%, em Goiás, 71,9% e Mato Grosso, 63,3%. Agrava a situação se considerarmos que estas mulheres foram esterilizadas sem nunca ter sido implantado um programa de Planejamento Familiar!

A CPI possibilitou, ainda, caracterizar o Brasil como o campeão mundial em cesarianas e revelou que as cirurgias de esterilização são freqüentemente realizadas em condições de semi-clandestinidade e em troca de votos.

Estudo realizado por Enfermeiros em Sergipe, com a promoção da UNICEF, sobre o uso de contraceptivo, confirma a que utilização de contraceptivo concentra-se também na laqueadura, seguida pela pílula, conforme registro a seguir:

“Cerca da metade das mulheres estudadas havia utilizado algum método anticoncepcional no último mês, 4% estavam grávidas e 2,8% queriam engravidar. De todas as mulheres, aproximadamente 22% estavam laqueadas e 17% faziam uso de

anticoncepcionais orais. (Barreto, Souza, Guimarães 1996:28)

"Foi evidenciada a utilização de métodos contraceptivos, mostrando que 49,5% das mulheres na Capital e 51,6% do interior já utilizaram algum método anticonceptivo no mês anterior à entrevista, tendo a pílula predominado na Capital com 37,1% e a laqueadura no interior 46,5%. Chama a atenção a presença de 3,8% da vasectomia, com variação ligeiramente discreta entre a Capital e o interior, e apenas 0,3% de DIU, método que deveria receber maior prioridade, por razões econômicas, de continuidade de uso e de seu caráter de reversibilidade. (Barreto, Souza, Guimarães 1996:27)

A utilização de DIU, no Brasil, não consta das estatísticas oficiais enquanto prática contraceptiva, utilizada pelas mulheres, por ser baixa a prevalência de seu uso, normalmente, encontra-se entre os 5%, atribuídos a outros métodos (Arruda, 1987). As estatísticas mostram que, no mundo, em torno de 60 milhões de mulheres usam o DIU e destas, mais de 40 milhões são da República da China. A anticoncepção intra-uterina na China tem a preferência, sendo que mais de 50% das mulheres que usam este tipo de anticonceptivo, cujo emprego é 3 a 4 vezes superior aos anticoncepcionais orais (Zanconato, 19..). No Brasil a oferta de contraceptivos como direito da mulher acaba tendo os contornos da atenção dispensada à saúde da mulher, o exemplo abaixo ilustra esta percepção.

"As precárias condições de atendimento à mulher, como os insuficientes recursos materiais, humanos e financeiros, as queixas apresentadas pelas usuárias em relação ao atendimento nas instituições de saúde, a falta de política adequada em relação ao atendimento nas instituições de saúde, a falta de política adequada para os serviços de Planejamento Familiar, a questão da não resolutividade da rede

básica, dentre outras, foram as justificativas para a realização desta pesquisa. (Nery, 1996:498)

Em trabalho educativo realizado por Silva (1988:66), com grupos de mulheres que buscavam a contracepção definitiva, quando orientadas sobre as vantagens e desvantagens de cada prática, algumas desistiam da laqueadura, conforme registro a seguir:

“com a nova dinâmica proposta para o grupo, houve maior conscientização das clientes, pois algumas delas ao conhecerem outros métodos contraceptivos desistiram da laqueadura”.

À oferta de contraceptivos, na produção científica publicada na REBEEn, percebeu-se estudos, em regiões específicas, mais com o intuito em constatar a realidade local. A partir daí, evidenciou-se que a realidade vivenciada pelas mulheres brasileira, isto é, a oferta de contraceptivos concentra-se em, duas práticas “laqueadura e pílula”. Outras práticas contraceptivas, como implantes hormonais, DIU, preservativos e outros, quando são reconhecidas, apresentando índices não representativos. A oferta de contraceptivo como direito da mulher no Brasil, configura-se, ainda, enquanto intenção.

Discute a liberdade de opção

Discutir a liberdade em relação a contracepção, pressupõe ter opções, assim se apresenta a questão, terão as mulheres brasileira na sua grande maioria, esta liberdade? No programa de Planejamento Familiar preconizado pelo Ministério da Saúde, esta, em tese, é uma prática, garantida na Constituição de 1988. Discutir a liberdade de opção, além de tê-la, significa ainda, ter o conhecimento sobre vantagens e

desvantagens de cada método e que seja assegurada a opção eleita, desta forma, podendo decidir quantos filhos deseja ter. Os registros a seguir, são apresentados como subsídios para esta questão:

“Orientar, educar o indivíduo no planejamento, porém deixar ao seu livre arbítrio, a última palavra porque “limitar a natalidade não é extingui-la”, e como ser humano, tem ele o direito de saber, quando, em que condições e por que deve ter filhos” (Moreira, 1980:82).

“Cada brasileiro, portanto, está livre para decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre o nascimento dos mesmos. Afasta-se assim, de saída, qualquer hipótese de um controle compulsório pelo Estado do qual, aliás, não se tem até hoje, qualquer notícia de exemplo com resultado positivo em qualquer país”(Moreira, 1980:88).

Na Enfermagem, segundo as publicações consultadas, o Planejamento Familiar tem como garantia de liberdade, a opção pelo método que o casal desejar, no entanto nas duas subcategorias analisadas anteriormente verificou-se que os métodos maciçamente, utilizados são a laqueadura e a pílula.

A liberdade de opção quanto ao contraceptivo traz consigo uma série de crenças, como as que se podem observar na citação de Silva.

“Notamos que apesar do programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) já ter sido implantado há algum tempo e tendo como uma das prioridades as atividades de Planejamento Familiar, garantindo a livre opção das pessoas na escolha do método contraceptivo, estas continuam a desconhecer o assunto como mostra, onde 50% nega possuir conhecimento a respeito dos métodos de anticoncepção destacando-se aqui o fato de que 53,2% das mulheres já se encontrarem laqueadas, ao

mesmo tempo que 36,6% afirma ter recebido informações, mas de maneira incompleta por médico, vizinhos e amigos, mostrando-se ainda inseguras quanto à utilização dos mesmos” (Silva, 1992:282).

A esterilização masculina ou vasectomia é uma prática contraceptiva pouco utilizada em nosso meio (S.O.S. Corpo, 1983). Esta prática, pouco conhecida até a década de 80, embora mais conhecida atualmente, não tem assegurada a sua aceitabilidade. Além da desinformação, é muito grande a resistência masculina contra a idéia de se esterilizar. Apesar disso, sua prática vem se ampliando lentamente (SOS Corpo, 1991).

O coito interrompido é uma das mais antigas práticas contraceptivas que tem sido utilizada para evitar a gravidez. Continua sendo uma prática contraceptiva eficiente para as pessoas que se dispõem a praticá-la. O grande índice de falha dos métodos naturais como contraceptivos, deve-se principalmente a sua pouca divulgação. Associada a isto, há a crença que a não contribuição do parceiro para a abstinência sexual necessária a esta prática e o não conhecimento por parte da mulher sobre seu corpo, impedem a identificação de sinais importantes para a prática da anticoncepção e contribuem para o descrédito por parte das pessoas, sendo, então levadas a não optarem pelo método.

Estes métodos são simples, reversíveis e não sistêmicos, no entanto, questões relativas à eficácia e à interferência no ato sexual têm sido apontadas como limitantes para seu uso (Conselho Estadual Condição Feminina, 1988).

O anticonceptivo oral, mais conhecido como “pílula”, encontra-se no mercado há mais de 25 anos é considerada um anticonceptivo seguro e eficaz, com a grande vantagem de ser reversível e, ainda, de ser de fácil administração e baixo custo (OPS/OMS, 1992). Existe ainda referência ao “efeito de prevenção do câncer de endométrio e de ovário” (Thorogood,

Viliard-Mackintosh, 1993:124). Por outro lado, a pílula não é recomendada para mulheres com mais de 35 anos e que sejam fumantes portadoras de doenças cardíacas, doenças do aparelho respiratório, de câncer ou tumores.

Seu uso está associado ao aparecimento de diversos problemas de saúde como: câncer de mama e útero; patologias cardiovasculares; hipertensão arterial e enfermidade vascular cerebral. (OPS/OMS,1992, Pacheco,1984, Kleinman,1991). Se por um lado, a pílula trouxe facilidades, por outro, é causadora de problemas de saúde.

Os anticoncepcionais hormonais, mesmo sendo considerados a causa ou o agravamento de problemas de saúde, continuam sendo utilizados por mulheres no Brasil. Sendo que 25% das mulheres, com união, entre 15 a 44 anos de idade, utilizam-se da pílula como anticoncepcivo. Este índice pode aumentar ou diminuir de acordo com a região, como por exemplo: em São Paulo, o índice passa para 24%, no Nordeste, 17%, no sul, 41%, sendo que em São Paulo e no Nordeste, a pílula é segunda opção, perdendo somente para a esterilização. No sul, é o método mais utilizado (Arruda, 1986).

Em estudo realizado por Carneiro e Rodrigues (1987), com mulheres de baixa renda sobre Planejamento Familiar, a proporção de esterilização feminina encontrada foi de 74,4% das 35 mulheres participantes do estudo, sendo que 42,8%, o fizeram por decisão própria, 28,5% por decisão do médico e 28,5 por decisão de parentes (incluindo-se o marido). O interesse pela esterilização feminina está associada à falta de meios de comunicação capazes de alcançar as mulheres de baixo nível de instrução, bem como a inexistência de programas de Planejamento Familiar.

Inicialmente, a esterilização era uma prática contraceptiva adotada por mulheres da classe alta e média; posteriormente, foi sendo praticada na população mais pobre, sem que as mulheres tivessem esclarecimentos sobre as conseqüências decorrentes da esterilização. Atualmente, é uma prática amplamente utilizada, fazendo com que profissionais das mais diversas áreas procurem orientar mulheres sobre as vantagens e desvantagem desta prática.

Em Silva (1988), é possível evidenciar esta preocupação no trabalho desenvolvido no Hospital das Clínicas da UNICAMP com grupo multiprofissional no atendimento a clientes que buscam laqueadura, onde é recomendado que:

- *“o Enfermeiro assuma o seu papel na equipe multiprofissional, atuando na área de educação e saúde;*
- *o Planejamento Familiar seja de fato da livre escolha do casal;*
- *o atendimento seja efetivo para todas as camadas sociais (e não enfatizando a não opção pela cirurgia apenas para as camadas de baixa renda e liberando para as mulheres que têm condições sócio-econômicas para pagarem a cirurgia);*
- *haja ampla informação sobre os métodos disponíveis e riscos; e que a laqueadura seja realmente a última opção como método contraceptivo”* (Silva et al, 1988: 67/ 68).

Em estudo realizado com mulheres, Christóforo e Barros (1993), desenvolvem um programa de laqueadura, que consiste numa série de atividades, através das quais as mulheres são atendidas quanto ao desejo da contracepção definitiva. Para atendê-la, existem três comissões: comissão do programa de laqueadura para mulheres não grávidas; comissão do programa de laqueadura para as gestantes do

pré-natal normal; comissão do programa laqueadura para gestantes do pré-natal especializado. As gestantes são previamente agendadas para o grupo educativo do programa de laqueadura em número de sete a nove participantes. Esta atividade é coordenada pela Enfermeira, participam ainda, a assistente social e tem, em média, uma hora e meia de duração onde:

“A Enfermeira atua, principalmente, em dois momentos do processo: na realização do grupo educativo, e na comissão de avaliação do pedido para laqueadura” (Christóforo, Barros, 1993:102).

“O objetivo dessa atividade grupal é, fundamentalmente, criar condições para que as gestantes reflitam e analisem a realidade sobre a saúde da mulher, adquiram uma nova consciência crítica e transformadora que lhes permita optar ou não pela laqueadura, tomando uma decisão segura e tranqüila” (Christóforo, Barros, 1993:104).

Outras práticas contraceptivas como condom, esterilização masculina, coito interrompido, DIU, não foram percebidas nos trabalhos consultados. No Brasil, as campanhas de prevenção contra a AIDS tem divulgado o uso do condom enquanto profilático, mas, tem encontrado resistências para o uso com argumentos de que podem diminuir o prazer, tem um fator limitante para seu uso. A prática contraceptiva de barreira mais utilizada e divulgada atualmente é o condom (camisinha) que ressurge não como prática contraceptiva, mas na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, com o surgimento da AIDS, na década de 80, tornou-se uma arma fundamental na sua prevenção.

O Planejamento Familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método, enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou

aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como, ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

É assim que há alguns anos nota-se o interesse das autoridades quanto ao Planejamento Familiar, mas quando será atendido como um direito humano básico do indivíduo e do casal para decidir livre e responsavelmente o número e espaçamento de seus filhos? (Carneiro, Rodrigues, 1987:27)

O discurso das instituições de saúde, governamentais ou privadas, em relação aos direitos ao acesso aos contraceptivos são, na maioria das vezes, mantidos como ideário que não se consubstanciam em práticas, pois na medida em que os contraceptivos mais utilizados são a pílula e a laqueadura, se torna possível deduzir que o acesso aos demais métodos é limitado.

É imprescindível nesse histórico fazer referência à Associação Brasileira de Enfermagem, entidade representativa da categoria, que, ao lado de uma luta em defesa dos interesses profissionais, desenvolveu também, uma silenciosa, mas intensa campanha em busca de disseminar as intenções do Estado, na área da saúde, tendo, para tal utilizado, entre outros veículos, a própria Revista Brasileira de Enfermagem, órgão por ela criado (Germano, 1984:29).

4.3.3 - Categoria Feminista

A concepção de Planejamento Familiar atribuída às Feministas, a partir de seu discurso, compõe uma das categorias de análise, da produção científica publicada na REBEn, e tem a seguinte categoria e subcategorias estabelecidas.

Categoria: *Defende o Planejamento Familiar a partir dos pressupostos destas.*

Subcategorias:

- *Defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade;*
- *Repudia a esterilização forçada ou induzida;*
- *Defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado.*

As Feministas, tornam público e requerem muitas das propostas ou intenções do Estado, em relação à assistência das necessidades de saúde da mulher, como a concepção, a contracepção e o Planejamento Familiar, desta forma o movimento Feminista, procura garantir o direito à saúde e a cidadania.

Na luta pela igualdade e cidadania, as mulheres tiveram diversos momentos, tais como: a década da mulher, as conferências internacionais – México em 1975, Copenhague em 1980, Nairobi em 1985, Cairo em 1994 e Beijing, China em 1995, dentre outros encontros e eventos. Alicerçadas e respaldadas em lutas pelos seus direitos de cidadania as mulheres, através das redes de lideranças durante as conferências, colocaram a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais.

A partir daí, o Planejamento Familiar perde o “status” como mecanismo visando o controle populacional, de modo coletivo, surgindo no documento da Conferência do Cairo a consagração dos Direitos Reprodutivos (Berquó, 1995). O termo “Direitos Reprodutivos”, surge

como forma de ampliar o significado das ações e, também, como estratégia política para a internacionalização da luta. Para Corrêia e Petchesky (1999:157), “a desconstrução Feminista da divisão público/privado também aponta para um modelo de comportamento sexual e reprodutivo socialmente contextualizado, que contrasta com a suposição do modelo clássico e de vários estudiosos de Planejamento Familiar e demografia (fazendo eco a Malthus) de que as decisões reprodutivas das mulheres refletem interesses pessoais estreitos”.

Os movimentos Feministas foram um dos que divulgaram, denunciaram e lutaram para que o Estado brasileiro assumisse uma lei de Planejamento Familiar; os embates foram constantes entre a Igreja, Estado e movimentos organizados, até que a Constituição Federal, no art. 226, parágrafo 7º ficou assegurado: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” A lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, veio regulamentar o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, quanto ao Planejamento Familiar, que inicialmente teve seus arts. 10, 11, 14 parágrafo único, e 15 vetados pelo Presidente da República. Sendo que em 1997, tais vetos foram afastados, retornando à Lei, os dispositivos referentes a esterilização cirúrgica do homem e da mulher.

Desta forma, a sociedade dispõe de dispositivos legais, capazes de assegurar a assistência ao Planejamento Familiar, o que até então era concedido, dependendo da condição social, ou do interesse da instituição, ou da disponibilidade do profissional, para que as necessidades individuais fossem atendidas. Identificar, o discurso das Feministas, na produção científica publicada na REBEn, fez com que

refletisse sobre: Como nós podemos exercer uma profissão, onde a grande maioria são mulheres, sendo a contracepção e o Planejamento Familiar questões que nos tocam diretamente, resistindo ainda tomar este tema como objeto de reflexão para o conjunto das exercentes desta prática profissional?

A categoria Feminista, relativa ao tema Planejamento Familiar, foi identificada no presente estudo somente na década de 90, enquanto o contingente de mulheres engajadas no movimento Feminista vem discutindo o tema, no Brasil, desde a fim da década de 60. A análise desta categoria, na produção científica publicada na REBEn, inicia com a subcategoria que segue:

Defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade

As mulheres vêm discutindo seu direito a ter direitos enquanto cidadãs onde incluem questões sexuais, reprodutivas e aborto, desta forma, querem para si, a liberdade de poder decidir sobre a sua maternidade. Fraisse (1995) quando discute, *igualdade e liberdade*, considera a igualdade o tema central do pensamento Feminista, afirma que a dupla aposta no combate das mulheres do século XX, é a igualdade e a liberdade. Afirma a autora, que falamos sem cessar da igualdade e, contudo, a maior conquista do século XX está no próprio fundamento da liberdade, sendo que a revolução contraceptiva, isto é, o direito a dispor de seu corpo, e considerado o “habeas corpus” para a liberdade.

Discutir a liberdade individual, com o intuito de garantir que a adoção da contracepção seja livre, e não imposta por razões sociais. Os contraceptivos trouxeram às mulheres, inúmeras vantagens, como por exemplo, a liberdade de poder decidir sobre sua maternidade. Porém,

estes mesmos contraceptivos tornaram às mulheres alvo de ações capazes de colocar em risco sua integridade física e emocional, fazendo com que passassem a ser discutidos, principalmente, pelas suas contra-indicações, pelo baixo custo, uso indiscriminado, alta resolutividade, culminando com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estes fatores, em conjunto ou isoladamente, têm colocado a saúde das mulheres em risco, inclusive, e até mesmo seu direito de decidir. O relato a seguir confere subsídio, ao sentido desta afirmação:

“O Estado não pode, por razões sociais e jurídicas, invadir a esfera da liberdade individual e da vida privada dos ser humano, impedindo através dos mais variados métodos contraceptivos a maternidade, que deve ser amparada, evitando que as mulheres sejam compelidas a recorrer ao aborto, à esterilização ou ao consumo indiscriminado de anticoncepcionais” (Almeida, 1985:215).

Perceber e ao mesmo tempo, ser capaz de defender o direito à maternidade é, em primeiro lugar, garanti-la, caso queira engravidar. Caso contrário, deve ser garantida a prática contraceptiva, e que esta vá ao encontro das necessidades, tanto individual quanto coletiva. A Enfermagem, enquanto prática social, inserida na área da saúde, tem sua ação voltada para atender às necessidades de saúde da população tendo no Planejamento Familiar, e na contracepção, um largo espectro de ação. Atuando, portanto, na assistência, nos processos educativos e, ainda, participando das discussões políticas relativas ao assunto.

Os direitos reprodutivos fizeram parte da pauta da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em outubro 1986, resultando daí a reivindicação para que o Estado preste assistência à mulher em sua opção de evitar, conceber ou interromper a gravidez não desejada. Afirmando, ainda que cabe ao Estado garantir um direito, e não exigir um

dever, pois entendendo a contracepção como direito, as mulheres reivindicam o acesso à informação, ao conhecimento do corpo e aos meios de praticá-la de maneira segura para sua saúde.

Desta forma, deve ser apoiada pelo conjunto de ações médico-sanitárias a que toda população tem direito, enfatizando, ainda, que em nenhum momento se reconhece a legitimidade da simples distribuição de pílulas e a esterilização como ações de saúde (Conselho Nacional dos Direitos Da Mulher, 1986). Reconhecer a importância dos movimentos de mulheres para que estas, sejam co-participes das decisões e condutas a elas dirigidas constitui-se em um dos possíveis argumentos para a validação do trabalho da Enfermagem.

Segundo Mamede, Bueno & Bueno, (1993:93):

“...é necessário elevar a consciência de cidadania das mulheres brasileiras, de modo que possam participar do processo de decisão e controle das condutas que lhes são dirigidas. Nesse contexto, os movimentos de mulheres têm um papel estratégico, através das denúncias, da divulgação de informações e do debate em torno das questões relacionadas à saúde da mulher, bem como através de propostas alternativas de educação e atendimento. (Mamede, Bueno, Bueno , 1993:93)

Somente tornando-as co-participes das condutas que lhe são dirigidas em relação ao Planejamento Familiar inserida aí a contracepção, é que teremos ações dirigidas à população, capazes de respeitar seus direitos como cidadãs. A Enfermagem, estará cumprindo seu compromisso social, ao refletir sua ação voltada ao indivíduo, família e sociedade, enquanto Planejamento Familiar, percebendo aí diversos atores sociais com interesses próprios capazes de suplantar, direitos individuais e coletivos

Repudia a esterilização forçada ou induzida

A esterilização de mulheres no cenário brasileiro torna transparente “o faz de conta” em relação à atenção preconizada pela lei do Planejamento Familiar por diversas vezes aqui evidenciada. A maioria das mulheres, no Brasil, esteriliza-se pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde que orientem e garantam uma prática contraceptiva segura. A esterilização possibilita a garantia do emprego, sugere a não privação de necessidades, tanto mulher quanto do filho. Isto sugere que as esterilizações que ocorrem, na sua maioria, podem estar sendo induzidas. Assim, “o Sistema Único de Saúde não pode se eximir de responsabilidade no uso excessivo de esterilização feminina, pois 70,9% destas operações foram por ele realizadas – 48,9% em hospitais públicos e 22% em hospitais conveniados; segundo a autora a opção pela esterilização reflete em parte a falta de acesso a outras opções contraceptivas” (Silver, 1999).

Para Silva (1992):

“A laqueadura tubária constitui um problema sério que deve ser analisado e refletido pelos profissionais da saúde que atuam em saúde pública, especialmente em uma comunidade de periferia. Os Enfermeiros no desenvolver de suas atividades no programa de assistência integral à saúde da mulher devem procurar evidenciar as queixas que afligem nossa população para então ter um conhecimento da realidade onde atua e exerce função de orientador frente à comunidade” (283).

Santos (1992), a autora que trata do assunto nas quatro décadas analisadas na REBEn, evidencia que o abuso da esterilização, enquanto prática contraceptiva, em mulheres no Brasil, e tem sido objeto de estudo de autores como: Pacheco (1984), e Berquó (1994).

Pesquisa realizada por Machado (1997), sobre “Identidade religiosa e moralidade sexual entre católicos e evangélicos” onde os fiéis da Igreja Universal do Reino de Deus foram os que mais enfatizaram a orientação da liderança religiosa no campo sexual e nas decisões sobre regulação da fecundidade, mencionando diferentes estratégias tanto para informar quanto para viabilizar a anticoncepção, como consulta às mulheres dos pastores, palestra nas Igrejas e estímulos à criação de redes de solidariedade para financiar cirurgias esterilizadoras. No entanto, “quando comparados os dois grupos, observou-se, no grupo controle uma grande concentração das que radicalizaram, optando pela esterilização. Na quase totalidade dos depoimentos –19, num total de 20 –, as mulheres haviam se esterilizado, opção que não chega nem à metade na amostragem pentecostal. Segundo a autora, tal fato, não pode ser interpretado como maior restrição dos pentecostais à cirurgia, pois entre as mulheres pobres um número expressivo só não se esterilizou, ainda, por falta de condições econômicas.

Berquó (1995) afirma que, no Brasil, existe a cultura da esterilização, confirmada em pesquisa de Machado (1997), onde as mulheres, nesta prática, vêem a solução para muito dos seus problemas, tanto de saúde como econômico e social. Esta prática porém, tem trazido consigo alguns prejuízos para as mulheres, e que foram discutidos na produção científica da REBEn, em Silva, (1992) conforme destaque a seguir :

“Este tipo de método anticoncepcional (laqueadura) é irreversível, característica esta que propicia conflitos freqüentes na mulher gerando problemas físicos, psíquicos e morais” (Silva, 1992:283).

“Assim é que, após o ato nada mais tendo a questionar em termos de reprodução passa mais uma vez a ficar na obscuridade em que sempre esteve. Mas é a partir daí que a mulher começa a apresentar

sintomas e problemas para os quais ela não tem explicações, passando então a atribuir suas causas ao ato isolado da laqueadura, sem conseguir estabelecer relações entre este e seus componentes psicológicos, éticos, morais e religiosos (Silva, 1992:283).

Os problemas decorrentes da esterilização são também evidenciados, na pesquisa de Minella (1996), realizada com 40 mulheres sobre Os impasses da contracepção: um estudo sobre representações femininas acerca do período pós-esterilização em Florianópolis, Santa Catarina, onde 27,5%, afirma ter passado a sofrer distúrbios após esterilização, tais como: dores no seio, dores abdominais, distúrbios emocionais, dores de cabeça, constante perda da vontade sexual. Para (Berquó, 1993:381), "...as mulheres no Brasil, principalmente aquelas dos setores populares - e que são a maioria - vivem em uma séria encruzilhada. Contando apenas com a pílula, enquanto método reversível, comprado nas farmácias sem receituário médico, e não dispondo do aborto legal para eventuais falhas, vêm na esterilização uma 'tábua de salvação' contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva".

Alguns dos fatores desta realidade, são abordados por Silva (1992).

"Na realidade observamos o fato de que totalmente ou quase que totalmente desprovida de quaisquer esclarecimentos ou orientações a respeito de seu próprio corpo, exercendo pouco ou mesmo nenhum controle sobre ele, a questão da reprodução sempre foi para a mulher de classe social mais baixa um problema relevante frente ao qual ela se sente impotente e perdida quanto à busca de soluções, fruto mesmo do sistema econômico e político do qual faz parte, que não lhes oferece melhores condições de sobrevivência nem motivações para uma prática livre e consciente de controle de sua saúde,

sexualidade e reprodução, o que a faz ver na laqueadura uma solução para ela aparentemente fácil e definitiva para um problema complexo e inquietante” (283).

Muitas vezes, a opção pela esterilização caracteriza, para a mulher como, a falta de opção de uma prática contraceptiva segura, reflexo que a política adotada no programa de Planejamento Familiar não atende às necessidades da população. A prática da esterilização, na legislação, é uma das alternativas de contracepção, sendo que, define critérios para a sua prática e determinando punições para os profissionais e serviços de saúde que a realizem sem atender os critérios estabelecidos.

Tratando-se da esterilização ou de qualquer outra prática contraceptiva adotada pelas mulheres, seja ela respaldada em leis regulamentadas ou não, é preciso que a mulher ao decidir, esteja orientada e esclarecida sobre todas as possibilidades existentes, com suas vantagens e desvantagens, para, então, escolher conscientemente qual a prática a adotar.

A Enfermagem, como profissão que desempenha função de orientar tem, nesta atividade, importância fundamental, o que fica evidente na subcategoria seguinte.

Defende o direito de acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado.

A educação em saúde, sendo uma das atividades desenvolvidas pela Enfermagem, junto ao indivíduo, família e comunidade, possibilita ao profissional prestar assistência à mulher, em contracepção a partir das suas necessidades. No entanto, “ouvir as mulheres é a chave para se respeitar sua autonomia pessoal, moral e legal – isto é, seu direito à

autodeterminação. Isto significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade – como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como das políticas de Planejamento Familiar e populacional” (Corrêia e Petchesky, 1999: 163).

O compromisso com a informação sobre a escolha dos métodos segundo o Ministério da Saúde (1996), é da competência dos profissionais de saúde que devem empenhar-se em bem informar aos usuários, para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e participem ativamente da escolha do método. Ao analisar a categoria Estado, podemos perceber em Silva (1988), e Moreira (1980) esta evidente preocupação. Para Carneiro e Rodrigues (1987), buscar informações junto às mulheres sobre Planejamento Familiar, enquanto estratégia tem o intuito de:

- Divulgar informações que possam orientar as ações de saúde quanto a grupos a serem prioritariamente atendidos e métodos a serem empregados em programas de Planejamento Familiar. (Carneiro, Rodrigues, 1987:27)

- Iniciar investigações sobre os aspectos que estão influenciando na opinião destas mulheres (Carneiro, Rodrigues, 1987:27).

A orientação em relação a contracepção, principalmente sobre os contraceptivos, nos artigos publicados na REBEn, evidenciam que, à população, quando perguntada, sobre a fonte das informações sobre os métodos contraceptivos, a responde que esta informação é fornecida pelo médico, por amigos e familiares. A Enfermagem não foi reconhecida, nos artigos analisados, como fonte de informações de contraceptivos à população. Evidencia-se em seus trabalhos, que estão mais inclinados em buscar a percepção da comunidade sobre a utilização dos

contraceptivos, que propriamente orientar. Estas afirmações podem ser observadas na citação que segue:

Os métodos foram orientados em mais de 40% das vezes por médicos, acompanhados da mesma proporção por conta própria”(Barreto, Souza, Guimarães 1996:28)

Mas, há citações que sugerem que a população reconhece, na Enfermagem, a possibilidade de orientá-la sobre Planejamento Familiar:

As solicitações das comunidades em relação a Planejamento Familiar têm sido uma constante na prática profissional do Enfermeiro em áreas urbanas e rurais. (Almeida, 1985:216)

A atuação no programa de Planejamento Familiar, foi no sentido de atender as solicitações dos clientes e orientar a importância do intervalo adequado entre as gestações. (Vilar, 1983:207)

Para Corrêa (1989), a prática distorcida da BEMFAM tem conseqüências tanto na saúde das mulheres quanto no estabelecimento de um contexto particular de oferta e percepção da contracepção reversível, onde se evidencia a prevalência absoluta da pílula, o repúdio generalizado ao DIU, em função da forma como foi conduzido o programa de implantação de dispositivos na década de setenta; desconhecimento, praticamente, total, ou então preconceitos com relação a outros métodos que não aqueles oferecidos pela BEMFAM. A Enfermagem, no contexto do Planejamento Familiar, tem a possibilidade de, na sua ação, desmistificar e, até mesmo corrigir condutas que têm comprometido a saúde da mulher.

Uma vez mais encontramos em Carneiro e Rodrigues (1987), a necessidade de informação por parte da população:

Sendo grande no Brasil o contingente de mulheres com baixo poder aquisitivo, residindo em regiões pobres em meios de comunicação e carentes de assistência, médico-sanitária torna-se mais que necessário a implementação de programas de Planejamento Familiar que lhes leve não só a informação como também o acesso aos diferentes métodos contraceptivos. (Carneiro, Rodrigues, 1987:23).

Não pode haver decisão sem conhecimento de opções, portanto para exercer o direito de decidir sobre a prole, o casal deve ter acesso à informação, educação e serviços de Planejamento Familiar. (Carneiro, Rodrigues, 1987:27).

A percepção da necessidade em orientar às mulheres sobre a prática contraceptiva, é evidente nos escritos das autoras acima mencionadas. Por isso mesmo torna-se difícil explicar porque razão, nos inquéritos populares sobre a informação, a Enfermagem não é reconhecida.

Em pesquisa publicada na revista *Época*, sobre informações e uso de contraceptivos, realizada em cinco capitais brasileiras, com 500 mulheres, entre 15 e 40 anos, a escolaridade variando do ensino fundamental ao superior completo, sobre contracepção, a pílula foi o contraceptivo mais lembrado por 95% das entrevistadas e considerado, ainda, o método mais seguro por 44%, seguido da camisinha, com 19%, e a laqueadura com 15%. De todas as entrevistadas, 69% usavam a pílula por indicação médica e 22% por conta própria. No entanto, 77% compraram o medicamento sem receita médica e 23% com a receita médica. Sobre as informações acerca do remédio, 96% não sabem que hormônios existem na pílula; 98% desconhecem a dosagem e 46% não conhecem nenhuma contra-indicação ao uso da pílula (Vasconcelos, 1999:57). Os dados desta pesquisa reafirmam os evidenciados na

produção científica da REBEn, isto é, as informações sobre contraceptivos, são dadas às mulheres pelo médico, amigos ou, ainda buscadas por conta própria. Além da utilização de contraceptivos por conta própria, e/ou sob orientação de amigos, as usuárias desconhecem a informação sobre a composição do medicamento, mesmo as que utilizam contraceptivos orientadas pelo médico.

A necessidade de informação é evidenciada nos relatos abaixo:

- *o trabalho em equipe multiprofissional permite abordar a saúde num contexto mais amplo para com as clientes e na sua própria atuação (Silva, 1988:66).*
- *os métodos contraceptivos devem ser amplamente divulgados, visto que muitas mulheres os desconhecem, possibilitando assim um maior espaçamento entre os filhos, ficando a laqueadura para uma opção mais tardia (Silva, 1988:66).*

Para Ávila (1999: 25), “É importante salientar que o Planejamento Familiar é uma das ações do programa de Assistência Integral à saúde da mulher e, dentro dos princípios que regem este programa, a oferta de serviços deve garantir o acesso aos métodos para evitar a gravidez e também o acompanhamento clínico-ginecológico, além das ações educativas para que as escolhas sejam conscientes”. Em pesquisa realizada por Barreto, Souza, Guimarães (1996), sobre o Diagnóstico de Saúde das mulheres em idade fértil em Sergipe, os autores abordam diversos tópicos, sendo um deles contracepção.

Em relação ao local de aquisição do mesmo, 75,3% das mulheres da Capital informaram que obtiveram o método da farmácia, contra quase 91,0% do interior. Estes dados refletem a necessidade premente da implantação de uma política de Planejamento Familiar na rede de serviços básicos da saúde. Ainda... pode ser observado que 90,9% das mulheres

apresentavam-se satisfeitas com método que estavam utilizando. (Barreto, Souza, Guimarães 1996:27)

Observamos que as clientes, na sua maioria (50%) negam o conhecimento de métodos contraceptivos seguida por informações incompletas dadas pelos médicos (20%) e posteriormente (16,6%) receberam informações também incompletas de amigos, vizinhos e familiares. Devemos ressaltar que as clientes relataram falta de acesso aos serviços de saúde, além da inibição, vergonha e descaso sobre o assunto. (Silva, 1992:279/280)

O PAISM, em 1983, os acordos internacionais firmados nas conferências da ONU, no Cairo e em Beijing, em 1994 e 95 respectivamente, assegurando o exercício dos direitos reprodutivos e as medidas legislativas recentes são fundamentais, mas ainda não foram suficientes para garantir na prática o acesso das mulheres e homens aos serviços públicos de Planejamento Familiar de maneira democrática e segura.

A informação sobre contracepção insere-se na atividade de educação em saúde, devendo esta atividade fazer parte da ação desenvolvida pelo Enfermeiro, no Programa de Saúde da Mulher no Planejamento Familiar. Evidencia-se na produção científica da REBEn, em relação a contracepção, que a Enfermagem tem procurado desenvolver esta atividades.

5 - Considerações Finais

Refletir sobre a produção científica publicada na REBEn, proporcionou-me revisar os antecedentes históricos relacionados ao Planejamento Familiar, pois reconheço o pressuposto de que a realidade é hoje percebida como um processo de construção coletiva, com passagens distintas no tempo e espaço. O resgate dos textos produzidos pelos Enfermeiros sobre o tema e publicados na REBEn no período de 1960 a 1997, possibilitou reconhecer quais os compromissos da Enfermagem a propósito do Planejamento Familiar, enquanto necessidade do ser humano nas suas relações com o Estado e com a sociedade, passíveis de identificação.

Na busca do material de análise a curiosidade aguçava-se em cada leitura, isto porquê, exercendo a Enfermagem, há mais de vinte anos, sabia de forma empírica que o assunto, de algum modo, estaria nas publicações.

A Enfermagem, como profissão da área da saúde, desenvolve suas atividades vinculadas a instituições, principalmente, governamentais com uma prática social que é reconhecida enquanto ação, no cuidado e na orientação do indivíduo, família e comunidade, como por exemplo o Planejamento Familiar, nas publicações inseridas na REBEn.

Os artigos selecionados para o estudo revelam forte influência religiosa, indo ao encontro do que referem Coradini e Barbiani (1983:252), quando escrevem “o espírito de caridade, paciência, abnegação e outros, não foram por acaso que apareceram, são provenientes de toda uma estrutura religiosa que acompanha o profissional, infelizmente, até nossos dias”. O predomínio do discurso religioso, nos textos publicados na REBEn, divulgando e aplicando seus princípios doutrinários, provavelmente contribuiu para que a Enfermagem não se desse conta da realidade vivenciada pelas mulheres em relação a contracepção.

O artigo 1º, dos Princípios Fundamentais do CEPE (1993), determina “a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação, da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”. Como se justifica, então, que em relação ao Planejamento Familiar, a contracepção e o aborto, a Enfermagem trate estas questões desvinculadas da realidade? Com isto, deixa de contribuir para a redução do número e das conseqüências do aborto e dos prejuízos para a mulher e sociedade.

No Brasil, o aborto provocado devido a sua magnitude, é considerado como problema de saúde pública, tanto que o Ministério da Saúde, estima que, no Brasil, sejam realizados 450 mil abortos por ano.

Segundo Monteiro (1994), o Instituto Alan Guttmacher, de Nova Iorque, instituição sem fins lucrativos que se dedica a estudos e pesquisas sobre saúde reprodutiva, divulgou uma estimativa de 1,4 milhões de abortamento anual no Brasil. Na percepção deste autor, o grande número de gravidezes interrompidas sugerem a deficiência das práticas anticoncepcionais entre a população brasileira, expondo as mulheres ao abortamento induzido.

A descriminalização do aborto, durante o processo de definição teórica das subcategorias, foi considerada, face à tese que sustento, de interesse para o estudo. Entretanto, a mesma teve que ser suprimida, por não ter sido abordada pelos autores que publicaram textos na REBEn, nas décadas estudadas. A descriminalização do aborto, hoje, configura-se como um dos pontos de maior embate entre a Igreja e grupos organizados da sociedade, principalmente o das Feministas. Para Ávila (1993:382), “a Igreja católica parece perceber aí o lugar fundamental de expressão do seu poder sobre todo o conjunto da sociedade e não apenas sobre aqueles que comungam de suas doutrinas”.

Ainda sobre o assunto, descreve Pierrucci (1978:8): “em conjunção ou em disputa com as demais instituições sociais, a Igreja católica manipula símbolos, inculca normas e propõe valores – no discurso público, no aconselhamento individual, nas mais diversas oportunidades de prática pastoral ou “cura de almas” – com vistas a articular, controlar, convalidar o comportamento de indivíduos e grupos”

Parece, ainda, que a ideologia religiosa, nos textos sobre a temática aborto predominou dentre as publicações selecionadas na REBEn, fazendo com que as razões e as conseqüências decorrentes desta prática, não se apresentassem enquanto objeto de discussão. Não se trata de novidade, o sentimento de religiosidade na Enfermagem. Isso é referido por Germano (1984:30), ao evidenciar: “quando se estuda a Enfermagem no Brasil, dois pontos merecem um especial destaque no discurso produzido pelos seus intelectuais: o sentido de religiosidade e a preocupação com o social”. A par do sentimento de religiosidade ou do próprio direito de optar por uma concepção religiosa o que se constitui em controvérsia é que, sendo a Enfermagem uma profissão exercida, na sua grande maioria por mulheres, não deveriam elas, publicar artigos na REBEn, que pudessem contribuir para a reflexão de tema que ceifa tantas vidas no mundo, carrega tanta complicação, dor e dispêndio financeiro ? A magnitude do aborto provocado no Brasil expressa a necessidade desta discussão e, a opção religiosa não significa negar o direito a informação sobre o tema, principalmente entre os enfermeiros que, no mínimo, recebem mulheres com complicações pós aborto.

Enquanto, os textos publicados na REBEn, veiculavam o discurso da Igreja sobre Planejamento Familiar, as mulheres transformavam seu perfil de fecundidade, na realidade brasileira, passando de 6 a 7 filhos, para 3,4 filhos por mulher. É certo que não se pode deixar de considerar fatores como a inserção da mulher no mercado de trabalho, que segundo

dados do IBGE (Martins, Kaiil, Mendonça, 2000), a sua participação, no mercado, subiu de 19% para 48% nos últimos 30 anos. A situação sócio – econômica, bem como outros fatores, provavelmente contribuíram para este quadro, mas, sem dúvida, os contraceptivos e a esterilização encontram-se como principais componentes que vêm determinando essa mudança.

O discurso da Igreja, permeia a produção científica publicada na REBEn, na maior parte do período estudado, tendo como foco central de sua ação, o “cuidar”. Parece que a razão de ser da Enfermagem revelase frágil e inconsistente na abordagem do Planejamento Familiar, quando demonstra registros de uma prática desvinculada da realidade, principalmente nas duas primeiras décadas do estudo.

É preciso que o “cuidar”, “assistir” e “orientar”, seja exercitado a partir do reconhecimento da realidade, inclusive para interagir, para que o “cuidar”, possa se constituir “no mais poderoso símbolo da Enfermagem” (Leopardi, 1994:42). É preciso que a Enfermagem esteja voltada para (re) interpretar a realidade na qual se insere, uma vez que ela é o contexto que requer e justifica as ações desta prática social, mediante o atendimento das necessidades apresentadas pelo indivíduo, família e sociedade.

Os artigos analisados, dentre os selecionados na REBEn, apresentavam discursos descontextualizados. Isto é, enquanto artigos sobre Planejamento Familiar eram publicados por outros segmentos da sociedade, em determinada década, as discussões emergiam nas publicações da Enfermagem, somente, uma década após!

Na década de setenta, por exemplo, o tema só não esteve totalmente ausente, por Padim, em 1972, referir-se à esterilização, justificando-a quando a gravidez trouxesse risco de vida á mulher.

A Enfermagem revela, pelos textos publicados, estar em consonância com as diretrizes do Estado em relação ao Planejamento Familiar. Os escritos demonstraram que a Enfermagem prioriza o Programa Materno-Infantil, centrando-o no atendimento à mulher, principalmente no período gravídico-puerperal, e à criança; não trazendo, no conjunto das publicações consultadas da REBEn, outras abordagens sobre a saúde da mulher, como sexualidade, contracepção e Planejamento Familiar.

Durante as duas primeiras décadas do estudo, os contraceptivos foram utilizados indiscriminadamente por mulheres e nas mulheres no Brasil, com a conivência e/ou por omissão do Estado. Como a laqueadura, por exemplo que, inclusive foi denunciada pelo uso abusivo, haja vista que 27% das mulheres, em idade fértil, haviam sido esterilizadas - índice três vezes maior que o de países desenvolvidos! A situação era mais grave nos Estados do Maranhão, Goiás e Mato Grosso, com 75,9%, 71,9% e 63,3% respectivamente (IBGE, 1995)

Diante dessa realidade, reportamo-nos a Malthus, quando discute sobre o aumento da população e a necessidade de obstaculizá-lo. Isto porque, para ele, o crescimento da população, de forma desordenada, traria prejuízos num futuro próximo, pela escassez de recursos, capaz de comprometer a vida no planeta, necessitando, assim, da implementação de ações capazes de impedir tal crise. Este discurso vai ao encontro da prática de esterilização de forma indiscriminada, no Brasil, pois ocorre, principalmente nas regiões em que o nível de miséria é maior.

Nos textos analisados dentre os publicados na REBEn, a laqueadura praticada, indiscriminadamente, como contraceptivo, foi objeto de preocupação, também, de autoras como Silva (1992) e Christófaros e Barros (1993), que promovem a atenção à saúde através da atividade educativa, com grupo de mulheres que desejam fazer laqueadura. A

orientação cria condições para que as gestantes reflitam e analisem a realidade da saúde e a da mulher, para a tomada de uma decisão.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, mesmo não tendo sido implantado, no Brasil, como um todo, permitiu que a saúde da mulher fosse discutida mais amplamente e, desta forma, a partir da década de oitenta, esta preocupação é evidenciada nos artigos publicados na REBEn. Os artigos dão mais ênfase ao tema, passando a refletir sobre a assistência prestada, demonstrando inquietação com a prática indiscriminada da esterilização. Por isso mesmo, destacam que, por meio da educação em saúde, é possível orientar as mulheres sobre contracepção.

A concepção produzido pela Enfermagem, revelado nos artigos publicados na REBEn, sugere vinculação aos discursos já mencionados na análise, inicialmente à Igreja, seguida pela vinculação ao discurso do Estado. Germano (1984:43), quando analisou a prática de saúde pública nos artigos da REBEn, descreve: “vê-se, portanto, que os programas são desenvolvidos atrelados incondicionalmente às políticas de saúde implementadas pelo Estado, sem maior questionamento de seus objetivos”. Descreve, ainda, que se constata, também, na prática, não serem as ações preventivas, mesmo na saúde pública, aquelas de maior realce.

Os artigos publicados pela REBEn, sobre Planejamento Familiar demonstram interesse das autoras em conhecer a opinião e/ou a utilização de contraceptivos pela população. Nas pesquisas sobre contraceptivos, a Enfermagem reconhece ser a orientação, sobre a prática contraceptiva, uma atividade da consulta de Enfermagem, entretanto, esta categoria não é identificada pela população, como um dos profissionais que os orienta. Pelo contrário, informa ter recebido orientação do médico, de amigos, de familiares, da vendedora da

farmácia e/ou que passou a utilizar o contraceptivo por conta própria, o que me permite inferir que, nesta atividade a Enfermagem não se faz presente, mesmo reconhecendo, em seu discurso, ser esta atividade como de sua competência.

Os autores dos artigos analisados reconhecem a necessidade da Enfermeira ser o agente mobilizador de mudança na prática contraceptiva por meio da orientação. Entretanto, não apresentam reflexão sobre o compromisso da Enfermagem para com a população acerca da prática contraceptiva. Esta reflexão poderia contribuir para evitar ações desordenadas que se constituem em risco para as mulheres, para a dinâmica populacional e para a própria categoria profissional compreender a realidade social em que trabalha.

A falta de contextualização da assistência pode ser deduzida a partir da pequena produção científica publicada na REBEN, sobre o tema Planejamento Familiar, num período de tantas polêmicas em torno do assunto.

Mas, o Planejamento Familiar reconhecidamente é uma atividade desenvolvida, também, nas unidades sanitárias, e caracteriza-se como atividade da Enfermagem, fazendo parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e inserido no Sistema Único de Saúde. As categorias estabelecidas para o Estado, evidenciadas nos artigos da REBEn, sugerem que a Enfermagem, como profissão, desenvolvendo atividades no sistema de saúde, ressalta as deficiências na atenção à saúde da mulher, reivindica atendimentos adequados, percebe as necessidades da população em relação à saúde, no entanto, acaba assumindo os contornos das instituições nas quais se insere, não se identificando com o agente mantenedor do sistema, conseqüentemente, capaz de modificá-lo. É preciso que o(a) Enfermeiro(a) como gerenciador(a) e líder da equipe, reflita e garanta a concepção filosófica e

política da assistência no Planejamento Familiar face à necessidade da sociedade, demonstrada em distintas práticas, chegando até mesmo ao aborto como desespero social, e, que se articule com a equipe de saúde e integrantes de redes sociais, para a devida promoção da assistência à saúde da mulher.

A contracepção não ocorre como um fato isolado, unicamente em decorrência da existência de uma prática contraceptiva, ela se torna concreta mediante as condições sócio-econômicas, culturais, crenças, políticas de saúde e estruturas dos serviços de saúde. Segundo Araújo (1995), em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o “futuro” Enfermeiro deverá ser capaz de: dar orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade; implementar técnicas de menor complexidade, ou referenciar para outro nível de assistência, os casos que requerem técnicas de mais difícil execução; realizar o acompanhamento periódico da mulher de acordo com a técnica ou método utilizado; prestar esclarecimentos e orientações e de implementar métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção.

A formação do Enfermeiro precisa ser orientada para o desenvolvimento de programas específicos oferecidos à população, assim como para analisar a assistência prestada nos serviços de saúde. Precisa ainda, oferecer apoio técnico, científico e humanístico ao “futuro” profissional, para que ele seja capaz de refletir sobre seu processo de ensino-aprendizagem, mobilizando-o para refletir sobre seu fazer, inserido-o no contexto, preparando-o, assim, para ser Enfermeiro e para o exercício da cidadania.

Os pressupostos Feministas para o Planejamento Familiar como: respeito ao direito da mulher de decidir sua maternidade; condições de vida e de trabalho adequadas durante a gestação; repúdio à esterilização

forçada ou induzida; condições de vida digna para cada mulher ter e criar os filhos que deseja; programa de informações e fornecimento de contraceptivos pelo Estado, para a população, foram percebidos, ainda que de modo incipiente, no discurso da Enfermagem publicado na REBEn. Isto, empiricamente, era esperado porque a Enfermagem é, sabidamente, exercida por um grande contingente de mulheres.

O discurso da Enfermagem se identifica com o discurso Feminista quando reivindica ao Estado, que atenda/cumpra o que estabelecem as diretrizes políticas quanto a saúde da mulher e ao Planejamento Familiar. Chamando a atenção para o Estado adote medidas apropriadas com vistas a assegurar, em condições de igualdade, o acesso universal aos serviços de atenção médica, englobando os relacionados com a saúde reprodutiva, como o Planejamento Familiar.

As Feministas incluem, ainda, em pauta, que estes programas de atenção à saúde reprodutiva devem proporcionar os serviços mais amplos possíveis sem nenhum tipo de imposição, que os casais e todas as pessoas tenham o direito de decidir acerca do número e o espaçamento de seus filhos, além de ter acesso a informação, a educação e dos meios necessários para poder vivenciar a prática de sua saúde sexual e reprodutiva.

Penso que, se faz necessário que a Enfermagem, enquanto categoria profissional, articule, discuta e reivindique a assistência á saúde e não se deixe imobilizar pelas precárias condições dos serviços de saúde. Esta precisa conquistar espaços para que o Planejamento Familiar seja amplamente discutido, contrapondo-se ao discurso da Igreja, reivindicando, do Estado, o atendimento preconizado e o cumprimento das Leis e, articule-se, com grupos organizados da sociedade para que possa ser reconhecida enquanto profissão comprometida com a sociedade.

O Planejamento Familiar tido como objeto de estudo, evidenciando o discurso da Enfermagem relacionado-os com o da Igreja, do Estado e das Feministas, demonstram os engajamentos da Enfermagem com a sociedade, ou pelo menos de seus exercentes, e que a neutralidade está longe da prática da Enfermagem, até porque, diferentes atores sociais estão em cena, procurando garantir e convalidar sua existência. É preciso que a Enfermagem mantenha o olhar atento e perceba os discursos e ações capazes de imobilizar os seus propósitos, relacionados aos compromissos assumidos, enquanto profissionais e cidadãos.

Destaco que uma das limitações do presente estudo é a de abordar o Planejamento Familiar, centrado nas práticas contraceptivas adotadas por mulheres e nas mulheres, não significando, contudo, que os homens não devam estar envolvidos neste processo. Para Mundigo (1995), o homem é um parceiro sexual, participa na iniciação sexual, estabelecendo e desfazendo uniões. Como maridos, são figuras centrais no casamento e na reprodução. A sua participação na área da contracepção tem sido cada vez mais colocada em questão. Afirma, ainda, que as pesquisas em reprodução humana têm ignorado o importante papel dos homens, e isto pode ser visualizado tomando como indicador o horário de funcionamento das instituições de saúde.

Não se deve esquecer que a prática contraceptiva mais antiga, enquanto tecnologia, para homens, é a camisinha, cuja utilização está, hoje, mais voltada para a prevenção de doenças sexualmente transmitidas, como por exemplo, a AIDS, do que como contraceptivo. Mas, a realidade vigente contribui para a marginalização do homem neste processo, uma vez que as pesquisas sobre contraceptivos, são mais voltadas, para mulheres. ✧ Outra prática contraceptiva masculina, a vasectomia é, ainda pouco difundida e aceita em nossa sociedade. A maioria dos homens considera a contracepção uma questão relativa às

mulheres. Isto é, quando são solicitados a participar de discussão sobre a utilização de contraceptivos, o fazem, no entanto, desde que sejam utilizados pelas mulheres. Ferreira et al. (1997), ao pesquisar sobre a responsabilidade do uso do método contraceptivo, verificou que 54% dos homens entendem que a responsabilidade pelo uso do método deve ser dividida entre ambos, e 38% entendem que somente a mulher é responsável pelo uso do método. No contexto empírico pode-se observar que grande contingente masculino considera ainda, que a anticoncepção é de responsabilidade da mulher. Mesmo os que apontam que a responsabilidade é de ambos, o que ocorre, na prática, é que ele decide qual o método que a mulher vai usar, na verdade, participa da decisão “porém com voto de qualidade”.

A contracepção masculina, dentro do Planejamento Familiar, tem sido “esquecida” pela maioria dos cientistas e constitui-se em uma questão relevante a ser estudada, ao contrário das práticas contraceptivas voltadas para as mulheres, conforme abordadas nos antecedentes históricos, onde evidenciamos o empenho da ciência em produzir contraceptivos cada vez mais eficazes principalmente para as mulheres.

Atualmente, o Ministério da Saúde está adotando, no Brasil, a camisinha para mulheres. Desta forma, por toda uma questão social e cientificamente determinada, a mulher é o alvo e assume a prática contraceptiva por tomar para si as conseqüências, tanto de uma gravidez indesejada quanto dos riscos biológicos e sociais do aborto.

Abordar o tema a partir de outras publicações, como dissertações, teses e revistas regionais, poderá, possivelmente, vislumbrar outros discursos, com outras prováveis interfaces da contracepção. Portanto, este estudo constitui-se em uma compreensão parcial, representada por um recorte, possível enquanto exercício acadêmico, de onde surgem

novas perguntas, necessitando de sucessivos estudos e aprofundamentos.

Considero oportuno destacar os interrogantes que podem se constituir em limitação do estudo, se o pensarmos como algo finalizado, ou como mais um eixo que proporciona pensar os dados empíricos como àqueles que oferecem argumentos para a tese.

Que mulher é está que hoje nos procura como profissionais? O que querem estas mulheres?

Uma mulher que conhece e defende os seus direitos, é escolarizada, goza de boa saúde, assegura seu próprio sustento, participa dos processos de decisão em condições de equivalência com os homens. Uma mulher cuja casa é um lugar seguro, livre de violência, que anda pela rua sem medo de ser molestada, que tem os filhos que gostaria de ter, que não se sobressalta cada vez que eles tardam a chegar. Uma mulher que tem tempo para pensar em si, em seu corpo, em seu bem estar, que é bem atendida em caso de doença. Uma mulher que tem tempo para amar, para se divertir, para viver, para viver em comunidade, para cuidar dos que precisam dela. (Oliveira, 1999).

Mulher, feminino singular que se torna plural no exercício da sobrevivência e que, por determinação da sociedade tem sua identificação circunscrita, calando sua autonomia no que diz respeito a sua vida afetiva e pessoal. Mulher, a quem é atribuído deveres, até com a contracepção, mesmo que a maior vítima seja ela mesma como na situação do aborto. Esta que nos faz sonhar em ser um coletivo que tenha voz, mais para cantar do que para abafar o grito pelo medo da violência. Violência que pode ser também e tão bem entendida nos espaços acadêmicos como, por exemplo, nas publicações da Revista

Brasileira de Enfermagem, que suprimem e escamoteiam as necessidades temáticas de muitas Marias...

Que profissional Enfermeira daria assistência a essa mulher?

Mulheres que pensam ou, pelo menos, deveriam pensar sobre a realidade que vivem ou com a qual convivem. Mulheres profissionais que têm por atribuição o cuidar da saúde reprodutiva, no mínimo em atenção aos riscos sociais, como os relativos ao aborto e orientação sobre contraceptivos. Mulheres capazes de se sensibilizarem, de assumirem compromissos consigo e com o outro. Capazes de perceberem no outro o potencial a ser desenvolvido. Mulheres que compartilham situações semelhantes, que se constroem numa tarefa mútua de libertação e emancipação, que conheçam o próprio corpo.

Mulheres que não reproduzam a situação de poder institucional, que combatam a ciência que expropria o corpo da mulher, que não reproduzam normas rígidas, sem contextualizar. Instrumentalize a mulher sobre o conhecimento do seu corpo. Democratizem e humanizem os serviços de saúde. Mulheres que lutem para que as políticas públicas sejam voltadas para a saúde da mulher. Esta é a profissional que imagino como necessária para transformar a sociedade de ilusão e sonhos numa sociedade real de direitos e deveres.

Com esse trabalho acadêmico, que ora finalizo com o meu modo de refletir sobre a realidade. Refletir ético que, por isso mesmo, entende limitações pessoais e profissionais, mas que lança desafios para que outros aprendam a olhar e compreender a realidade na qual e para a qual vivem. Continuo comprometida com a tese que reafirmo como um dos caminhos para que muitas Marias renasçam e tenham direitos e deveres respeitados em qualquer sociedade que vivam.

6 - Referências Bibliográficas

- A **BÍBLIA SAGRADA**. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. (Série Saúde e Sociedade).
- ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. O enfermeiro no planejamento Familiar. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 38 n. 3/4, p. 215-230, jul/dez. 1985.
- ALVES, Branca Moreira, PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- ANDRADE, Rosires de Pereira. **A importância da aprovação do projeto de aborto legal**. Brasília, v. 6, n.61, fev. 1998.
- ARAÚJO, Maria José Bezerra de. **Ações de enfermagem em saúde pública**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Andrade, 1995.
- ARRUDA, José Maria, RUTEMBERG, Naomi, MORRIS, Leo et al. **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar**. PNSMIPF – Brasil, 1986. Rio de Janeiro: Sociedade Civil bem-estar familiar no Brasil, Instituto para desenvolvimento de recursos humanos, 1987. 234p.
- AUGUSTA, Nísia Floresta Brasileira. **Direitos das mulheres e injustiça dos homens**. São Paulo: Cortez, 1989. 134p.
- ÁVILA, Maria Betânia, CORRÊIA, Sonia. Discurso Feminista no mundo ocidental. In: S.O.S. **CORPO Direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife, 1989. p. 54-68.
- ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos feministas**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 382-400, 1993.
- _____. Saúde e direitos reprodutivos. In: **Memória**. Gestão 95/99 Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-UNIFEM. 1999.
- BARCIFICONTAINE, Christian de Paul, PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: Lisboa: Ed.70 LDA, 1977.

- BARRETO, Marta Oliveira., SOUZA, Sonia Maria., GUIMARÃES, Alzira Maria D'ávila Nery. Diagnóstico de saúde das mulheres em idade fértil de Sergipe. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 1996.
- BARROSO Carmen, BRUSCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, Maria Eliana. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 224-240.
- BARSTED, Leila Linhares. **Mulher população e desenvolvimento: subsídios aos parlamentares na implantação do plano de ação da Conferência sobre população e desenvolvimento – Cairo/94**. Brasília: Centro Feminista de estudos e Assessoria – CFEMEA, 1996.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.
- BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador: APCE; Produtos do Conhecimento Ltda, 1993. 218p.
- BERQUÓ, Elza S. **Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo**. Campinas: NEPO/ UNICAMP, 1986 (Textos NEPO, 6).
- _____. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. **Estudos feministas**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.366-81,1993.
- _____. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. In: **Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania**. Brasília: CFEMEA, 1994.
- _____. Ponto de Vista. **Rev. Bras. Est. Pop.** São Paulo, v. 12, n.1/2, jan./dez.1995.
- BOAS, Conrad Van Emde. Apud. MICHEL, Andrée. **O feminismo uma abordagem histórica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BÖCKLE, Franz. Notícia sobre a discussão dentro da Igreja acerca da regulação de nascimentos. **Rev. Int.Teologia**, – CONCILIUM-Lisboa, n. 2, p. 77-104, fev., 1965.

- BOLETIM DA BEMFAM. Rio de Janeiro: BEMFAM, n.120, p.17, jan./fev.,1983.
- BOLTANSK, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989, 191p.
- BRASIL **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 43p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Coordenação de saúde da mulher, 1996. 169p.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. Tradução por: Luiz Roberto de Oliveira, et al. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1991.
- CANDEIAS, Martins Ferreira. Enfermagem materno-infantil – necessidades educativas de puérperas com alta médica. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.34, n. 2, abr./jun., p.146 à 152, 1981.
- CANDIOTTI, Sandra Maria., FIGUEIREDO, Maria Cristina S. O Papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puérpera. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.46, n. 1, p. 1-88, jan./mar. 1993.
- CANESQUI, Ana Maria. Instituições de saúde e o planejamento familiar. **Saúde em Debate**, n.12, p.35-39, 1986.
- CARNEIRO, Anamaria, RODRIGUES, H. Kazue. Opinião de mulheres de baixa renda, residentes em cidade do interior sobre planejamento familiar. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.40, n. 1, p. 23-27, jan./jun., 1987.
- CARVALHO, Amália Corres de. Apud. NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez: 1989.
- CASA DA MULHER. **Manifesto sobre planejamento familiar e aborto no Brasil**. Aprovado no “Encontro de Mulheres sobre saúde e sexualidade, contracepção e aborto. Rio de Janeiro, 1983. (mimeogr.).
- CASTRO, Ieda Barreira e. Prefácio à edição brasileira. In: NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez: 1989. p. 3-8.
- CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA – CFEMEA, **As mulheres no mundo do trabalho**: Brasília, n. 57, p.6, 1997.

- _____, **Os direitos das mulheres e o legislativo no Brasil**. Brasília, n.55, p.13, 1999.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**: São Paulo: Cortez, 1996.
- CHRISTÓFORO, Fátima F. M., Barros Arlete de Souza. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília. v. 46, n.2., p. 101-106 abr./jun. 1993.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (CEPE). Resolução /COFEN n. 160, de 12 de maio de 1993. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.– Rio de Janeiro, 1996.
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COLOMBO, Olírio Plínio. **Pistas para filosofar III: ética profissional e engenharia genética**. Porto Alegre: Evangraf, 1997.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POPULACIÓN Y EL DESARROLLO, El Cairo. **Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo**. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, **Anais....**: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. Comissão de Saúde. **O direito de ter ou não ter filhos no Brasil**. São Paulo, 1988. (Cadernos CECF)
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Os serviços de saúde: o que as mulheres querem**. Brasília: [s/e], 1986.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. In: COREN-SC ao seu alcance. Florianópolis: Continente, 1996. p. 40-42
- _____. **COREN-SC ao seu Alcance**. Florianópolis: Gráfica Continente, 1996. 51p.

CORRÊA, Sonia, PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n 1/2 , p. 147-177, 1996.

_____. Direito sexuais e reprodutivos: uma perspectiva Feminista. In: **8º programa de Estudos em saúde reprodutiva e sexualidade**, de 10 a 28 de maio de 1999, Unicamp – Universidade Estadual de Campinas. Nepo – Núcleo de Estudos de População. Apoio Fundação Ford. 1999.

CORRÊA, Sonia. A questão da mulher como desafio pastoral. In: S. O. S. CORPO. **Direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife 1989. p. 45-49.

_____. A recusa da Maternidade?. In: S.O.S. CORPO. **Direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife, 1989. p. 26-38.

_____. **PAISM: Uma história sem fim**. Brasília: S.O.S CORPO Fundação MCARTHUR, 1992.

CRUZ, Madre Maria Áurea da. Enfermagem Obstétrica a Serviço da Família. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 311-320, ago. 1961.

DIXON-MUELLER, Ruth. Abortion policy women's health in developing countries. **Int. J. Health Services**, v.20, n. 2, p. 297-314, 1990.

DO planejamento familiar. **Diário Oficial**. Brasília, 15 de jan. 1996. p. 561-570.

EHRHARDT, Ote. **Meninas boas vão para o céu e as más vão a luta**. São Paulo: Objetiva, 1996. 194p.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ESPECIALISTAS afirmam que só o planejamento familiar reduz aborto. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 06 nov. 1983.

ESTAMOS tão mal assim? O Brasil de verdade é diferente do Brasil que é apresentado a você todos os dias: **Rev. Exame**, São Paulo, v. 29, n.10, mai. 1996.

FATBALLA, F. Mahmoud. Fertility Control Technology: A Women – Centered Approach to Research In: **population policies reconsidered**, 1994. p.223-234.

- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. **Manual de planificación familiar para médicos**. 6. ed. Londres, 1989. (Publicações Medicas do IPPF)
- FERREIRA , Silvia Lúcia et al. Opiniões de mulheres e homens a respeito da utilização dos métodos contraceptivos. **Rev. Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.6, n.1, jan./abril. 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira:1986 .
- FONSECA, Adriana Dora da. **Assistência de enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado**. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- FORUM DE MULHERES DE MACEIÓ. **Proposta de roteiro para o documento da Conferência de mulheres brasileiras**. Maceió, 1994. (mimeogr.)
- FRAISSE, Geneviève. Entre igualdade e liberdade. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n. 1, p. 164-171, 1995.
- GARCIA, Telma Ribeiro. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 38, n. 31, p. 281-288, jul./dez, 1988.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**: São Paulo: Cortez. 1984.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991, 207p.
- GOMES, José Benjamim. O conteúdo programático da ética nos cursos de Enfermagem em Pernambuco: uma análise crítica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA DE SAÚDE, 1994, Florianópolis: UFSC, nov, 1994.
- GREGERSEN, Edgar. **Práticas sexuais: a história da sexualidade humana**. São Paulo: Roca, 1983.
- GRIBEL, Else Bartholdy, VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Atuação da equipe de Enfermagem nos programas de assistência integral à saúde da criança e a mulher. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 7-13, jan./mar., 1987.

- GUIMARÃES, Álvaro Filho. Enfermagem obstétrica a serviço da família. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 321-330, ago. 1961.
- HELLER, Agnes. O futuro das relações entre os sexos. In: **Encontros com a civilização brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- HIMES, Norman E. **Medical history of contraception**. New York: Gamut, 1963.
- HORR, Lidvina. Modelo de organização do serviço de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.13, n. 2, p. 36-41, jul. 1992.
- HUEZO, Carlos, MALHOTRA, Usha. **Choice and use-continuation of methods of contraception: a multicentre study**. London: International Planned Parenthood Federation, 1993.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE.1986.
- _____. **Anuário Estatístico do Brasil**. Indicadores sociais uma análise década de 1980. Rio de Janeiro: IBGE.1995.
- JÓAO PAULO II **Sobre a família**. (Exortação Apostólica, Familiaris Consortio), 3. ed., Petrópolis: Vozes, 1982. (Documentos Pontifícios, 197)
- _____. **O esplendor da verdade sobre algumas questões fundamentais do ensinamento moral da Igreja** (Carta Encíclica Veritatis Splendor). Petrópolis: Vozes, 1993. (Documentos Pontifícios, 255).
- JORGE, Eduardo. Planejamento familiar – uma realidade brasileira. *Jornal CFEMEA*, v. , n. , p. 8, 1997.
- KLEINMAN, Ronald L. **Manual de planificación familiar para médicos**. 6. ed. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1989.
- _____. **Anticoncepción intrauterina**. 5. ed. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1991.
- _____. **Anticoncepción hormonal**. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1991.
- LAKATOS, Eva Maria. Sociologia geral. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 1991

LASCIO, Cecília Saniôto Di. A enfermagem, um Instrumento de justiça social. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro,, v. 15, n. 3, p. 211-216, jun., 1962.

_____. A saúde da mulher como prioridade nos programas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984, **Anais...** Belo Horizonte: ABEn, 1984.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem.** Florianópolis: UFSC. 1994.116p. (Série Enfermagem – REPENSUL)

LIMA, Maria José. **Política de planejamento familiar: característica do processo decisório dessa política.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982. (Trabalho realizado na disciplina: Formulação e Avaliação de Políticas Públicas do Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração em Políticas Públicas. (Mimeogr.).

LOPEZ, G., YUNES, J., SOLIS, T. et al. **Salud reproductiva en las Americas.** Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1992. 9p.

LOYOLA, Maria Andréia. Sexualidade e reprodução. **Physis – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 93-105, 1992.

LUNARDI, Valéria L. **Do poder pastoral, ao cuidado de si: A governabilidade na enfermagem.** Florianópolis: 1997, p. 279. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

MACHADO, Maria das Dores Campos. Corpo e moralidade sexual em grupos religiosos. **Estudos Feministas IFCS/UFRJ – PPCIS/UERJ**, v.3, n.1. 1995.

_____. identidade religiosa e moralidade sexual entre católicos e evangélicos. In: COSTA, Albertina de Oliveira. **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** 34. ed. São Paulo: Prodir/ Fundação Carlos Chagas 1997. 304p.

MACKENZIE, John L. **Dicionário bíblico.** São Paulo: Paulinas, 1983.

MAMEDE, Marli V., BUENO, Juliana V., BUENO, Sônia V. Percepção da condição de saúde entre mulheres. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 64-73, abr./jun., 1993.

- MANIER, Bénédicte. Quando Deus entra na política. **Viver diferentemente**, Rio de Janeiro:IBASE, jan. 1996. p.5
- MARTINS, Lucia Kalil, Mariana, MENDONÇA, Martha. O ser em mutação. **Rev. Época**, São Paulo, v. 2, n.95, mar. 2000.
- MEDEIROS, Luzia Cecília, TAVARES, Katamara Medeiros. O papel do Enfermeiro hoje. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.50, n.2, p. 275-290, abr./jun. 1997.
- MENDES, Dulce de Castro. Assistência de enfermagem & administração de serviços de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.38, n.3/4, p. 257-265, jul./dez. 1985.
- MENDES, S. M. A. E et. al. Gravidez na adolescência: atuação da enfermeira. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 36, n.1, p.3-11, mar., 1993.
- MICHEL, Andrée **O feminismo: uma abordagem histórica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 102p.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- MINELLA, Luzinete Simões. **Os impasses da contracepção: um estudo sobre as representações femininas acerca do período pós-esterilização em Florianópolis, Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 1996. (Pesquisa realizada com o apoio do CNPq. Mimeogr.).
- MOLINA, Aurélio. Atualização e controvérsias no campo da saúde reprodutiva. In: PROGRAMA DE ESTUDOS EM SAÚDE REPRODUTIVA ,V. 1997. Campinas: NEPO-UNICAMP, maio, 1997
- MOLINERO, José Ramon. **As deusas mães de nossa humanidade**. São Paulo: Ícone, 1994.
- MOREIRA, Josefa Jorge. A família e a paternidade responsável. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.33, n.1, p.81-91, jan./mar., 1980.
- MUNDIGO, Axel I. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO, 1995, São Paulo: Fundação John D. e Catherine T. Arthur, 1995. 31p.

- NERY, Inez Sampaio. Perfil do atendimento `à população feminina nos serviços públicos de saúde. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.49, n.1, p.497-571, out./dez., 1996.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. **Memória**. Gestão 95/99 Conselho Nacional do Direitos da Mulher. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Conselho Nacional do Direitos da Mulher, UNIFEM. 1999.
- _____. Na Democracia a igualdade faz toda a diferença. In: **Memória**. Gestão 95/99 Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Ministério da Justiça, Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-UNIFEM. 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Genebra. **Esterilización femenina: Guía para la prestación de servicios**. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, 1993. 15p.
- PACHECO, Luciana Nogueira., et al. Oficina de Trabalho: "mulher uma viagem ao seu corpo". **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.25, n.4, p.79-89, abr./jun., 1995.
- PACHECO, Mário V. de A. **Racismo, machismo e "planejamento familiar"**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
- PADILHA, Maria I. C. de S. **A mística do silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Rio de Janeiro, 1997, 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.
- PADIM, Ir. Nívea. Tema II: Exercício profissional. Aspectos éticos do exercício profissional. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.79-89, jan./mar., 1972.
- PADIN O S O, D. Candido. O abortamento nos códigos de ética de Enfermagem e da Medicina. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.245-257, jun., 1961.
- PAIXÃO, Roberta. O debate é nacional. **Veja**, São Paulo, v.30, n.51, p.16-18, 24 dez. 1997.
- PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

- PAULO VI. **Encíclica humanae vitae e outros documentos sobre a regulação da fecundidade**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1983. (Documentos pontifícios, 176).
- PEGORARO, Olinto. A. **Ética é justiça**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- PENA, Maria Valéria Junho. Política e População: Dados sobre um estado de duas caras. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.98 –113, 1991.
- PERUCCI, Antônio Flavio de Oliveira. **Igreja: contradições e acomodação – ideologia do clero católico sobre a reprodução humana no Brasil**. Caderno CEBRAP n. 30, São Paulo: Brasiliense, 1978.
- PIMENTEL, Silvia. **A mulher e a constituinte: uma contribuição ao debate**: 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- PINOTTI, J. A. Planejamento familiar. **Rev. Femina**, Rio de Janeiro, v.9, n.6, p.449-457. Jun. 1981.
- PINOTTI, José Aristodemo, FAÚNDES, Anibal. Uma análise crítica da anticoncepção no Brasil: II Os métodos anticoncepcionais não invasivos. **Rev. Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 1988.
- PINOTTI, José Aristodemo, GOMES, Eustáquio. A mulher e a legislação. In: **A mulher e seu direito à saúde: Por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo: Manole, 1988. p. 1-12.
- PINTO, Thereza Meiga. **Filosofia na enfermagem: algumas reflexões**. Florianópolis: UFSC, Pelotas: UFPel, 1998. 248p.
- PIO XI. **Sobre o matrimônio cristão**. (Casti Connubii) 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1951. (Documentos Pontifícios, 4).
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: trad. Regina Machado Garcez, 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POPULAÇÃO brasileira vem crescendo menos, Diz IBGE. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 6 ago. 1997. p.28.
- RE, Alisa Del. **Práticas políticas e binômios teóricos no feminismo contemporâneo**. Bruxelas: Fundação McArthur, 1989.

- REDENTOR, Ir. Maria de Cristo. O pré Natal como Ponto de Partida para a Assistência à Família. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 295-306, out., 1964.
- REGIS, Mirian. Contribuição ao estudo do abortamento. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 475-480, dez., 1964.
- REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição**. São Paulo: Encyclopédia Britânica do Brasil, 1988, 226 p.
- RESENDE, Maria Conceição et. al. Atuação da enfermagem em um sistema de saúde comunitária. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 132-140, abr./jun., 1980.
- ROCHA Juan Stuardo Yazile. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ROCHA, Joceli P. S. da et alli. Enfermagem, um serviço de qualidade? O paciente responde. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.50, n.2, p. 151-152, abr./jun. 1997.
- ROCHA, Maria Izabel Baltar da. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2,p.381-398, 1996.
- RODRIGUES, Gilda de Castro. **Planejamento familiar**. São Paulo: Ática, 1990.
- RODRIGUES, Walter. Planejamento familiar no Brasil. In: SALVATORI, C. A . et al. **Temas de contracepção**. São Paulo: Aimed, 1979. p. 7-16.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA, Naomar de Filho. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- S.O.S. CORPO. **Como evitar filhos**: tudo o que você sempre quis saber sobre métodos anticoncepcionais. São Paulo: Marco Zero, 1983.
- _____. Grupo de saúde da mulher. **Viagem ao mundo da contracepção**. Rio de Janeiro: Rosa do Ventos, 1991.
- SANCHEZ, Luz Helena. Reprodución, patriarcado y poder. In: **Encuentro regional sobre la salud de la mujer**. 1, Colombia: Ministério de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 1984, p. 89-94.

- SANTOS, Elaine Franco dos, et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 1997.
- SAUPE, Rosita. **Educação em enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1998. p. 306 (Série Enfermagem – REPENSUL).
- SCAVONE, Lucila, BRETIN, Hélène, THÉBAUD-MONY, Annie. **Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira.** *Rev. Ciências Sociais*, v. 37, n.2, p. 357-372, 1994.
- SEMINÁRIO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR. 1. Planejamento familiar. Rio de Janeiro: ABEn, abr., 1983. 4p. (mineogr)
- SILVA, Alcione Leite da., ARRUDA, Eloita Neves,. Referencias com base em diferentes paradgmas: problemas ou solução para a prática de enfermagem. *Rev. Texto & Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92 jan./jun. 1993.
- SILVA, Elaine Regina S. da, COCCO, Maria Inês Monteiro, PALU, Maria José A. Frolini. Programa de Laqueadura: relato de experiência com grupo multiprofissional. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 41, n. 1, p. 64-73, mar. 1988.
- SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional: análise crítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, Izabel Cristina Andrade S. Laquedura tubária - controvérsias éticas morais, físicas e psicológicas. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.45. n. 4, p. 278-284, out./dez., 1992.
- SILVER, D. Lynn. Direito à saúde ou medicalização da mulher? In: **8º Programa de estudos em saúde reprodutiva e sexualidade.** 10 a 28 de maio de 1999. Unicamp – Universidade Estadual de Campinas. Nepo – Núcleo de Estudos de População. Apoio Fundação Ford. 1999.
- SINGER Paul, CAMPOS Oswaldo, OLIVEIRA Elizabeth Machado de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1988 .
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL- BEMFAM. **O que é o planejamento familiar.** Rio de Janeiro: Departamento de Informação e Educação, 1980.

- SOIHT, Raquel. É proibido não ser mãe - opressão e moralidade da mulher pobre. In: VAINFAS, Ronaldo. **História de sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- STERNBACH, Nancy Saporta, et al. Feministas na América Latina: de Bogotá a San Bernardo. **Rev. Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, 1994.
- SZMRECSÁNYI, M. I. Educação e Fecundidade: Ideologia, teoria e Métodos na Sociologia da Reprodução Humana. In: SOUZA, Auta I. S. de. **A contracepção: singularidade de uma política social**. 1996. 203 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996.
- TENDÊNCIAS demográficas: uma análise a partir do resultado do censo demográfico de 1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1996. 49p. (Censo Demográfico)
- TERRA, Patrícia. Esterilização uma arma política. **Cadernos do Terceiro Mundo**. n. 141, p.10-17, 1991.
- THOROGOOD, M., VILLARD- MACKINTOSH, L. Combined contraceptives: rescks and benefits. **Bristish Medical Bulletin**, London, v. 49, n.1, p. 124-139, 1993.
- TYRRELL, Maria Antonieta Rubio, CARVALHO, Vilma de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Anna Nery, 1993.
- VASCONCELOS, Yuri. Saúde: A pílula de Cara Nova. Ciência e Tecnologia. **Ver. Época**, 22 de março de 1999.
- VASQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- VILAR, Rosana Lúcia Alves de SMALL, Mary Anne. Avaliação de um programa de assistência primária de saúde na área periurbana. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 199-212, abr./jun., 1983
- VILLELA, Wilza , BARBOSA, Regina. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p.452- 459, out. 1996.

WOODHAM-SMITH, C. Florence Nightingale. New York: Mc Graw-Hill, 1951 In: PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio**. A prática de Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Rio de Janeiro: 1997, 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

ZANCONATO, Giovanni, ZIGEELLBOIM, Itic, ROS, Adriano. **Anticoncepción principios científicos y practicos**. [s.l: s. n. 19-]

7 - Anexos

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ESCOLHA DO MATERIAL

Elza Berger Salema Coelho

C – Confirmado

D - Descartado

Ano..	Nº Ver	Nº de artigos + editorial	Artigos de Interesse: são artigos que podem tratar do assunto	Área específica Planej. Familiar Materno Infantil Saúde da Mulher	Origem	Obs
1960	1	07 ed.1			UFSC	
	2	13 ed.1			ABEn	
	3	07 ed.1			UFSC	
	4	05 ed. 1			UFSC	
1961	1		INDICE CUMULATIVO		SPB	
	2	04 ed. 1			UFSC	
	3	04 ed. 1			UFSC	
	4	07 ed. 1	(311 – 320) C (321 – 330) C	(245 – 257) C	UFSC	
	5	05 ed. 1			UFSC	
	6	05 ed. 1			UFSC	

1962	1	05 ed. 1			UFSC	
	2	05 ed. 1			UFSC	
	3	06 ed. 1	(211 - 217) C		UFSC	
	4	09 ed. 1	(313 - 325) D		UFSC	
	5	06 ed. 1	(432 - 478) D		UFSC	
	6	07 ed. 1			UFSC	
1963	1		RELATÓRIO DA ABEN		ABEn	
	2	07 ed. 1			ABEn	
	3	12 ed. 1	(117 - 126) D		ABEn	
	4	12 ed. 1			ABEn	
	5	05 ed. 1			ABEn	
	6	06 ed. 1			ABEn	
1964	1 e 2	06 ed. 1			ABEn	
	3 e 4	10 ed. 1	(83 - 90) D		ABEn	
	5	21 ed. 1		(295 - 306) C	ABEn	
	6	09 ed. 1		(475 - 480) C	ABEn	
1965	1	05 ed. 1			ABEn	
	2-3	04 ed. 1	(116 - 123) D		ABEn	
	4	19 ed. 1	(256 - 286) D (358 - 370) D		ABEn	
	5	05 ed. 1			ABEn	

1966	1		INDICE CUMULATIVO			UFSC	
	2-3	07 ed. 1				UFSC	
	4	18 ed. 1				ABEn	
	5-6	09 ed. 1				ABEn	
1967	1	06 ed. 1				ABEn	
	2-3	05 ed. 1				ABEn	
	4	17 ed. 1	(301 - 307) D			UFSC	
	5-6		EMENTARIO DAS LEIS			ABEn	
1968	1-3	05 ed. 1				ABEn	
	4	11 ed. 0				ABEn	
	5	12 ed. 0				ABEn	
	6	10 ed. 0				SPB	
1969	1-3	10 ed. 1				SPB	
	4-6	08 ed. 0			(27 - 32) D	ABEn	
TOTAL	44	334 - 36	03 Confirmados 08 Descartado	03 Confirmados 01 Descartados	06 Confirmados 09 Descartados		

Ano..	Nº Ver	Nº de artigos + editorial	Artigos de Interesse: são artigos que podem tratar do assunto	Área específica Planej. Familiar Materno Infantil Saúde da Mulher	Estado	Obs
1970	1-2	09 ed. 1			ABEn	
	3-6	10 ed. 0			SPB	
1971	1-2	12 ed. 1	(Ed.) D (40-48) D (70-101) D		SPB	
	3-4	10 ed. 1			SPB	
	5	11 ed. 1	(121- 140)D		UFSC	
	6	11 ed. 1			SPB	
1972	1-2	13 ed. 1		(126-144) D	SPB	
	3		INDICE CUMULATIVO		ABEn	
	4	18 ed. 1	(133-144) D (171-178) D (79-89) C		ABEn	
	5	11 ed. 0		(93-108) D	ABEn	
1973	1-2	10 ed. 1	(40-45) D (47-53) D		SPB	
	3	13 ed. 1			SPB	
	4-5	05 ed. 0			SPB	
	6	14 ed. 1			SPB	
1974	1	08 ed. 1			SPB	

	2	07 ed. 1			ABEn	
	3	07 ed. 1			ABEn	
	4	09 ed. 1	(480-498) D		ABEn	
1975	1	09 ed. 1			ABEn	
	2	13 ed. 0		(71-76) D	ABEn	
	3	06 ed. 1			ABEn	
	4	07 ed. 1			ABEn	
1976	1	09 ed. 1			SPB	
	2	12 ed. 1			SPB	
	3	08 ed. 1	(9-20) D (26-33) D		SPB	
	4	15 ed. 1			SPB	
1977	1		INDICE CUMULATIVO		SPB	
	2	14 ed. 1		(162-167) D	SPB	
	3	11 ed. 1			SPB	
	4	02 ed. 1			SPB	
1978	1	15 ed. 1			SPB	
	2	13 ed. 1			SPB	
	3	10 ed. 1	(293-303)D		SPB	
	4	11 ed. 1		(416-442) D	SPB	
1979	1	10 ed. 1			SPB	

	2	10 ed. 1			SPB	
	3	12 ed. 1	(259-270) D (303-315) D		SPB	
	4	06 ed. 1			SPB	
TOTAL	36	371 ed. 32	Confirmados 01 Descartados 14	Confirmados 00 Descartados 05		Confirmados 01 Descartados 19

Ano..	Nº Rer	Nº de artigos + editorial	Artigos de Interesse: são artigos que podem tratar do assunto	Área específica Planej. Familiar Materno Infantil Saúde da Mulher	Origem	Obs
1980	1	09 ed. 1		(81-91) C	SPB	
	2	13 ed. 1	(132-156) C		SPB	
	3	10 ed. 1			SPB	
	4	12 ed. 1			SPB	
1981	1	13 ed. 1	(8-14) D (15-34) D		SPB	
	2	08 ed. 1		(147-152) C	SPB	
	3-4	10 ed. 1			SPB	
1982	1	10 ed. 1	(131-140) D		SPB	
	2		INDICE DE ASSUNTOS		SPB	
	3-4	04 ed. 1			SPB	
1983	1	09 ed. 1		(3-12) C	SPB	
	2	10 ed. 1	(199-212) C		SPB	
	3-4	09 ed. 1		(246-254) D	SPB	
1984	1	07 ed. 1			SPB	
	2	09 ed. 1	(135-139) D		SPB	

	3-4	18 ed. 1			SPB	
1985	1	12 ed. 1		(55-62) D	SPB	
	2	12 ed. 1			SPB	
	3-4	17 ed. 1	(281-288) C	(215-230) C	SPB	
1986	1	10 ed. 1			SPB	
	2-3	19 ed. 1	(107-118) D		SPB	
1987	1	12 ed. 1		(7-13) C (23-27)C	SPB	
	2-3	14 ed. 1			SPB	
	4	12 ed. 1			SPB	
1988	1	13 ed. 1		(64-68) C	SPB	
	2	12 ed. 1			SPB	
	3-4	11 ed. 1			SPB	
1989	1-4	20 ed. 1	(122-127) D		SPB	
TOTAL	28	315 ed. 27	Confirmados 03 Descartados 06	Confirmados 07 Descartados 02		Confirmados 10 Descartados 08

Ano..	Nº Ver	Nº de artigos + editorial	Artigos de Interesse: são artigos que podem tratar do assunto	Área específica Planej. Familiar Materno Infantil Saúde da Mulher	Origem	Obs
1990	1-4	19 ed. 1			ABEn	
1991	1	11 ed. 1			ABEn	
	2-3	18 ed. 1		(53-63) D	ABEn	
	4	13 ed. 1			ABEn	
1992	1	10 ed. 1		(44-54) D	ABEn	
	2-3	22 ed. 1	(152-154) D (155-158) D		UFSC	
	4	10 ed. 1		(278-284) C	SPB	
1993	1	10 ed. 1		(68-77) C	ABEn	
	2	11 ed. 1		(Ed.)C (95-100) D (101-106) C	ABEn	
	3-4	19 ed. 1	(286-295) D		UFSC	
1994	1	13 ed. 1			UFSC	
	2	12 ed. 1	(195-205) D		UFSC	

	3	11 ed. 1			ABEn	
	4		INDICE CUMULATIVO		SPB	
1995	1	12 ed. 1		(51-59) D	SPB	
	2	10 ed. 1			ABEn	
	3	12 ed. 1				
	4	08 ed. 1			UFSC	
1996	1	12 ed. 1		(23-30) C	ABEn	
	2	11 ed. 1		(281-286) C	ABEn	
	3	12 ed. 1	(363-372) D		UFSC	
	4	13 ed. 1		(497-510) C (569-580) D	ABEn	
1997	1	09 ed. 1			UFSC	
	2	10 ed. 1	(275-290) D		ABEn	
	3	08 ed. 1			ABEn	
Total	25		Confirmados 00 Descartados 06	Confirmados 07 Descartados 05		Confirmados s 07 Descartados s 11
		296				

ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

E.	ESTADO	I.	IGREJA	F.	FEMINISTAS
E.1	Procura proteger a saúde da mulher;	I.1	Defende a prática contraceptiva por meio do método natural;	F.1	Defende o direito da mulher de decidir sobre a sua maternidade;
E.2	Oferta de todos os contraceptivos como direito da mulher;	I.2	Recomenda somente a utilização de método contraceptivo natural;	F.2	Repudia a esterilização forçada ou induzida;
E.3	Discute a liberdade de opção.	I.3	Condena as outras práticas contraceptivas disponíveis às mulheres;	F.3	Defende o direito de acesso às informações e o Fornecimento de contraceptivos pelo Estado;