

O LUGAR DA CONTRACEPÇÃO FEMININA EM TRÊS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS

Camila Rebouças Fernandes

<https://orcid.org/0000-0001-5183-5073>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), Rio de Janeiro/RJ - Brasil.

camila-fernandeess@hotmail.com

Daniel de Souza Campos

<https://orcid.org/0000-0002-8937-7474>

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ – Brasil.

d.campos@ess.ufrj.br

Recebido em: 28 de abril de 2023

Aceito em: 13 de junho de 2023

Resumo: As taxas de fecundidade no Brasil vêm declinando expressivamente, caracterizando um grupo crescente de mulheres que escolhem não se tornar mães. Este trabalho, de natureza qualitativa, tem como objetivo apresentar uma análise da abordagem da contracepção feminina em algumas políticas públicas de saúde brasileiras. Foram examinadas três políticas de referência nacional, reconhecidas no âmbito acadêmico e nos serviços de saúde. O conjunto das políticas analisadas converge, principalmente, na parca discussão sobre métodos contraceptivos e na ausência de abordagem da contracepção enquanto um processo permanente na vida daquelas que não desejam se tornar mães em nenhum momento. Há uma considerável invisibilidade deste grupo por parte das políticas públicas. Identificou-se diferenças entre as políticas principalmente em suas construções: se existe política resultante do protagonismo e da reivindicação de movimentos sociais, também há política construída de forma verticalizada por setores privilegiados. Apesar dos desafios, todas as políticas analisadas as configuram como avanço no campo da saúde. Sugere-se a necessidade de rever e reorientar as políticas existentes, através de processos de monitoramento e avaliação, bem como elaborar, formular e implementar outras políticas que correspondam às demandas e às realidades sociais das mulheres que não desejam se tornar mães.

Palavras-chave: Anticoncepção; Saúde; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

THE PLACE OF FEMALE CONTRACEPTION IN THREE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH POLICIES

Abstract: Fertility rates in Brazil have been declining significantly, characterizing a growing group of women who choose not to become mothers. This work, of a qualitative nature, aims to present an analysis of the approach to female contraception in some Brazilian public health policies. Three national reference policies, recognized in academia and health services, were examined. The set of analyzed policies converges, mainly, in the scarce discussion about contraceptive methods and in the absence of approaching contraception as a permanent process in the lives of those who do not wish to become mothers at any time. There is considerable invisibility of this group on the part of public policies. Differences between the policies were identified mainly in their constructions: if there is a policy resulting from the protagonism and the claim of social movements, there is also a policy built vertically by

privileged sectors. Despite the challenges, all the analyzed policies represent advances in the field of health. It suggests the need to review and reorient existing policies, through monitoring and evaluation processes, as well as to elaborate, formulate and implement other policies that correspond to the demands and social realities of women who do not wish to become mothers.

Keywords: Contraception; Health; Sexual and Reproductive Rights.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a queda nas taxas de fecundidade se configura como um fenômeno que vem contribuindo para um processo de transição demográfica (BRASIL, 2004a; IBGE, 2002, 2003 e 2012; Maria do Carmo LEAL *et al.*, 2018), expressando uma nova tendência reprodutiva, que incide no perfil etário da população (Elza BERQUÓ; Suzana CAVENAGHI, 2006) e põe em xeque o modelo “tradicional” de família que tem na mulher-mãe uma figura imprescindível, dando espaço e visibilidade para outras composições de arranjos familiares.

Entre 1940 e 1960, havia uma média de pouco mais de 6 filhos por mulher. Em 1970, essa média começou a diminuir, atingindo 5,8. Neste período, as mulheres começaram a dispor de maiores possibilidades contraceptivas, somado à sua inserção no mercado de trabalho e aumento da escolarização feminina (IBGE, 2002, 2003 e 2012).

Em 1980, a média do número de filhos por mulher era de 4,4. Se por um lado os contraceptivos orais representaram maior autonomia sobre a vida reprodutiva, por outro lado, a diminuição do número de filhos por mulher neste período também resultou de políticas de controle demográfico que objetivavam um suposto desenvolvimento econômico e incentivavam a esterilização feminina em massa (IBGE, 2002 e 2003).

Em 1991, a média do número de filhos por mulher no Brasil cai para 2,9 e, em 2000, foi registrada em 2,3 (IBGE, 2002). Em 2010, esse dado passa a ser de 1,90 (IBGE, 2012), apontando que as taxas de fecundidade do Brasil estão abaixo do nível de reposição (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

A redução da média do número de filhos por mulher no Brasil não surpreende, já que a organização social não favorece a decisão de ter e cuidar das crianças no país, à exemplo da insuficiência de creches públicas, do sucateamento dos serviços de saúde e de educação públicos e dos elevados custos com mensalidades de

creches e escolas privadas e/ou planos de saúde particulares, além da dificuldade de se inserir ou se manter no mercado de trabalho formal e da opressão vivenciada ao não corresponder ao modelo de maternidade socialmente idealizado.

Além dos pontos elencados acima, a decisão das mulheres por não ter filhos também cresce ao passo que outros caminhos para além da maternidade se apresentam como projetos possíveis de serem realizados. Diante disso, é preciso reconhecer que as mulheres que não almejam a maternidade como projeto de vida constituem um grupo heterogêneo, em que as motivações contraceptivas são diversas e podem ou não ter relação com as políticas públicas existentes.

É neste cenário que o presente trabalho, que integra uma pesquisa de doutorado em andamento, tem como objetivo apresentar uma análise da abordagem da contracepção feminina em algumas políticas públicas brasileiras. A contracepção a qual este trabalho se refere é específica de mulheres que não desejam viver a experiência da maternidade em nenhum momento de suas vidas. Ou seja, ao analisar estes materiais, atentou-se para a abordagem da contracepção como um processo permanente na vida de algumas mulheres.

METODOLOGIA

Este é um estudo de cunho qualitativo, em que foram selecionadas e examinadas algumas políticas de referência nacional no âmbito da saúde. O critério de escolha dos materiais trabalhados se baseia em sua relevância e legitimidade no âmbito acadêmico e no campo de atuação de profissionais de saúde, uma vez que essas políticas têm o potencial de contribuir para estudos teóricos, bem como orientar práticas e ações nos serviços de saúde em território nacional.

Para fins de aprofundamento do debate, o presente estudo adotou como recorte três políticas, a saber: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004a), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (BRASIL, 2009) e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (BRASIL, 2013).

A escolha de trabalhar com a PNAISM (BRASIL, 2004a) neste material se dá pelo fato de que essa política representa um marco histórico e legal no que tange os

direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, se caracterizando como um grande avanço.

Quanto a PNAISH (BRASIL, 2009), apesar deste trabalho se propor a discutir contracepção feminina, entende-se que a contracepção é um processo relacional e que as abordagens que envolvem o público masculino podem impactar nas decisões contraceptivas das mulheres. Por este motivo, a PNAISH (BRASIL, 2009) está incluída nessas análises.

Já a PNSIPN (BRASIL, 2013), integra essas reflexões, devido as disparidades raciais existentes no acesso aos serviços de saúde, em que a população negra fica em desvantagem no atendimento em saúde, demandando a necessidade de trabalhar uma política específica. As políticas acima foram submetidas à análise de conteúdo (Laurence BARDIN, 1977) da seguinte forma: inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante dos materiais, a fim de levantar trechos de abordagens e discussões sobre contracepção. Em um segundo momento, foram ordenados os aspectos mais relevantes sobre contracepção nesses materiais.

Posteriormente, estes achados foram analisados minuciosamente e atrelados às discussões promovidas pela literatura científica (BARDIN, 1977). Nesta última fase de análise, foi possível perceber o quanto a abordagem de contracepção aparece mais ou menos em cada uma das políticas. Vale destacar que, neste momento, atentou-se especialmente para abordagens de anticoncepção enquanto um processo permanente na vida de algumas mulheres, já que este é o foco dessa pesquisa.

Cotejando as políticas, identificou-se similaridades, diferenças, contradições, fragilidades e potencialidades, que foram problematizadas e articuladas à literatura científica. Embora a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004b) não seja um dos materiais analisados neste estudo, recorreu-se à discussão promovida por esta política para mediar convergências e divergências entre as demais políticas estudadas e para contribuir com uma análise crítica e comparativa entre estes materiais e seus desdobramentos nos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A PNAISM (BRASIL, 2004a) aponta que os programas direcionados ao público feminino entre as décadas de 30 e 70 tinham uma perspectiva biologicista, limitando

sua abordagem à mulher enquanto mãe e esposa. A construção da PNAISM (BRASIL, 2004a) representa um grande avanço, contando com a contribuição de movimentos sociais, profissionais de saúde e pesquisadores. Além disso, a referida política reconhece a diversidade étnico-racial e territorial das mulheres (LEAL *et al.*, 2018). Entretanto, refletindo criticamente, é possível encontrar na PNAISM (BRASIL, 2004a) algumas heranças de programas e políticas anteriores que reverberam até hoje em serviços de saúde e práticas sociais.

À título de ilustração, ao pontuar seus objetivos específicos sobre planejamento familiar, a PNAISM (2004a) enfatiza, em primeiro lugar, a assistência à infertilidade e, somente depois, a oferta de métodos anticoncepcionais. Este elemento tem sido observado pela literatura científica, que ressalta que as políticas públicas que envolvem saúde reprodutiva ainda tendem a enfatizar possíveis adoecimentos no sistema reprodutivo (Elaine BRANDÃO, 2020; Maria Luiza HEILBORN *et al.*, 2009).

Nos objetivos elencados pela PNAISM (BRASIL, 2004a), o acesso às *informações* sobre opções de métodos contraceptivos aparece depois da *oferta* de métodos. Entende-se que a oferta de métodos é fundamental, principalmente quando se fala em contracepção de emergência. Entretanto, até mesmo em situações emergenciais, a oferta do método não pode prescindir das orientações, que incluem escolha orientada do método contraceptivo, possíveis efeitos colaterais, chances de eficácia e formas de utilização.

É curioso que a própria política pontue as orientações sobre opções contraceptivas somente depois da oferta de métodos, pois ao falar sobre contracepção, a PNAISM (BRASIL, 2004a) apresenta, muito pertinentemente, dados sobre os elevados percentuais de mulheres que desconhecem as opções contraceptivas, centralizando seus conhecimentos na laqueadura tubária e na pílula anticoncepcional.

Esse ordenamento na listagem de objetivos (primeiro a oferta de métodos, e depois as orientações sobre opções de métodos) pode parecer indiferente, mas se reflete na realidade dos serviços, que tendem a enxergar a contracepção como dispensação de métodos, sem aprofundar a discussão de temáticas como sexo, violências, opressões de gênero, maternidades, paternidades e casamento (BRANDÃO, 2020). Isso dificulta o exercício dos direitos das mulheres e impacta na qualidade do planejamento reprodutivo, uma vez que a anticoncepção não se

restringe a adesão de um método, envolvendo toda uma conjuntura cultural e relacional que implica na apropriação da sexualidade e do gênero pela mulher (BRANDÃO, 2019 e 2020; HEILBORN *et al.*, 2009).

A literatura chama a atenção para a importância da assistência profissional à escolha contraceptiva, incluindo aconselhamento, orientação, avaliação de saúde e acompanhamento, com base em diversos fatores, como: contraceptivo apropriado para cada mulher, considerar as fases dos ciclos de vida das mulheres, suas condições de parceria sexual sem julgamentos e moralismo, bem como os contextos culturais em que as mulheres estão inseridas (BRANDÃO, 2019).

Outro elemento fundamental na qualidade da assistência contraceptiva é a ampla e variada disponibilidade de métodos nos serviços públicos de saúde, objetivando atender as necessidades específicas de cada usuária. Esta oferta evita que as mulheres sejam responsabilizadas individualmente por providenciar sua contracepção, incluindo no âmbito financeiro, ao adquirir contraceptivos em farmácias, que geralmente dispensam métodos sem necessariamente fornecer orientações (BRANDÃO, 2019).

Neste sentido, pode-se dizer que quando a assistência contraceptiva se limita à dispensação de métodos, seja na rede pública ou na rede privada, a mulher não é percebida como sujeito de direitos com autonomia, mas como objeto de intervenção. Essa conduta verticalizada é contrária às preconizações da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004b), que estabelece o processo de corresponsabilidade das usuárias como parte de uma assistência humanizada em saúde e como expressão de sua cidadania.

A PNAISM (BRASIL, 2004a) retrata a contracepção de forma transitória, uma fase em que a mulher em idade reprodutiva evita a gravidez. Não há uma discussão específica sobre a contracepção como uma constante na vida de mulheres que não desejam se tornar mães em nenhum momento, que são o público-alvo do presente estudo. Não é por acaso que as unidades de saúde tendem a estruturar seu planejamento reprodutivo sob a lógica materno-infantil, privilegiando a oferta do serviço em espaços de pré-natal e/ou pós-parto, para mulheres que terão ou já tiveram a experiência da maternidade, em detrimento daquelas que ainda não pariram e/ou que não desejam parir em nenhum momento de suas vidas (HEILBORN *et al.*, 2009).

Outro ponto a se pensar é que a PNAISM (BRASIL, 2004a), nas duas páginas em que se dedica a abordar anticoncepção com mais ênfase, dispensa meia página para falar sobre contracepção na adolescência. Trabalhar contracepção na adolescência no mesmo tópico em que se aborda a contracepção da mulher adulta se configura como um problema, pois além de não aprofundar nenhuma das temáticas, ignorando suas particularidades, isso pode gerar uma deslegitimação da contracepção feminina como um estilo de vida. Quanto a isso, a própria PNAISM (BRASIL, 2004a) desenvolve uma autocrítica, reconhecendo no documento a necessidade de maiores aprofundamentos da discussão sobre contracepção e adolescência.

Abordar saúde reprodutiva desconsiderando as particularidades de cada público-alvo não é uma exclusividade da PNAISM (BRASIL, 2004a). A PNAISH (BRASIL, 2009), ao falar de uma “conscientização” do homem e de uma “paternidade responsável”, rapidamente inclui o grupo adolescente, sem adensar as discussões e sem dispensar um espaço específico para homens adultos e para adolescentes.

Conforme pontuado anteriormente neste trabalho, a proposta de incluir a PNAISH (BRASIL, 2009) nesse debate se dá pelo fato de as escolhas contraceptivas das mulheres serem permeadas, muitas vezes, por decisões masculinas – sejam essas decisões a de participar da contracepção, de impor ou de ignorar este processo, incumbindo a mulher dessa responsabilidade. Ou seja, não se pode fragmentar a discussão sobre contracepção das práticas sexuais e das relações de gênero entre homens e mulheres, uma vez que as desigualdades e a violência de gênero impactam diretamente no acesso, na adesão, na manutenção e na eficácia contraceptiva (BRANDÃO, 2019).

O Brasil é um dos poucos países a contar com uma política específica para o público masculino (CARRARA *et al.*, 2009), sendo um grande avanço e colocando em pauta debates fundamentais sobre direitos sexuais e reprodutivos, paternidades, dados sobre mortalidade e morbimortalidade, agravos de saúde prevaletentes na população masculina, entre outros. Contudo, os autores atentam para o fato de que a construção da PNAISH (BRASIL, 2009) se deu, sobretudo, pela classe médica e por formuladores e executores de políticas que não representam a diversidade das masculinidades, onde o público masculino assumiu um papel de passividade e de pouco protagonismo.

Neste ponto, a PNAISH (BRASIL, 2009) difere da PNAISM (BRASIL, 2004a) e da PNSIPN (BRASIL, 2013). A PNAISM (BRASIL, 2004a) se configura como produto de luta de movimentos feministas, que incorporaram uma postura de reivindicação de direitos e de desconstrução de estereótipos de gênero historicamente legitimados e reproduzidos pela área da saúde. A PNSIPN (BRASIL, 2013) contou com forte protagonismo do movimento negro, que historicamente reivindica abordagens de pautas raciais na área da saúde.

Carrara *et al.* (2009) salientam que a PNAISH (BRASIL, 2009) assume um caráter vertical, aderindo a um discurso de medicalização e passividade dos homens. Essa proposta de passividade masculina frente o Estado e a área médica é oposta à autonomia e ao processo de co-responsabilidade preconizados pela PNH (BRASIL, 2004b). O que se percebe, neste sentido, é que ainda que tentem responder às demandas das realidades sociais, as políticas públicas podem se coadunar e, simultaneamente, conflitar-se – como é o caso da PNAISH (BRASIL, 2009), da PNSIPN (BRASIL, 2013), da PNH (BRASIL, 2004b) e, por vezes, da PNAISM (BRASIL, 2004a).

Trabalhando a PNSIPN (BRASIL, 2013), cabe ressaltar que apesar de a PNAISM (BRASIL, 2004a) e a PNAISH (BRASIL, 2009) se configurarem como avanços no campo das políticas públicas, a existência de uma política específica voltada para a população negra se mostrou necessária para corresponder à realidade social brasileira, tanto na produção de conhecimento, quanto nas práticas em saúde antirracistas.

Por isso, a abordagem da PNSIPN (BRASIL, 2013) neste estudo é estratégica. Essa política apresenta dados, reflexões e proposições sobre iniquidades raciais em saúde que as outras políticas não abordam ou mencionam superficialmente. Neste sentido, incluir o debate racial nas discussões contraceptivas é fundamental para compreender o fenômeno com maior criticidade.

A PNSIPN (BRASIL, 2013) se caracteriza como o material mais recente analisado neste trabalho, indicando que o aprofundamento das questões raciais na saúde vêm ganhando visibilidade há pouco tempo, se comparado a outras políticas. Essa política não aborda a temática da contracepção, mas chama a atenção para a necessidade de qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, destacando “assistência ginecológica”, entre outros serviços de saúde sexual e

reprodutiva. Apesar disso, localizar todo um processo de planejamento reprodutivo em “assistência ginecológica” remete a um campo biológico que parece não dar conta de um fenômeno que envolve esferas sociais, econômicas, políticas e culturais.

Algumas autoras apresentam dados e discussões que fazem com que o presente estudo problematize e questione ainda mais o termo “assistência ginecológica” como a única referência da PNSIPN (BRASIL, 2013) à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras. Ana Cristina Ostermann e Débora da Rosa (2012), ao analisarem diálogos entre profissionais e usuárias em consultas ginecológicas e obstétricas, atentam para desconfortos, tabus e a falta de manejo que permeiam a assistência à saúde sexual e reprodutiva feminina.

As autoras identificam que assuntos relacionados, principalmente, à genitálias e atividades sexuais se mostram embaraçosos tanto para usuárias dos serviços quanto para profissionais de saúde considerados qualificados para abordagens em saúde sexual e reprodutiva (OSTERMANN; ROSA, 2012).

Nos discursos analisados pelas autoras, as mulheres apresentam constrangimento e, muitas vezes, falta de conhecimento para se referir a algumas partes do corpo, como por exemplo, pronunciar a palavra “vagina”. Essa situação é reforçada por profissionais de saúde, que tendem a desconversar, evitar e até mesmo reprimir tópicos sobre sexualidade e estilos de vida dessas mulheres (OSTERMANN; ROSA, 2012).

A PNSIPN (BRASIL, 2013) põe em tela os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para falar sobre o acesso da população negra aos serviços, através do desenvolvimento de ações específicas que contribuam para a redução das disparidades étnico-raciais que colocam este grupo em posição de desvantagem. Para ilustrar essas disparidades, a referida política aponta exemplos, como a qualidade da assistência pré-natal às mulheres negras e as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil.

Apesar de a PNSIPN (BRASIL, 2013) sequer mencionar contracepção, a política apresenta logo em seu primeiro objetivo específico a garantia e a ampliação do acesso da população negra às ações e serviços de saúde, fatores que podem impactar na vida reprodutiva das mulheres negras. Sobre isso, pode-se afirmar que apesar da queda nas taxas de fecundidade ser uma realidade em mulheres de todas as categorias étnico-raciais (IBGE, 2002, 2003 e 2012), este processo não acontece

de forma horizontalizada: se a taxa de fecundidade total de mulheres brancas chega a 1,63 filho, entre mulheres pretas e pardas, os dados apontam para 2,12 filhos (IBGE, 2012).

Para além das taxas de fecundidade, o racismo institucional limita o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde incide diretamente em sua qualidade de vida, uma vez que mulheres pretas e também mais empobrecidas acabam por administrar métodos anticoncepcionais sem acompanhamento profissional, podendo desencadear prejuízos para sua saúde e/ou baixa eficácia contraceptiva (Lucila SCAVONE, 2001).

As desigualdades sociais e raciais no acesso a contracepção são ainda mais atenuantes quando se trata de métodos contraceptivos reversíveis de alto custo (implantes e dispositivos intrauterinos, hormonais e não hormonais), em que mulheres pretas e pobres continuam em desvantagem em relação às mulheres brancas (BRANDÃO, 2019).

Entretanto, é necessário ponderar que a ampliação do acesso aos serviços e às ações, como uma estratégia isolada, não garante às mulheres negras um planejamento reprodutivo de qualidade: a PNSIPN (BRASIL, 2013) chama a atenção para o racismo institucional que se expressa na execução de políticas e programas dentro dos serviços de saúde, onde as mulheres negras deixam de receber um serviço qualificado e são prejudicadas, em função de sua cor.

Diante disso, a PNSIPN (BRASIL, 2013) indica como estratégia o processo de formação e educação permanente de profissionais, possibilitando que estes rompam com posicionamentos preconceituosos, deixando de reproduzir comportamentos e discursos moralistas e racistas/criminosos em seus atendimentos.

Algumas das estratégias apontadas pela PNSIPN (BRASIL, 2013) são preconizadas pela PNH (BRASIL, 2004b), indicando que essas políticas estão em consonância. Um forte exemplo disso se refere aos processos formativos de profissionais do SUS: assim como a PNSIPN (BRASIL, 2013), a PNH (BRASIL, 2004b) elucida a necessidade de aproximar as formações acadêmicas, bem como a organização dos serviços, das políticas públicas em saúde, almejando maiores chances de uma assistência comprometida com os usuários em suas diferentes necessidades e realidades.

No que se refere especificamente à assistência em saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a literatura científica, em consonância com as políticas acima, reafirma a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto às consequências prejudiciais de atendimentos pautados na camuflagem, na repressão e na evasão de tópicos fundamentais, podendo comprometer a saúde das mulheres e a qualidade da relação entre profissionais e usuárias dos serviços (OSTERMANN; ROSA, 2012).

Fazendo um comparativo entre as três políticas analisadas, observa-se que, em alguns momentos, suas abordagens se entrelaçam na frágil discussão sobre contracepção e na ausência total da contracepção para aquelas pessoas que não desejam ter filhos.

Além disso, as políticas convergem em outros fatores: a PNAISM (BRASIL, 2004a) coloca a assistência à infertilidade no topo de seus objetivos específicos sobre planejamento familiar, a PNAISH (BRASIL, 2009) dá ênfase à paternidade e à resolutividade de “disfunções eréteis” através da medicalização e a PNSIPN (BRASIL, 2013) não aborda contracepção, mas fala de câncer de colo de útero, câncer de mama e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – este último, sem fazer qualquer referência ao uso de preservativo.

Em alguns momentos, nota-se que as políticas se contradizem, pois apesar de reconhecerem os determinantes sociais da saúde, se utilizam de exemplos que se restringem ao adoecimento e à dinâmica curativa, remetendo ao campo biológico, deixando de apresentar exemplos de promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva, ou apontando esses exemplos em menor escala.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deliberação pela não-maternidade tem sido cada vez mais expressiva na realidade das brasileiras, ainda que as mulheres não tenham as mesmas possibilidades de escolhas contraceptivas. Apesar de as mulheres sem filhos constituírem um grupo crescente, nas políticas trabalhadas não foi possível localizar qualquer referência a essas figuras, caracterizando sua invisibilidade nas políticas públicas. Os elementos que permeiam a maternidade são importantes, mas as mulheres que decidem não ter filhos apresentam questões específicas das quais as políticas em vigência não dão conta de forma integral.

A ausência de representação desses sujeitos nas políticas se reflete nos serviços de saúde. Se por um lado as mulheres fazem uso de métodos contraceptivos, por outro lado, cabe questionar a qualidade dessa contracepção, que tende a não acontecer de forma horizontalizada, acessível e co-responsável.

Este fato se potencializa quando se trata de mulheres pretas e empobrecidas. Assim como na PNAISM (BRASIL, 2004a) com relação às mulheres, na PNAISH (BRASIL, 2009) a pouca discussão sobre contracepção se refere a uma fase na vida do homem, e não como uma decisão permanente. Em nenhum momento a PNAISH (BRASIL, 2009) fala sobre homens que não desejam ter filhos, por exemplo.

Se as políticas acima abordam a contracepção de forma restrita, a abordagem do tema pela PNSIPN (BRASIL, 2013) é nula, ficando à cargo das entrelinhas contidas no termo “assistência ginecológica”, que é muito amplo e remete a uma ideia biologicista. Este é um fator preocupante e que, portanto, demanda maior atenção, levando em consideração as iniquidades raciais implicadas no acesso das mulheres negras aos serviços de contracepção.

Compreendida como uma preocupação passageira na vida dos sujeitos, o fato de a contracepção permanente ser pouco abordada ou não ser contemplada por políticas de largo alcance e impacto nacional, demonstra o enraizamento do modelo “tradicional” de família, marcado entre outras coisas, por uma vida com filhos.

Reconhecendo que as políticas públicas se articulam à produção de conhecimento científico e subsidiam práticas profissionais nos serviços, este é um ponto que merece atenção, pois indica que:

a) a decisão de não ter filhos ainda não é amplamente explorada pelas produções científicas, principalmente quando comparada a fenômenos como maternidade e paternidade; b) o conhecimento científico produzido sobre a contracepção permanente não está sendo incorporado pelas políticas públicas analisadas e; c) as políticas trabalhadas neste material não vêm orientando profissionais para acolherem e atenderem a parcela crescente da população que decide não ter filhos, seja homens ou mulheres.

Os pontos elencados acima são de suma importância, pois quando as políticas não orientam sobre abordagens e atendimentos a mulheres (e homens) que decidem não ter filhos, os serviços tendem a reproduzir estereótipos de gênero, apresentar discursos de deslegitimação de decisões, desrespeitar direitos reprodutivos dos

usuários e até mesmo estigmatizá-los, especialmente as mulheres, que lidam com a cobrança da maternidade em todas as esferas da vida, inclusive nos serviços de saúde.

Apesar dos desafios encontrados, as políticas públicas trabalhadas têm potencialidades no que se refere a saúde, humanização da assistência, entre outras temáticas relevantes para a qualidade de vida dos sujeitos. Se revisadas, essas políticas aumentam seu potencial, contemplando públicos até então invisibilizados.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de revisar as políticas existentes, bem como elaborar, formular e implementar novas políticas, sem abrir mão de processos de monitoramento e avaliação, entendendo que a realidade é dinâmica e as políticas precisam acompanhar as transformações societárias e contemplar as identidades que emergem a cada cenário e a cada período histórico, como é o caso das mulheres que não desejam se tornar mães.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estud CEBRAP**, v. 74, n. 1, p. 11-15, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/nec/a/7dn53QcLMNVwF6xN3KptRgP/?lang=pt>. Acesso em 11 abr 2023.
- BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 875-879, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDdkKZ3FpvxvwNzxzYy4GN/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 abr 2023.
- BRANDÃO, Elaine Reis. Tênues direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil. **Anuário Antropológico**, v. 45, n. 2, p. 11-21, 2020. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/33782>. Acesso em 11 abr 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARRARA, Sergio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physys Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/c43gm3yRYdDsCMGRZfjLrHM/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 abr 2023.

HEILBORN, Maria Luiza (*et al*). Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, Supl 2, p. S269-278, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/DsccxkQCyjbSbkd9nfYVd6Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 abr 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. **Fecundidade e mortalidade infantil: resultados preliminares da amostra** / IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. **Nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra** / IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra** / IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LEAL, Maria do Carmo (*et al*). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/>. Acesso em 11 abr 2023.

OSTERMANN, Ana Cristina; ROSA, Débora Rejane. “Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas”. *In*: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (Orgs.). **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 47-63.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 47-59, 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/NzTkJJrXYGPHDZ3sQRbR9tc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 abr 2023.

Camila Rebouças Fernandes

Doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Mestra em Políticas Públicas em Direitos Humanos pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NEPP-DH/UFRJ). Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos (IFF/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ).

Daniel de Souza Campos

Professor Adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Coordenador do Grupo de Extensão Prevenção à Violência Sexual. Doutor em Serviço Social (ESS/UFRJ).