

# DIREITOS REPRODUTIVOS: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO ACESSO A ESSE DIREITO PARA MULHERES EM VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

## REPRODUCTIVE RIGHTS: A CRITICAL ANALYSIS OF ACCESS TO THIS RIGHT FOR SOCIALLY VULNERABLE WOMEN IN BRAZIL

Andressa Maria de Lima Queji\*

**Resumo:** A promoção da saúde reprodutiva da mulher e o acesso aos métodos contraceptivos são temas de grande relevância no contexto social brasileiro. Este trabalho tem como objetivo geral analisar a divulgação dos métodos contraceptivos de longa duração nas unidades básicas de saúde, com foco nas mulheres em situação de vulnerabilidade social, pressupondo que uma divulgação efetiva pode contribuir para a redução da feminização da pobreza. Para alcançar esse objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: analisar-se-á o direito de acesso aos anticoncepcionais de longa duração tem sido plenamente garantido, alertar sobre a importância da publicização das informações básicas sobre planejamento familiar, visando evitar a perpetuação do ciclo da pobreza, e avaliar a aplicação das políticas públicas de saúde da mulher e seus reflexos positivos na sociedade. Este estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa bibliográfica, que analisou artigos publicados nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico, Periódico CAPES, além de livros e da legislação vigente. A pesquisa busca contribuir para a efetivação do acesso ao direito básico à saúde, conforme estabelecido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Lei nº 9.263/1996.

**Palavras-chave:** Métodos Contraceptivos. Direito Reprodutivo. Direitos das Mulheres. SUS.

**Abstract:** The promotion of women's reproductive health and access to contraceptive methods are issues of great relevance in the Brazilian social context. The general objective of this study is to analyse the dissemination of long-acting contraceptive methods in basic health units, with a focus on women in situations of social vulnerability, assuming that effective dissemination can contribute to reducing the feminization of poverty. In order to achieve this objective, the following specific objectives were established: to analyse whether the right of access to long-acting contraceptives has been fully guaranteed, to warn about the importance of publicizing basic information on family planning in order to avoid perpetuating the cycle of poverty, and to evaluate the application of public policies on women's health and their positive impact on society. This study was conducted by means of a bibliographical survey, which analyzed articles published in the Scielo, Google Scholar and CAPES databases, as well as books and current legislation. The research seeks to contribute to the realization of access to the basic right to health, as established by the principles of the Unified Health System (SUS)

\*Cursa Direito no Centro Universitário de Telêmaco Borba - UNIFATEB. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8575241172861579>. E-mail: [dir.andressa@gmail.com](mailto:dir.andressa@gmail.com).





and Law no. 9.263/1996.

*Keywords:* Contraceptive Methods. Reproductive Rights. Women's Rights. SUS.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, bem como a lei do planejamento familiar são temas que merecem destaque no contexto social brasileiro. Diante disso, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar a divulgação dos métodos contraceptivos de longa duração nas Unidades Básicas de Saúde com foco nas mulheres que se encontram em vulnerabilidade social, considerando que, se essa divulgação for realizada de maneira eficaz, é possível supor que a feminização do ciclo da pobreza pode ser reduzido. Os objetivos específicos dividem-se em três: o primeiro é verificar por meio da análise de dados apresentados em pesquisas quantitativas, se o direito de acesso a anticoncepcionais de longa duração tem sido plenamente garantidos. O segundo objetivo é alertar sobre a importância da transmissão de informações básicas sobre planejamento familiar para evitar prejuízos que possam perpetuar o ciclo da pobreza. Por fim, o terceiro objetivo consiste na avaliação de como estão sendo aplicadas as políticas públicas de saúde da mulher e como isso pode gerar resultados positivos na sociedade.

Este estudo pretende contribuir de maneira significativa para o entendimento da situação das mulheres em situação de vulnerabilidade social no Brasil, com foco no acesso a métodos contraceptivos de longa duração e no planejamento familiar. Ademais, busca avaliar a eficácia das políticas públicas de saúde da mulher nesse contexto. A consecução desses objetivos almeja oferecer uma análise aprofundada e relevante, fornecendo subsídios para a formulação de estratégias mais eficazes e inclusivas.

Ao abordar a questão do direito de acesso à saúde da mulher, torna-se evidente a existência de uma notável disparidade no efetivo acesso a esse direito, embora existam legislações que estabelecem a garantia de assistência ao planejamento familiar por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) como por exemplo a Lei nº 9.263/1996, uma análise mais profunda evidencia que muitas mulheres não estão plenamente informadas sobre seu direito de acessar os serviços de planejamento familiar oferecidos SUS. Essa lacuna de conhecimento desempenha um papel significativo na perpetuação do ciclo da pobreza no dia a dia de muitas mulheres.

Nesse contexto, é relevante conceituar a vulnerabilidade social e como a mulher está inserida nessa condição. Segundo estudos de Heloísa Buarque de Hollanda:



A vulnerabilidade social pode ser compreendida como a situação na qual determinados grupos ou indivíduos se encontram em desvantagem socioeconômica, enfrentando dificuldades no acesso a recursos e serviços essenciais, incluindo a assistência à saúde. No caso das mulheres, essa vulnerabilidade social muitas vezes resulta de desigualdades de gênero profundamente enraizadas na sociedade (2018, p. 70).

A mulher na condição de vulnerabilidade social enfrenta obstáculos adicionais devido às desigualdades de gênero, que afetam negativamente seu acesso aos direitos reprodutivos e à saúde. A falta de informação sobre os serviços disponíveis pelo SUS para o planejamento familiar é apenas um exemplo de como essa vulnerabilidade se manifesta.

Neste cenário, é imperativo que sejam implementadas ainda mais políticas públicas voltadas não apenas para a promoção do acesso igualitário aos serviços de saúde reprodutiva, mas também para a disseminação da educação e conscientização sobre as questões de gênero. Essas medidas podem contribuir significativamente para a redução das desigualdades de gênero, fortalecendo, assim, a autonomia das mulheres e, por conseguinte, contribuindo para a ruptura do ciclo de vulnerabilidade social que afeta negativamente, e, principalmente as mulheres.

Ademais, a criação de espaços seguros para o diálogo e a promoção da participação ativa das mulheres nas decisões relacionadas à saúde e ao planejamento familiar, emergem como elementos essenciais para assegurar que suas necessidades e direitos sejam plenamente reconhecidos e respeitados. Somente mediante esforços coordenados e abordagens multidisciplinares será possível abordar eficazmente as complexas questões associadas à vulnerabilidade social das mulheres, promovendo, por conseguinte, uma sociedade mais justa e igualitária.

## 2. A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: O STATUS QUO DO ACESSO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou queda na fecundidade, assim como vários países da América Latina, conforme demonstram os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade de 6,3 filhos, em 1960, diminuiu para 1,7 filho por mulher em 2015 (IBGE, 2017).

Essa redução ocorreu primeiramente entre as mulheres que tinham maior escolaridade e que habitavam as zonas urbanas. Essa desigualdade pode ser observada no Brasil a partir dos dados do Censo de 2010, que demonstraram taxa



de fecundidade das regiões menos desenvolvidas do país, Norte e Nordeste, de respectivamente 2,4 e 2,0 filhos, enquanto nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, eram de 1,8 e 1,7 filho por mulher (IBGE, 2017).

De acordo com a pesquisa intitulada *Nascer no Brasil de 2011*, conduzida por um grupo de pesquisadores especializados em “Saúde da mulher, da criança e do adolescente – determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, programas e serviços”, liderado pela Dra. Maria do Carmo Leal, e coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz, 2012), é possível identificar, por meio de estudos epidemiológicos na área de Saúde da Mulher e da Criança, que mais da metade das gestações ocorridas no Brasil não são planejadas. Adicionalmente, constata-se que as mulheres que efetivamente planejam suas gestações são, em sua maioria, de origem étnica branca, possuem um nível mais elevado de instrução formal, ultrapassam os 35 anos de idade e estão envolvidas em relacionamentos estáveis.

Neste contexto, torna-se patente a disparidade no acesso ao direito à saúde, o qual é considerado um direito essencial e primordial. E ainda, é relevante destacar que essas disparidades se manifestam de maneira significativa entre diferentes estratos socioeconômicos e grupos étnicos. Ao adotar uma perspectiva interseccional para compreender plenamente essa complexa dinâmica, e de acordo com os princípios teóricos estabelecidos por Patricia Hill Collins:

Interseccionalidade é uma abordagem para compreender como as categorias sociais como raça, gênero, sexualidade, classe e nacionalidade – se sobrepõem e se interconectam para moldar a vida das pessoas e as experiências de opressão e privilégio (2015, p. 106).

E ainda, com base nas pesquisas realizadas por Djamila Ribeiro (2019), autora que se dedica à análise do feminismo sob uma perspectiva decolonial, é possível discernir uma clara constatação de que as mulheres negras enfrentam consideráveis restrições no que tange ao acesso a direitos fundamentais, notadamente o direito à saúde. Este contexto se traduz em uma elevação dos índices de mulheres que não têm acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade.

Os resultados da pesquisa indicam que as mulheres pertencentes a esse grupo étnico enfrentam desafios sistêmicos que as impedem de usufruir plenamente dos benefícios do sistema de saúde. Tal disparidade no acesso aos serviços de saúde contribui para a perpetuação das desigualdades em termos de saúde e bem-estar, colocando as mulheres negras em uma posição de vulnerabilidade substancial.



Portanto, a abordagem decolonial de Djamila Ribeiro lança luz sobre a importância crítica de se reconhecer e enfrentar essas disparidades sistêmicas, a fim de promover um acesso mais equitativo e igualitário aos direitos à saúde e, por conseguinte, melhorar as condições de vida de todas as mulheres no contexto brasileiro

É imprescindível reconhecer que a interseção de gênero e raça impõe uma realidade na qual as mulheres negras são preponderantemente mais pobres, uma consequência do racismo estrutural e das desigualdades sociais profundamente enraizadas em nossa sociedade (2019, p. 37).

O presente estudo se fundamenta na viabilidade de sua temática, respaldada pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988, o qual estipula que a saúde é um direito social garantido a todos os cidadãos. Não obstante a existência de legislação pertinente, frequentemente observa-se que mulheres ainda enfrentam concepções arcaicas arraigadas no patriarcado, o que compromete a plena realização do acesso à saúde de qualidade e à liberdade. Em muitas situações do dia a dia, as mulheres são tratadas como objetos cuja única relevância é sua função sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo em que seus direitos não são adequadamente garantidos.

Além disso, é de se destacar que, historicamente, a voz feminina foi silenciada ou ficou em posição subalterna na formação social. Nesse sentido, Simone de Beauvoir diz que “a mulher é condenada a uma transcendência que não é dela” (1980, p. 80). Os discursos enunciados eram, por vezes, ilegítimos por um sujeito que interditava essa voz por meio da posição de autoridade, de pretensa superioridade, já que, socialmente, a mulher não tinha liberdade de fala, sendo representada pela figura do pai, dos irmãos ou do marido.

Por um longo período, a mulher foi frequentemente percebida como apenas um objeto destinado ao prazer sexual e à reprodução, limitada a um papel subalterno tanto na sociedade quanto em sua própria existência. Essa visão histórica, que enfatizava a importância da procriação e da submissão feminina aos homens, resultou em sérias repercussões para a saúde e o bem-estar das mulheres, privando-as da plena realização de seus direitos e de sua autonomia. Nos dias atuais, torna-se imprescindível realizar uma crítica a essa visão retrógrada que ainda perdura em certas mentalidades, culturas e instituições.

É imperativo reconhecer plenamente a mulher como um ser humano completo, detentora de direitos e necessidades que transcendem a mera reprodução. Nesse contexto, a Lei do Planejamento Familiar representa um avanço significati-



vo, assegurando que todas as pessoas tenham acesso irrestrito aos métodos contraceptivos cientificamente validados, preservando, assim, a sua saúde e qualidade de vida.

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial nesse contexto, garantindo o acesso de todas as mulheres a métodos contraceptivos de longa duração, como o DIU, por exemplo. No entanto, ressalta-se que nem todas as regiões do país divulgam e fomentam adequadamente a disponibilidade desses métodos pelo SUS (PNDR, 2020).

Do ponto de vista histórico, o uso de DIUs remonta a mais de 2500 anos atrás, quando Hipócrates iniciou seu uso em pacientes. Entretanto, o primeiro DIU clinicamente aceito, conhecido como Alça de Lippes, só foi amplamente adotado em 1962. Atualmente, existem dispositivos de diversos formatos e materiais.

A disseminação do uso do DIU e o aprimoramento de sua eficácia levaram o SUS a adotá-lo efetivamente a partir de 2017 (OMS, 2017), com o objetivo teórico de garantir o acesso a todas as mulheres por meio do planejamento familiar. No entanto, é imperioso destacar que o fato de o SUS disponibilizar o método não assegura automaticamente que todas as mulheres tenham esse direito garantido.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), uma pesquisa abrangente conduzida em domicílios de todo o território nacional em parceria com o IBGE, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde, os dados coletados por meio de entrevistas com 17.809 mulheres brasileiras revelam que a situação é a seguinte:

**Tabela 1:** Métodos contraceptivos utilizado por brasileiras em idade reprodutiva (18 a 49 anos)

Método Contraceptivo	Nº	%
Contraceptivo Oral	4.235	34,2
Cirúrgicos	4.084	25,9
Camisinha	2.579	14,5
Dupla proteção	1.455	9,8
Outros Métodos	1.088	7,8
Outros Hormonais	924	6,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde

Os dados evidenciam que grande parte das brasileiras utiliza algum método de contracepção, e atualmente, o contraceptivo hormonal oral se constitui como o método



mais usado pelas mulheres, e o DIU, o menos utilizado, entre as categorias estudadas. Pode-se inferir ainda que o tipo de método utilizado pela mulher tem relação com sua condição socioeconômica. Mesmo que grande proporção de mulheres use algum tipo de contracepção, mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas. Uma possível justificativa para essa incoerência seria que os métodos encontrados como mais utilizados são os de curta duração, ou seja, dependem da usuária para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas (Ministério da Saúde, 2018).

Adicionalmente, a pesquisa enfatiza que a maioria das mulheres que não faz uso de algum método contraceptivo não apresenta uma justificativa médica ou clínica adequada para isso, uma vez que elas não se importam ou querem ter uma gestação. Além disso, uma parcela das brasileiras não usa algum método porque não sabe aonde ir, a quem procurar para ter informações ou não sabe como utilizá-lo. Isso permite concluir que ainda existem falhas no planejamento reprodutivo no Brasil, pois não alcança todas as mulheres.

Com base nas considerações apresentadas, torna-se evidente a relevância da continuidade da luta pela equidade de gênero e pela garantia dos direitos das mulheres, englobando a facilitação do acesso a métodos contraceptivos de qualidade e à assistência à saúde de maneira abrangente. Apenas através desses esforços será possível forjar uma sociedade mais justa e igualitária, na qual as mulheres sejam valorizadas em sua plenitude como indivíduos.

## 2.1 DESAFIOS E PERSPECTIVAS AO ACESSO A MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), gravidez não planejada é uma realidade mundial e corresponde a 40% de todas as gestações e podem desencadear aumento da mortalidade materna (OMS, 2018). O Dispositivo Intrauterino (DIU) é uma das opções de contraceptivos ofertados no SUS de boa eficácia, mas ainda é pouco utilizado. Diversos países desenvolvidos têm buscado formas de romper as barreiras e aumentar as taxas de inserção do DIU, como treinamento profissional, investimentos na área e educação da população.

O Ministério da Saúde, em um levantamento realizado em 2019, aponta que no sul e sudeste mais da metade das mulheres que abortam, na faixa etária de 20 e 29 anos, declararam fazer uso de métodos contraceptivos, sobretudo o anticoncepcional oral (ACO). Estes dados apontam para a necessidade ainda presente



de investimentos na saúde e educação dos profissionais e da população sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos de longa duração.

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é uma das opções de contraceptivos eficazes a longo prazo e com baixo custo para o sistema de saúde, entretanto ainda não é utilizado em larga escala, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Algumas barreiras para essa expansão foram encontradas para ampliar o acesso, como disponibilização apenas através de indicação médica e a obrigatoriedade de realização de diversos exames desnecessários (FIOCRUZ, 2019).

O SUS oferece a inserção de DIU gratuitamente, sendo previsto que a Atenção Primária à Saúde (APS) ofereça este serviço, por meio das equipes de Saúde da Família (ESF), que têm a responsabilidade na assistência ao planejamento reprodutivo. No entanto, como pode-se perceber, a inserção de DIU ainda está muito aquém do que seria possível, tendo em vista a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil:

A oferta de métodos anticoncepcionais nas Unidades Básicas de Saúde deve ser voltada para promover a autonomia do indivíduo, permitindo que os usuários possam escolher livremente o método mais adequado de acordo com sua história de saúde, momento reprodutivo e adaptação pessoal (Moura, 2003, p. 57).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece de forma gratuita uma variedade de métodos contraceptivos, incluindo preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intrauterino com cobre (DIU T Cu), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula. Em teoria, para ter acesso a esses métodos, basta que o usuário (seja mulher, homem ou outro gênero não binário) busque uma unidade básica de saúde e discuta com a equipe de saúde da família qual método é mais adequado para seu caso, considerando os riscos e benefícios para o próprio corpo.

No entanto, na realidade, esse acesso não é tão simples. Há desafios tanto na captação do grupo populacional masculino, para o qual não são aplicadas estratégias específicas, como também na disponibilidade de certos métodos contraceptivos. Como relatado por Moura (2003, p. 110–111) em sua pesquisa em Fortaleza, essas limitações incluem a indisponibilidade de certos métodos contraceptivos.

Portanto, embora o SUS ofereça uma gama de métodos contraceptivos de forma gratuita, existem obstáculos que dificultam o acesso pleno e igualitário a



esses recursos, o que destaca a necessidade contínua de melhorias na disponibilidade e na abordagem de gênero na oferta desses serviços nas unidades básicas de saúde.

De acordo com um estudo publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, o uso atual do dispositivo intrauterino (DIU) foi pouco frequente (1,7%; n=32), sendo o nível de conhecimento maior entre mulheres com 25–34 anos de idade, mais escolarizadas, brancas, que usavam/já tinham usado o dispositivo intrauterino e residentes em Aracaju e Sergipe. Embora a amostra seja pequena, os resultados sugerem que há uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e o conhecimento sobre o DIU.

A educação sexual e reprodutiva é um direito humano fundamental e deve ser acessível a todas as pessoas, independentemente de sua raça, idade ou nível de escolaridade. Esse perfil mostra que as mulheres mais vulneráveis à gestação não planejada têm menos acesso a informação adequada. Além disso, sinaliza sobre a importância do profissional de saúde em diminuir essa iniquidade, na medida em que sua orientação aumenta o interesse. O desejo pelo método está relacionado ao conhecimento, dessa forma, 58,7% das mulheres não têm interesse pelo DIU, um dos motivos é a falta de informações e o medo do procedimento. Entre os conhecimentos limitantes foi citado que o DIU era abortivo, que levada a uma dificuldade de engravidar após a retirada, precisaria de uma cirurgia para ser inserido, que aumentava o risco de câncer uterino, além de causar efeitos adversos desagradáveis. Em um outro estudo, aproximadamente 20% das mulheres sabiam que o DIU é mais eficaz do que os ACOs e 43% achava que o dispositivo aumentava o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), mostrando um baixo conhecimento sobre o método

Dados da PNDS 2006 mostram que, apesar de ter aumentado o uso de métodos contraceptivos em comparação à última pesquisa em 1996, a utilização de métodos hormonais e a laqueadura representaram mais de dois terços das alternativas anticoncepcionais apresentadas às mulheres. Evidenciaram, também, presença excessivamente alta da laqueadura tubária entre as mulheres sem escolaridade, demonstrando a dificuldade dos serviços públicos em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional, através de métodos reversíveis e não hormonais, nos serviços de atenção primária. É notória a necessidade de ampliar a informação e o acesso das mulheres a outros métodos, a fim de disponibilizar escolha informada de uma opção que melhor se adapte a cada perfil. Objetiva-se uma contracepção mais eficiente e eficaz com autonomia para as mulheres decidirem o melhor momento para o retorno à fertilidade. Dentre os métodos contraceptivos existentes, o dispositivo intrauterino (DIU) com cobre possui uma larga utilização em nível



mundial (em torno de 15 %). Em contraste, há baixo registro de utilização no Brasil, com estimativa de uso, conforme dados da PNDS 2006, em torno de 1,9%. (PNS, 2006).

O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei nº 9.263/1996, que o regulamenta. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anti-concepção (Pierre e Clapis, 2010, p. 2; Brasil, 1988, 1996). Apesar disso, os tipos existentes, os testes, a distribuição e o uso dos métodos contraceptivos denotam recair sobre a mulher a maior responsabilidade sobre a contracepção. Além dos números, um outro corolário disso é a inexistência de um método medicamentoso anticonceptivo masculino.

## 2.2 A RELAÇÃO ENTRE A FEMINIZAÇÃO DA POBREZA E A FALHA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Falar sobre a feminização da pobreza, é discorrer sobre a ideia de que mulheres, ao longo do tempo, vem se tornando mais pobres do que os homens. Conforme argumenta a autora Maria Salet Ferreira Novellino (2004, p. 53), o conceito de feminização da pobreza foi cunhado pela estadunidense Diane Pearce em 1978. Seu pressuposto é o de que a pobreza está rapidamente se tornando um problema feminino. De acordo com a autora, este é um processo que se inicia quando a mulher com filhos passa a não ter mais marido ou companheiro morando no mesmo domicílio e se responsabilizando pelo sustento da família; e tem que, sozinha, manter a si e a seus filhos. Portanto, os estudos sobre feminização da pobreza tomam como objeto as mulheres chefes de domicílio com filhos menores sob sua guarda. Segundo Novellino (2004, 2004, p. 2).

O processo de empobrecimento das mulheres ao aumento na proporção de famílias pobres chefiadas por mulher, as quais ela define como aquelas onde há apenas um adulto do sexo feminino e nenhum adulto do sexo masculino. Embora reconheça que, obviamente, há mulheres pobres porque vivem em famílias chefiadas por homens que são pobres, ela vai concentrar sua análise nas mulheres 'que são pobres porque são mulheres'. O que significa que ela investiga quais são as consequências econômicas e sociais de ser mulher (sem o apoio de um marido) e que acabam por conduzir à pobreza.

Nessa perspectiva, e com base nas pesquisas sobre a disponibilização de



métodos contraceptivos de longa duração verifica-se que o fato do não acesso a saúde de forma igualitária é uma das formas de conduzir as mulheres para a pobreza, uma vez que as mulheres que têm acesso ao DIU são na maioria dos casos, usuárias da saúde suplementar.

A fim de comprovar que a discussão entre a relação entre a feminização da pobreza e o acesso a saúde de forma equitativa, é de se observar, por exemplo, que no ano de 2021 foi emitido uma nota técnica pela Comissão da Mulher Advogada, da secção de São Paulo (OAB-SP, 2021), por ocasião de uma denúncia sobre diversas exigências discrepantes para que a mulher pudesse ter acesso ao DIU, denúncias estas que foram realizadas no âmbito privado da saúde suplementar, e também por ocasião de fatos que ocorram dentro das UBS's, e a partir disso surge a lacuna para a discussão sobre a autonomia reprodutiva da mulher, um direito fundamental previsto e garantido em Tratados Internacionais de Direitos Humanos das Mulheres, como a Conferência da População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 1994, e a Conferência da Mulher, realizada em 1955.

O Brasil sendo signatário de ambas as conferências é obrigado a seguir, primordialmente, no seu sistema legal, tal como manda a Constituição Federal. Permitir tal abuso realizado por órgão de saúde, afeta o direito indivisível da mulher sobre suas escolhas e seu corpo, e é violação de direitos humanos. Nesse sentido, tendo como base nota técnica emitida, é possível observar os direitos das mulheres sendo relegados à invisibilidade, o que conseqüentemente leva as mulheres a situações de hipossuficiência, por não terem o acesso adequado a seus direitos.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ASSEGUREM A SAÚDE DA MULHER

Para entender o que é Política Pública, com base nos estudos de Leonardo Secchi, “uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (2019, p. 2). Uma política pública tem como base dois elementos essenciais: a intenção pública e a resposta a um problema coletivamente relevante. Em outras palavras, o objetivo da implementação de uma política pública é tratar ou resolver um problema que seja considerado de interesse público, e ainda, segundo estudos de Flávia Biroli:

A desigualdade de gênero é uma questão central das democracias contemporâneas, uma vez que impede que metade da população tenha condições



plenas de exercer a cidadania e de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (2018, p. 17).

No contexto da saúde, torna-se evidente a presença da desigualdade, inclusive em relação a esse direito assegurado constitucionalmente. Essa realidade é congruente com os princípios de justiça e igualdade defendidos por Flávia Biroli e tem como resultado direto a diminuição da qualidade de vida das mulheres, uma vez que o acesso apropriado não tem sido plenamente garantido. Discutir políticas relacionadas à saúde das mulheres implica, sobretudo, abordar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004. Essa iniciativa é o resultado de um longo percurso de lutas das mulheres em busca da melhoria da assistência à sua saúde.

O ponto de partida para essa evolução foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que desempenhou um papel de extrema importância na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Este programa buscou superar uma abordagem restritiva que prevaleceu historicamente na assistência à saúde das mulheres, caracterizada por um enfoque estritamente materno-infantil. Até então, as políticas de atenção à saúde das mulheres estavam predominantemente voltadas para o período da gravidez, parto e amamentação, limitando a visão da mulher a seu ciclo reprodutivo, como se sua importância e valor estivessem unicamente relacionados à sua capacidade de procriação. Essa perspectiva refletia os valores de uma sociedade patriarcal e sexista, que o PAISM ousou confrontar, afirmando que as mulheres são muito mais do que simplesmente mães e reprodutoras.

Em 1986, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) transcendeu a abordagem limitada voltada apenas para a maternidade e a infância nas políticas de saúde destinadas às mulheres. O PAISM antecedeu e desempenhou um papel influente na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, foi pioneiro como a primeira política temática que tinha como objetivo aprimorar a saúde das mulheres, incorporando princípios essenciais de integralidade, equidade e universalidade, bem como uma abordagem direcionada a populações vulneráveis e reconhecendo as particularidades e interseções das experiências das mulheres.

Em 2004, o mencionado programa foi transformado em uma política abrangente, tornando-se intrinsecamente conectado a todas as outras iniciativas de saúde. Essa transformação permitiu a aplicação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento às mulheres, com o objetivo de promover sua autonomia e capacitar seu protagonismo em relação a suas vidas e corpos.

No entanto, apesar da existência dessa política, é inegável que a autonomia das



mulheres não se concretizou, e ainda não é uma realidade para muitas delas. Um exemplo emblemático disso é a promulgação da Lei nº 14.443/2022 apenas no ano de 2022, que altera disposições da Lei nº 9.263/1996 e estabelece prazos para a oferta de métodos e técnicas contraceptivas, bem como rege as condições para procedimentos de esterilização no contexto do planejamento familiar. Esta lei recente evidencia desafios persistentes no que diz respeito à garantia da autonomia das mulheres em relação às suas escolhas reprodutivas.

Considerando a importância do acesso à saúde como um direito fundamental e pessoal, não se pode subestimar a influência substancial dos movimentos e lutas feministas nessa esfera. Em consonância com essa perspectiva, a filósofa Marcia Tiburi argumenta que o feminismo não deve mais ser encarado com conotações pejorativas. Ela sustenta que o feminismo representa um apelo à interlocução e à mobilização. Aceitar essa perspectiva é uma questão de sagacidade sociopolítica e de compromisso com o bem-estar do mundo (Tiburi, 2018, p. 56).

O Brasil possui compromissos nacionais e internacionais em relação à saúde da mulher. Nesse contexto, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como objetivo concretizar esses compromissos em ações de saúde relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Isso envolve a redução da mortalidade materna, o fornecimento de atenção qualificada durante a gravidez, parto e puerpério, além do atendimento a situações de abortamento e a violência contra mulheres, em especial a violência doméstica e sexual. Além disso, o programa busca garantir o acesso a informações e métodos contraceptivos, bem como oferecer cuidados relacionados ao período de climatério e menopausa. Ademais, também políticas com foco nos casos de câncer ginecológico, que é o câncer de colo de útero e de mama, políticas essas que visam qualificar as ações para que as mulheres sejam atendidas em tempo hábil, para que possa ser garantido o acesso às ações de promoção, prevenção e tratamento.

A PNAISM também destaca a importância das questões de gênero e das desigualdades nesse âmbito como um ponto crucial para a saúde feminina. A compreensão é de que as relações de gênero trazem consigo uma carga adicional de adoecimento e vulnerabilidade para as mulheres, em virtude da dupla, ou até tripla jornada de trabalho que muitas vezes enfrentam. Apesar de terem uma expectativa de vida maior que a dos homens, as mulheres adoecem mais em decorrência de diversos fatores prejudiciais à sua saúde.

Há quem diga que tratar as relações sexuais e reprodutivas são ações simples de



serem realizadas, e que basta levar informações e insumos, contudo, apesar do lapso temporal em que a sociedade vive algumas questões de contracepção são vistas como tabus, devido a crenças religiosas e culturais, o que por vezes faz com que as mulheres não tenham acesso aos métodos de forma adequada.

Dentro desse contexto estrutural, é possível observar que o Sistema Único de Saúde, na grande maioria dos casos não torna clara e ostensiva a informação de que existe a possibilidade ao acesso a métodos contraceptivos de longa duração, diante disso, as mulheres optam pelos métodos “convencionais”, como por exemplo o anti-concepcional em pílula, e em injeção, nesse sentido, ainda que tais métodos previnam a gravidez, a longo prazo podem trazer prejuízos à saúde da mulher, fazendo com que ela não tenha uma qualidade de vida adequada. Tendo isso em vista, além da quebra dos paradigmas machistas que ainda são perpetrados na sociedade, faz-se necessário maior sensibilização dos profissionais de saúde a fim de elucidar para as mulheres os seus direitos e garantias no que se refere aos métodos de contracepção que sejam menos prejudiciais à saúde.

O PNAISM é uma política extremamente relevante, portanto precisa ser mais pública, para que dessa forma as informações possam chegar para todas as mulheres, principalmente para as mulheres de média e baixa renda. Além dos eixos que tratam sobre a saúde da mulher como um todo através do PNAISM, é importante a análise jurídica legislativa das questões inerentes ao planejamento familiar, pois, a Lei nº 9.263/1996, dispõe que:

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias. (Planalto, 1996).

O texto legislativo reforça a importância do acesso à informação e aos métodos contraceptivos para que as mulheres possam exercer sua autonomia e decidir livremente sobre sua vida reprodutiva. A garantia desse direito é fundamental para a promoção da saúde e bem-estar das mulheres, além de contribuir para a construção de uma sociedade mais igualitária e justa. É necessário, portanto, que os serviços de saúde cumpram com o que é determinado pela Lei nº 9.263/1996, assegurando o acesso aos métodos e técnicas de planejamento familiar de forma ampla e respeitosa.



O fato do SUS não contemplar na prática alguns pressupostos estabelecidos pelas políticas de saúde da mulher faz com que o número de gravidezes indesejadas ocorra de forma preponderantemente grande entre as mulheres, principalmente as de média e baixa renda, e além disso, junto a gravidez indesejada, existem as epidemias como a do zika vírus, que além de espelhar magistralmente as desigualdades sociais, afeta de modo dramático particularmente as mulheres jovens, grávidas e de regiões empobrecidas que infelizmente não tiveram acesso a garantia de métodos de contracepção e ao planejamento familiar oferecido pelo SUS (PNS, 2016).

A desigualdade social no acesso a métodos contraceptivos reversíveis de alto custo, assim como ocorre no acesso das mulheres às práticas seguras de abortamento, continuam penalizando mulheres pobres e negras, o que precisa ser corrigido. A ideia de delegar ao médico a tarefa de escolha de um método contraceptivo (reversível ou não) minimiza a capacidade de escolha da mulher e seu poder de decisão como uma pessoa autônoma, capaz de avaliar e decidir naquele momento de vida a alternativa contraceptiva que melhor lhe atenda.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo empreendeu uma análise crítica e substancial sobre o acesso a métodos contraceptivos de longa duração no contexto das mulheres de baixa renda no Brasil. A pesquisa desempenha um papel de relevância intrínseca ao destacar a necessidade de efetivar os direitos das mulheres, incluindo o acesso a métodos contraceptivos, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) e do planejamento familiar, conforme estipulado na Lei nº 9.263/1996. No entanto, constatou-se de maneira incontestável que diversas mulheres ainda enfrentam obstáculos significativos na consecução plena desses direitos, como corroborado por dados quantitativos de alcance nacional que foram elucidados no texto.

O cerne deste estudo repousou na exploração minuciosa do modus operandi da divulgação e disponibilização de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que prestam atendimento primário. Adicionalmente, o artigo abordou a intrincada relação entre a feminização da pobreza e as lacunas no âmbito do planejamento familiar, enfatizando a necessidade premente de aperfeiçoar continuamente as políticas públicas destinadas a assegurar a saúde da mulher, a fim de garantir o acesso equitativo e eficaz a esses serviços. A análise do estado da arte sobre o tema revela que as desigualdades no acesso aos métodos contraceptivos de longa



duração são uniformemente distribuídas em todo o país. Tal constatação justifica a relevância desta pesquisa, uma vez que um estudo aprofundado proporciona à sociedade civil maiores oportunidades de participação na elaboração de políticas públicas eficazes para resolver este problema. Em síntese, esta pesquisa ofereceu contribuições substanciais para a compreensão dos desafios e perspectivas relacionados ao acesso a métodos contraceptivos de longa duração no Brasil. Ao destacar a importância de políticas públicas eficazes e da sensibilização nas UBS, este trabalho reforçou o compromisso incessante com o aprimoramento do acesso, promovendo, assim, a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres em vulnerabilidade social, no sentido de consolidar uma sociedade mais equitativa e justa.

## REFERÊNCIAS

- BIROLI, Flávia. *Gênero e política: uma introdução*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018.
- BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 875–879, mar. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao) Acesso em: 1º jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. 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: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm). Acesso em: 25 fev. 2024.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids*. Brasília: 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS. 18 dez. 2019.
- \_\_\_\_\_; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- COLLINS, Patricia Hill. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, v. 41, p. 1-20, 2015.



DE BEAUVOIR, Simone. *O Segundo Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. Trad. Sérgio Milliet.

DE HOLLANDA, Heloisa Buarque. *Explosão feminista: arte, cultura, política e universidade*. Editora Companhia das Letras, 2018.

FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt>. Acesso em: 6 fev. 2024.

IBGE. *PNS - Pesquisa Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?t=destaques>. Acesso em: 6 fev. 2024.

KEUNECKE, Ana Lucia Dias da Silva. Os direitos reprodutivos da mulher como proteção indivisível de direitos humanos. *Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II*, v. 22, n. 2, p. 4-14, dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38626/36381>. Acesso em: 15 maio 2023.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. *Feminismo e Política*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. DA. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 150–156, jun. 2006.

QUEM somos – Nascer no Brasil. Nascer no Brasil. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?page\\_id=1194](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?page_id=1194). Acesso em: 15 fev. 2024.

RIBEIRO, Djamila. *Pequeno manual antirracista*. Companhia das Letras, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. Saúde Integral da Mulher. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/saude-integral-da-mulher>. Acesso em: 15 fev. 2024.

TIBURI, Marcia. *Feminismo em comum para todas, todes e todos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

TRINDADE, Raquel Elias da; SIQUEIRA, Bárbara Barrozo; PAULA, Thayane Fraga de; et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. suppl 2, p. 3493–3504, 2021.