



Planejamento Familiar: gênero e significados

Family Planning: gender and significance

REBECA VIANA FERREIRA*

MÔNICA RODRIGUES COSTA**

DELÂINE CAVALCANTI SANTANA DE MELO***



RESUMO – O planejamento familiar é um direito reprodutivo e sua efetivação possui interface com aspectos culturais, morais e envolve relações de gênero. Contudo, o planejamento familiar encontra obstáculos a sua efetivação enquanto direito, o que suscitou o interesse de problematizar os fatores que permanecem como impeditivos a sua efetivação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja análise de dados foi realizada segundo o método dialético. Objetivou-se analisar os aspectos sociais e de gênero intervenientes à política de planejamento familiar. Foram realizadas entrevistas com dez puérperas na enfermaria obstétrica de um hospital universitário em Pernambuco. Observou-se que as usuárias compreendem o planejamento familiar limitado ao uso de métodos contraceptivos, com prejuízo no diálogo em torno do planejamento, tanto no que se refere à comunicação do casal como nos serviços de saúde, que apresentam fragilidades nas práticas desenvolvidas no campo da educação em saúde.

Palavras-chave – Planejamento familiar. Direitos reprodutivos. Gênero e saúde.

ABSTRACT – The Family planning is a reproductive right. Its effectiveness has interface with cultural, moral and involves gender relations aspects. But the family planning encounters obstacles to its implementation as reproductive rights, which aroused the interest of problematizing the factors that remain impeding the realization of the right. This is a qualitative research whose data analysis was performed according to the historical-critical dialectical perspective. This study aimed to analyze the social and gender aspects related to the family planning policy. Interviews with ten women were conducted in the obstetric ward of a University Hospital of Pernambuco. It was observed that the patients understand the family planning restricted to using contraception methods, and identify injury about the dialogue around planning, both in regard to marital communication, as in health services, that presents weaknesses in practices that has been developed in the field of health education.

Keywords – Family planning. Reproductive rights. Gender and health.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC / UFPE), Recife – PE, Brasil. *E-mail:* rebecaviana@gmail.com

** Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE, Brasil. *E-mail:* morodrigues.costa@gmail.com

*** Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Assistente Social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC / UFPE), Recife – PE, Brasil. *E-mail:* delainemelo@uol.com.br

Submetido em: maio/2014. Aprovado em: outubro/2014.

O planejamento familiar entendido enquanto livre decisão do homem, da mulher ou do casal de controle ou aumento do número de filhos (BRASIL, 1996), configura-se enquanto um direito reprodutivo; contudo, em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, cerca de 55% das gestações que ocorrem no país não são planejadas (VARGAS, 2012).

Durante o período da residência multiprofissional em saúde, foram identificados alguns obstáculos à efetivação dos direitos reprodutivos, o que motivou a realização deste trabalho. Nesse sentido, objetivou-se analisar os aspectos sociais e de gênero intervenientes à política de planejamento familiar, considerando o acesso aos serviços de saúde, os significados do planejamento familiar e a identificação dos aspectos sociais e de gênero referentes ao tema.

O planejamento familiar está intimamente relacionado às relações de gênero, as quais envolvem aspectos históricos que são cultural e socialmente construídos. As relações de gênero são permeadas por relações de poder que se estabelecem de forma desigual entre os sexos e constituem sistemas de hierarquização.

A hierarquia entre os sexos encontra fundamento em uma sociedade de base patriarcal, entendida como uma organização social e econômica associada a processos de dominação masculina e subordinação feminina (GAVILANES; AGUIAR, 2010). Este sistema de hierarquização estabelece diferenças entre os sexos, com base nos atributos físicos, centrado no corpo e suas habilidades, consideradas naturais (ARAUJO et al., 2006).

Neste paradigma, segundo Okin (2008), os homens são vistos como os protagonistas da esfera econômica e política, e as mulheres, responsáveis pela domesticidade e reprodução, “inadequadas à esfera pública”. Assim, historicamente, couberam à mulher as atividades ligadas ao cuidado, justificadas por qualidades que constituem a “natureza da mulher”. A maternidade faz parte desta “natureza feminina” e é entendida como o cumprimento de uma função da mulher na sociedade (MATTAR; DINIZ, 2012). Os mesmos autores observam que os atributos físicos da mulher se relacionam com esta função social, posto que possuir um útero significa poder parir.

A maternidade fora exercida pelas mulheres de forma compulsória durante séculos. Entretanto, dois fatores alteram sobremaneira esta situação: a construção de críticas em relação às explicações biológicas sobre o ser mulher (BEAUVOIR, 1980), e posteriormente a definição de que o pessoal é político.

[...] as feministas procuraram desvendar a multiplicidade de relações de poder presentes em todos os aspectos da vida social e isto as levou a tentar agir nas mais diversas esferas. Em termos teóricos, elas trabalharam com a ideia global e unitária de poder, o patriarcado, numa perspectiva em que cada relacionamento homem/mulher deveria ser visto como uma relação política (PISCITELLI, 2004, p. 47).

Nesse sentido, a publicização e politização do tema da reprodução e do controle da sexualidade das mulheres contribui para construir a perspectiva do direito reprodutivo, por definição como direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, ter informações, acesso a métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e exercer a sexualidade e a reprodução livre de imposição, discriminação e violência (BRASIL, 2006).

No Brasil, a trajetória do planejamento familiar foi marcada por uma cultura religiosa, predominantemente católica, além de sofrer influências internacionais e de movimentos sociais, servindo a múltiplos interesses (VENTURA, 2009).

As discussões sobre planejamento familiar sempre estiveram articuladas ao que se entende por desenvolvimento, fato que influencia diretamente as políticas governamentais. Negrão (2008) afirma que a visão sobre o papel reprodutor das mulheres seguiu duas lógicas distintas: primeiramente adotava-se uma postura de incentivo à natalidade, relacionada à ocupação do território e a produção de mão obra

principalmente para as atividades rurais. A atenção à saúde da mulher também esteve vinculada à maternidade. De acordo com o Ministério da Saúde, neste mesmo período, a saúde da mulher passou a ser incorporada às políticas nacionais, e a atenção estava voltada exclusivamente à assistência e problemas da gestação e parto (BRASIL, 2006).

No segundo momento, com o crescimento dos aglomerados urbanos e a crise do sistema econômico mundial, em torno dos anos 1960 surgiram as políticas de controle da natalidade, com o objetivo de controlar a pobreza (NEGRÃO 2008). Os métodos de anticoncepção passaram a entrar no mercado, possibilitando a dissociação da sexualidade e da reprodução; contudo, como referem Coelho e colaboradores (2000), este processo ocorreu sem assistência adequada, comprometendo a saúde das mulheres, tornando-as cada vez mais dependentes do sistema médico. O uso desses métodos ainda reflete as distorções da oferta dos mesmos no país, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e a laqueadura tubária (BRASIL, 2002).

A partir da década de 1980, o movimento de mulheres e feministas também passou a intervir como ator político, gerando avanços no campo dos direitos reprodutivos na defesa da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo (BRASIL, 2005). Com a mobilização dos movimentos sociais e a redemocratização do país, o planejamento familiar passou a ser entendido como direito social, compondo o universo dos direitos reprodutivos. Uma das conquistas destas reivindicações se expressa no Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher, de 1983, que, dentre muitos outros aspectos, apontava para o planejamento familiar enquanto direito (COELHO et al., 2000).

As mobilizações da sociedade tiveram fundamental importância para a criação de políticas e programas voltados ao tema. Os marcos legais atuais encontram-se na Constituição Federal de 1988, na Lei do Planejamento Familiar de 1996, na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 2004 e em pactos internacionais como o Programa de Ação do Cairo de 1994, entre outros (VENTURA, 2009; NEGRÃO, 2012).

Como forma de garantir a efetivação desses direitos, o planejamento familiar se organiza como uma das ações do PAISM preconizada pelo Ministério da Saúde, que aponta como competência do Estado propiciar recursos científicos e educacionais para o exercício desse direito, bem como proíbe a utilização de qualquer ação voltada ao controle demográfico (BRASIL, 1996; VENTURA, 2009; BRASIL, 2002).

Todavia, o direito legalmente instituído não garante sua efetivação, uma vez que a construção dos direitos sociais está intimamente relacionada às dimensões políticas e econômicas e os direitos reprodutivos aos aspectos culturais e sociais. Fatores que repercutem na forma como o direito reprodutivo vêm sendo vivenciado na sociedade. Desse modo, este trabalho pretende dar visibilidade às experiências das mulheres em relação ao acesso aos serviços de planejamento familiar, à vivência ou não desse planejamento familiar e às questões de gênero intervenientes ao tema.

Método

O estudo foi desenvolvido na enfermaria obstétrica do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Teve como objeto de estudo dez puérperas com idade superior a 18 anos, buscando uma amostra diversificada quanto aos aspectos sociodemográficos. O período do puerpério foi selecionado para estudo por se tratar de um momento em que, após o nascimento de um filho, é retomado o olhar sobre o planejamento familiar. A coleta de dados ocorreu no período de maio e junho do ano de 2013.

Trata-se de uma pesquisa de base qualitativa, explicativa, que tem como perspectiva a teoria social crítica, a qual observa valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a

aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos (MINAYO, 1993).

A coleta de dados compreendeu a realização de entrevista seguindo um roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas, que foi gravada e posteriormente transcrita. A análise de dados compreendeu a perspectiva da dialética. O método dialético compreende que a evolução social é um processo natural regido por leis que não dependem da vontade nem consciência dos homens, mas que, pelo contrário, as determinam. Assim, os homens, seres determinados historicamente, não medem o real alcance do que fazem enquanto não tomam consciência de seu papel histórico (SARTRE, 1967).

A pesquisa respeita todos os critérios éticos constante na Declaração de Helsinki (1975, revisada em 1983) e nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº 196, de 10/10/96 e nº 251, de 07/08/97), tendo como resultado este artigo original.

Quem é a população estudada

O hospital onde foi desenvolvida a pesquisa é uma instituição pública, que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de caracterização das dez participantes foi desenvolvido em Quadro 1.

Quadro 1: Perfil das participantes

Idade:	Entre 20 e 42 anos			
Procedência	Estado de Pernambuco			
Renda	Até 2 e 1/2 salários mínimos			
Atividade remunerada	Sim (4)	Não (5)	Estudante (1)	
Escolaridade	Fundamental incompleto (4)	Médio incompleto (3)	Médio completo (2)	Superior completo (1)
Cobertura de Atenção Básica	Sim (10)			
Religião	Católica (6)	Evangélica (2)	Candomblé (1)	Sem religião (1)
Planejamento da gestação	Sim (3)	Não (7)		

Fonte: Quadro desenvolvido pelas autoras.

Planejamento familiar na rede de atenção à saúde

O planejamento familiar envolve, além da disponibilização de métodos contraceptivos e contraceptivos, ações de educação em saúde; contudo, o SUS vivencia dificuldades quanto à prática de ações educativas, sendo a abordagem voltada para o uso dos métodos contraceptivos (OSIS et al., 2006).

Campos (2007) aponta que o SUS se configura como uma reforma política incompleta que apresenta sinais de crise e características de implantação desiguais e heterogêneas no território nacional. As políticas sociais vêm sofrendo consequências de um impasse decorrente dos avanços neoliberais, dentro de uma conjuntura de restrição crônica do financiamento e da entrega dos bens sociais à lógica mercadológica (CARDOSO; CAMPOS, 2013). Dessa forma, o Estado se desresponsabiliza de suas ações enquanto executor dessas políticas em favorecimento do capital. Assim, às políticas sociais restam a precarização e o subfinanciamento, com reflexos nas práticas desenvolvidas em saúde.

A saúde sexual e reprodutiva demanda uma atenção especial da área de saúde, uma vez que as intercorrências nesta área afetam a saúde e o bem-estar de indivíduos e comunidades (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010). Possui interface com vários temas, como vivência da sexualidade, direitos humanos, aspectos culturais, religiosos, relações de gênero, bem como o acesso aos serviços de saúde. Neste último quesito as mulheres participantes da pesquisa referem utilizar os serviços públicos de saúde para o acompanhamento pré-natal e assistência ao parto, além de adotar algumas práticas em relação à utilização dos métodos contraceptivos.

Identificou-se que, mesmo com práticas direcionadas para o uso dos métodos, estas não se têm mostrado eficientes, na medida em que as entrevistas indicaram falhas no uso desses métodos. Dentre os achados desta pesquisa, estas falhas podem estar relacionadas: 1) ao pouco conhecimento das usuárias sobre efeitos colaterais dos medicamentos hormonais; 2) fragilidade no acompanhamento em saúde durante o uso; 3) dificuldade de acesso ao método mais apropriado; 4) desconhecimento sobre o uso correto do método e descontinuidade do uso; e 5) desconhecimento sobre o funcionamento do corpo, como transparece nas falas a seguir: “[...] eu pensava que não engravidava por causa da minha idade, aí eu me enganei” (E. 02 – 34 anos); ou “[...] minha primeira vez, eu era moça, minha primeira vez e com camisinha, oxê! Que negócio ridículo, aí eu tira, tira e na metade mesmo eu tira, aí a gente foi sem camisinha mesmo” (E. 05 – 24 anos); ou, ainda, “as amigas tomavam, aí eu fui tomar também... porque eu ficava enjoando, não me dei com ele, não. Podia ter comprado outro, mas não quis não, parei” (E. 10 – 20 anos).

Apesar de o Ministério da Saúde apontar que todos os métodos contraceptivos possuem um percentual de falha quanto à anticoncepção (BRASIL, 2002), todas as usuárias que participaram desse estudo e engravidaram sem planejar suas gestações apresentaram diferentes níveis de desconhecimento, o que levou ao mau uso dos métodos contraceptivos, favorecendo a concepção. Esse fato aponta para fragilidades acerca da relação entre o planejamento familiar e práticas de educação em saúde; além disso, soma-se a precária oferta de insumos.

As usuárias identificam tais problemas ao indicar que as unidades de saúde não dispõem dos diferentes métodos nem de recursos: “ele comprou na farmácia, que no posto que a gente ia buscar nunca tinha, nunca tinha, nunca tinha” (E. 05 – 24 anos); ou “lá não tem assim, essas coisas. É preciso a gente ir pra fora, pra poder conseguir alguma coisa, lá não tem muito recurso” (E. 03 – 22 anos), ao se referir à necessidade de buscar apoio para a concepção em outro município e em serviço particular.

Além disso, as usuárias se queixam de não ter acesso à informação: “não foi agente de saúde lá em casa, eu acho que eles é quem deveria dar essa conversa de agora... mas como eles nunca aparecem na porta da gente, aí fica difícil” (E. 05 – 24 anos). É preciso considerar, contudo, que o agente comunitário é um mediador entre comunidade e serviço de saúde, recaindo sobre ele muitas atribuições; neste sentido, entende-se que outros profissionais devem se comprometer a compartilhar a tarefa de educação em saúde nesse campo.

Outro aspecto que merece atenção dentre os achados da pesquisa é a opção pela esterilização cirúrgica. Muitas usuárias indicaram a esterilização como solução para o “problema” do controle do número de filhos; no entanto, são procedimentos definitivos, além de relacionados a uma maior exposição à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST). Por este motivo, a lei impõe critérios para o acesso à cirurgia, como idade mínima de 25 anos, ou número mínimo de dois filhos, sendo estipulado um período mínimo de sessenta dias entre a manifestação do desejo de realizar o procedimento e sua efetivação (BRASIL, 1996).

Ademais, passou a ser proibida a realização da laqueadura tubária na hora do parto, salvo em casos de situações de risco à saúde da mulher ou do futuro concepto na ocorrência de uma nova gestação (BRASIL, 1996). No entanto, a falta de esclarecimento para as usuárias torna estes critérios de acesso ao procedimento um obstáculo, como evidencia a entrevistada: “às vezes as pessoas querem fazer a cirurgia de laqueadura e é muito complicado, você tem que ter não sei quantos filhos, não sei quantos abortos, eu acho isso muito errado” (E.08 – 30 anos).

A desapropriação sobre os direitos reprodutivos e o não empoderamento das mulheres sobre seus corpos possibilitam que a laqueadura tubária seja aceita como benevolência ou caridade, realizada, por vezes, fora dos critérios de acessibilidade no momento do parto, como no relato: “o médico me ligou [realizou a laqueadura]... eu pedi, aí ele fez, eu contei a situação, aí ele fez” (E.04 – 42 anos); ou, ainda, utilizada como um instrumento de barganha política, ou clientelismo: “lá tem um rapaz que é vereador, ele disse que ia andar comigo, pra fazer cesária e ligar, mas ele não agiu” (E.01 – 20 anos).

Essas vivências distorcem o planejamento familiar como direito reprodutivo, o restringe ao método e desconsideram a necessidade do diálogo e reflexão, para que as mulheres assumam o controle sobre sua sexualidade e usufruam do direito de realizar uma escolha consciente e autônoma, com conhecimento de alternativas para a anticoncepção, a partir de uma construção ampliada sobre o planejamento familiar.

À discussão do planejamento familiar soma-se a incidência de DST. Segundo a norma técnica do planejamento familiar, sua discussão não deve estar desvinculada da prevenção das DSTs (BRASIL, 2002). Quando abordadas sobre o uso da camisinha, a maioria das participantes afirma conhecê-la; contudo, o seu uso não é frequente, uma vez que optam por outros métodos em detrimento do preservativo, além de usá-lo esporadicamente.

Dentre os motivos identificados, alguns são culturais – “porque a camisinha incomoda” (E.03 – 22 anos) –, ou morais, como na perspectiva de que o uso da camisinha seria necessário quando há a exposição a múltiplos parceiros sexuais – “nunca usei, eu nunca fiquei com ninguém, quando me separei do pai das minhas filhas... aí depois arrumei esse namorado e tô até hoje, aí não usei não” (E. 06 – 21 anos).

O uso de outros métodos também pode ter influência sobre a ausência do uso do preservativo, bem como a consideração de que a fidelidade sexual se constitui como uma prática de ambos os parceiros: “se eu mandar, ele usa, mas como tava tomando o ciclo 21, eu disse que não precisava, né? Se é só eu e ele” (E.01 – 20 anos). Os discursos sobre o não uso da camisinha apontam o precário conhecimento acerca das funções associadas ao preservativo no combate às DSTs e, como dito acima, as questões cultural e moral implicadas nesta decisão.

Todas as participantes referiram ter algum conhecimento ou fazer uso de métodos contraceptivos de forma eventual ou rotineira. Elas relataram ter algum conhecimento sobre o preservativo e os anticoncepcionais orais e injetáveis; além disso, a esterelização cirúrgica foi abordada com frequência, sendo citado, também, com menor frequência, o dispositivo intra uterino (DIU).

Planejamento familiar: significados

A compreensão dos sujeitos sobre o planejamento familiar como direito reprodutivo é crucial para a sua real efetivação de forma consciente e autônoma, por isso a pesquisa buscou identificar a construção deste conceito para as participantes do estudo.

Sobre o planejamento familiar, as participantes têm uma visão frágil e incipiente, uma vez que demonstraram dificuldades de definir ou de explorar o tema, como demonstram algumas falas: “é tão difícil, né, não tenho contato com essas coisas não” (E.05 – 24 anos), ou “planejamento é assim... a pessoa planejar ter filhos, né isso, né?” (E.04 – 42 anos).

Uma das possíveis explicações para a dificuldade de abordar a temática pode estar ligada ao fato de que a discussão sobre a reprodução humana está intimamente relacionada à vivência da sexualidade. A discussão e as práticas ligadas ao sexo sofreram séculos de repressão, principalmente no tocante à vivência da sexualidade feminina (FOUCAULT, 1999).

No século XIX, a sexualidade passou a ser restrita à vida conjugal e à reprodução. Tal restrição teria sido aliada ao surgimento da burguesia e às modificações das configurações políticas sob a óptica do capital, servindo como instrumento de poder e dominação, com imposição do silêncio em torno do tema (FOUCAULT, 1999).

A retomada da discussão sobre sexualidade se deu vinculada às discussões feministas. Sabe-se que, mais expressivamente, desde os anos 1970 o movimento feminista busca resgatar a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos, com a redefinição dos padrões e normas estabelecidos sobre a sexualidade e a reprodução (BANDEIRA; MELO, 2010).

Apesar da aparente liberdade sexual vivenciada nos dias atuais, a abordagem do tema reflete certo pudor e receio, o que demonstra a repressão que ainda recai sobre esta questão na sociedade e se expressa nas relações sociais como relações de poder. Este receio se evidencia pela não nomeação dos termos, “aí a gente [...] coisava e fazia fora[...] rrsrsrs aí teve uma vez que ele coisou dentro” (E.07 – 29 anos), ou ainda “eu tenho vergonha de falar, não gosto desse negócio me melando não” (E.02 – 34 anos).

As restrição quanto a sexualidade e conseqüentemente ao planejamento familiar mantém a subalternidade das mulheres e as torna reféns do saber médico, as desapropria do conhecimento sobre seu próprio corpo e da sua autonomia frente às decisões relativas à sua sexualidade e à sua reprodução.

Relações de gênero e planejamento familiar

Dentre os aspectos que se mostraram relevantes nesta pesquisa e que permeiam o planejamento familiar, evidenciam-se as relações de gênero, os aspectos morais, religiosos, culturais e econômicos. A categoria gênero colabora para ampliar as análises sobre as experiências das mulheres. Segundo Scott (1993), gênero é o um conceito relacional, implica compreender a dominação presente nas relações sexos como fruto da construção social.

Tomando esta dimensão relacional da discussão de gênero, as entrevistadas apresentaram dificuldade de diálogo na vivência da sexualidade com seus parceiros, por vezes naturalizando sua responsabilidade pelo controle da natalidade.

O discurso das puérperas sustenta esse argumento, como se evidencia na situação a seguir, quando abordada sobre como é feita a escolha do método observou-se que “geralmente eu que escolho... o que quisesse fazer fazia, não tinha esse negócio não” (E.08 – 30 anos), ou “eu disse a ele: eu vou ligar, aí, não é melhor não, tu fazer a vasectomia? Aí ele: é, é melhor, disseram que a recuperação é mais rápida” (E.05 – 24 anos), ou, ainda, “conversei com ele e a gente chegou à conclusão de que eu quero ter outro filho, aí já fiquei grávida” (E.06 – 21 anos).

Na visão de suas parceiras, o companheiro apenas aceita as decisões da mulher, e o diálogo fica prejudicado principalmente quando “ele não é muito de conversa, não” (E.04 – 42 anos), ou quando “ele não falava nada” (E.09 – 26 anos).

Quanto à falta de participação do homem no planejamento familiar, Silva e colaboradores (2011) questionam se o fato estaria ligado à própria natureza do evento, uma vez que é a mulher quem engravida, além de culturalmente recair sobre ela uma maior demanda de cuidados com o bebê. As autoras questionam ainda se o homem compreende o significado de sua participação no planejamento familiar, tendo em vista que a maioria dos métodos de anticoncepção e concepção é direcionada ao público feminino (SILVA et al., 2011).

Dentre os fatores que explicam a ausência da figura masculina no planejamento da família, existe ainda um componente histórico e cultural, uma vez que o patriarcado aponta que ter filhos é um sinal de virilidade para o homem. Roudinesco (2003) historia que até o século XIX a sociedade se pautava sobre o tripé da autoridade masculina, subordinação feminina e dependência dos filhos perante a figura paterna.

Entretanto, o contexto familiar vem sofrendo modificações, uma vez que novos arranjos familiares se constituem na sociedade atual, como consequência de mudanças nos aspectos políticos, culturais e econômicos (BANDEIRA; MELO, 2010).

No século XX, com a maior participação das mulheres nos espaços políticos, o modelo de família pautado no patriarcado começou a sofrer modificações. As famílias que até então eram mantidas financeiramente pelos homens passaram a ter a contribuição das mulheres. Como fruto dessa nova configuração econômica, a mulher passou a ter condições de se posicionar melhor dentro e fora de casa, e assim as relações de submissão e poder começaram a sofrer modificações (ROUDINESCO, 2003).

Além da ausência masculina no planejamento familiar, a pesquisa identificou outro aspecto social que causa interferência direta na constituição da família: os padrões religiosos, que se expressam como um fator relevante na sua construção. A resignação aparece relacionada à vontade de Deus, a qual favorece a aceitação de uma criança fruto de uma gestação não planejada: “A gente tem tudo que Deus manda, se Deus mandou tem que aceitar e com muito amor e carinho” (E.07 – 29 anos). Além disso, o aspecto moral também permeia a aceitação do bebê, “mas só que às vezes acontece e não tem como evitar, ninguém vai tirar, não vai adiantar nada, tem que ter de todo jeito mesmo” (E.08 – 30 anos).

Essas expressões são abordadas por Vinhas (2009), ao tratar sobre o amor materno. Aponta que a cultura ocidental pensa na maternidade ou no amor pelos filhos como algo que é inerente à mulher, configurando-se como algo inato, ou instintivo. A maternidade historicamente atribui à mulher *status* e poder dentro da família. Badinter (1985) reflete que não é só o amor que leva a mulher a cumprir seus deveres maternos, mas a moral e os valores sociais, ou religiosos podem ter influência tão expressiva sobre as atitudes das mulheres quanto o desejo de ser mãe. Contudo, as mulheres apresentam dificuldade em romper com os padrões e mitos já estabelecidos sobre a maternidade (VINHAS, 2009).

Enquanto a sociedade exige das mães que se sacrifiquem em prol dos filhos, a posição política feminista no Brasil, desde meados do século XX, processa a ruptura com esta função social exclusiva da mulher, a maternidade, com aspirações a maior participação no mercado de trabalho e garantias de direitos (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006).

As cobranças em torno das definições do papel social da mulher vêm ocasionando conflitos na medida em que ela deve ser uma boa mãe, e ao mesmo tempo atender às necessidades contemporâneas de se qualificar profissionalmente e ingressar no mercado de trabalho. Tal fato é vivenciado: “quando eu me inscrevo, faço o pagamento da mensalidade e tudo já tava certo; na data de começar a faculdade, descobri que tava grávida, aí eu não ia poder fazer, porque eu ia passar esse período de agora de resguardo, não ia poder ir para a faculdade, aí mandei cancelar tudo, cancelei” (E.05 – 24 anos); “quando eu tava só com minha menina, antes de engravidar desse, eu ia estudar, mas como eu engravidei [...] eu também não ia aguentar, ia parar no meio dos estudos, aí é melhor depois, né, eu sou nova” (E.01 – 20 anos).

Ponderações das mulheres sobre o planejamento familiar

O planejamento familiar como política de saúde e direito social se expressa na fala das participantes durante o diálogo sobre o tema; apontam a necessidade do diálogo do casal, do uso correto de métodos, questões sociais relacionadas à criação de filhos, como violência, finanças, investimento afetivo e educação. Contudo, apesar dessa compreensão, por vezes, o empoderamento quanto ao planejamento familiar não se efetiva, em decorrência dos diversos aspectos apresentados, sendo evidenciado: “a gente pensa, mas é surpresa, todos dois foi surpresa” (E.01– 20 anos).

Conforme já dito, o planejamento familiar é desenvolvido pelas participantes da pesquisa apenas pelo uso de métodos contraceptivos. O programa de planejamento familiar como proposta de atenção à saúde, muitas vezes, reforça esta ideia quando não é efetivo em sua contribuição às relações de gênero,

diálogo, capacidade de negociação e autonomia da mulher. As mulheres entrevistadas evidenciam decisões unilaterais, geralmente não compartilhadas com os parceiros, o que reflete a pouca abertura para negociação, ou mesmo para partilha de responsabilidade, reforçando a essencialização da mulher como responsável pela maternidade.

No decorrer das entrevistas foi solicitada a indicação de sugestões para a melhoria dos serviços de planejamento familiar. As respostas giram em torno de mudanças nas relações entre usuários e trabalhadores da saúde, expansão dos serviços e melhorias na atenção: “Eu acho que para melhorar tem que ter conversa com as pessoas, com as famílias” (E.04 – 42 anos), além da necessidade de “mais postos de saúde” (E.01 – 20 anos), serviços mais acessíveis e de maior qualidade. Os depoimentos demonstram que as usuárias conhecem alguns dos problemas existentes na política de saúde.

Considerações finais

Compreende-se que a construção do planejamento familiar foi disputada historicamente por múltiplos interesses. De um lado, o controle de natalidade; de outro, o direito de decidir das mulheres. A política construída para o programa está baseada no direito à saúde, direito do homem, da mulher e do casal. No entanto, no decorrer da pesquisa identificou-se que há uma nebulosidade em torno desse direito, o que contribui para sua não efetivação.

A contradição pode ser assim compreendida, na política de saúde e na construção do planejamento familiar, quando a direção é o direito reprodutivo, no entanto, em sua aplicabilidade se restringe ao uso de métodos contraceptivos, na maioria das vezes sem os esclarecimentos necessários para que o casal e, sobretudo, a mulher, entendam seus efeitos físicos, emocionais e sociais. Além disso, há fragilidade do acompanhamento sobre o uso correto desses métodos pela rede de serviços de saúde.

Dessa forma, prevalece à responsabilidade exclusiva da mulher em relação ao planejamento familiar; o mesmo também não é tratado como um direito, já que o diálogo em torno da sexualidade é prejudicado, tanto no que se refere à comunicação do casal que vivencia esta prática como dentro dos serviços de saúde.

A sexualidade permanece reprimida, apesar da aparente liberdade sexual tão propalada nos dias atuais. O que vigora são as relações de poder em torno da sexualidade, a condição de submissão da mulher frente ao homem, fruto da sociedade de base patriarcal, com influências diretas sobre a não efetivação do direito reprodutivo, expresso a partir da falta do diálogo e da fragilidade das decisões compartilhadas pertinentes à geração de um filho.

A dificuldade da efetivação do planejamento familiar enquanto direito termina por propiciar um grande contingente de gestações não planejadas. Neste sentido, nas gestações levadas a termo, diversos artifícios morais, culturais e religiosos são mobilizados para garantir acolhimento ao novo membro da família.

As contradições que favorecem a não efetivação do planejamento familiar estão presentes no sistema de saúde através da prestação de serviços fragmentados, com fragilidade nas ações de promoção e educação em saúde. A política tal como está elaborada tem a responsabilidade de tratar a educação em saúde como dimensão da construção da autonomia dos sujeitos, de modo a possibilitar não só acesso aos métodos contraceptivos, mas também proporcionar acolhimento, informação e acompanhamento das/os usuárias/os, além de favorecer sua autonomia e empoderamento.

Quando a responsabilidade de planejar a família recai de forma exclusiva sobre a mulher, sem que ela encontre apoio nos serviços de saúde, e considerando ainda sua condição subalterna na sociedade patriarcal, esta responsabilidade é vivenciada como um fardo, deixando-a refém de uma “solução para este problema”. Esta condição se agrava na medida em que a esterilização cirúrgica é executada, por vezes, sob a forma de benevolência ou clientelismo.

O planejamento familiar vivenciado enquanto direito deveria possibilitar condições para a vivência da sexualidade de forma consciente e segura, desvinculado da reprodução, com possibilidades de diálogo, conhecimento e acesso a meios para a concepção e anticoncepção, compondo uma decisão consciente, da mulher, do homem e do casal.

Referências

- ARAUJO, Tânia Maria et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], v. 11, n. 4, p. 1117-1129, 2006.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BANDEIRA, L.; MELO, H. P. O conflito entre reprodução e o desejo. *Gênero*, Niterói, v. 11, n. 1, p. 239-254, 2010.
- BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 05 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em planejamento familiar*: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reformas neoliberais, reforma sanitária brasileira e fundações estatais de direito privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. *Saúde Debate* [online], v. 37, n. 97, p. 219-232, 2013.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva* [online], v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 34, n. 1, p. 37-44. 2000.
- COSTA, A. M. C.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84. 2006.
- FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- GAVILANES, H. A.; AGUIAR, N. Patriarcado e gênero na análise sociológica do fenômeno da violência conjugal/gênero. In: SOUZA, M. F. (Org.). *Desigualdades de gênero no Brasil: novas ideias e práticas antigas*. Belo Horizonte: Argumentvm, 2010. p. 91-110.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107-119, 2012.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1993.
- NEGRÃO, T. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Porto Alegre: Rede Feminista de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- _____. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 164-176, 2012.
- OKIN, Susan Moller. Gênero, o público e o privado. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 308, 2008.
- OSIS, Maria José Duarte et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.
- PISCITELLI, Adriana. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, Claudia de Lima; SCHMIDT, Simone Pereira (Org.). *Poéticas e políticas feministas*. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 47.
- ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Sonia Ferreira; GAMA, Ana Filipa. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, 2010.
- ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Jarah, 2003.
- SARTRE, Jean-Paul. *Questão do método*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967. p. 73-135.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Recife: SOS Corpo e Cidadania, 1993. p. 28-52.
- SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

VARGAS, T. Pesquisa revela dados sobre parto e nascimento no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Informe esp. publicado em 27 fev. 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>. Acesso em: 05 fev. 2013.

VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009. 292 p. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 16 ago. 2013.

VINHAS, A. P. L. B. Mitos da maternidade: um estudo a partir do olhar sistêmico. Familiare Instituto Sistêmico. Monografia. Florianópolis, 2009. Disponível em: http://www.institutofamiliare.com.br/download_anexo/ana-paula-leao-batista-vinhas.pdf. Acesso em: 16 ago. 2013.