

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

CECÍLIA CHAGAS DE MESQUITA

**SAÚDE DA MULHER E REDEMOCRATIZAÇÃO:
IDEIAS E ATORES POLÍTICOS NA HISTÓRIA DO PAÍS**

Rio de Janeiro

2010

CECÍLIA CHAGAS DE MESQUITA

**SAÚDE DA MULHER E REDEMOCRATIZAÇÃO:
IDEIAS E ATORES POLÍTICOS NA HISTÓRIA DO PAISM**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina M. O. Fonseca

Rio de Janeiro

2010

Ficha Catalográfica

M582 Mesquita, Cecília Chagas de
Saúde da mulher e redemocratização: idéias e atores políticos
na história do PAISM / Cecília Chagas de Mesquita. - Rio de
Janeiro : s.n. 2010.
157 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da
Saúde)-Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.
Bibliografia: p. 146-157

1. Saúde da Mulher 2. História. 3. Política de Saúde 4.
Assistência à Saúde 4. Saúde Pública 5. Brasil.

CDD: 612.6

CECÍLIA CHAGAS DE MESQUITA

**SAÚDE DA MULHER E REDEMOCRATIZAÇÃO:
IDEIAS E ATORES POLÍTICOS NA HISTÓRIA DO PAISM**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em 10 de agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Cristina M. O. Fonseca (Orientadora)
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Prof^ª Dr^ª Suely Gomes Costa
Universidade Federal Fluminense

Suplentes:

Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira
Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª Maria Martha de Luna Freire
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2010

*Aos meus pais,
seu apoio tornou isso possível*

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Francisco e Amilce, meus primeiros mestres na vida, que sempre me incentivaram em meus estudos e estiveram ao meu lado em todos os momentos, de um jeito discreto só deles, mas sempre atentos aos meus passos. Deus me deu os melhores pais do mundo!

Muitíssimo obrigada à Cristina, minha orientadora, pela atenção, paciência e pelo carinho com que sempre me tratou, desde os preparativos para o processo de seleção até os últimos acertos da dissertação. Seu apoio e suas observações foram essenciais. Foi um privilégio tê-la como orientadora!

Aos meus irmãos, Leonardo e Isabela, obrigada por suportarem meus momentos de silêncio e isolamento e às vezes de mau humor, em que estive atolada de textos e livros ou na frente do computador – quase o tempo todo!

Frederick, mesmo com toda a distância entre nós, sua presença em minha vida faz toda a diferença. Obrigada pelo afeto, pela força e compreensão sempre.

Não posso deixar de lembrar do carinho e da confiança com que fui recebida pela tia Tereza e pela prima Daniely em sua casa. Muito obrigada. Tia Lúcia e tio Leão, mais uma vez, obrigada por deixar as portas da “minha” casa de Icarai sempre abertas para mim. Se todos que estudam longe de casa tivessem tios assim...

Obrigada ao Felipe, pela ajudinha essencial e na hora certa mais uma vez.

A Agnes, muito obrigada pelos momentos de reflexão, relaxamento e pelas “gotinhas” de esperança e autoconfiança.

Aos professores do PPGHCS, pelos valiosos ensinamentos. Aos funcionários e colegas, obrigada pela ajuda e pelas conversas nos intervalos das aulas, minutos de descontração que valeram muito.

Agradeço aos professores da banca, Suely Gomes Costa e Luiz Otávio Ferreira, por contribuírem de forma tão rica para o meu crescimento intelectual e profissional.

Um agradecimento especial para à professora Rachel Soihet, por me ceder uma parte de sua pesquisa, contribuindo, mais uma vez, de forma tão significativa com meus trabalhos acadêmicos.

Por fim e acima de tudo, agradeço a Deus pela vida e por me conceder a chance de superar minhas limitações e angústias a cada desafio que me proponho enfrentar. Talvez o mestrado não seja o maior deles, mas sem dúvida é um dos grandes.

Sumário

Resumo	8
Abstract	9
Introdução.....	10
Capítulo 1. Estado, população e fecundidade: breve histórico do debate	22
1.1. Mulher e fecundidade no discurso médico-científico: a maternidade como função biológica e social	24
1.2. Do <i>birth control</i> ao planejamento familiar: o debate sobre população na primeira metade do século XX.....	28
1.3. Superpopulação, desenvolvimento e novas tecnologias contraceptivas: o debate no pós- Segunda Guerra	33
Capítulo 2. Contexto político e atores históricos na redemocratização.....	41
2.1. As esquerdas e a oposição ao regime militar na segunda metade da década de 1970.....	44
2.2. Os novos movimentos sociais	47
2.3. Panorama das políticas de saúde	48
2.4. O movimento da reforma sanitária	52
2.5. O movimento de mulheres e a segunda “onda” feminista.....	54
Capítulo 3. Perspectivas em debate: propostas e conflitos sobre planejamento familiar no Brasil.....	61
3.1. A polêmica do controle da fecundidade: personagens e estratégias.....	62
3.2. As reações contra os programas de planejamento familiar	71
3.3. Conhecimento e autonomia: as perspectivas feministas de saúde da mulher.....	90
3.4. As feministas às vésperas do PAISM.....	108
Capítulo 4. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): um exercício democrático	112
4.1. Elaboração e lançamento do PAISM.....	114
4.2. Reações e críticas ao PAISM	124
4.3. O PAISM após 1983.....	132
Considerações finais.....	143
Referências bibliográficas e Fontes.....	146

Resumo

Este trabalho procura analisar a articulação entre as ideias de diferentes atores sociais vinculados ao movimento da reforma sanitária, ao movimento feminista e ao Estado na configuração de uma política pública de saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde. Os conceitos de saúde pública defendidos pelo movimento da reforma sanitária articulados às concepções e práticas educativas sobre o corpo e a saúde da mulher do movimento feminista, influenciaram no desenho do PAISM. Entre meados das décadas de 1970 e 1980, a mobilização política pelo ideal da consolidação de uma sociedade democrática no Brasil possibilitou um consenso entre diferentes setores da oposição ao regime militar e ao neomalthusianismo, na elaboração do PAISM, que procurava incorporar entre as demandas básicas de saúde da população, aquelas que diziam respeito especificamente às mulheres, entre elas a contracepção, antecipando diretrizes internacionais nesse campo e tornando-se referência para futuras políticas de saúde da mulher.

Abstract

This paper analyzes the relationship between the ideas of different social actors linked to the health movement, the feminist movement and the State in shaping a public policy of women's health, the Program for Integral Assistance to Women's Health (PAISM), launched in October 1983. Public health concepts espoused by the movement of health reform articulated to conceptions and educational practices about the women's body and health by the feminist movement influenced the design of PAISM. Between the decades of 1970 and 1980, the political mobilization for the ideal of a democratic society in Brazil enabled a consensus among different sectors of the opposition to the military regime and to the neo-Malthusianism in the preparation of PAISM, which sought to incorporate the demands from primary care population, specifically those related to women, including contraception, becoming a benchmark for future policies on women's health.

Introdução

Este trabalho¹ tem como objetivo analisar a articulação entre diferentes atores vinculados ao movimento sanitário, ao movimento feminista e ao Estado na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde. Procuramos mostrar como as ideias e as experiências desses atores políticos desempenharam papel relevante no desenho de uma política pública de saúde da mulher.

A periodização da pesquisa refere-se aos anos de redemocratização do Brasil, entre fins da década de 1970 e 1980, durante a ditadura militar, momento em que as lutas em prol dos direitos políticos, civis e sociais ganharam força e se materializaram na ampliação do debate político e na multiplicação e fortalecimento dos movimentos sociais, em especial os de oposição ao regime. Contexto que tornou possível a abertura de espaços institucionais para essas reivindicações, principalmente após as vitórias eleitorais dos partidos de oposição.

¹ Esta dissertação foi motivada por experiências de pesquisa sobre a história das relações de gênero e do movimento feminista carioca, orientadas pela professora Rachel Soihet, durante a graduação e a pós-graduação lato-sensu na Universidade Federal Fluminense, em Niterói. Considerando essa experiência prévia e o tempo limitado de preparação de uma dissertação de mestrado, privilegiamos a investigação das fontes localizadas na cidade do Rio de Janeiro. As fontes de membros do movimento feminista carioca são muito ricas e ainda pouco exploradas. Destacamos os arquivos pessoais sob a guarda do Arquivo Nacional, fontes só recentemente organizadas e disponibilizadas para consulta: fundo Comba Marques Porto, fundo Leonor Nunes Paiva e fundo Hildete Pereira de Melo. Embora não sejam profissionais da área da saúde, essas mulheres tiveram uma longa e importante atuação no movimento feminista brasileiro, participando dos debates sobre diversos temas relacionados aos problemas femininos e acumulando acervo riquíssimo sobre esses temas, dentre eles o planejamento familiar e o PAISM.

Após anos de polêmicos debates sobre o controle da natalidade no Brasil, e de tentativas fracassadas do governo federal de implantar programas de planejamento familiar, o Ministério da Saúde lançou o PAISM, como resposta à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre problemas populacionais, instalada em 1983, a pedido do Presidente João Baptista Figueiredo. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher destacou-se na época por ter sido o primeiro programa estatal posto em prática que se propunha a implantar a nível nacional o planejamento familiar no Brasil. Ao mesmo tempo, tornou-se referência para a área da saúde pública e os feminismos no Brasil por incorporar princípios defendidos pelo movimento da reforma sanitária e novas concepções sobre a saúde da mulher, apregoadas pelo movimento feminista.

O PAISM foi um dos desdobramentos de uma política pública que tinha entre seus objetivos, a expansão dos serviços básicos de saúde através de ações integradas e da oferta de atenção primária, simplificada e horizontal². Tinha também como segundo objetivo responder à demanda pela atenção à saúde do grupo materno-infantil e pela oferta de serviços de planejamento familiar, exigência de acordos e tratados internacionais assinados pelo governo brasileiro e reivindicação de diferentes setores da sociedade, como os grupos controlistas³, os médicos e os movimentos de mulheres. Além disso, o governo tentava com essa política neutralizar as tensões envolvidas na polêmica sobre controle da natalidade em momento delicado da vida econômica e política do país na primeira metade da década de 1980 (OSIS, 1994).

Entre as décadas de 1970 e 1980 formou-se um debate entre grupos heterogêneos – feministas, sanitaristas, clero católico, demógrafos - em torno de um projeto de saúde da mulher que contemplasse o planejamento familiar como um direito de cidadania, em contraposição aos programas de controle de natalidade defendidos por economistas, políticos, ginecologistas e entidades privadas de planejamento familiar, financiadas por organismos estrangeiros sob perspectiva neomalthusiana⁴. Tal projeto

² Assistência integrada se refere à oferta de serviços realizados a partir da integração das esferas federal, estadual e municipal do poder público através de convênios entre Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde. O conceito de atenção primária e simplificada privilegia as triagens em postos de saúde comunitários antes do atendimento em centros de saúde e hospitais especializados. Por atenção horizontal entende-se a visão global e integrada dos problemas de saúde do indivíduo, ao contrário da atenção vertical, centrada numa parte do corpo do paciente (OSIS, 1994).

³ Termo que usaremos neste trabalho para nos reportarmos aos setores da sociedade favoráveis ao controle da natalidade como chave para o desenvolvimento sócio-econômico.

⁴ O neomalthusianismo foi um movimento ideológico surgido na Europa no século XIX, que defendia a limitação do tamanho das famílias como forma de combater a pobreza e a promiscuidade. Os neomalthusianos retomaram algumas das ideias de Thomas Malthus a respeito do ônus social gerado pela

de saúde, encampado, sobretudo, pelo movimento feminista e pelo movimento da reforma sanitária, teria influenciado a elaboração do (PAISM), como procuraremos demonstrar ao longo do trabalho.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o planejamento familiar no Brasil são tema de uma vasta literatura, que vai de artigos jornalísticos e científicos a dissertações e teses. Alguns trabalhos fazem recortes específicos, enfocando um dos atores envolvidos nos debates sobre esses temas, como é o caso dos trabalhos de Maria Isabel Baltar da Rocha (1993), referente às discussões sobre planejamento familiar e aborto no Parlamento e a dissertação de Maria José Duarte Osis (1994), sobre a origem do conceito de atenção integral à saúde da mulher (AISM) a partir das ideias e experiências de ginecologistas da Universidade de Campinas.

Destaca-se ainda a tese do demógrafo Délcio da Fonseca Sobrinho (1993), que escreveu uma história do planejamento familiar no Brasil, analisando a origem da polarização ideológica entre controlistas e natalistas, cujo impasse teria se resolvido com a entrada das feministas no cenário político e com a criação do PAISM.

Inúmeros artigos fazem balanços sobre o PAISM, seus fatores positivos ou as causas de seus fracassos nos anos que se seguiram a sua implantação no sistema de saúde. Alguns deles, escritos por agentes, protagonistas ou coadjuvantes, do processo de construção do programa, como exemplo, os artigos da demógrafa Elza Berquó (1987), da socióloga Sonia Correa (1993) (2003), das feministas Leila Linhares Barsted (1994) e Jaqueline Pitanguy (1999) e os trabalhos da primeira coordenadora do PAISM, a sanitarista Ana Maria Costa (1999), incluindo sua tese de doutorado (2004).

Esses trabalhos chamam atenção, entre outras coisas, para o fato de que apesar dos avanços nas políticas de saúde pública no Brasil nos anos de 1980, o consenso da época em torno do princípio da *integralidade*⁵, afinado com o ideal de Estado de Bem-Estar Social deu lugar à concepção de *saúde reprodutiva*⁶ e para as *ações focalizadas*⁷,

superpopulação e se engajaram na defesa do controle de natalidade através da contracepção (ROHDEN, 2003).

⁵ Princípio que visa assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, e a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos e coletivos em suas singularidade (CAPONI, 2006).

⁶ Conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde em 1988, que inclui os homens na dimensão reprodutiva e inaugura a noção de saúde sexual (CORREA, JANUZZI, ALVES, setembro de 2003). A ideia de saúde reprodutiva assinala, no espaço das práticas de saúde, a ideia da reprodução como direito e não como dever. Aponta para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. (VILLELA, 2000)

refletindo o contexto neoliberal das duas últimas décadas. O modelo biológico tornara-se hegemônico e fragmentara o cuidado à saúde, o que se refletiu nos programas do Ministério da Saúde para assistência às mulheres, que até 2004 concentravam-se nos cuidados a determinadas partes do corpo, agravo ou função, em contradição com o modelo de atenção do SUS (COSTA, SILVESTRE, 2004) (COSTA, 2004).

Apesar das tentativas de esvaziamento da integralidade como eixo de políticas públicas de saúde da mulher, a partir dos anos de 1990, esse princípio ainda é forte no ideário dos atores da saúde. Tanto que em 2004, vinte anos depois da criação do PAISM, o Ministério da Saúde lançou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, retomando o conceito de integralidade e buscando ampliar o acesso ao planejamento familiar no Brasil (COSTA, SILVESTRE, 2004).

Considerando que o PAISM envolve questões ainda em debate e de grande interesse na área da saúde e na sociedade em geral, buscamos colaborar na compreensão do tema a partir de uma abordagem histórica preocupada em articular os atores envolvidos nessa história, seus debates, convergências e divergências. Esperamos assim contribuir para entender o papel desses atores na elaboração e na configuração do PAISM em meio ao contexto de redemocratização entre fins da década de 1970 e 1980.

O período em questão foi marcado por importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil e nas políticas públicas. Sob impacto da democratização e de uma crise econômica, o país viveu mudanças nas políticas públicas com base numa agenda de reformas construída democraticamente com participação de diversos atores e inclusão de novos segmentos sociais como beneficiários. As prioridades eram a descentralização e a participação da sociedade civil na implementação das políticas públicas (FARAH, jan-abril, 2004), princípios presentes na formulação do Sistema Único de Saúde, proposto pelo movimento da reforma sanitária e realizado no âmbito da nova Constituição, em 1988.

Os movimentos sociais urbanos foram os principais agentes desse processo de transformações, lutando pela redemocratização do regime e por melhoria nas condições de vida e no acesso aos serviços públicos. Os movimentos de mulheres se destacaram nesse cenário, revelando as mulheres como sujeito coletivo e tornando públicos temas da esfera privada. Ao mesmo tempo em que elas denunciavam as desigualdades de classe passaram a reivindicar direitos relacionados a temas ditos femininos como

⁷ Programas, acompanhamentos e avaliações estratégicos de impacto limitado sobre o conjunto da população (IVO, 2004).

creche, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (FARAH, jan-abril 2004). A mobilização das mulheres - sobretudo das feministas⁸ - contribuiu para a inclusão da questão de gênero⁹ na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas no novo regime democrático.

Exemplo desse novo quadro do país foi a criação das primeiras políticas públicas voltadas para a promoção da igualdade entre os sexos na década de 1980, sob influência dos novos papéis sociais desempenhados pelas mulheres e da organização de grupos feministas brasileiros. Dentre essas políticas destacaram-se: o Conselho Estadual da Condição Feminina, 1983 (São Paulo); a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, 1985 (São Paulo); o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1985 (Ministério da Justiça) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), 1983 (Ministério da Saúde) (FARAH, jan-abril 2004). Esta última, objeto de nosso trabalho e reflexo da amplitude das demandas na área da saúde e da participação destacada das feministas nessa área.

Entre as estratégias de intervenção das organizações feministas na área da saúde estavam: o questionamento da autonomia das mulheres em relação aos profissionais de saúde expresso na meta de democratização das informações sobre corpo, sexualidade e saúde; a proposta de mais alternativas assistenciais; a denúncia da gravidade das questões da esfera reprodutiva, incluindo o controle da natalidade imposto às mulheres dos países pobres (COSTA, BAHIA, CONTE, jan-dez 2007).

Ao longo da década de 1980, os grupos feministas se multiplicaram e ampliaram o debate sobre sexualidade, reprodução, aborto, contracepção, sempre sob o viés da autonomia das mulheres em relação ao seu próprio corpo, à vivência plena de sua sexualidade, à livre opção pela maternidade. Bradando o lema “Nosso corpo nos pertence”, exigiram que a mulher fosse tratada pela sociedade e pelas políticas públicas como ser autônomo e não como um ser determinado pela sua função reprodutiva e pelo

⁸ A distinção entre movimento de mulheres e movimento feminista será melhor explicada ao longo deste trabalho. Em suma, o movimento feminista se difere dos demais movimentos de mulheres deste período por construir suas reivindicações com base no reconhecimento das relações de desigualdade e opressão entre os sexos. Cabe lembrar que embora tivessem pontos em comum, as feministas não eram um grupo homogêneo, apresentando diferentes visões sobre o feminismo e diferentes reivindicações.

⁹ O conceito de gênero, de um modo geral, enfatiza as relações sociais entre os sexos e permite a apreensão de desigualdades de poder entre homens e mulheres. Além disso, destaca o caráter histórico das diferenças entre os sexos e a construção social da percepção da diferença social. Dentro desta perspectiva de gênero, chama a atenção para a necessidade de rompimento da homogeneização do masculino e do feminino e para a existência de diversidade no interior de cada um desses campos. Incorporaram-se às análises de gênero outras dimensões das relações sociais tais como raça, classe e geração (FARAH, jan-abr/2004).

papel de mãe. Nesse contexto surgiram críticas, por parte do movimento feminista, aos programas verticais de saúde materno-infantil, os quais concebiam a mulher somente enquanto mãe dos futuros filhos da nação, negligenciando os problemas de saúde relacionados às demais fases da sua vida: problemas da adolescência e da menopausa, doenças sexualmente transmissíveis, esterilidade, contracepção, entre outros.

Em seu caminho, as feministas se uniram ao movimento da reforma sanitária pela redefinição, ampliação e democratização dos serviços básicos de saúde e contra as ações que visavam ao controle da natalidade – distribuição de pílulas, esterilização em massa e pesquisas com contraceptivos de alta eficácia em mulheres das classes populares - realizadas por entidades privadas de planejamento familiar e universidades federais, ambas financiadas por capital estrangeiro e apoiadas por setores da sociedade brasileira.

A partir dessas observações, elaboramos a hipótese de que as concepções feministas sobre o corpo e a saúde da mulher em conexão com os pressupostos do movimento da reforma sanitária influenciaram na elaboração do PAISM, uma política pública de saúde da mulher que representou a transição do conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher, trazendo com uma de suas ações inovadoras a oferta de serviços de contracepção e planejamento familiar.

Para nos auxiliar no processo de análise e comprovação da hipótese, recorreremos a alguns referenciais teóricos como suporte para construção e desenvolvimento de nosso argumento. Sendo assim, articulamos os debates neo-institucionalistas no campo das políticas públicas, com conceitos de história cultural e com referenciais teóricos das análises sobre movimentos sociais.

Refutando generalizações teóricas sobre o Estado, o neoinstitucionalismo busca, através da descrição de casos concretos, demonstrar que diferentes processos históricos produzem padrões diferenciados de relação entre Estado e sociedade. Contra-pondo-se assim a pontos de vista que defendem a preponderância dos interesses de apenas um dos atores sociais – ou do Estado ou dos grupos de pressão da sociedade civil, por exemplo – no processo de elaboração de políticas públicas.

Atento à fragmentação dos interesses na sociedade, o modelo neoinstitucionalista analisa a influência das instituições políticas sobre os grupos sociais e vice-versa, contemplando em suas análises identidades variadas e as estratégias dos diversos atores sociais no processo de produção das políticas públicas. Segundo esse modelo, os interesses e as estratégias da sociedade civil seriam condicionados pelas

instituições governamentais, as regras eleitorais, os partidos políticos e as políticas públicas anteriores (ROCHA, jan-jun 2005).

Além disso, segundo o neoinstitucionalismo, é o estudo da história da formação do Estado - e de suas respostas aos desafios internos e externos - que pode nos informar sobre a capacidade de funcionários estatais e de políticos de implementar políticas públicas (ROCHA, jan-jun 2005). O que está em debate, portanto, é o poder e a autonomia das instituições estatais na definição de políticas públicas, o peso da influência da sociedade sobre o Estado e a ligação entre as políticas públicas e as complexas relações Estado-sociedade (MARQUES, 1997) (HALL, TAYLOR, 2003).

Fatores sociais como o confronto de interesses, o embate político-eleitoral e as transformações na esfera do poder são capazes de gerar mudanças profundas no setor de políticas públicas, fazendo surgir novos paradigmas. Ou seja, além de novos instrumentos e metas para a implementação de políticas, surgem novas ideias e padrões que orientam a abordagem da realidade pelos especialistas. Os grupos de interesse vão fazer a ligação entre Estado e sociedade e as ideias vão ter um papel central na elaboração das políticas, legitimando alguns interesses em detrimento de outros.

No quadro de ampliação do conflito de interesses e do embate político-eleitoral durante o processo de redemocratização do país, os grupos que mediavam a relação entre o Estado e a sociedade civil no Brasil do período em questão eram representados por novos e antigos partidos políticos – sobretudo os de oposição - e pelos movimentos sociais que se destacaram a partir do período de distensão política ainda no governo Geisel (1974-1978) e ganharam força a partir da volta do pluripartidarismo e da anistia, em 1979, no governo Figueiredo, auge do processo de abertura política do Brasil.

O movimento da reforma sanitária foi um dos movimentos sociais que se destacaram naquele período. Composto por uma militância que atuava principalmente dentro do aparelho estatal propunha mudanças no modelo de saúde pública brasileiro. Também o movimento feminista, embora organizado em grupos autônomos e heterogêneos, encontrava-se em parte dentro de instituições públicas e via-se cada vez mais próximo do ambiente institucional com o crescimento da participação dos partidos oposicionistas no governo, em especial após as vitórias eleitorais de 1982.

Em estudo sobre os novos movimentos sociais, Ana Maria Doimo (1995) afirma que a perda da centralidade do velho movimento operário nos países centrais do ocidente cedeu espaço para novos movimentos pautados em reivindicações não

materiais, em identidades e na renovação das formas de vida política. Esses novos movimentos sociais não reproduziam o padrão clássico de conflitos de classe, suas contradições eram outras e os conflitos, metapolíticos – mais pautados em valores do que em demandas negociáveis. Sua incorporação política não se dava através de reivindicações ao Estado, mas da posição de autonomia em relação a ele (DOIMO, 1995).

No Brasil, esses novos movimentos sociais caracterizavam-se por terem sua origem fora dos canais tradicionais de mediação política e da esfera produtiva, em especial nos espaços de carência econômica. Esses movimentos foram parte do processo de socialização da política que ampliou as possibilidades de surgimento de novos formatos de participação. Eles tinham como marcas comuns o foco em diagnósticos sociais baseados em premissas científicas, metas definidas, e normas visando objetivos táticos e estratégicos (DOIMO, 1995).

Para Doimo (1995), as formas de ação política no Brasil pós-1970 foram caracterizadas por movimentos que atuavam no interior de um campo ético-político marcado por uma sociabilidade comum, pelo senso de pertença a um mesmo espaço compartilhado de relações interpessoais e atributos culturais, como signos de linguagem, códigos de identificação, etc. Essas formas de ação política podem ser consideradas movimentos populares – e não apenas ações diretas fragmentadas – porque compartilhavam uma linguagem comum baseada na crença de que eram um coletivo que não se deixava cooptar, que estava disposto a lutar por seus interesses, era formado por sujeitos autônomos e independentes e tinham como fundamento a democracia e as políticas alternativas por direitos humanos e sociais (DOIMO, 1995).

A literatura sobre os movimentos sociais chama a atenção para um debate recorrente dentro deles: a dualidade entre a atuação dentro das instituições políticas existentes e a ação direta autônoma. Ao mesmo tempo em que algumas vozes dentro desses movimentos deslegitimavam a autoridade política, outras valorizavam a integração social e o acesso a bens e serviços, sempre com disputas intergrupos e interpelação direta dos oponentes. Seguindo o enfoque institucional dos movimentos sociais, podemos afirmar que as ações desses movimentos não eram anti-Estado. No quadro de alianças e conflitos internos, o Estado era amigo ou inimigo dependendo dos interesses em jogo (DOIMO, 1995) (AVRITZER, fev 2007).

Inseridos entre os novos movimentos sociais, tanto o movimento feminista como o movimento da reforma sanitária, compartilhavam valores e características e também foram marcados pelo embate constante entre uma posição autônoma em relação ao Estado e a busca por direitos e voz dentro do aparelho estatal, como veremos nos capítulos seguintes.

A partir dos pontos de vista teóricos acima debatidos buscamos compreender nosso objeto de estudo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em articulação com o papel dos atores envolvidos em sua elaboração – movimento sanitarista, movimento feminista e Estado – e com o quadro histórico, institucional e político do Brasil naquele momento. Dentro desse contexto, construiu-se uma proposta de política pública que incorporava novos e velhos paradigmas da saúde da mulher: a tradicional assistência à maternidade somada às propostas de atenção à mulher ligadas ao seu novo papel na sociedade, mais ativo e autônomo e às reivindicações do movimento feminista brasileiro, voltadas para uma sociedade mais justa, igualitária e sem discriminação de gênero.

É importante reforçar que o feminismo, enquanto movimento social, manifestou-se sob uma enorme pluralidade de sentidos e formas no Brasil assim como no restante do mundo, o que revela as mudanças nas identificações feministas conforme o contexto histórico vivido. O termo *feminismo*, neste trabalho, será usado de acordo com a seguinte definição: “[...] o termo *feminismo* indica historicamente conjuntos variados de teorias e práticas centradas em volta da constituição e legitimação dos interesses das mulheres”. Acreditamos que as práticas e os discursos feministas refletiram a importância de seus interlocutores e contribuíram para a evolução dos discursos políticos existentes (ERGAS, 1996).

O conceito de gênero, por sua vez, será útil na medida em que nos ajuda a compreender em que bases ideológicas se deu a entrada de novas atrizes sociais com pautas específicas de reivindicação no cenário político brasileiro: os movimentos de mulheres. Uma das identidades dessas novas atrizes sociais, sobretudo no caso do movimento feminista, foi forjada a partir da chamada “consciência de gênero”, ou seja, da compreensão de que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais e que os papéis, valores e comportamentos atribuídos a ambos consistem em construções elaboradas pelas próprias sociedades. Joan Scott (1991), definindo gênero como a compreensão produzida pelas culturas e pelas sociedades acerca das relações entre

homens e mulheres destaca o seu caráter variável de acordo com a cultura, com os grupos sociais e com a época.

Acreditamos, portanto, que as concepções feministas sobre a saúde da mulher em diálogo com as ideias do movimento da reforma sanitária influenciaram a formulação de uma política pública universalista, na qual as ações destinadas para as mulheres baseavam-se na substituição do conceito de saúde materno-infantil pelo conceito mais abrangente de saúde integral da mulher, contido no PAISM. A entrada de novos atores e ideias na política brasileira do período de redemocratização assinalou para um consenso entre grupos que embora tivessem suas divergências, encontraram pontos comuns de diálogo em valores como democracia, universalização de direitos de cidadania e diminuição das desigualdades sociais.

A fim de ampliarmos o olhar sobre esses grupos e suas múltiplas identidades, faremos uso do conceito de cultura política, emprestado da nova história política, uma das vertentes da história cultural. Recusando a predominância do enfoque sócio-econômico, a história cultural, fruto da renovação historiográfica da década de 1980, privilegia abordagens que ressaltam variáveis políticas e culturais na interpretação dos processos sociais (GOMES, 2005). A história social da cultura, como também é chamada, discute as formas pelas quais os critérios culturais modelam os processos sociais, utilizando o conceito de cultura emprestado da antropologia (SOIHET, 2003). Os trabalhos que se norteiam por esse novo modelo historiográfico chamam a atenção para outras dimensões da vida social além daquelas de classe, tais como gênero, gerações, etnias, religiões, as múltiplas identidades, tradições culturais, etc.

Esse novo olhar dos historiadores possibilita mudanças na forma de pensar as relações de dominação, sofisticando a dinâmica das relações de poder, uma vez que transforma o sentido de um conjunto de comportamentos individuais e coletivos, politizando uma série de ações e introduzindo novos atores como participantes da política, ampliando, assim, o que se entende como ação política (GOMES, 2005). O que vemos, então, é uma renovação da história política, pensada através de sua articulação com a história cultural. Categorias como *pensamento*, *imaginário* e *cultura política* surgem ao lado de *ideologia* e *classe social* nos novos estudos dessa disciplina histórica, os quais enfocam crenças e valores individuais e coletivos, considerando-os como orientadores dos comportamentos políticos, indo, portanto, além do campo da política formal (parlamentar ou eleitoral) (GOMES, 2005).

A partir daí, fala-se em *cultura política*, categoria que tem sido testada pelos historiadores em pesquisas que procuram entender de forma menos abstrata o comportamento e os valores políticos de atores individuais e coletivos. A cultura política seria um fenômeno político que se manifesta através de um projeto de sociedade ou Estado, de uma leitura compartilhada de um passado e de um futuro comum e mostra-se essencial para a o entendimento da construção de identidades políticas (GOMES, 2005).

Os conceitos acima mencionados ajudam-nos no entendimento da constituição e da disseminação das idéias relacionadas às desigualdades de gênero e à atenção integral no campo da saúde no Brasil desde o momento em que se amplia o debate no cenário político nacional sobre temas como contracepção e planejamento familiar em fins da década de 1970, até a absorção dessas questões pelas instituições e políticas públicas de saúde do Estado nos anos de 1980.

A partir dessas considerações teóricas pretendemos desenvolver a análise de nosso tema em três capítulos.

No primeiro capítulo da dissertação, “Estado, População e Fecundidade: breve histórico do debate”, tratamos da evolução do debate sobre controle da natalidade e planejamento familiar no Brasil e no mundo no século XX, de forma que possamos compreender suas origens e a complexidade dos interesses que envolvem o tema. Através de literatura secundária, passamos pelo discurso médico-científico sobre a maternidade e pelos discursos de feministas, neomalthusianos e eugenistas da primeira metade do século aos argumentos da “explosão demográfica” e da “bomba populacional” no pós-Segunda Guerra Mundial.

No capítulo 2, “Contexto político e atores históricos no processo de redemocratização”, a partir de fontes primárias e secundárias, apresentamos um panorama do processo histórico de transição democrática no Brasil entre as décadas de 1970 e 1980. Partimos das principais transformações no cenário político, econômico e social do país, enfocando as políticas de saúde do Estado naquele momento e as novas relações entre Estado e sociedade, marcadas pelo fortalecimento dos grupos de oposição ao regime e dos movimentos sociais, donde saíram a maior parte das críticas sistemáticas às ideias e práticas de controle da natalidade no Brasil, com destaque para o movimento feminista e o movimento da reforma sanitária, principais articuladores de uma proposta alternativa de planejamento familiar.

No capítulo 3, “Perspectivas em debate: propostas e conflitos sobre planejamento familiar”, analisamos as estratégias dos atores históricos destacados no capítulo anterior, seus pontos em comum e suas divergências quanto ao planejamento familiar no Brasil. Com base em fontes primárias, discutimos as reações da sociedade brasileira organizada contra o caráter controlista das políticas de saúde materno-infantil que antecederam o PAISM e que fracassaram na tentativa de incluir o planejamento familiar em seu corpo de ações. À medida que o processo de redemocratização avançava, as discussões se aprofundavam e revelavam o fortalecimento das ideias progressistas no setor saúde e do pensamento feminista sobre a saúde da mulher.

Ainda nesse capítulo, conheceremos algumas das ideias do movimento feminista quanto à saúde da mulher, à contracepção e ao planejamento familiar. Ideias as quais tiveram influência direta sobre a configuração do PAISM, em especial na que se refere à visão da mulher enquanto ser integral (o corpo pensado em conjunto com os aspectos psicossociais do indivíduo) e não somente enquanto ser reprodutor, o que na prática significou oferecer assistência à saúde da mulher em todas as fases de sua vida e não só na gestação e no parto. Além da ênfase no componente educativo voltado para a promoção da consciência e autonomia sobre o corpo, a sexualidade e a saúde.

No quarto e último capítulo, “O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): um exercício democrático”, discutiremos a afinidade de ideias e propósitos dos atores envolvidos na elaboração do PAISM, através dos debates sobre o programa e da articulação entre Estado, feministas e sanitaristas nesse processo iniciado em 1983 e que teve como ponto culminante a inserção do programa no INAMPS, em 1986. Apesar da heterogeneidade dos setores da sociedade envolvidos nesse processo, naquele contexto de redemocratização foi possível conciliar interesses em muitos aspectos divergentes, de forma a assegurar medidas de avanço na assistência à saúde da mulher e à contracepção.

Procuramos, portanto, nesta dissertação, focar a visão de diferentes atores no processo histórico estudado, os quais se articularam em torno da elaboração de uma política pública de saúde da mulher, como parte do ideal de construção de uma sociedade democrática no Brasil.

Capítulo 1

Estado, população e fecundidade: breve histórico de um debate

A fim de compreendermos o debate em torno da polêmica que envolvia o controle da natalidade e o planejamento no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, faz-se necessário um panorama histórico da questão, que é tema de trabalhos científicos e de acirrados debates políticos desde fins do século XVIII. As rápidas transformações sociais e os avanços no conhecimento científico, em especial na área médica suscitaram novas interpretações sobre o papel de homens e mulheres e do controle da população na construção da civilização e do progresso nas novas sociedades industriais. Nesse contexto, o controle da fecundidade ganha importância estratégica para o crescimento dos Estados.

A história do planejamento familiar tem sido escrita como a história de progressos a partir dos séculos XVIII e XIX ou como a história da libertação do corpo feminino de suas amarras biológicas. Dentro dessa perspectiva existiram duas revoluções contraceptivas na sociedade moderna ocidental: a do coito interrompido nos séculos XVIII e XIX e a da pílula e do aborto liberado nos anos de 1960. Afirma-se também que a contracepção altamente eficaz seria causa e efeito da família nuclear, característica das sociedades contemporâneas (MCLAREN, 1990).

Embora acredite que o declínio da fecundidade e seu impacto na vida das mulheres e da sociedade desde o século XVIII nos países ocidentais tenha sido de fato significativo, McLaren (1990) argumenta que tal perspectiva dá a entender que antes do XVIII e do XIX era impensável o controle da fecundidade. Além disso, ela se preocupa em ressaltar os benefícios das tecnologias reprodutivas sobre a fertilidade, deixando de

lado a possibilidade de conflitos, ainda hoje existentes, nesse campo. É importante lembrarmos que o controle de natalidade pode ser dirigido por objetivos contraditórios. Ele pode servir, por exemplo, tanto para limitar como para promover a fertilidade, que historicamente sempre teve seu peso emocional e econômico (MCLAREN, 1990).

Sempre existiram grupos e sociedades que praticaram limitação da fertilidade em algum período de sua história. Não houve evolução linear do controle da fertilidade e nem de seus métodos. Cada época deu um sentido próprio ao planejamento familiar eficaz e inventou métodos próprios para o controle, dependendo de circunstâncias particulares e de motivações variadas. Nas palavras de McLaren (1990):

A revolução contraceptiva moderna é, em certo sentido, apenas um aumento do grau do controle disponível e da percentagem da população que exerce esse controle, embora também assinala, evidentemente, uma mudança no modo de regulação, uma passagem do espaçamento para a interrupção dos nascimentos (MCLAREN, 1990:12).

Os inúmeros indícios das práticas de contracepção na história nos revelam que abstinência, interrupção do coito, prolongamento do aleitamento foram as formas mais usadas até o século XX. As tecnologias mais eficazes só foram usadas maciçamente a partir dos anos de 1960. É necessário não isolarmos as práticas contraceptivas de outras práticas de regulação da fertilidade como o aborto, muitas vezes visto como contracepção por mulheres de gerações passadas. A diferenciação entre essas práticas teria sido traçada por defensores do controle da fecundidade no início do século XX por razões táticas (MCLAREN, 1990).

A questão da relação entre os sexos, quem controla a fertilidade e para que fins, também não é nova e remonta à origem dos tempos. Envolve por exemplo o tempo de aleitamento, a abstinência durante a amenorréia pós-parto e a sexualidade. A natureza da sociedade ocidental, por exemplo, valoriza o coito ininterrupto, desencorajando outras práticas sexuais. É importante considerar os modos como as sociedades procuraram converter em seu proveito o poder reprodutor das mulheres, onde se estabeleceram relações de dominação entre os sexos. Para McLaren (1990), contudo, as mulheres sempre detiveram em primeiro lugar o poder sobre seu corpo (MCLAREN, 1990).

Outro ponto importante diz respeito à noção criticada pelas feministas de que a luta entre os sexos sobre a reprodução seja menor hoje do que antes. As feministas

foram as primeiras a advertir que ainda que melhorem as condições de vida das mulheres, as novas tecnologias reprodutivas usurpam, em parte, o seu poder sobre a reprodução (MCLAREN, 1990: 17). Seriam mais uma das tentativas de medicalização e controle do corpo feminino, como já ocorria desde o início da era contemporânea.

A mudança de atitude em relação ao número de filhos só pode ser compreendida quando situada no contexto das condições econômicas e sociais e da evolução das questões religiosas, médicas e ideológicas. A tomada de decisão sobre a fertilidade acontece numa teia de relações sociais, culturais e sexuais (MCLAREN, 1990), como será demonstrado neste trabalho.

1.1. Mulher e fecundidade no discurso médico-científico: a maternidade como função biológica e social

Entre os séculos XVIII e XIX, filósofos, naturalistas e médicos, diante de novos conhecimentos anatômicos e fisiológicos, descobriram nas mulheres diferenças que precisavam ser explicadas e organizadas (VOSNE, 2004). A partir das características corpo feminino, redefiniu-se a relação entre os sexos, com ênfase na maternidade como função feminina primordial (ROHDEN, 2001). A mulher se tornou prisioneira de seu corpo, fonte do bem e do mal. Coube aos médicos explicar como e porquê as mulheres são mulheres e ajudá-las a viver de forma a atender aos ditames da Natureza (VOSNE, 2004).

Ao mesmo tempo, abriam-se possibilidades de novas relações entre homens e mulheres a partir das transformações socioeconômicas do século XIX: industrialização, urbanização, ciência e tecnologias, entrada da mulher no mercado de trabalho, movimentos de direitos baseados em ideais de liberdade e igualdade e a influência do ideário feminista pautado no direito à educação e ao trabalho (ROHDEN, 2001).

Naquele momento, o darwinismo e a eugenia ganhavam importância no pensamento médico e social. O determinismo biológico baseado na hereditariedade confirmou as desigualdades sociais como verdades imutáveis. Características e comportamentos que não se enquadrassem nas classificações científicas baseadas nas observações da natureza eram identificados como transgressões da ordem natural do

mundo. A medicina patologizou essas transgressões, especialmente as femininas (ROHDEN, 2001).

Segundo os preceitos médicos, a mulher “normal” deveria ser sexualmente recatada, irracional e emocionalmente suscetível, por conta da instabilidade gerada por seus órgãos sexuais, feitos para a maternidade. Essa instabilidade poderia gerar comportamentos potencialmente perigosos perante influências nocivas do meio. Por isso a necessidade de submeter a sexualidade feminina ao controle de maridos, pais, médicos e Estado (ROHDEN, 2001).

A partir de então, a medicina e os poderes públicos passaram a considerar o papel da mulher em virtude de sua importância para os projetos nacionais. A contraceção, por exemplo, tornou-se questão de esfera pública e relacionou-se com temas como a eugenia e o crescimento da nação. O processo de transição demográfica¹⁰ vivido na Europa e nos Estados Unidos ajudou a intensificar os debates sobre a contraceção naquele momento (ROHDEN, 2003).

Na época, responsabilizava-se a saída das mulheres do lar e o maior custo da criação dos filhos pela queda da natalidade nos países ricos. Outros argumentos também eram comuns, como a vontade dos casais de limitarem os nascimentos de seus filhos, o feminismo, a esterilidade causada pela mestiçagem, os “vícios” como o onanismo, a homossexualidade e as doenças como a sífilis (ROHDEN, 2003).

A contraceção, adotada em especial pela burguesia, possibilitou uma política sistemática de planejamento familiar na Europa no início do século XX. Os neomalthusianos investiam na tentativa de limitar o tamanho das famílias como forma de combate à pobreza e à promiscuidade (ROHDEN, 2003). Apesar da repressão aos neomalthusianos, à contraceção e ao aborto, as descobertas de Ogino e Knaus¹¹ sobre o ciclo menstrual, entre 1929 e 1930 (SOUZA JUNIOR, 2006), fortaleceram as práticas contraceptivas (ROHDEN, 2003).

Naquele período, o movimento *birth control*, pelo controle da natalidade nos Estados Unidos e na Europa, ganhava o apoio de médicos eugenistas, preocupados com

¹⁰ O fenômeno da transição demográfica diz respeito à relação direta entre crescimento da renda, queda da mortalidade e diminuição da demanda por filhos. O crescimento da renda, no início do processo de modernização, seria responsável pela queda da mortalidade e o consequente incremento populacional. Com a aceleração do desenvolvimento, o incremento populacional tenderia a declinar, pois para manter o padrão de consumo a população é obrigada a diminuir a demanda por filhos, que custam caro na sociedade urbano-industrial moderna (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

¹¹ O médico austríaco Herman Knaus e o médico japonês Kyusaku Ogino, pioneiros nos estudos da fisiologia da procriação, descobriram que é possível evitar a gravidez através do conhecimento dos períodos não-fertéis do ciclo menstrual (SOUZA JUNIOR, 2006).

o futuro da população frente ao aumento da fertilidade das classes baixas em oposição à queda dos nascimentos dos filhos das classes média e alta (MCLAREN, 1990).

No Brasil, os debates sobre reprodução e fertilidade estavam na pauta desde meados do século XIX. As primeiras décadas do século XX viram esses debates se intensificarem sob a influência de fatores como a ideologia nacionalista, as idéias eugênicas, a propagação de métodos contraceptivos, os movimentos de emancipação, a mulher no mercado de trabalho, a redefinição do papel da medicina na sociedade. O pensamento sobre o povo brasileiro a partir de visões científicas relegava mulheres, crianças e outros indivíduos inferiores ao controle mais rígido do Estado. O controle sobre o corpo e o comportamento da mulher tornou-se, então, importante para o projeto de nação civilizada, que pressupunha uma família regulada (ROHDEN, 2003).

Sob influência de novas correntes teóricas - evolucionismo, positivismo, naturalismo, darwinismo social – os intelectuais brasileiros acreditavam que a pobreza e a doença teriam fim com os princípios do higienismo e do saneamento. O pensamento médico-científico teve importância central para o desenvolvimento do debate em torno da nação, influenciando na questão da reprodução, no controle feminino e no sistema jurídico (ROHDEN, 2003).

Em debates na Academia Nacional de Medicina e em importantes eventos médicos no início do XX destacavam-se posições pró e contra o neomalthusianismo e a preocupação constante com o papel do médico em relação ao aborto e à contracepção. Os contrários ao neomalthusianismo eram maioria. Mas, vale ressaltar, que mesmo os neomalthusianos se manifestavam contra a emancipação feminina e o afastamento da mulher da maternidade (ROHDEN, 2003).

Segundo Rohden (2003), os raros trabalhos de medicina que tratavam a contracepção relacionavam-na à eugenia, por outro lado, dava-se bastante atenção ao problema de esterilidade e da proteção à maternidade. Em nome da maternidade consciente, alguns médicos defendiam o uso da contracepção – mal necessário para evitar o aborto - em casos de indicação médica. O método natural de Ogino e Knaus seria a solução para conciliar os aspectos moral, individual e científico. Os métodos artificiais continuaram condenados como nocivos à saúde do casal (ROHDEN, 2003).

Entretanto, a prática e o comércio da contracepção eram comuns. Em resposta, os médicos criaram um projeto de valorização da maternidade que passava pela

propaganda em prol da natalidade frente às mulheres. Era preciso adequá-las aos ideais nacionalistas e eugênicos, recuperando seu instinto maternal e melhorando sua capacidade de ser mãe de acordo com a higiene, a eugenia e a puericultura (FREIRE, jun 2008). Em nome desses princípios os médicos defendiam a assistência e a proteção do Estado às mulheres e às crianças (ROHDEN, 2003).

O trabalho feminino fora do lar era mal visto por ameaçar os nascimentos e a saúde dos filhos da nação. Por outro lado, havia os que afirmavam que a inferioridade feminina, fruto do processo de evolução, poderia ser revertida através da educação e do desenvolvimento da mulher, igualando-a ao homem, como forma de garantir o crescimento da nação que não deveria aceitar a ignorância de seu povo, fosse homem ou mulher. Embora diferentes, esses pontos de vista tinham como objetivo comum o bem da nação, e não da mulher individualmente. Se seu estado de atraso em relação ao homem poderia mudar, seu instinto materno seria imutável (ROHDEN, 2003).

O controle da natalidade no Brasil também foi problema social e político de grande importância nas primeiras décadas do século XX. O interesse médico pelo problema da população rendeu um pensamento social nacionalista e maternalista com propostas de intervenção na saúde pública e que teve como características a valorização da maternidade e a condenação do controle da natalidade em prol do engrandecimento da nação e do futuro da espécie (ROHDEN, 2003).

Assim como em outras partes da América Latina, no Brasil, as primeiras legislações e regulamentações sobre saúde materno-infantil surgiram na década de 1920 (VIEIRA, 2003). A saúde pública nesse momento era atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que promovia iniciativas de higiene infantil, assistência social e hospitalar dirigidas à maternidade e à infância com ações de puericultura e higiene (CANESQUI, 1987).

Com a montagem do aparelho estatal em saúde pública, na década de 1930, foram criados o Ministério da Educação e Saúde e a Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância, que substituiu a antiga Inspeção de Higiene Infantil (CANESQUI, 1987). Investiu-se então na promoção da maternidade e infância através dos serviços federais e estaduais de saúde pública e assistência social, juizados de menores, serviços educacionais e registro civil.

Em 1932, um decreto federal proibiu o médico de impedir a concepção ou interromper a gestação no Brasil (ALVES, 2004). Em 1937, foi criada a Divisão de Amparo à Maternidade e Infância, e em 1940, surgiu o Departamento Nacional da

Criança, incorporado ao Ministério da Saúde logo que este foi criado em 1953 (CANESQUI, 1987). Em 1941, o decreto-lei de Contravenções Penais, n. 3.688, proibiu “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez” (ROCHA, 1987).

A cultura maternalista de nossa sociedade aliada ao catolicismo e à imensidão territorial do Brasil dificultou a aceitação do neomalthusianismo, do *birth control* ou das esterilizações eugênicas praticados nos países anglo-saxões. Até início dos anos de 1970 a postura oficial do governo brasileiro foi contrária às medidas de controle da natalidade apesar da disseminação do pensamento e das ações controlistas no país. O decreto de 1941, acima mencionado, por exemplo, só foi modificado em 1979, quando retirou-se a frase “evitar a gravidez” depois de inúmeras tentativas anteriores, e quando há muito a lei já não tinha validade prática diante da livre distribuição, comercialização e divulgação de métodos contraceptivos pelas entidades privadas de planejamento familiar e pela indústria farmacêutica desde a década de 1960 (SOUZA JÚNIOR, 2006).

1.2. Do *birth control* ao planejamento familiar: o debate sobre população na primeira metade do século XX

O debate sobre a relação entre população e progresso/desenvolvimento teve início na Europa de fins do século XVIII. Naquele momento o continente sofria uma ligeira aceleração do crescimento populacional, o suficiente para gerar preocupação entre os economistas com a produção e o consumo. Destacou-se, então, a teoria de Thomas Malthus (1766-1834) que via o aumento populacional como entrave ao progresso humano. Para ele, o crescimento da população seria uma variável independente e incontrolável que cresceria muito mais que a produção de alimentos, por isso a importância da redução da fecundidade das classes trabalhadoras, que deveriam ser educadas para a disciplina das paixões e a continência sexual, único método contraceptivo aceito pelo reverendo Malthus, que também era contra o aborto (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

Por outro lado, libertários como Charles Fourier (1772-1837) e Robert Owen (1771-1858) falavam no controle da natalidade em termos de liberdade sexual e igualdade entre os sexos (ALVES, CORREA, jul-dez 2003). Robert Dale Owen (1801-

1877), filhos de R. Owen, tratava o controle da natalidade, no início do século XIX, como direito de autodeterminação das mulheres, e a pobreza como fruto da desigualdade, não da superpopulação (HARTMANN, 1997a).

Com a produção de métodos contraceptivos mais seguros como o preservativo e o diafragma, feitos a partir do látex em meados do século XIX, o debate ganhou força (ALVES, CORREA, jul-dez 2003). Nesse momento, as ideias sobre reforma individual como chave para a reforma social influenciaram o movimento feminista em sua luta pelos direitos das mulheres. Embora condenassem métodos contraceptivos artificiais, as feministas questionavam a legitimidade do casamento como convenção social e a maternidade como instinto feminino (HARTMANN, 1997a).

Já no século XX, mais precisamente na década de 1910, a anarquista norte-americana Emma Goldman (1869-1940) saiu em defesa do controle de natalidade por razões libertárias e pelo fim da pobreza, enquanto sua compatriota, a enfermeira Margareth Sanger (1883-1966), então militante de esquerda, criava o termo *birth control* para dar ênfase positiva à limitação da família. Sanger chegou a abrir uma clínica para controle da natalidade, mas após 1916, o movimento enfraqueceu, abafado pela esquerda mais radical que via a questão das mulheres como menos importante do que a revolução socialista, verdadeiro motor da história e da transformação da vida de homens e mulheres. A onda conservadora após a Primeira Guerra abafou ainda mais as feministas, mesmo após a conquista do sufrágio feminino em 1918 pelas norte-americanas (HARTMANN, 1997a).

Outro nome que se destacou na defesa dos direitos das mulheres, em especial da sua sexualidade, foi Marie Stopes, cientista inglesa, que escreveu um livro onde afirmava que as mulheres casadas tinham tanto direito ao prazer sexual quanto seus maridos. Em 1918, lançou uma obra sobre o controle da natalidade intitulada *Wise Parenthood*. O livro trazia explicações sobre os órgãos reprodutivos e a descrição de uma variedade de contraceptivos. A fim de chamar a atenção do governo para a necessidade de tornar os métodos contraceptivos acessíveis às mulheres pobres, Stopes abriu uma clínica de controle da natalidade em Londres e criou no mesmo ano, 1921, a *Society for Constructive Birth Control and Racial Progress* (MCLAREN, 1990).

Simultaneamente, nos Estados Unidos, Margaret Sanger criava o *American Birth Control League* (ABCL) e buscava o apoio de médicos e do discurso eugenista para obter legitimidade social a sua causa (HARTMANN, 1997a). A década de 1920 foi marcada pela entrada de profissionais de saúde e eugenistas no debate sobre o controle

da natalidade. Eles passaram a defender o controle dos nascimentos como forma de evitar a degeneração da raça causada pela reprodução ilimitada dos inaptos em contraponto à limitação da fecundidade dos mais aptos da sociedade (MCLAREN, 1990).

Sanger e Stopes tinham em comum a preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e infantil associadas às grandes famílias, assim como preocupações eugênicas, como o desejo de melhorar a qualidade da raça e de limitar o nascimento da classe operária, como vinha ocorrendo com os filhos da classe média. Para tanto, defendiam clínicas subsidiadas pelo governo para atender aos mais pobres. Ambas procuraram derrubar os argumentos econômicos sobre o tema e desvincular o movimento pelo controle dos nascimentos do radicalismo político e sexual, tornando a limitação da família uma questão necessária e moralmente aceitável (MCLAREN, 1990).

Além de chamar a atenção para as consequências perigosas da fertilidade ilimitada, Stopes e Sanger defendiam a idéia de que a contracepção era essencial para o prazer e para a livre expressão das paixões femininas. Acreditavam na família eugênica, heterossexual, sem vícios sexuais, de amor e prazer mútuos e higiênicos. Em nome dela, condenavam a continência sexual, o desgaste causado pelo aleitamento prolongado, a interrupção do coito (física e psicologicamente condenável), a ducha vaginal (nociva para a saúde) e o preservativo. Ambas eram contra o aborto e a esterilização, opções de casais dominados por uma cultura sexual inadequada, onde os homens exigem seus direitos de marido, e as mulheres recorrem a vizinhas e amigas para abortar (MCLAREN, 1990).

Para Stopes, o melhor método contraceptivo era a capa cervical¹², para Sanger, o diafragma. Os dois métodos dependiam da responsabilidade e do compromisso da mulher e de médicos treinados. Defendendo esses métodos, elas contradiziam o seu ponto de vista sobre a necessidade de maior responsabilidade masculina no casamento, além de não alcançarem a realidade das mulheres das classes baixas, seu principal alvo, uma vez que, para tanto, seriam necessárias clínicas especializadas, além do apoio dos médicos. Suas clínicas tiveram pequeno alcance e a principal razão para limitar as famílias continuou sendo de caráter econômico. O modelo de família racional que recorre ao médico para orientar-se sobre o melhor método de controle da natalidade não

¹² A capa cervical, inventada em 1818, é um dispositivo de borracha para ser colocado no colo do útero, sendo menor que o diafragma.

se adequava aos pobres naquele momento. Além disso, a grande maioria dos médicos se esquivava do assunto para não manchar sua reputação (MCLAREN, 1990).

Os médicos justificavam a não necessidade da contracepção em massa com os avanços na medicalização dos partos. Podiam aconselhar o espaçamento dos nascimentos, mas não diziam como, embora tivessem, na maioria, famílias pequenas, como mostram pesquisas da época. Outra parte dos médicos simplesmente ignorava as práticas contraceptivas. Na Inglaterra, os primeiros treinos sobre o uso de contraceptivos se deram nos anos de 1930, mas a maioria das escolas de medicina as ignorou até a década de 1950. Nos Estados Unidos, a resistência foi ainda maior (MCLAREN, 1990).

A aproximação entre o movimento *birth control* e as profissões médicas permitiu o desenvolvimento do saber científico sobre contracepção. Mas somente após 1960 a contracepção passaria a ser objeto de conhecimento médico. Até então, as tecnologias contraceptivas eram o preservativo, a capa cervical e o diafragma, aprimorados após a descoberta da manufatura do látex, na segunda metade do século XIX e fabricados em larga escala a partir de então (VIEIRA, 2003).

Embora a rejeição fosse grande, graças à intensiva campanha dos neomalthusianos pelo controle da natalidade, este passou a ser mais bem aceito entre os médicos e a Igreja, tocados pela ideia da busca da saúde, da felicidade e da melhoria da raça. Centros de saúde materno-infantil na Inglaterra ganharam licença para prestar informações sobre contracepção, quando houvesse indicação médica, por conta do *lobby* das feministas e dos apoiadores do controle da natalidade e após a vitória dos trabalhistas no governo em 1929 (MCLAREN, 1990).

As igrejas protestantes aceitaram até certo ponto o controle da fertilidade, a partir dos anos de 1930. Em resposta, a Igreja Católica lançou a encíclica *Casti connubii*¹³ que afirmava a sua posição contrária ao controle artificial da fecundidade (MCLAREN, 1990). Ao mesmo tempo, o surgimento do método de controle baseado no conhecimento do ritmo do ciclo reprodutivo da mulher, elaborado por Ogino e Knaus estimulava o debate sobre a questão (SOUZA JUNIOR, 2006).

¹³ A doutrina católica sobre contracepção não se mantém constante ao longo da história. Na realidade, ela data da Encíclica de 1930, *Casti Connubii* (Da Castidade dos Cônjuges). Antes disso, a doutrina era contraditória e de difícil compreensão. Nessa encíclica, contracepção e esterilização foram consideradas pecados contra a natureza e o aborto, pecado contra a vida. O documento foi uma das alavancas na elaboração da encíclica *Humanae Vitae*, de 1968 (SOUZA JUNIOR, 2006).

Na década de 1930 a ABCL, de Margareth Sanger, passou a se chamar *American Birth Control Federation* (ABCF), cuja política de controle da natalidade ainda obedecia a parâmetros eugenistas (HARTMANN, 1997a). Procurando dissociar-se da noção de direitos individuais femininos, e com o fim de explorar o sentimentalismo familiar, foi rebatizada, em 1942, de *Planned Parenthood Federation of America* (PPF) (MCLAREN, 1990). Sob novo nome – planejamento familiar - o controle da natalidade se tornou uma das plataformas de reforma social, embora não fizesse parte dos programas oficiais de bem-estar social do governo. As mulheres passaram a receber informações sobre contracepção, contudo, a participação popular foi limitada nesse movimento, o sexo fora do casamento não foi discutido e as mulheres solteiras não eram atendidas nas clínicas da PPF (HARTMANN, 1997a).

Em 1950, Margareth Sanger entrou em contato com pesquisas com hormônios que vinham sendo realizadas desde a década de 1920. Interessada em possíveis resultados práticos, conseguiu apoio financeiro de Katherine McCormick - rica feminista defensora do controle da natalidade - para essas pesquisas. Em 1953, a primeira pílula anticoncepcional era sintetizada e em 1956 começaram os testes com novos fármacos hormonais para o controle da ovulação em mulheres de Porto Rico e Haiti (MCLAREN, 1990). O primeiro contraceptivo oral (Enovid-R do laboratório Serle) foi aprovado para venda nos Estados Unidos em 1960 (PEDRO, 2003).

Para McLaren (1990), foi o aparecimento da pílula que levou os médicos a apoiarem o controle da natalidade, por ser tratar de um método que ia ao encontro de seu desejo de higienizar a reprodução. A contracepção através de uma pílula, elaborada por métodos científicos seria mais conveniente para os médicos. Apesar dos efeitos colaterais, a pílula agradou às mulheres e aos homens. Aparentemente bastante eficaz, de utilização menos inconveniente, os homens deixavam de ser responsáveis pela contracepção. Foi abraçada como uma grande descoberta, mas assim como os métodos oclusivos, sua eficácia também depende do uso correto e metódico.

Após a tragédia dos efeitos colaterais da talidomida no início dos anos de 1960, a pílula também ficou sob suspeita e o direito de abortar entrou em cena mais forte. Em fins dos anos 1960 e início de 1970, as leis contra o aborto foram reformadas nos países ocidentais. Sua liberação em alguns deles, contudo, não significou maior liberdade para as mulheres, pois o procedimento ficou nas mãos dos médicos que exerciam seu controle e vigilância sobre as mulheres que abortavam, as quais eram estigmatizadas (MCLAREN, 1990).

Ainda assim, na década de 1960, jornalistas e estudiosos já responsabilizavam as novas tecnologias contraceptivas pela nova e acentuada diminuição nas taxas de natalidade, apesar de sua distribuição em massa só ter ocorrido por volta de fins daquela década (MCLAREN, 1990).

Os enormes avanços científicos e tecnológicos em conjunto com as profundas transformações no cenário político, econômico e social após a Segunda Guerra Mundial mudaram os rumos do debate sobre a questão populacional no mundo. A partir de então, teorias econômicas e demográficas, inspiradas em Thomas Malthus, se multiplicaram e disseminaram a ideia do controle populacional como a melhor estratégia de desenvolvimento econômico para os países, em especial para aqueles do chamado Terceiro Mundo, onde ocorria um rápido e acentuado processo de crescimento populacional.

1.3. Superpopulação, desenvolvimento e novas tecnologias contraceptivas: o debate no pós-Segunda Guerra

No contexto da Guerra Fria surgia a necessidade de controlar movimentos nacionalistas e socialistas no Terceiro Mundo para assegurar fontes de matéria-prima barata. Reagindo à vitória da revolução cubana em 1959, os Estados Unidos inventaram um novo tipo de intervenção nos países latino-americanos, a ajuda econômica. Ao mesmo tempo, promoviam o discurso da “superpopulação”, que foi encampado inicialmente pelas organizações e fundações privadas (PEDRO, 2003).

Em 1952 as fundações Ford e Rockefeller já financiavam atividades acadêmicas e políticas nacionais de controle da natalidade (ALVES, CORREA, jul-dez 2003). Nesse ano, foi criado o *Population Council*¹⁴ durante a Conferência sobre População na Virginia, Estados Unidos. Ainda em 1952, a PPF de Margaret Sanger virava IPPF – *Internacional Planned Parenthood Federation*. A estratégia dessas instituições no Terceiro Mundo se baseava na conquista de apoio das elites nacionais (governantes, médicos, acadêmicos, líderes de entidades privadas) para a causa do controle do “boom

¹⁴ O *Population Council* - Conselho de População - é uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, que financiava pesquisas na área de população e incentivava políticas populacionais de países e regiões do Terceiro Mundo.

populacional” nesses países, com a instalação de instituições de pesquisa e programas de treinamento (HARTMANN, 1997a).

No pós-guerra, instituições internacionais (Organização das Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Organização Mundial do Comércio) passaram a ditar os termos do debate global sobre sociedade, economia e política e criaram teorias sobre modernização e desenvolvimento, as quais se preocupavam em pensar o conjunto de transformações econômicas, políticas e culturais que ocorrem na passagem das sociedades agrárias e rurais para as sociedades urbanas. Correlaciona-se, então, modernização, desenvolvimento e dinâmica demográfica (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

Os países do Terceiro Mundo, nesse momento, passavam pelo que os demógrafos chamam de período de transição demográfica. As quedas nas taxas de mortalidade (1ª fase da transição demográfica) percebidas, de modo geral, a partir dos anos de 1940, seriam causadas por razões exógenas, no caso, a importação de tecnologias sanitárias e médicas dos países desenvolvidos. Sem que houvesse, em contrapartida, o desenvolvimento econômico necessário para diminuir a fecundidade. A tendência nos países de base agrária seria, portanto, elevadas taxas de crescimento demográfico (VIEIRA, 2003).

De fato, nas décadas de 1950 e 1960 o mundo apresentou as maiores taxas de crescimento populacional de toda a história da humanidade. Nesse período, instalou-se um pessimismo demográfico e com ele ganharam força o neomalthusianismo e a crença na necessidade do controle coercitivo da natalidade como forma de evitar o ciclo vicioso do subdesenvolvimento ligado à superpopulação (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

Segundo os neomalthusianos, as sociedades agrárias tradicionais em vias de modernização estariam em pleno processo de crescimento populacional por conta da queda da mortalidade, das dificuldades estruturais e das tradições pró-natalistas. O custo de jovens e crianças prejudicaria o desenvolvimento econômico, pois desviaria recursos importantes de investimentos na economia. Assim estaria completo o ciclo vicioso onde pobreza gera crianças que geram mais pobreza (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

A Conferência de População de Roma, de 1954, promovida pela ONU e pela União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP), de caráter inicialmente científico, ganhou contornos políticos durante os debates sobre população e

desenvolvimento, refletindo o peso que a essas questões estavam ganhando no cenário político internacional (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

Em meados da década de 1960, organizações privadas pressionavam o governo dos Estados Unidos por ações mais diretas em relação ao crescimento populacional através de propagandas nos jornais mais importantes do país. Em 1965, o governo norte-americano admitiu oficialmente que a explosão populacional tinha relação com a crise de alimentos e a *U.S. Agency for International Development (USAID)*¹⁵ então passou a entrar com recursos para programas populacionais. Em 1969, foram criados o Departamento de População no *USAID* e o Fundo das Nações Unidas para Atividades em População (FNUAP)¹⁶ (HARTMANN, 1997a).

A partir de então, essas agências passaram a financiar programas no mundo todo e junto com o *Population Council* e os centros universitários impulsionaram o processo de institucionalização do controle da fecundidade no mundo (ALVES, CORREA, jul-dez 2003), por meio da provisão direta de serviços de planejamento familiar e do desenvolvimento de novas e melhores tecnologias contraceptivas, a despeito do contexto social (HARTMANN, 1997a).

Na Conferência de População de Belgrado, 1965, houve menção explícita a métodos anticoncepcionais como a pílula, o dispositivo intra-uterino (DIU), a esterilização masculina e o aborto legalizado. Os países não-alinhados do Terceiro Mundo se dividiram em três posições distintas quanto à importância da população para o desenvolvimento: controlismo, natalismo e neutralidade (CORREA, JANUZZI, ALVES, setembro 2003). Por ocasião da Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã, em 1968, a reprodução humana se tornou novamente objeto de preocupação. A intenção era ainda pressionar os países em desenvolvimento a adotar o planejamento familiar (VIEIRA, 2003).

O debate envolvendo desenvolvimento e população não ficou circunscrito a demógrafos, economistas, governos e agências internacionais. Frente às transformações

¹⁵ O USAID - Agência para o Desenvolvimento Internacional - foi criado em 1961 pelo presidente John F. Kennedy para administrar programas de assistência econômica e social de longo alcance a países em desenvolvimento (www.usaid.gov, acessado em 20/01/2010). Ela tem no controle populacional uma das quatro maiores áreas de atuação e executa as ações nessa área através da assistência bilateral a programas nacionais e do apoio financeiro a agências de cooperação (HARTMANN, 1997b). A partir de meados da década de 1960, o governo norte-americano assumiu oficialmente o combate contra a explosão demográfica e passou a liberar recursos para programas populacionais através do USAID (HARTMANN, 1997a).

¹⁶ O FNUAP, cuja sigla em inglês é UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*) foi criado a partir da interferência do presidente Nixon na ONU, a qual sofria pressão da Igreja Católica e dos países comunistas para não apoiar o planejamento familiar (HARTMANN, 1997a).

culturais e sociais profundas do período pós-Segunda Guerra e ao avanço das discussões sobre políticas populacionais controlistas no mundo, a Igreja Católica novamente parou para discutir suas doutrinas e práticas frente a temas como a moral sexual e a regulação dos nascimentos.

Em 1951, o Papa Pio XII, em alocução sobre o apostolado das parteiras, admitiu a regulação dos nascimentos através do método da continência periódica. Essa declaração significou um ponto de ruptura com a perspectiva tradicional e uma mudança fundamental: a partir desse momento, a Igreja passava a reconhecer o direito dos esposos de decidir sobre o número de filhos (SOUZA JUNIOR, 2006).

Essa posição foi mantida na encíclica *Humanae Vitae*¹⁷, publicada em julho de 1968. O documento apresentava a posição oficial da Igreja Católica sobre a regulação dos nascimentos e propunha uma ética moral sobre a vida conjugal que conclamava aos fiéis católicos o “domínio de si” e a ascese na vida conjugal. A encíclica *Humanae Vitae* concedeu mais autonomia ao casal em relação à contracepção, definindo dois aspectos da vida matrimonial: a paternidade responsável e o amor conjugal. Contudo, reafirmava a posição de Pio XII, que condenava o aborto e os métodos artificiais – considerados portas para a imoralidade -, permitindo somente os métodos naturais (ritmo ou tabelinha¹⁸), exclusivamente em casos graves (SOUZA JUNIOR, 2006).

Apesar da abertura para novas práticas e normas, a encíclica *Humanae Vitae* referendou a posição do grupo minoritário e conservador da comissão pontifícia que estudava a matéria da reprodução humana, o que significou um congelamento doutrinário que produziu uma defasagem crescente entre as orientações da Igreja e as práticas dos fiéis nos anos seguintes (SOUZA JUNIOR, 2006).

Nos anos 1970 as atividades controlistas se ampliaram enormemente. Mais de cinquenta agências internacionais atuavam na área do controle populacional no mundo, a maior parte apoiada pelos Estados Unidos. O USAID fundava novas organizações e apoiava financeiramente o IPPF e o FNUAP. Ao mesmo, o discurso sobre população e desenvolvimento foi mudando e transformando as estratégias de ação quanto ao controle da fecundidade no Terceiro Mundo (HARTMANN, 1997a).

1974 foi o Ano Internacional da População e o ano da Conferência de Bucareste sobre População, da ONU. A minuta do Plano de Ação para a População Mundial da

¹⁷ A carta encíclica *Humanae Vitae* foi resultado de uma discussão sobre reprodução humana provocada pelo Concílio Vaticano II no início da década de 1960 (SOUZA JUNIOR, 2006).

¹⁸ Método que consiste em só manter relações sexuais fora dos dias férteis.

conferência foi criticada por várias vozes, entre elas a Igreja Católica, as feministas e os demógrafos. A crítica era direcionada à ideia de crescimento populacional como principal obstáculo para o desenvolvimento social e econômico. A maioria dos países de Terceiro Mundo mais uma vez se alinhou em defesa das teses natalistas, defendendo a bandeira do desenvolvimento como o melhor contraceptivo (HARTMANN, 1997a).

O Plano de Ação para a População Mundial foi revisado e o crescimento populacional foi inserido no contexto de transformação sócio-econômica. Tratava-se de um novo discurso sobre população e desenvolvimento: o crescimento populacional não atrapalhava o desenvolvimento, antes era este que possibilitava a redução dos nascimentos (HARTMANN, 1997a).

A nova estratégia do Plano de Ação coincidia com a mudança no paradigma desenvolvimentista na década de 1970, que deixava de focar estritamente o crescimento econômico como caminho para o desenvolvimento e passava a dar importância à satisfação das necessidades básicas dos indivíduos (alimentação, moradia, educação, saúde, etc) como forma de combate à pobreza. O planejamento familiar passou a ser parte da estratégia desenvolvimentista, não mais a principal estratégia. A palavra de ordem então passou a ser “integração”: integrar planejamento familiar com saúde, com programas para as mulheres e com educação (HARTMANN, 1997a).

Reflexo dessa mudança de paradigma foi o novo conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o qual a saúde passou a ser definida como:

a habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, a saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas (CORREA, JANUZZI, ALVES, set. 2003).

Assim, reconheciam-se os laços entre indivíduo e meio-ambiente, extrapolando a responsabilidade do setor saúde sobre a saúde geral do indivíduo. A partir desse conceito mais amplo foram sendo definidos os conceitos de saúde da criança, saúde da mulher, saúde materno-infantil (CORREA, JANUZZI, ALVES, set. 2003).

A declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS,

veio completar o conceito de saúde com a ideia de atenção primária. A crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social fez a OMS ampliar seus objetivos para além dos programas verticais de erradicação de doenças endêmicas. Eram anos em que os países socialistas desempenhavam papel importante na organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética (SCLIAR, 2007).

A conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, além de destacar a responsabilidade governamental na provisão da assistência e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados. Os serviços que prestassem os cuidados primários de saúde representariam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual eram as bases. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deveria estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, do qual saúde seria causa e consequência (SCLIAR, 2007).

Os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (SCLIAR, 2007).

Assim sendo, na Conferência de Alma-Ata, o planejamento familiar foi considerado uma atividade dos serviços básicos de saúde (ROCHA, 1993). As mudanças políticas, sócio-econômicas e culturais conduziram a uma nova mentalidade relativa à questão da sexualidade e da reprodução, vinculada à saúde e ao bem-estar das pessoas (SILVA, agosto 2000), o que refletiu em novos tipos de ações e estratégias dos órgãos internacionais, dos governos e de agências privadas ao fim da década de 1970 e na década de 1980.

Exemplo disso foi que, em 1979, a Fundação Ford parou de financiar o planejamento familiar e as tecnologias reprodutivas, voltando-se para o incentivo aos estudos pela saúde da mulher e pela saúde materno-infantil (ALVES, CORREA, jul-dez 2003). No mesmo ano, acontecia a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, nas Nações Unidas, onde foram discutidas leis e políticas pela equidade entre homens e mulheres em seus direitos e habilidades para controlar a reprodução (VIEIRA, 2003).

A posição oficial na Conferência de População do México, em 1984, foi a defesa da estabilização da população mundial dentro do mais rápido período de tempo possível para melhorar a vida nos países em desenvolvimento, que se mostraram mais abertos ao planejamento familiar do que dez anos antes (CORREA, JANUZZI, ALVES, set. 2003).

Nessa conferência, os Estados Unidos se posicionaram, curiosamente, pela neutralidade do fator população em relação ao problema do desenvolvimento. Desde 1973, com a aprovação do aborto naquele país e a entrada do Vaticano na ONU como observador, houve uma retomada do conservadorismo moral no tocante às questões populacionais, em especial durante o papado de João Paulo II a partir de 1979 e nos governos Reagan e Bush pai nos Estados Unidos (anos 1980) (ALVES, CORREA, jul-dez 2003).

Ao longo da década de 1980, a discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher deu lugar, no Brasil e no mundo, para o conceito de “saúde reprodutiva”, adotado pela OMS em 1988. Concepção que busca incluir os homens na dimensão reprodutiva e inaugura a noção de saúde sexual (CORREA, JANUZZI, ALVES, set. 2003). O conceito de direitos reprodutivos¹⁹ também surgiu nesse momento. Ele foi criado pelo movimento de mulheres e referendado no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, no IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, em Amsterdã, 1984 (COELHO, 2006).

Os conceitos de saúde e direitos reprodutivos tiram a reprodução da esfera privada colocando-a na esfera pública, avançando para além do planejamento familiar, ao abranger contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde (COELHO, 2006). O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, acompanhando as resoluções internacionais da área da saúde e do movimento feminista, trazia a proposta de incluir o planejamento familiar num conjunto de ações educativas e de saúde voltadas para a promoção social e individual da mulher.

No processo de elaboração do programa, as ideias feministas se articularam com os conceitos de saúde pública defendidos pelo movimento da reforma sanitária. Feministas e sanitaristas brasileiros faziam parte de um grupo heterogêneo de atores sociais que incluía ainda os demógrafos e a Igreja Católica, e que denunciavam as teses

¹⁹ Direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade (COELHO, 2006).

neomalthusianas e as ações de controle da natalidade como política populacional de desenvolvimento econômico.

Acompanhando o debate internacional sobre o planejamento familiar, explicitado nas conferências de população e de saúde da década de 1970, o grupo anticontrolista brasileiro argumentava que o desenvolvimento social era a melhor forma de controle populacional. Além de reivindicar que o planejamento familiar deveria ser tratado não como questão populacional, mas como questão de direito individual e de saúde pública, sendo, portanto, dever do Estado ofertar serviços de contracepção à sociedade.

Para compreendermos a evolução dos debates e ações sobre planejamento familiar no Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, além de pensarmos a influência do cenário internacional, devemos analisar a realidade nacional desse período. A articulação entre atores heterogêneos na elaboração de uma política pública de planejamento familiar no Brasil na década de 1980 deve ser compreendida dentro do contexto de abertura política, que permitiu a entrada de novos personagens na cena política brasileira e com eles, as demandas populares por políticas públicas. A redemocratização tornou possível unir diferentes interesses em torno do ideal de uma sociedade democrática, permitindo, por exemplo, o estabelecimento de um consenso, naquele momento, em torno de uma política pública de saúde que contemplasse o planejamento familiar.

Capítulo 2

Contexto político e atores históricos na redemocratização

Neste capítulo, analisaremos o cenário político do período de redemocratização (entre meados das décadas de 1970 e 1980), cujas principais características são fundamentais para entendermos a articulação entre os diferentes atores sociais envolvidos nos debates sobre planejamento familiar e saúde no Brasil. Apresentamos o papel das esquerdas e dos movimentos sociais, nesse contexto histórico, chamando a atenção para as ideias do movimento da reforma sanitária e do movimento feminista brasileiro, as quais se destacaram na crítica ao neomalthusianismo, e na proposição de novas perspectivas sobre o tema do planejamento familiar.

O ideal da consolidação de uma sociedade democrática, naquele momento, tornou possível um consenso entre diferentes setores da oposição ao regime militar - apesar da diversidade de propostas - na elaboração de uma política pública de saúde da mulher e planejamento familiar, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983.

Em 1974, o general Ernesto Geisel assumiu a presidência do Brasil sob os debates na sociedade a respeito da normalidade institucional. Como objetivos iniciais de seu governo estavam a continuidade da política econômica e a perspectiva de mudanças institucionais num processo gradual. O contexto político interno nesse momento era de alto grau de militarização do Estado (e aumento do esforço para despolitizar o Exército), perda do caráter contestatório do partido de oposição (Movimento Democrático Brasileiro - MDB), aniquilamento das esquerdas radicais e a ausência dos setores populares da cena política (CRUZ, MARTINS, 1983).

No entanto, as pressões contra o governo logo aumentariam. Reagindo às propostas de reestruturação do regime, ainda no fim do governo do general Médici (1969-1974) a direita militar se rearticulou e entre os anos de 1973 e 1975 os aparelhos de repressão, já com enorme autonomia, promoveram ações paralelas (desaparecimentos). No mesmo período o governo Geisel teve que reconhecer a derrota da Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido do governo, nas eleições de 1974 e

a crise econômica no ano seguinte. Além disso, enfrentou a campanha antiestatização feita por lideranças empresariais de 1974 a 1976, as tensões com a Igreja Católica e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), e a forte reação popular contra os assassinatos do jornalista Vladimir Herzog e do operário Manoel Fiel Filho (CRUZ, MARTINS, 1983).

A fim de garantir a derrota da oposição nas eleições de 1978 para os governos estaduais, foi elaborada a Lei Falcão²⁰. Em seguida, após desentendimentos entre o MDB e os projetos do governo, Geisel lançou o Pacote de Abril, que fechou o Congresso e alterou a ordem constitucional (SILVA, 2003), retardando o processo de abertura. A sociedade civil reagiu ao pacote e aumentou a pressão contra o governo através de movimentos organizados por diferentes setores sociais²¹ reivindicando a abertura política, a anistia ampla e irrestrita, a assembléia constituinte e melhores condições de vida. Como resposta à intensa mobilização política da sociedade, o governo enviou a missão Portella para negociar a transição presidencial com os principais grupos de oposição da sociedade civil. Para evitar radicalização do processo, os setores liberais apoiaram o candidato da situação e as reformas políticas de Geisel (CRUZ, MARTINS, 1983).

Apesar do fortalecimento da oposição e das tensões dentro da própria corporação militar pelo controle do processo de abertura, Geisel e Golbery²² fizeram o sucessor presidencial. O general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência em 1979 tendo como um dos principais pontos de sua agenda a anistia, fundamental para a retomada do processo da abertura pelo governo. Porém, neste momento, em meio ao aprofundamento da crise financeira, surgia outro importante ator de oposição: as lideranças sindicais. Em resposta, a linha dura militar promoveu novos atentados com repercussão extremamente negativa para o governo. Na fase final da abertura a oposição popular e os partidos políticos assumiram a iniciativa do processo de abertura política (SILVA, 2003).

Segundo Silva (2003), os principais atores da luta pela forma, objetivos e ritmo da transição do regime militar para um Estado de Direito no Brasil foram os condicionantes da economia mundial em crise; a pressão do governo Carter (Estados

²⁰ Lei de 1976 que limitava a propaganda eleitoral dos candidatos no rádio e na televisão. Apenas o retrato dos candidatos e um breve resumo de suas atividades poderiam aparecer na TV.

²¹ Advogados, estudantes, cientistas, mulheres, empresários, operários, mídia, alta e média oficialidade do Exército (CRUZ, MARTINS, 1983).

²² O general Golbery do Couto e Silva se destacou no cenário político brasileiro a partir dos anos de 1950. Foi chefe do Serviço Nacional de Segurança (SNI) durante o governo Castelo Branco (1964-1969) e chefe do Gabinete Civil do governo Geisel (1974-1978) e do início do governo Figueiredo, de 1979 a 1981 (ASSUNÇÃO, março de 2007).

Unidos); o projeto de abertura política, traduzido na estratégia Geisel-Golbery; a corporação militar e seus organismos; e a ação autônoma, porém condicionada da oposição, representada pelo MDB, o qual se apoiava na sociedade civil. Tais atores tiveram de ampliar o elenco de negociadores no processo de abertura, a ponto de ter que incorporar as massas urbanas exigindo democracia durante a campanha das Diretas-Já e a eleição de Tancredo Neves. As sucessivas vitórias da oposição em 1974 e 1979 e os atentados da ala radical dos militares, seguidos da demissão de Golbery e da doença de Figueiredo, transferiram a iniciativa do processo de abertura das mãos do poder militar para a sociedade civil (SILVA, 2003).

Apesar da intensa participação popular, e também por causa dela, o processo de abertura política se deu através de uma transição negociada, marcada por um alto grau de continuidade no plano das instituições e no plano das elites responsáveis por sua efetivação. A heterogeneidade das elites teria levado à predominância das posições moderadas para a manutenção do compromisso, isolando os radicais no processo e privilegiando uma tática de compromisso. Ao pacto das elites juntaram-se, nesse contexto, as crescentes demandas da sociedade. Os movimentos sociais assim como as organizações partidárias formaram um elo de ligação entre Estado e sociedade (DINIZ, BOSCHI, 1989).

O aumento das demandas sociais no processo de transição política se relacionava diretamente com as mudanças radicais pelas quais a sociedade brasileira passou entre 1960 e 1980. A modernização capitalista no Brasil foi acompanhada de agravamento dos níveis de desigualdade e pobreza e da convivência de novas e velhas estruturas sócio-econômicas. O crescimento do processo de urbanização gerou uma sociedade urbano-industrial complexa e diferenciada, possibilitando o surgimento da nova classe média formada pelo componente administrativo e técnico-científico das cidades. Esses novos grupos sociais pressionaram o Estado com novas demandas ligadas a carências estruturais da vida nas cidades e à política nacional (DINIZ, BOSCHI, 1989).

Ainda no governo Geisel (1974-1978) houve um crescimento contínuo do número de profissionais liberais sindicalizados e das associações profissionais e técnicas, que no caso dos médicos, por exemplo, duplicou a partir de 1978. As associações de funcionários públicos, dada a proibição desta categoria organizar-se em sindicatos e realizar greves, transformaram-se num canal alternativo de participação. As greves, por sua vez, em fins dos anos de 1970 passaram a ter um alto grau de politização com demandas por direitos políticos (DINIZ, BOSCHI, 1989).

A partir de 1975, movimentos de base da sociedade civil começaram a se destacar na luta por melhores condições de vida e pelas liberdades democráticas (VIEIRA, 2000). Foi um momento de ebulição de movimentos sociais que expressavam a formação de novas identidades coletivas. Eles demandavam a democracia ao nível das relações interpessoais além de novos espaços de atuação política. Ao mesmo tempo em que dependiam do Estado para reconhecer e responder suas demandas, esses movimentos reivindicavam autonomia em relação ao mesmo e às instituições políticas tradicionais (DINIZ, BOSCHI, 1989), como detalharemos a seguir.

2.1. As esquerdas e a oposição ao regime militar na segunda metade da década de 1970

Para pensarmos os movimentos sociais entre fins dos anos de 1970 e 1980, é importante ter em mente a trajetória da esquerda brasileira²³ durante o regime militar. De acordo com Netto (2000), entre o golpe de 1964 e o AI-5, em 1968, havia uma diversificação orgânica da esquerda, a qual, às vésperas do AI-5 e na sua sequência imediata, reivindicava-se, na sua quase totalidade, revolucionária e marxista. Fragmentada em dezenas de grupos, a esmagadora maioria dessa esquerda estava convencida de que a única via revolucionária possível era o confronto direto com a ditadura.

A polarização das esquerdas para o socialismo revolucionário teve relação com o ambiente cultural daquele momento no contexto internacional: as lutas antiimperialistas e de libertação nacional no Terceiro Mundo, a Revolução Cubana, o movimento cultural anticapitalista no Primeiro Mundo pelos direitos civis das minorias e pela liberalização dos costumes, a revolução cultural chinesa. O universo cultural brasileiro ao longo dos anos de 1970 indicava uma tendência à hegemonia do pensamento de esquerda, cobrindo praticamente todas as expressões da estética, da filosofia e das ciências humanas e sociais. Esse acervo cultural acumulado teve sua instrumentalização imediata frente ao contexto repressivo do regime militar, contribuindo para levar os jovens intelectuais a se jogar de cabeça no ativismo revolucionário na segunda metade da década de 1970 (NETTO, 2000).

²³ Esquerda pensada como o variado conjunto de movimentos e idéias que têm como projeto a transformação social em prol das classes oprimidas e exploradas (NETTO, 2000).

Naquele momento, ocorria um processo de desmobilização dos partidos e grupos de oposição direta à ditadura. O Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido Comunista do Brasil (PC do B) foram duramente perseguidos (NETTO, 2000) e as guerrilhas rurais e urbanas, massacradas. Os movimentos sociais que atuaram com força no início da década de 1960, como as Ligas Camponesas, o movimento sindical e estudantil, também foram reprimidos pelo regime militar (MAZZEO, 1999).

O governo, entretanto, já apresentava sinais de crise em meados da década de 1970 e agências da sociedade civil²⁴ começaram a ganhar espaço na luta pela democracia. É importante ressaltar o destaque da Igreja Católica na oposição ao autoritarismo. Até 1969, a alta hierarquia católica comprometeu-se profundamente com o regime, contudo, a partir daí, tornou-se uma forte liderança na defesa dos direitos humanos no Brasil.

Para sair da crise o governo iniciou um projeto de auto-reforma, chamado de distensão no governo Geisel e de abertura no governo Figueiredo. Tratava-se de incorporar as demandas democráticas mais urgentes (fim da tortura e dos desaparecimentos, abolição da censura e eleições diretas) de modo que suas implicações fossem neutralizadas para proteger o núcleo do poder das pressões. Porém, como apontado por Silva (2003), o projeto de auto-reforma do regime sofreu o impacto do protagonismo crescente do novo movimento sindical de corte classista, filho da industrialização pesada que se deu a partir do projeto de desenvolvimento do regime militar (NETTO, 2000).

O movimento operário, em fins da década de 1970, catalisou a oposição política ao regime, forçando o MDB a endurecer frente à proposta de auto-reforma, articulando e direcionando politicamente movimentos e associações com papéis limitados e focalizados até então. A “esquerda-movimento”²⁵, então ganhou visibilidade, através da imprensa liberada e de veículos controlados por ela própria, saindo do nicho universitário e vinculando-se a organismos políticos-partidários e aos novos movimentos sociais (NETTO, 2000).

²⁴ Destacaram-se a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

²⁵ Nas palavras de Netto (2000), a esquerda movimento se refere a “um amplíssimo espectro ideopolítico, que contempla marxistas, neomarxistas, socialdemocratas, cristãos de várias confissões (com forte presença de católicos, influenciados pela Teologia da Libertação e por pensadores como Paulo Freire) e intelectuais marcados por diferentes influxos teóricos (especialmente os derivados da obra de Antonio Gramsci, mas também de Michel Foucault, Claude Lefort e C. Castoriadis)” (NETTO, 2000, p.237).

A partir de fins dos anos de 1970, portanto, o debate democrático se instaurou fortemente no campo da esquerda brasileira devido não só ao contexto sóciopolítico nacional, mas também ao peso de questões internacionais como as críticas ao modelo soviético e aos partidos comunistas tradicionais, a acolhida das demandas da nova agenda ocidental (minorias e ecologia) e a nova noção de revolução alinhada com as propostas reformistas da socialdemocracia (NETTO, 2000).

Foi nesse cenário de afluxo do movimento popular-sindical e esforço do capital para garantir a ordem burguesa que se deu a transição democrática no Brasil. Sem uma ruptura com o Estado do regime militar, essa transição, combinando elementos de continuidade e mudança no novo período democrático fundado em 1985, assinalou uma democratização da sociedade, consagrada na Constituição de 1988 (NETTO, 2000).

2.2. Os novos movimentos sociais

Os novos movimentos sociais surgidos em meados dos anos de 1970, no Brasil, revelaram novos atores em luta por políticas sociais que garantissem direitos básicos de sobrevivência diante dos problemas urbanos da sociedade capitalista, como já foi dito anteriormente. Agregaram diversos setores urbanos organizados em grupos autônomos, fora dos partidos ou sindicatos, num momento em que não existiam organismos formais de defesa econômica e representação política, e em que predominava a descrença na via da luta de classes em partidos revolucionários (COSTA, abr/jun 1988).

Os habitantes da cidade redefiniram as relações entre classes populares e o Estado afirmando direitos ao passarem do reconhecimento da carência para a reivindicação. Os novos movimentos sociais passaram a se definir como interlocutores do processo de mudança no padrão de serviços, incluindo os de saúde pública, expressão, no campo político, dos conflitos originados pelas contradições urbanas (COSTA, abr/jun 1988).

Nesse contexto, o eixo da luta de classes teria se deslocado da esfera da produção para a esfera da reprodução, ou seja, para as condições de sustento das massas urbanas, que se tornaram o principal ator, no lugar das classes trabalhadoras. As lutas populares por serviços urbanos, segundo Costa (abr/jun 1988), geraram uma rede a qual se converteu em movimentos de bairros, onde se desenvolveram experiências de ajuda mútua e aprendizado político que estabeleceram as bases para uma nova sociabilidade política e uma nova cidadania.

Esses movimentos sociais contribuíram para a criação de novos espaços políticos e para a maior organização da sociedade civil. Entretanto, as demandas específicas e de curto prazo teriam facilitado a fragmentação e o isolamento dos grupos e a sua postura autônoma em relação às instituições do Estado dificultou seu processo de institucionalização no longo prazo (DINIZ, BOSCHI, 1989). Ainda assim, eles são parte importante do fenômeno de socialização da política que ampliou as possibilidades de surgimento de novos formatos de participação na vida cívica (DOIMO, 1995).

Na falta de alternativas institucionais durante a ditadura militar, toda uma geração de intelectuais mobilizou forças no sentido da incorporação das massas populares na vida pública. Os intelectuais seriam reprodutores do saber de classe e o seu objetivo seria quebrar o sistema de poder dominante e decodificar o que os grupos populares tinham a dizer.

A prática educativa era uma importante estratégia no sentido de reforçar a autonomia dos grupos populares para que eles pudessem expressar suas experiências, problemas, alegrias e fundar uma identidade que os fortalecesse enquanto grupo. Os espaços de vivência política eram essencialmente horizontais, respeitando o ritmo e as iniciativas dos populares, a fim de que estes estabelecessem por si só as relações entre os fatos e a motivação para mudá-los. O objetivo maior era a conscientização das camadas populares, o que para esses intelectuais não seria possível através da política institucional (COSTA, abr/jun 1988).

Tanto as feministas quanto os sanitaristas – em sua grande parte ligados a partidos de esquerda – faziam parte dessa intelectualidade que trabalhava com a ideia de educação das classes populares para a conscientização de sua condição social de opressão, objetivando o despertar de novos sujeitos políticos aptos a serem agentes das transformações sociais. Embora mantivessem uma postura autônoma em relação a partidos políticos e instituições governamentais, também negociaram com as

instituições políticas tradicionais e obtiveram conquistas importantes no setor das políticas públicas de saúde e de gênero, no contexto de redemocratização do Brasil.

2.3. Panorama das políticas de saúde

A abertura da cena política a novos atores, ao fim da década de 1970, criou novos mecanismos e formas de ação política, sem romper, contudo, com os mecanismos corporativistas e clientelistas através dos quais se movimentava o sistema de proteção social brasileiro. A forte expansão dos programas sociais e seus beneficiários no regime autoritário foi acompanhada de distorções. Como consequência, tanto os desempregados como os assalariados necessitavam de auxílio do governo. Além disso, os recursos eram insuficientes, a expansão da cobertura se deu sem manutenção ou melhoria da qualidade dos serviços, principalmente em educação e saúde (DRAIBE, 1994).

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), de 1974, reconheceu as profundas desigualdades sociais e a necessidade urgente de agir no sentido da redistribuição da renda. Apesar de fracassar nesse sentido, foi um momento de inflexão das políticas sociais, com algumas medidas importantes, como a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)²⁶ (DRAIBE, 1994).

No início da década de 1980, a agenda de reformas privilegiava a democratização do sistema de proteção social. Exigiam-se mudanças nas regras de inclusão, o fim dos privilégios e da centralização e um novo padrão de financiamento. A partir de 1981 a crise previdenciária forçou a mudança do padrão das políticas sociais do governo autoritário e no ano seguinte foi criado o Finsocial²⁷, seguido do aumento das alíquotas de contribuição salarial. As pressões e forças presentes no processo de redemocratização nesse período levaram o modelo ao seu esgotamento ao reivindicarem a dívida social deixada pelo regime, exigindo mais do que o atendimento de demandas, mas a reestruturação do modelo excludente de proteção social (DRAIBE, 1994).

²⁶ O CDS tinha a atribuição de assessorar o presidente da República na formulação de políticas sociais e integrar as atividades dos ministérios da área social (Ministérios do Planejamento, Trabalho, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Interior e Saúde) (BODSTEIN, 1987).

²⁷ Criado através do decreto-lei nº 1.940, de 25 de maio de 1982, o Finsocial é uma contribuição social administrada pelo BNDES e destinada a custear investimentos de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação, justiça e amparo ao pequeno agricultor (www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del1940.htm).

Quanto às políticas sociais da área da saúde, é importante ressaltar que até meados da década de 1980, quando foi criado o Suds/SUS²⁸, não havia sistema unificado de saúde no Brasil. Existiam duas estruturas nacionais: a saúde pública e a medicina previdenciária (BODSTEIN, 1987). A primeira era responsável pelas ações coletivas de caráter preventivo executadas pelo Ministério da Saúde - órgão de caráter eminentemente normativo -, e pelos estados e municípios. A segunda, pela prestação de serviços médicos individualizados aos trabalhadores segurados associados aos IAPs²⁹ até 1967 e depois ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)³⁰, com base na rede hospitalar e ambulatorial (DRAIBE, 1994).

A preponderância era da medicina previdenciária que se apoiava nos recursos da previdência e da área fiscal e na parceria com o setor privado, enormemente privilegiado nesse processo. O INPS era o verdadeiro gestor da política de saúde no Brasil e sua estrutura era extremamente centralizada. A lei do Sistema Nacional de Saúde, em 1974, veio reforçar a centralidade da assistência médica previdenciária (DRAIBE, 1994).

Ainda assim, em meio a um contexto de crescente esvaziamento do Ministério da Saúde durante o governo Geisel, tem início uma tentativa de reforma que marcará a atuação institucional até 1978. Para tanto, o governo aceitou, num primeiro momento, o trabalho de técnicos importantes, mas opositores ao regime. Eram, na sua maioria, jovens de dentro das universidades chamados para cargos de assessoria e confiança, constituindo um grupo progressista, de oposição aos modelos tradicionais, que tentou modernizar a administração e os programas elaborados (ALMEIDA, OLIVEIRA, 1979). Entre os programas inovadores de cunho social do período estavam: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronam), o Plano de Localização de Unidade de

²⁸ O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987, baseava-se nos princípios da universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o desdobramento do sistema anterior, consolidado na Constituição de 1988 (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

²⁹ Institutos de Aposentadoria e Pensão, surgidos na década de 1930, cuja vinculação se dava por categoria profissional, penalizando as categorias mais frágeis e excluindo os trabalhadores rurais (maioria no Brasil) e os trabalhadores urbanos informais. Os benefícios eram reduzidos, porém incluíam a assistência médica. Eram financiados por empregados, empregadores e governo.

³⁰ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, unificou os IAPs e incluiu os trabalhadores urbanos como segurados obrigatórios, ampliando assim a cobertura dos serviços médicos.

Serviço (PLUS)³¹, o Projeto Montes Claros (MOC)³² e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS)³³.

Todavia, ao fim do período Geisel, o grupo renovador do Ministério da Saúde sofreu desgaste, a modernização administrativa foi superficial e os programas inovadores, aplicados somente em parte. A importância da assistência médica dentro da estrutura de saúde do Estado ficara explícita com a criação do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), dentro do SINPAS³⁴, em 1977 (ALMEIDA, OLIVEIRA, 1979). A década seguinte, no entanto, veria uma grande transformação no modelo institucional de assistência à saúde, graças, em grande parte, à atuação do movimento sanitarista.

O período inicial da década de 1980 foi de aguda crise econômico-social. No setor saúde, o Ministério da Saúde procurou desenvolver uma política mais atuante de expansão da cobertura assistencial, já iniciada na década anterior, a fim de responder às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata, em 1978, que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, em especial por meio da atenção primária (BODSTEIN, 1987).

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização. A questão das diretrizes políticas e da competência do Ministério da Saúde foi incorporada na proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e discutida na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1979, convocada com o fim de promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento

³¹ O PLUS foi uma experiência pioneira de saúde pública na previdência social, a qual pôs em prática a programação de serviços, aplicando de forma racional o princípio da universalização da oferta. Em 1979, o plano foi desmontado (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

³² O MOC, por sua vez, incorporou conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência, auxiliares de saúde e participação popular. A idéia que originou o MOC vem de 1972, quando a *Family Health*, seguindo modelo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tentou fazer um projeto que ampliasse a estrutura de atenção à saúde nos postos rurais, para dar conta também do planejamento familiar (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

³³ O PIASS foi elaborado pelo setor saúde do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e tinha como objetivo central a implantação da estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e a contribuição para a melhoria do nível de saúde da região, através da instalação de minipostos e de ações de saneamento. Em geral seguia as linhas propostas por organismos internacionais quanto à participação comunitária nos serviços de atenção primária, com baixos custos, sem oferta de serviços sofisticados e com mão-de-obra sem formação acadêmica (ALMEIDA, OLIVEIRA, 1979).

³⁴ O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) organizou o sistema de proteção social brasileiro a partir do critério da especialização funcional, criando autarquias vinculadas ao Ministério da Assistência e Previdência Social, entre elas o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (BODSTEIN, 1987).

desse programa, uma proposta de reformulação do setor saúde a nível nacional (BODSTEIN, 1987).

O Prev-Saúde tinha como pressupostos para a extensão da cobertura conceitos como hierarquização dos serviços, públicos ou privados, por níveis de complexidade, regionalização do atendimento por áreas e populações definidas, integração de serviços, além da participação comunitária, segundo as orientações da Conferência de Alma-Ata. Todavia, não tocava na rede hospitalar privada, ficando no nível da atenção primária (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005). O programa teve várias versões, sendo inicialmente formulado por um grupo de técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência. As modificações responderam a interesses de vários grupos, e opunham diferentes posições como: privatização/estatização, centralização/regionalização, participação/manipulação (BODSTEIN, 1987).

Nesse período, a Previdência Social atravessava seu momento de crise mais grave. Devido a essa situação foi criado, em 1982, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), mecanismo institucional que pretendia racionalizar a assistência médica e propor formas de financiamento e utilização dos recursos, superpondo-se ao próprio Inamps. Um dos planos propostos pelo Conasp tinha como objetivo final as Ações Integradas de Saúde (AIS), implementadas em 1983. O plano do Conasp propunha a redefinição da política institucional com relação à saúde, por meio de um convênio tripartido (MS/MPAS/Secretarias de Estado de Saúde). Ele tinha uma estratégia de implantação gradual, inclusive com proposta de articulação com os diversos segmentos da sociedade civil (BODSTEIN, 1987).

Apesar dos inúmeros problemas, as AIS constituíram uma estratégia importante para o processo de descentralização da saúde. Com elas houve aumento da transferência de recursos federais para estados e municípios, aumento dos níveis de equidade e universalização, estímulo da produtividade das secretarias de saúde e demais órgãos públicos e diminuição de atividades paralelas com melhor programação dos serviços (DRAIBE, 1994).

Foi nesse cenário que se destacaram homens e mulheres da área de saúde, que em conjunto com setores da sociedade civil organizada, propuseram reformas na saúde pública brasileira nas décadas de 1970 e 1980, que se refletiram em novas experiências e políticas públicas, entre elas o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

2.4. O movimento da reforma sanitária

No contexto de tentativa de mudanças no setor saúde, ainda na década de 1970, começaram a ganhar peso os discursos oposicionistas que buscavam relacionar saúde e doença com as condições de vida (moradia, trabalho, lazer, bens de consumo coletivo como assistência médica e previdenciária). Esses discursos dirigiam severas críticas à organização dos serviços e ao desenvolvimento da rede privada vinculada ao Inamps. Dentre os precursores das críticas, destacamos Antonio Sergio Arouca e Carlos Gentile de Mello. Ambos tiveram papel fundamental na orientação das discussões questionadoras da dicotomia saúde coletiva/saúde individual (SCOREL, 1998).

Nesse mesmo período estavam se reestruturando as organizações da sociedade civil que reivindicavam, entre outras coisas, uma concepção ampla de saúde que incluísse as condições de vida e assistência médica como competência do Estado. Da união do discurso oposicionista da saúde com os movimentos sociais na luta por direitos foi ganhando corpo entre fins da década de 1970 e a década de 1980, o movimento da reforma sanitária brasileira.

Constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde, posteriormente, incorporou outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (SCOREL, 1998).

Unindo movimento ideológico com prática política, o movimento da reforma sanitária se organizou no âmbito dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das universidades. Opunha-se ao modelo preventivista liberal norte-americano - que, em suma, tratava saúde e doença a partir de uma visão biológica e não social - e a sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O movimento trazia para a área da saúde a abordagem médico-social de base conceitual marxista e estruturalista, defendendo a superação das visões biológica e ecológica da saúde (SCOREL, 1998).

Segundo Sarah Escorel (1998), o movimento da reforma sanitária teve três vertentes. Uma delas foi o movimento estudantil, importante difusor da nova teoria social da medicina, e que teve papel chave na constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), “pedra fundamental do movimento sanitário” (ESCOREL, 1998, p.67). As outras duas vertentes foram os médicos residentes, líderes dos debates entre medicina liberal e assalariada, e a Academia, origem e base teórica do movimento.

Com o Cebes surgiu a revista *Saúde em Debate*, em novembro de 1976. Além da revista, o centro promovia encontros, mesas-redondas, debates e reuniões para discutir vários temas da saúde, destacando-se a previdência social, os medicamentos e o planejamento familiar. A participação destacada do Cebes nos debates sobre controle da natalidade e planejamento familiar será objeto de nossa atenção, em especial sua relação com o movimento feminista e as novas ideias de saúde da mulher e controle da fecundidade que eles ajudaram a difundir no período de transição política.

Exemplo da relação entre o movimento sanitário e as feministas é a participação conjunta em eventos sobre o polêmico tema do controle da natalidade, entre os quais destacamos uma mesa-redonda organizada pelo Cebes em parceria com o Centro da Mulher Brasileira (CMB), no Rio de Janeiro, onde foi discutido o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) (*Saúde em Debate*, out/nov/dez 1977, p.14).

Contestando o modelo privatista e centralizador de saúde, o Cebes ganhou enorme destaque e se tornou um pólo aglutinador das oposições ao regime, inclusive promovendo a oposição sindical e a renovação das entidades de saúde. Isso trouxe uma crise para a entidade em fins de 1978, que durou até meados de 1979. Por isso, a direção do Cebes se afastou do movimento corporativo e se aproximou do trabalho com a sociedade civil.

(...) essa entidade [o Cebes] era composta por um grupo de posições políticas bastante heterogêneas. Ainda que existisse uma hegemonia do Partido Comunista Brasileiro dentro do Cebes, ele era heterogêneo porque pessoas passaram a encontrar no Cebes um local onde discutir as frustrações no exercício profissional. Então, vão aparecer os grupos que estavam fazendo a crítica da psiquiatria [...] discussões sobre saúde da mulher, do trabalhador [...] tudo refletia para o Cebes. Depois se vão. O tema saúde da mulher, por exemplo, vai para o movimento feminino. Refletiam-se, ali, as diferentes posições políticas que estavam aparecendo na sociedade (AROUCA, 1986 apud ESCOREL, 1998:81).

A partir de 1979 o movimento da reforma sanitária penetrou nos aparelhos do Estado, o Cebes se tornou órgão de consultoria técnica e o núcleo de Brasília se destacou por ações no Parlamento. Entre 1979 e 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

A partir de 1982, o movimento desenvolveu na Previdência Social propostas de reformulação do setor saúde que modificaram algumas diretrizes da política de saúde vigente. Entre outras medidas, privilegiou a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estadual e municipal. Além disso, legitimou a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005), dentre elas o movimento feminista.

2.5. O movimento de mulheres e a segunda “onda” feminista

A expansão da educação superior e a entrada de mulheres casadas no mercado de trabalho após a Segunda Guerra influenciaram o ressurgimento do movimento feminista no mundo ocidental em fins da década de 1960 (HOBSBAWN, 1995). Manifestações dos movimentos feministas na Europa e nos Estados Unidos ganharam destaque internacionalmente, em especial aquelas a favor da liberação sexual feminina, do uso de pílulas anticoncepcionais e da descriminalização do aborto (ESTEVES, MESQUITA, 2005).

No Brasil, as transformações sociais decorrentes do processo de modernização econômica e urbanização dos anos de 1950 e 1960 também refletiram nas décadas seguintes em mudanças nos papéis sociais femininos, nos costumes e nas relações entre os sexos (GOLDBERG, 1987).

As idéias libertárias vindas do exterior repercutiram no Brasil principalmente através da imprensa alternativa³⁵. Brasileiras que viviam na Europa e nos Estados Unidos, algumas exiladas – ex-prisioneiras políticas e militantes de grupos de esquerda -, divulgavam as ideias feministas no Brasil através de cartas, artigos e publicações. Mulheres de trajetórias diferentes começaram a formar grupos. Goldberg (1987) destaca o Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris, que apareceu em 1975, a partir da reação de exiladas às práticas discriminatórias em relação às mulheres por parte do Partido Comunista no exílio.

Ainda no início dos anos de 1970, começaram a surgir no Brasil os primeiros grupos organizados de mulheres que discutiam os problemas femininos sob a influência do movimento feminista internacional e a partir do contato que algumas mulheres tiveram com ele em viagens ao exterior, França e Estados Unidos principalmente. Eram grupos formados, na maior parte, por jovens universitárias ou com nível superior, e militantes da Ação Católica³⁶ (SARTI, 1998).

Já em 1972, era realizado o I Congresso da Mulher promovido pelo Conselho Nacional da Mulher, criado por Romy Medeiros³⁷ em 1949 (PEDRO, 2006). Heleieth Saffioti, Rose Marie Muraro, Carmem da Silva, Branca Moreira Alves, Martha Suplicy, Maria Odila Leite da Silva Dias, eram algumas das mulheres que já participavam de discussão de livros feministas e de “grupos de reflexão” entre 1971 e 1975 (PEDRO, 2006).

Os grupos de reflexão, ou grupos de autoconsciência, segundo Anette Goldberg (1987), eram pequenos grupos onde as mulheres compartilhavam experiências e confrontavam seus problemas vivenciados nas relações entre os sexos, descobrindo que não se tratavam de problemas únicos nem particulares, mas eram parte da opressão sofrida por todas as mulheres. Esse processo de tomada de consciência deveria criar um

³⁵ Jornais que se caracterizaram pela oposição ao regime militar, ao modelo econômico, à violação dos direitos humanos e à censura. Editados, em geral, por jornalistas, intelectuais e militantes de esquerda em busca de um espaço de expressão (KUCINSKI, 1998).

³⁶ Movimento surgido no Brasil em 1935, que tem como objetivo formar leigos para colaborar com a missão da Igreja. Nos anos de 1960 foi bastante dinâmica e contava com setores especializados, formados principalmente por jovens, do mundo rural (JAC), estudantil (JEC), independente (JIC), operário (JOC) e universitário (JUC). O crescente envolvimento do movimento estudantil nas questões políticas nacionais, entre 1959 e 1965, acabou por influenciar na criação de uma organização política desvinculada da Igreja, e formada por antigos membros da JUC, a Ação Popular (AP), que posteriormente aderiu à luta armada contra a ditadura militar.

³⁷ Romy Medeiros é advogada e destacou-se na luta pelos direitos da mulher e na conquista do Estatuto da Mulher Casada, de 1962, através de sua atuação no Conselho Nacional da Mulher, que até hoje preside (<http://www.conselhonacionaldemulheresdobrasil.com>).

sentimento de solidariedade e irmandade entre as mulheres, inspirando-as a levantar os fatos da vida privada como bandeiras de luta no campo da vida pública, fazendo do pessoal político, com grande potencial de transformação social.

Outros grupos, formados por mulheres de classes médias e baixas, surgiram e se destacaram a partir de meados da década de 1970. Em parte apoiados pela Igreja Católica, eles se multiplicaram com a crise do milagre econômico na luta de oposição ao governo e promoveram a participação na vida comunitária (SARTI, 1998).

Diferentemente das feministas, esses grupos não questionavam a opressão de sexo e os papéis tradicionais das mulheres. Pelo contrário, demonstravam uma postura maternalista buscando valorizar a sua condição de esposas, donas-de-casa e mães para intervir no espaço público, reforçando tais papéis. Entre os mais destacados estavam o Movimento Feminino Pela Anistia (MFPA), os clubes de mães e o movimento contra a carestia. Apesar das diferenças, esses grupos sempre estiveram muito próximos do movimento feminista (SARTI, 1998).

Enquanto parte do movimento de mulheres andava lado a lado com a Igreja Católica, as feministas sempre mantiveram uma relação delicada com essa instituição. Certos temas como aborto, sexualidade e contracepção se limitavam aos “grupos de reflexão” por não encontrarem espaço dentro de certas entidades que estavam comprometidas na luta contra a ditadura militar e, portanto, zelavam pelo apoio da Igreja. As questões mais especificamente feministas, que diziam respeito diretamente às relações de gênero, ganharam espaço somente com a consolidação da abertura política em fins dos anos de 1970, quando as discussões sobre gênero foram aprofundadas, evidenciando então os conflitos com a Igreja (SARTI, 1998).

Em 1975, os primeiros grupos de reflexão citados anteriormente se uniram e organizaram a Semana de Pesquisas sobre o Papel e o Comportamento da Mulher Brasileira³⁸, com o apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e sob o patrocínio da Organização das Nações Unidas (ONU) que havia feito daquele ano o Ano Internacional da Mulher.

O ressurgimento do movimento feminista no Brasil, naquele momento, se relaciona com a resistência das mulheres à ditadura militar e à necessidade de espaços de expressão política. O movimento feminista teve duplo papel no cenário político

³⁸ Para abreviar chamaremos esse evento de “Encontro da ABI”.

brasileiro: espaço político para as mulheres e suas demandas específicas e canal de denúncia do regime e defesa dos direitos civis ³⁹ (MENDEZ, 2004).

A partir da iniciativa de organização do “Encontro da ABI”, surgiram grupos feministas organizados em vários estados. Eram formados, na sua maioria, por mulheres da classe média urbana intelectualizada, esquerdistas, exiladas e com nível superior. Em geral, tinham a perspectiva de transformar a sociedade como um todo, por isso se articularam com as demandas do cotidiano das mulheres das camadas populares, que tinham como parâmetro o mundo da reprodução e a família (GROSSI, jul-dez 1997).

Num primeiro momento, destacaram-se entre esses grupos o Centro da Mulher Brasileira (CMB) no Rio de Janeiro, o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira de São Paulo (criado com apoio da Cúria Metropolitana); o jornal *Brasil Mulher* (1975-1980), de Londrina; jornal *Nós Mulheres* (1976-1978), de São Paulo⁴⁰.

Anette Goldberg (1987) chama a atenção para a heterogeneidade do feminismo que se difundiu no Brasil desde então, sua multiplicidade em termos dos significados e das motivações que lhe foram associadas por mulheres de diferentes formações e orientações político-ideológicas. A tendência, muitas vezes, de abarcar todas estas visões sob uma única designação de “feminismo” faz com que se perca a riqueza de seus ideais e articulações com o quadro mais amplo da realidade brasileira. Os feminismos brasileiros teriam sido forjados ao mesmo tempo na luta contra o patriarcado, o capitalismo e a ditadura militar, por isso foi o movimento feminista da “dupla militância”, ou, nas palavras da autora, o feminismo “bom para o Brasil”.

A dinâmica do CMB, por exemplo, revela essa diversidade de posições políticas, escondidas sob o véu do feminismo, em especial nos seus primeiros anos de vida. Segundo Joana Pedro (2006), no início, o CMB teve um caráter liberal, mas a partir de 1977 ele foi aparelhado pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), fato que limitou a luta específica da mulher a questões como creches, controle de natalidade e trabalho. Temas mais ligados à autonomia sexual da mulher, como contracepção e aborto eram malvistas e, assim como os grupos de reflexão, considerados assuntos de burguesas. As feministas

³⁹ A dualidade entre as “questões específicas” das mulheres e as “questões gerais”, os demais problemas da sociedade brasileira, marcou o movimento feminista no Brasil, com mais intensidade no período em que a luta contra o regime militar ganhava força na segunda metade da década de 1970.

⁴⁰ Refletindo as preocupações dos demais grupos feministas, os jornais *Nós Mulheres* e *Brasil Mulher* abordaram ao longo de seus artigos e editoriais tanto questões específicas referentes à situação das mulheres (violência, condições de trabalho e sexualidade), quanto demandas que simbolizavam a oposição ao regime militar – como as lutas pela anistia e pelas liberdades democráticas (PEDRO, 2006).

com atuação partidária e que pretendiam levar as diretrizes de seu partido para o movimento entravam em choque com as que brigavam por uma postura mais autônoma, com formulações e práticas próprias e ênfase nas questões específicas da condição feminina (MIGUEL, 1987).

Entre 1979 e os primeiros anos da década de 1980, com a abertura dos campos de participação política no país, ocorreu um processo de redefinição na noção de feminismo e, portanto, uma maior diferenciação de trajetórias dentro do movimento feminista. Nesse momento, a sociedade já reconhecia a relevância das suas causas. Além disso, a conquista da anistia e o fim do bipartidarismo colaboraram para uma divisão mais evidente das mulheres unidas em nome do movimento. A partir de então, os grupos se dividiram e surgiu a possibilidade do aprofundamento do debate sobre o conceito de gênero e sobre as questões referentes à sexualidade, além de abrirem-se espaços para uma militância técnica e profissional no espaço institucional (SARTI, maio/agosto 2004).

Surgiram, então, grupos fortes de trabalho, especialmente aqueles contra a violência da mulher e pela sua saúde. Desenvolveu-se o feminismo acadêmico, com núcleos de estudos sobre a mulher. No plano institucional, surgiram conselhos e delegacias para as questões específicas femininas, as mulheres se fizeram presentes nos cargos eletivos e criaram formas alternativas de participação política (PINTO, 2003).

Com a aproximação das primeiras eleições gerais do país em 1982, a política dominou as discussões dentro do movimento. A relação dos feminismos com o campo político, nesse momento, pode ser mais bem compreendida a partir de três perspectivas que se completam: a conquista de espaços no plano institucional; a candidatura de mulheres; e novas formas de participação política. A presença das mulheres nesses espaços causou tensões tanto no campo político tradicional como entre as feministas, que muitas vezes viam o estreitamento da relação com o campo da política institucional como ameaça ao movimento (PINTO, 2003).

Segundo Céli Pinto (2003), o início dos anos de 1980 vê as feministas se dividirem em “autonomistas” e “institucionais”. A questão da autonomia do movimento feminista, limitada pelo contexto político da segunda metade da década de 1970, começa a ser posta em debate devido à institucionalização do movimento. Desse modo, a relação com o Estado se torna mais ambígua. Antes, tinha-se uma postura homogênea

contra o governo, agora o próprio governo passa a incorporar algumas bandeiras do movimento feminista e a abrir espaço para uma maior participação das mulheres.

Se num primeiro momento, o movimento feminista ligava autonomia a uma defesa contra a manipulação de partidos políticos, num segundo momento, com o processo de redemocratização e a possibilidade de uma relação institucional, autonomia passa a ser definida em relação ao Estado, aos órgãos públicos e a outros movimentos sociais (PINTO, 2003).

Embora houvesse várias concepções de feminismo e autonomia dentro do movimento feminista, todas elas estavam organizadas em torno das “questões específicas” femininas, questionando a forma submissa pela qual as mulheres estavam inseridas na sociedade e discutindo a discriminação que sofriam (MIGUEL, 1987).

A história da institucionalização do movimento feminista junto ao Estado passa pela vitória do MDB em alguns estados brasileiros em 1982, mais especificamente pela eleição de Franco Montoro no estado de São Paulo, onde o movimento feminista era bastante organizado e tinha alguns nomes de projeção nacional nas áreas da cultura, da política e da academia. Ali foi criado em abril de 1983, o Conselho Estadual da Condição Feminina, primeiro órgão desse tipo no Brasil, que influenciou a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985 (PINTO, 2003). Também em São Paulo no governo de Montoro foi lançado um programa de saúde da mulher, similar ao PAISM em sua proposta de assistência integral com oferta de serviço de planejamento familiar.

No espaço institucional, portanto, as feministas obtiveram importantes conquistas, participando da elaboração de políticas públicas e se destacando no embate contra o modelo político-econômico do regime militar e contra os defensores de programas controlistas de planejamento familiar, que tratavam esse assunto como solução para o desenvolvimento econômico do Brasil: entidades privadas nacionais, agências financiadoras internacionais, parlamentares, médicos e economistas brasileiros.

O questionamento das feministas a respeito das condições de reprodução biológica e social, entre as décadas de 1970 e 1980, no Brasil, relacionava-se com a certeza de que a democracia viria completar a modernização da sociedade brasileira, e se articulava à reflexão produzida por outros atores políticos: o movimento sanitário, a comunidade demográfica e os cientistas sociais (CORREA, 1993).

Naquele momento, as análises desses vários setores permitiram romper com a polarização entre o natalismo tradicional e o neomalthusianismo crescente que havia caracterizado o debate nacional sobre o controle da natalidade entre as décadas de 1960 e 1970 (CORREA, 1993), forçando o Estado a sair da posição ambígua sobre o tema, que ao mesmo tempo era contra uma política populacional controlista, mas conivente com as entidades privadas de planejamento familiar e a indústria farmacêutica. O debate entre controlistas e anticontrolistas era bastante polêmico e as posições dentro dos grupos, as mais diversas.

A evolução dos debates e a atuação cada vez mais expressiva das feministas e do restante do grupo anticontrolista, em conjunto com as mudanças no cenário sócio-político brasileiro, possibilitaram, na década de 1980, a configuração de uma política pública alternativa de planejamento familiar no Brasil, a primeira implantada a nível nacional, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Capítulo 3

Perspectivas em debate: propostas e conflitos sobre planejamento familiar no Brasil

A polêmica sobre o controle de natalidade no Brasil envolveu diversos personagens que se manifestaram dentro de um conjunto variado de ideias e propostas, entre as décadas de 1960 e 1980. O debate, que foi evoluindo e se intensificando ao longo desse período, inicialmente se polarizou entre duas posturas opostas que refletiam o conflito ideológico internacional da Guerra Fria e o embate nacional sobre o modelo político-econômico do país.

De um lado, o grupo que chamamos neste trabalho de “controlistas”, ou seja, setores conservadores da sociedade, ligados ao capital nacional e internacional, favoráveis a políticas populacionais de controle da fecundidade como forma de combater a pobreza e desenvolver o país. Médicos, economistas, militares da Escola Superior de Guerra, políticos, e entidades nacionais e internacionais apoiadas por agências estrangeiras de financiamento compunham esse grupo.

No pólo oposto, setores progressistas, ligados aos partidos de esquerda, aos movimentos sociais e à Igreja Católica, que denunciavam as teses neomalthusianas defendidas pelos controlistas e suas ações de incentivo ao controle da natalidade das populações pobres. Demógrafos, médicos ligados ao movimento da reforma sanitária, membros do clero e feministas faziam parte desse arranjo heterogêneo, que aqui

chamamos de “anticontrolistas”, os quais compartilhavam a ideia de que a queda nas taxas de natalidade eram consequência e não causa do desenvolvimento econômico e social.

Tratava-se, acima de tudo, de uma questão política bastante polêmica que envolvia problemas demográficos, sanitários e feministas. Os debates se faziam presentes na grande imprensa, na imprensa alternativa, nos congressos médicos, nos espaços políticos organizados pelos movimentos sociais e também na esfera estatal, dentro das assembleias legislativas, do Congresso Nacional, do Senado e do Poder Executivo.

Neste capítulo, fazemos um panorama das discussões sobre o tema a partir de meados da década de 1970 até meados da década de 1980, quando se intensifica a mobilização contra o regime militar e por melhores condições de vida, até o momento da redemocratização quando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) entra no sistema de saúde brasileiro.

Destacamos as denúncias e propostas do grupo anticontrolista, em especial as ideias do movimento feminista sobre saúde da mulher e contracepção, que tratavam as mulheres enquanto seres autônomos, e privilegiavam as ações educativas como forma de oferecer às mulheres a chance de controlar sua vida e seus corpos e o poder de exercer com consciência a maternidade e escolher livremente o tamanho de sua família. Ideias que se associaram a novas noções de saúde pública defendidas pelo movimento da reforma sanitária, como o conceito de integralidade.

3.1. A polêmica do controle da fecundidade: personagens e estratégias

Até 1960, o foco das ações em saúde e população dos organismos internacionais no Terceiro Mundo era o combate à mortalidade infantil, um dos primeiros indicadores do nível de desenvolvimento de um país. Na década de 1950, por exemplo, recursos financeiros e tecnológicos do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em convênio com o governo brasileiro (1950-1962), foram enviados para tentar diminuir os elevadíssimos índices de morbimortalidade infantil do país (CANESQUI, 1987). A partir da década seguinte, o principal problema a combater nesses países passou a ser o

nascimento “excessivo” de crianças, ou, na expressão da época, a “bomba populacional”.

Naquele momento, novas tecnologias contraceptivas estavam sendo testadas com sucesso. A cirurgia de esterilização feminina foi aperfeiçoada (VIEIRA, 2003) e a pílula anticoncepcional foi liberada para comercialização nos Estados Unidos em 1960 e no Brasil em 1962, servindo a interesses de diferentes atores: mulheres, ginecologistas, indústria farmacêutica e organismos internacionais (SOUZA JUNIOR, 2006). Foi um período de expansão do “campo de prova” de novos medicamentos, fruto da preocupação com o crescimento da população pobre e com o perigo subversivo que ela representava para as potências capitalistas (PEDRO, 2003).

A pílula entrou no mercado mundial altamente dosada. Em decorrência disso, foram sendo relatados diversos efeitos colaterais (náuseas, dores de cabeça, aumento de peso, risco de trombose entre outros), que suscitaram discussões sobre os riscos da pílula para a saúde das mulheres e se tornaram um obstáculo para sua comercialização. Não havia unanimidade sobre o perigo ou a eficácia dos novos anticoncepcionais hormonais. O debate entre os médicos e na imprensa acerca da pílula era contraditório. Eles se dividiam entre suas vantagens e desvantagens deixando milhares de mulheres temerosas em todo mundo (SOUZA JUNIOR, 2006).

Por causa disso, iniciou-se todo um trabalho para encontrar uma dosagem que tornasse essa intolerância clínica mais amena, fazendo com que a pílula fosse cada vez mais aceita e consolidada como o melhor e mais eficaz método contraceptivo. Além disso, sendo os principais responsáveis pela escolha do método, os médicos se tornaram os alvos preferenciais da propaganda da indústria farmacêutica internacional, que em constante competição, lançava no mercado contraceptivos com promessas de menores doses hormonais e menos efeitos colaterais (SOUZA JUNIOR, 2006).

Os médicos brasileiros buscaram conhecimento sobre a contracepção em instituições estrangeiras ainda nos anos de 1950. Na década seguinte, esse assunto passou a ser ensinado nas faculdades de medicina do Brasil, enquanto pesquisas isoladas com recursos do IPPF eram realizadas em várias cidades brasileiras com o objetivo de informar as mulheres de camadas populares sobre contraceptivos. A partir de 1966, as revistas médicas brasileiras começaram a difundir, para os ginecologistas e obstetras, as pesquisas realizadas por médicos brasileiros e estrangeiros e junto com elas as propagandas das pílulas (PEDRO, 2003).

Para McLaren (1990) foi o aparecimento da pílula que levou os médicos de todo o mundo a apoiarem o controle da natalidade, por ser tratar de um método que ia ao encontro de seu desejo de higienizar a reprodução. A contracepção através de uma pílula, elaborada a partir de métodos científicos era mais conveniente para os médicos, cuja principal preocupação passou a ser sua responsabilidade em relação ao controle da reprodução e não a maior autonomia das mulheres, por isso tiveram de aceitar o advento dos novos métodos contraceptivos e o aborto legalizado – onde este existia (MCLAREN, 1990).

É importante verificar a relação de médicos ginecologistas e obstetras brasileiros com as ideias neomalthusianas difundidas por organismos internacionais. Alguns desses profissionais, vinculados à Faculdade Nacional de Medicina se tornariam os principais representantes do movimento do planejamento familiar no Brasil, entre eles Otavio Rodrigues Lima, professor Catedrático de Clínica Obstétrica da faculdade, que realizou, em 1961, as primeiras articulações no país em prol da organização do movimento e que foi o primeiro presidente da Bemfam. Dois médicos que também se destacaram na defesa do planejamento familiar a partir dos anos de 1960 foram Walter Rodrigues (secretário-executivo da Bemfam) e Elsimar Coutinho (Universidade Federal da Bahia), entre outros (BHERING, 2009).

A partir das articulações de Otávio Rodrigues e Walter Rodrigues com os organismos internacionais, foi criada a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (Bemfam), primeira entidade de planejamento familiar no Brasil e uma das mais destacadas. A Bemfam foi anunciada durante a XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, em 1964, que teve como tema central o planejamento familiar. Nesse encontro, Otávio Rodrigues apresentou as conclusões de sua pesquisa sobre aborto no Brasil e defendeu o planejamento familiar como solução para o problema (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Mais do que o aborto, o crescimento acelerado da população brasileira era o principal argumento dos constantes debates sobre o planejamento familiar nas revistas de ginecologia a partir da segunda metade da década de 1960. Para muitos ginecologistas e obstetras, planejar a família era essencial para o desenvolvimento nacional (BHERING, out/2009). Por outro lado, médicos identificados com uma postura política de esquerda contestavam o ponto de vista controlista. Em 1966, membros da Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG) reagiram contra o uso de métodos contraceptivos que consideravam danosos à saúde, como as pílulas, e denunciaram as

ações da Bemfam ao Conselho Nacional de Medicina, que não acatou a denúncia⁴¹ (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Os debates e denúncias chamaram a atenção da opinião pública para o tema, bastante polêmico e nem um pouco consensual na sociedade brasileira. Em meio a um clima de desconfiança quanto às ações de controle da natalidade no Brasil, foi aberta uma Comissão Parlamentar de Inquérito⁴² (CPI) na Câmara dos Deputados, em 1967, para investigar denúncias de esterilização em massa de mulheres na Amazônia, feita por repórter do Jornal *Última Hora*. Segundo a reportagem, missionários evangélicos colocavam dispositivos intra-uterinos (DIUs) nas mulheres pobres da região (FONSECA SOBRINHO, 1993).

A CPI contou com o depoimento de deputados federais e estaduais, jornalistas, médicos ginecologistas e obstetras - em sua maioria ligados à universidades ou/e à Bemfam -, o secretário de saúde de Minas Gerais, juristas, representantes da Igreja Católica, economistas e demógrafos. Uma parte contrária ao controle da natalidade, outra parte defensora de uma política populacional. Contudo, em meio às crises políticas da época o relatório da CPI não foi concluído (ROCHA, 1993).

Enquanto aconteciam os debates na CPI, ainda em 1967, a Bemfam assinava um convênio com a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). O objetivo da entidade em se vincular com o IPPF seria obter acesso aos recursos das agências internacionais a que esta última estava vinculada. Vale ressaltar que, em 1972, Otávio Rodrigues Lima se tornou o presidente do Hemisfério Sul do IPPF, substituindo Luis Leite. A vinculação entre a Bemfam e a IPPF exemplifica a influência das agências internacionais no Terceiro Mundo na promoção do planejamento familiar (BHERING, out/2009).

Até o momento da criação da Bemfam, não havia ainda no Brasil uma postura definida em relação ao planejamento familiar. Segundo Fonseca Sobrinho (1993), o que existia era um natalismo difuso em nossa sociedade, fruto de um conjunto de fatores ideológicos: o catolicismo, o positivismo e o evolucionismo, além da estratégia geopolítica de ocupação de espaços vazios dos militares conservadores. Em contrapartida, entravam em cena as ideias internacionais, que associavam

⁴¹ No episódio, o CNM teria recusado a denúncia taxando a AMEG de subversiva (*BRASIL MULHER*, nº4, 1976, p.6).

⁴² “Comissão Parlamentar de Inquérito para estudar a conveniência ou não de um plano de limitação da natalidade em nosso país”, cujo requerimento foi encabeçado pelo líder do MDB, deputado Mário Covas (ROCHA, 1993: 39).

desenvolvimento econômico ao baixo crescimento populacional, e que eram defendidas por setores da imprensa e por alguns médicos, economistas, políticos e militares da Escola Superior de Guerra (ESG).

Mas mesmo sem uma política estatal controlista, a taxa de fecundidade da população brasileira sofreu quedas sucessivas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, tanto entre as camadas populares, quanto entre as camadas médias. Essas quedas foram consequência das profundas mudanças estruturais pelas quais o país passava, com influência direta sobre o trabalho feminino e sobre a composição dos novos núcleos familiares urbanos (CANESQUI, 1987).

Cabe lembrarmos que o momento era de crescente participação das mulheres na vida pública. As mulheres das camadas médias brasileiras aderiram ao consumo da pílula, representando um mercado em crescimento acelerado (PEDRO, 2003). Apesar dos riscos que a pílula apresentava à saúde, com suas elevadas taxas hormonais, a livre comercialização dos contraceptivos desde o início da década de 1960 e o desejo de diminuir a família ajudaram a impulsionar a queda da natalidade (CANESQUI, 1987).

Essa queda na taxa de fecundidade, segundo Elza Berquó (1987), foi a mudança demográfica mais importante acontecida no Brasil durante o século XX. De acordo com seus estudos, de 1940 a 1960 o crescimento populacional foi devido exclusivamente ao declínio da mortalidade, já que até 1960, as taxas de fecundidade permaneceram estáveis (média de seis filhos por mulher). De 1965 a 1980, no entanto, a fecundidade caiu 48%, enquanto que a esperança de vida levou 40 anos (1940 a 1980) para crescer 45% (BERQUÓ, 1987). Em quatro décadas o Brasil atingiu o nível de transição demográfica que levou dois séculos para a Europa atingir, e ao contrário deste continente, no Brasil, a transição ocorreu independente das melhorias nas condições materiais da população (VIEIRA, 2003).

Esse fenômeno se deu em todas as regiões e em todos os níveis de instrução das mulheres, sendo que no período não houve grandes mudanças nos padrões de conjugalidade ou de amamentação (fatores indutores de mudanças nas taxas de fecundidade), o que ajuda a concluir que depois de 1965, o novo período de transição demográfica foi causado pela maior regulação da fecundidade, graças aos novos métodos contraceptivos de alta eficácia (BERQUÓ, 1987).

Algumas teorias⁴³ tentam explicar o aumento do uso de contraceptivos e as consequências do declínio da fecundidade no Brasil. A primeira afirma que o Brasil seria um exemplo de resposta clássica à modernização da sociedade: aumento da renda *per capita*, incremento da urbanização, redução da força de trabalho na agricultura e aumento do trabalho feminino. Fatores responsáveis pela diminuição da demanda por filhos. Uma segunda teoria sugere que dois fatores (estrutural e cíclico) teriam modificado a dinâmica populacional no Brasil. O fator estrutural seria a intensificação do processo de proletarização. O cíclico, a deterioração das condições de vida de segmentos substanciais da população, que forçou as classes médias e baixas a mudar seu comportamento reprodutivo (VIEIRA, 2003).

Carmem Barroso (1988) aponta também fatores culturais para a queda da fecundidade no Brasil, como a persistência de padrões tradicionais de divisão do trabalho, que jogam as mulheres numa exaustiva jornada dupla de trabalho (em casa e na rua) em tempos de entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho formal, que além de necessidade se tornou também uma nova fonte de realização pessoal (VIEIRA, 2003).

Contraditoriamente, já em meio a um cenário de queda nas taxas de fecundidade, o governo brasileiro começou a sinalizar discretamente para uma mudança de postura quanto ao controle populacional a partir dos anos de 1970. Do discurso natalista, fortemente influenciado pela Igreja Católica, o governo passou para um discurso ambíguo, ao mesmo tempo contrário às políticas populacionais controlistas, mas favorável à ideia do planejamento familiar como direito do casal e dever do Estado (VIEIRA, 2003).

As políticas de saúde desse período refletiam a nova postura do governo brasileiro. Em 1971, foram divulgadas as diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar aparecia como orientação no período intergestacional, por razões de saúde. Não se mencionava os métodos usados e nem o tipo de orientação. Em 1973 foi apresentado o Programa de Saúde Materno-Infantil, pelo Ministério da Saúde, que contemplava a possibilidade de oferecer meios anticoncepcionais, como parte do processo de educação para a paternidade responsável (CANESQUI, 1987).

⁴³ Cito a fonte da autora: *United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. Brazil: case studies in population policy*. Nova Iorque, 1988 (*Population Policy Paper*, 17).

Desde então, até a primeira metade da década de 1980, o governo esboçou tentativas de incluir o planejamento familiar em programas de saúde materna. Esses programas se caracterizavam por manter a unicidade do grupo materno-infantil, contemplando a saúde da criança e da mulher em idade reprodutiva (CANESQUI, 1987). A partir do final da década de 1970, algumas dessas tentativas sofreram fortes críticas por parte dos setores anticontrolistas da sociedade, como o movimento de mulheres, demógrafos, o movimento sanitaria e a Igreja Católica.

A respeito da posição do clero católico brasileiro no debate sobre população e natalidade, Souza Junior (2006) afirma que a maior parte dos pronunciamentos do episcopado sobre o tema tiveram lugar no final dos anos de 1960. Após a publicação da encíclica *Humanae Vitae*⁴⁴ em 1968, o episcopado brasileiro pronunciou-se a favor do documento papal, apesar das discordâncias entre o clero do mundo todo, inclusive do Brasil. Mas se por um lado, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) reafirmava as teses centrais do Vaticano, por outro, procurava enfatizar a compreensão pastoral das situações concretas da sociedade brasileira (SOUZA JUNIOR, 2006).

Naquela ocasião, o presidente Costa e Silva manifestou seu apoio à doutrina da Igreja, revelando a postura natalista ainda predominante no Estado:

Em nome do povo e do Governo do Brasil, manifesto a Vossa Santidade o sentimento de júbilo e gratidão causado pela Encíclica na qual a voz suprema da Igreja diz a palavra exata de condenação aos métodos anticristãos de controle da natalidade. Governante de um país que procura ocupar mais da metade de seu território, ainda exposto aos riscos de uma densidade demográfica não compatível com as necessidades globais de seu desenvolvimento e segurança, não me sirvo para aplaudir esse documento notável apenas de nossa fé inabalável nos mandamentos cristãos (...)(COSTA E SILVA..., fevereiro de 1969).

Posição confirmada oficialmente na Conferência sobre o Meio Ambiente, em Estocolmo, 1972 e reiterada em 1973 nas reuniões preparatórias para a Conferência Mundial de População da ONU, em Bucareste. O I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) do governo militar, de 1972, expôs as mesmas preocupações natalistas de Costa e Silva. Porém, já admitiu o controle de natalidade como responsabilidade familiar, através de meios educativos, eximindo-se de qualquer intervenção estatal.

⁴⁴ Como afirmamos anteriormente, a encíclica *Humanae Vitae* concedeu mais autonomia ao casal em relação à contracepção, afirmando a importância da paternidade responsável e do amor conjugal. Condenava o aborto e os métodos artificiais, mas permitia os métodos naturais (ritmo ou tabelinha) em casos de extrema necessidade.

Posicionamento ambíguo que abria brechas para a tolerância das entidades privadas de planejamento familiar (CANESQUI, 1987).

A Conferência de Bucareste, em 1974, tornou-se um marco na mudança de postura do governo brasileiro quanto ao controle populacional. O encontro foi palco, mais uma vez, da oposição do Terceiro Mundo ao plano de ação controlista dos Estados Unidos. Alinhado a essa corrente anticontrolista, o governo brasileiro, no entanto, se contradisse ao admitir o dever do Estado em fornecer informações e métodos contraceptivos à população (VIEIRA, 2003).

Havia, na verdade, há mais ou menos uma década, uma política implícita de controle da fecundidade no Brasil com oferta de pílulas de baixo custo no mercado, fácil acesso à esterilização, ampliação do acesso à educação e ao trabalho feminino, incentivo ao consumo através da televisão e liberdade de ação de entidades privadas de planejamento familiar (VIEIRA, 2003).

Ainda em 1971, o governo brasileiro dera o título de utilidade pública à Bemfam. No mesmo ano, a *Family Health Foundation*, norte-americana, trazia para o interior de Minas Gerais uma proposta de planejamento familiar atrelada à saúde materno-infantil, com o apoio da população e de autoridades locais. Mesmo durando apenas dois anos, as ações da *Family Health* exerceram influência em programas municipais posteriores (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Em 1975, um acordo internacional de assistência técnica entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade da Flórida levou à criação do Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (CPAIMEC), organização privada sem fins lucrativos (FONSECA SOBRINHO, 1993). O CPAIMEC viria a ser uma das entidades de planejamento familiar de maior peso na distribuição de contraceptivos e na realização de esterilizações no Brasil.

O financiamento para as atividades do CPAIMEC no Brasil provinha fundamentalmente das instituições vinculadas ao sistema AID (*Agency for International Development*) através do *Family Planning International Assistance* (FPIA), do *Pathfinder Foundation* e outras. Sua estratégia foi agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Financiou treinamentos de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as suas atividades. O CPAIMEC foi ainda distribuidor de

material contraceptivo para diversas outras instituições congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para importação, por ser organismo de utilidade pública (COSTA, 2000).

Como podemos perceber, portanto, a partir de meados da década de 1970, vários fatores foram mudando o equilíbrio de forças entre controlistas e anticontrolistas no Brasil. A Igreja avançava na divulgação dos métodos naturais de anticoncepção e as teorias da “explosão demográfica” e da “ameaça interna” ganhavam espaço entre médicos, economistas e também entre militares da Escola Superior de Guerra (ESG). Refletindo as novas diretrizes e conceitos na área da saúde no Brasil e no mundo, as práticas verticais da Bemfam foram superadas pelo discurso do Centro de Pesquisas e Atenção Integral às Mulheres e às Crianças (CPAIMC), que propunha um modelo de planejamento familiar integrado à assistência à saúde da mulher (FONSECA SOBRINHO, 1993).

O Estado brasileiro, por sua vez, demonstrava uma abertura ao planejamento familiar enquanto política social. Logo após a Conferência de População de 1974, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), incorporando o discurso da delegação do Brasil em Bucareste: respeito ao livre-arbítrio do casal na escolha do número de filhos, com oferta de informação sobre o assunto (FONSECA SOBRINHO, 1993). Tanto que em 1975, o Ministério da Saúde lançava o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual fazia referência ao planejamento familiar como parte do atendimento às gestantes (ALVES, 2006).

Em 1977 anunciou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), parte do PSMI, que contou com a colaboração direta de importantes especialistas brasileiros no assunto. Contudo, o PPGAR foi cancelado por conta, principalmente, da oposição dos movimentos sociais, dos médicos reformistas e da Igreja Católica, causando constrangimento entre o Estado e a corporação médica, que se comprometeu com a elaboração de normas para o diagnóstico da gravidez de alto risco. Tais normas foram os principais alvos das críticas por considerarem que as condições sociais, como a desnutrição, eram fator de risco gestacional. Na leitura dos seus opositores, o governo transferia a responsabilidade pela pobreza dos brasileiros para os corpos das mulheres pobres – em especial das negras.

Apesar da polêmica, o governo não tardou numa nova tentativa de estabelecer uma política de planejamento familiar, desta vez usando uma terminologia diferente. O Programa Nacional de Paternidade Responsável foi criado no âmbito do Prev-Saúde

(FONSECA SOBRINHO, 1993), política que incluía um abrangente programa materno-infantil, com ações referentes ao intervalo entre os nascimentos, à educação para a paternidade responsável, à informação dos métodos anticoncepcionais, à revisão da legislação sobre fecundidade. Subordinava a regulação da fecundidade aos serviços de saúde, e incluía o tratamento da infertilidade.

Naquele momento, o contexto nacional e internacional havia mudado. Recessão mundial, pressões político-econômicas externas, desgaste do modelo do milagre econômico davam o tom dos novos tempos e forçavam o governo a buscar soluções para a crise que se avolumava. Ao mesmo tempo, a oposição ao regime e os movimentos sociais urbanos se fortaleciam e davam suporte e legitimidade ao discurso dos setores anticontrolistas da sociedade, que argumentavam que os programas de planejamento familiar do governo não seriam a solução mágica para a pobreza e a desigualdade, como defendiam os representantes do neomalthusianismo no Brasil.

3.2. As reações contra os programas de planejamento familiar

É fundamental que nos façamos ouvir! (...) Não à ambígua proposta de intervenção na “regulação da fecundidade” das mulheres. Sim ao direito de ter as condições necessárias para optar livremente pela maternidade.
(COMISSÃO DE PLANEJAMENTO..., 1980)

O trecho acima citado faz parte de um documento de 1980, elaborado por um grupo de feministas⁴⁵ de São Paulo, que denunciavam o caráter contraditório das propostas de controle da natalidade do governo federal e do estado de São Paulo. Segundo o manifesto, essas propostas defendiam, de maneira equivocada, a limitação dos nascimentos como forma de conter a crise pela qual o país passava. Além disso, tentavam impor à população pobre medidas que incidiam diretamente sobre a saúde e o corpo feminino sem ouvir as mulheres (COMISSÃO DE PLANEJAMENTO..., 1980: 3).

Assim como os programas das entidades controlistas privadas, como a Bemfam, os projetos de programa de planejamento familiar do Poder Executivo e do Poder

⁴⁵ Comissão de Estudos sobre Planejamento Familiar das Entidades Feministas de São Paulo (Associação das Mulheres, Brasil Mulher, Centro da Mulher Brasileira).

Legislativo também foram denunciados pelos setores anticontrolistas da sociedade brasileira no período 1975-1980, que travou intensos debates na imprensa e em encontros sobre o tema. Destacamos a mobilização contra o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), anunciado em 1977 e o Programa de Paternidade Responsável, de 1980, ambos cancelados antes de serem lançados, devido, em grande parte, às reações negativas de setores da sociedade.

As ações de entidades privadas há muito já vinham sendo denunciadas no Brasil, o que levou, inclusive, à abertura de uma CPI, em 1967, como já mencionamos neste capítulo. Mas com a distensão política e o aumento da mobilização da sociedade civil contra o regime militar, a partir de meados da década de 1970, as manifestações contrárias à Bemfam e às suas congêneres se intensificaram, principalmente por parte dos demógrafos, do movimento sanitarista e do movimento de mulheres.

Em 1975, membros da Igreja e de entidades médicas de esquerda fizeram denúncias contra a Bemfam e contra o apoio do Ministério da Saúde às suas clínicas. Em artigo publicado pelo periódico feminista *Brasil Mulher*⁴⁶, o arcebispo de Natal, D. Nivaldo Monte, acusava a entidade privada de distribuir pílulas no Rio Grande do Norte sem atenção à saúde e sugeria que o Estado assumisse a responsabilidade pelo emprego de medicamentos anticoncepcionais (*BRASIL MULHER*, dezembro 1975, p.6).

O mesmo artigo reproduz ainda um texto do médico Mário Victor de Assis Pacheco⁴⁷, explicando o funcionamento da pílula no organismo, seus efeitos colaterais mais comuns e as possíveis consequências nocivas ao organismo. Para ele, a sociedade teria incumbido as mulheres de controlar a capacidade de alimentação e distribuição de renda no mundo. Com pouco conhecimento sobre a pílula elas se entregaram aos laboratórios farmacêuticos sem saber as consequências. Alinhando-se ao discurso antiimperialista e natalista da maior parte da esquerda brasileira naquele momento, o periódico, ao final do artigo, convida as leitoras a jogarem fora suas pílulas sem discutir alternativas contraceptivas para as mulheres (*BRASIL MULHER*, dezembro 1975).

Em 1976, as feministas do *Brasil Mulher* retornaram ao debate sobre o controle da natalidade no momento em que o Ministério da Saúde estaria iniciando um estudo sobre planejamento familiar. Para o jornal, embora o discurso oficial do governo fosse

⁴⁶ Um dos primeiros jornais representantes da segunda vaga feminista no Brasil, o *Brasil Mulher*, de Londrina, já foi apresentado no capítulo 2 dessa dissertação.

⁴⁷ Mario Victor de Assis Pacheco (1909-1986) foi livre-docente de clínica ginecológica da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e secretário-geral da Associação Médica do Estado da Guanabara - AMEG. Médico do Exército Brasileiro de 1936 a 1964, quando foi reformado pelo AI-1. Serviu na Força Expedicionária Brasileira, na Itália, durante a Segunda Guerra Mundial.

de não interferência na vida íntima do casal, estava claro que havia vozes dissonantes sobre o assunto no seio do próprio governo. Para corroborar seu ponto de vista, o jornal expôs a fala de interlocutores anticontrolistas sobre a questão, como a Igreja, estudantes de medicina, médicos e demógrafos.

O periódico cita, mais uma vez, a manifestação da Igreja contra as ações das entidades privadas de planejamento familiar no interior do país e a favor da melhoria das condições de vida da população brasileira como o caminho para o desenvolvimento do país. Lembra, ainda, a denúncia contra a Bemfam feita ao Ministério Público pela Associação de Médicos do Estado da Guanabara (AMEG), e noticia que o relatório final do VIII Encontro Científico de Estudantes de Medicina, em Maceió, confirmou oposição ao controle da natalidade. Por fim, afirma que o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) elaborou estudo sobre planejamento familiar em São Paulo, onde defendia que a orientação aos casais não poderia ter aspectos coercitivos (*BRASIL MULHER*, nº 4, 1976).

O lançamento do PPGAR, em agosto de 1977, foi destaque no *Brasil Mulher*, que criticou a farta distribuição de pílulas prevista pelo programa entre 1978 e 1981, o que lhe dava contornos de um plano controlista e destoava seriamente da postura demográfica do Estado brasileiro firmada na Conferência de População de Bucareste, em 1974, que se caracterizava pelo respeito ao direito do casal de escolher o tamanho de sua família. As reportagens e artigos do *Brasil Mulher* reforçavam o exército das vozes contrárias à pílula e ao controle da natalidade no Brasil, como exemplifica a fala do demógrafo Candido Procópio, citada pelo jornal:

O Ministério da saúde vai utilizar a rede oficial de serviços médico-sanitários para distribuir milhões de caixas de anticoncepcionais, que servirão a cerca de 80 mil mulheres nos quatro anos de vigência – 1978-1981 – do Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, que é parte do Programa de Assistência Materno-Infantil (PAMI), aprovado recentemente pelo Conselho de Desenvolvimento Social, presidido pelo presidente Geisel. (...). “Será possível que com os conhecidos índices de desnutrição e de incidência de doenças infecto-contagiosas, o planejamento familiar é prioritário do ponto de vista da saúde da população?” (Candido Procópio Ferreira de Camargo – presidente do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) (*BRASIL MULHER*, agosto 1977).

Além de se encontrarem nas páginas dos jornais da imprensa feminista, setores anticontrolistas da sociedade brasileira se reuniam com o intuito de compartilhar ideias e opiniões a respeito do planejamento familiar e fortalecer a oposição às ações de caráter controlista no país, inclusive dentro do governo.

Em duas ocasiões, nos meses de abril e outubro de 1977, no Rio de Janeiro, o Centro da Mulher Brasileira (CMB), realizou junto com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) mesas-redondas sobre o controle de natalidade, onde foi discutido o PPGAR.

O primeiro encontro⁴⁸, em abril, contou com a participação dos médicos Gérson Rodrigues do Lago e Mário Victor de Assis Pacheco, respectivamente, presidente e secretário-geral da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ) – antiga AMEG. Além do demógrafo Ricardo Tavares, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da socióloga Moema Toscano, do Centro da Mulher Brasileira. Na platéia do Teatro da Lagoa, cerca de oitenta pessoas estavam presentes (*Saúde Em Debate*, nº4, jul-ago-set. 1977, p. 84).

Os médicos da AMERJ alertaram, na ocasião, para os malefícios da pílula anticoncepcional e do DIU à saúde das mulheres. A distribuição e a venda em massa dos contraceptivos modernos estaria a serviço dos interesses capitalistas e dos defensores das teses neomalthusianas da superpopulação, que segundo Assis Pacheco, não se aplicavam ao Brasil. Em suas palavras “a superpopulação não causa a fome, mas esta que causa o excesso de nascimentos” (*Saúde Em Debate*, nº4, jul-ago-set. 1977, p. 84).

O demógrafo Ricardo Tavares também fez críticas às teses de Malthus sobre população e afirmou que não cabia ao Estado decidir sobre o tamanho da prole e sim ao casal. Por fim chamou a atenção para o objetivo da Bemfam de induzir o governo federal a assumir a responsabilidade do controle da natalidade no país, uma vez que suas ações não tiveram impacto relevante no sentido da diminuição das taxas de fecundidade (*Saúde Em Debate*, nº4, jul-ago-set. 1977, p. 84).

A socióloga Moema Toscano, representando o CMB, destacou ser inadmissível que o corpo da mulher fosse tratado como objeto, a mercê de experiências de médicos, economistas e outros. Para ela, mais importante do que o controle da natalidade seria

⁴⁸ A primeira mesa-redonda foi realizada em 12/4/1977 no Teatro da Lagoa no Rio de Janeiro (*Saúde Em Debate*, nº4, jul-ago-set. 1977).

oferecer mais atenção ao atendimento de gestantes, recém-nascidos, crianças e mães solteiras (*Saúde Em Debate*, nº4, jul-ago-set. 1977, p. 84).

Assim como os médicos e demógrafos anticontrolistas, as feministas do CMB denunciavam que o PPGAR era um disfarce para o controle da natalidade das camadas menos favorecidas sob o pretexto de prevenção da gravidez de alto risco (Dossiê CMB, março de 1979). Para elas, esse programa teria sido concebido pela ideologia que coloca sobre a população pobre a responsabilidade e os custos pelo subdesenvolvimento. Contudo, além desse ponto consensual, elas chamavam a atenção para os fatores de opressão feminina por trás do programa, como a manipulação do corpo feminino e a responsabilização das mulheres pela reprodução (Boletim CMB, outubro de 1977, ano 2, n.4).

A luta contra o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco foi um importante momento na articulação de diferentes setores anticontrolistas da sociedade como o movimento de mulheres, o movimento sanitaria, os demógrafos e a Igreja Católica. Naquele período, seus maiores inimigos eram os mesmos: o capitalismo, o governo autoritário e os projetos de controle da natalidade disfarçados de atenção materno-infantil e patrocinados pelo capital estrangeiro.

Ao mesmo tempo, cada qual contribuía para o debate com ideias particulares. Enquanto o movimento feminista trazia reivindicações específicas relacionadas aos direitos das mulheres, os demógrafos defendiam o controle da fecundidade como direito individual e não como política de Estado e o movimento sanitaria contribuía com novas propostas para a saúde pública - incluindo no campo da saúde da mulher.

Um dos mais importantes espaços institucionais de atuação do movimento da reforma sanitaria, o Cebes teve papel fundamental na crítica aos programas de controle da natalidade no Brasil e nas ações junto ao Estado para pressioná-lo contra tais programas.

Na mesa-redonda de outubro de 1977 a entidade apresentou um resumo da Política de Saúde Materno-Infantil (PSMI) - ao qual estava ligado o PPGAR -, e explanou suas considerações sobre o modo como o planejamento familiar aparecia no documento do governo, chamando a atenção para os seguintes pontos do PSMI: a contradição entre o pequeno número de gestantes consideradas de alto risco no Brasil (comparando com o restante da população coberta pelo programa) e a grande quantidade de recursos destinada para a prevenção da gravidez de alto risco através da contracepção (11% do total); a previsão antecipada de que 80% da clientela usaria

pílula; o requerimento de um alto número de profissionais capacitados para a área de contracepção (CEBES-RJ, 04/10/1977).

O Cebes recomendava discutir a questão da gravidez de alto risco a partir de três elementos principais: a distinção que o programa insistia em fazer entre planejamento familiar e controle demográfico; o uso de conceitos biológicos e econômico-sociais na definição de gravidez de alto risco, deixando evidente o caráter de controle demográfico das populações pobres; o baixo poder de barganha do Brasil nos organismos de crédito internacionais, o que obrigava o governo a seguir a cartilha do controle demográfico que eles impunham (CEBES-RJ, 04/10/1977).

A revista *Saúde em Debate*, editada pelo Cebes desde 1976 e principal veículo de divulgação de suas ideias, discutiu o tema inúmeras vezes, sempre criticando as teses e ações controlistas e defendendo a melhoria das condições de vida e saúde da população como forma de combater a pobreza no Brasil.

Segundo um de seus artigos, publicado no calor dos debates sobre o PPGAR, até 1976, as declarações do governo federal e do governo do estado de São Paulo sobre controle de natalidade/planejamento familiar estavam em consonância com a postura oficial do Brasil na Conferência de População de Bucareste⁴⁹. A partir de 1977, no entanto, começara-se a falar no uso de pílulas para a prevenção de gestações arriscadas (SUCUPIRA, SANTOS, BEDIN, out/nov/dez 1977).

Os autores do artigo percebiam a mudança de postura das autoridades, que passaram a usar a saúde como justificativa para o planejamento familiar. Discordavam do programa do governo e questionavam sua validade no atual momento considerando os problemas estruturais enfrentados pelo setor saúde do Estado. Defendiam outras formas de prevenir riscos na gravidez, como o pré-natal, o qual ofereceria menos perigos do que as pílulas, que poderiam causar efeitos colaterais em mulheres que já não possuíam saúde perfeita. O artigo também chamava a atenção para o fato de que os critérios para considerar uma gravidez de alto risco estariam presentes majoritariamente nas camadas mais pobres da população, o que aumentava as suspeitas de que se tratava de uma política de controle das populações pobres (SUCUPIRA, SANTOS, BEDIN, out/nov/dez 1977).

⁴⁹ Citada anteriormente na página 37 desta dissertação, a Conferência de Bucareste, realizada em 1974, preconizou a integração dos serviços de planejamento familiar com serviços básicos para a população dentro de uma visão que privilegiava o controle da fecundidade como direitos do casal. O Brasil e demais países do Terceiro Mundo assumiram uma postura natalista, defendendo, na ocasião, que o desenvolvimento seria a melhor forma de controle populacional. Ao mesmo tempo, a delegação brasileira afirmou ser dever do Estado oferecer serviços de planejamento familiar como direito do cidadão.

Na mesma edição da revista, outro artigo apresenta diferentes visões sobre as teorias neomalthusianas e dados estatísticos sobre desenvolvimento e população. Nele, o médico Pômpeo do Amaral reforça as críticas ao uso da doutrina de Malthus nos países subdesenvolvidos, reafirmando que não seria a pobreza a geradora do aumento populacional, este só ocorreria quando houvesse alimentos para permitir a reprodução e o crescimento saudável das gerações (PÔMPEO DO AMARAL, out/nov/dez 1977).

Assim como os demais médicos anticontrolistas já citados, Pômpeo do Amaral denuncia a submissão do governo aos ditames do FMI, que pressionava para a implantação do controle de natalidade no Brasil. Critica também a pressão das agências norte-americanas como o USAID para esterilizar mulheres; os riscos das pílulas e do DIU para a saúde das mulheres; e a distribuição de contraceptivos por clínicas como a Bemfam (PÔMPEO DO AMARAL, out/nov/dez 1977).

Mesmo sem ter saído do papel, o PPGAR ainda suscitava manifestações de repúdio dois anos depois de seu anúncio e das acaloradas reações de oposição que levaram ao seu cancelamento. De fato, havia motivos para manter o programa do governo na pauta de luta. O governo federal não desistira de implantar um programa de saúde que incluísse o planejamento familiar, porém, devido ao fracasso da tentativa de 1977, foi preciso reelaborar suas diretrizes nesse sentido. O programa de Paternidade Responsável foi lançado em 1980, sob novos parâmetros, dentro de uma nova política de saúde, o Prev-Saúde.

Assim sendo, as feministas do CMB destacavam, ainda em 1979, a luta contra o PPGAR como parte da agenda da entidade naquele ano, juntamente com outras bandeiras de luta priorizadas pela instituição naquele momento, em geral, relacionadas ao seu compromisso com as mulheres das camadas populares e com a oposição ao regime:

No mês de março realizamos o Encontro Nacional de Mulheres e esse, através das 400 mulheres participantes, nos mostrou (...) o trabalho que temos pela frente. O Encontro nos mostrou também a quantidade de questões que temos em comum. Quando por unanimidade aprovamos a resolução do Congresso da Mulher Paulista, nada mais fizemos que aprovar três entre as várias bandeiras de luta (...) Propomo-nos, em 79, a fazer dessas bandeiras os três pontos prioritários para a atuação do movimento feminista: 1. luta por creches; 2. luta por salário igual para o trabalho igual e pela justa regulamentação do trabalho da mulher; luta contra o programa de prevenção da gravidez de alto risco (Boletim CMB, jun-jul 1979).

Outra instituição pioneira do movimento de mulheres no Brasil, também comprometida com a oposição ao regime autoritário (PEDRO, 2006), o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira – CDMB/SP, publicou sua opinião sobre o programa materno-infantil do governo, pondo em dúvida a validade de sua proposta já que o sistema previdenciário brasileiro não atendia a toda a população, além de que a saúde das mulheres pobres era debilitada desde a infância e não somente na gravidez (*MARIA BRASILEIRA*, março 1979):

Que seja dado às mulheres o conhecimento das vantagens e desvantagens do uso de anticoncepcionais com acompanhamento médico, e que as mulheres tenham acesso à saúde e garantias ao processo de reprodução, pois somente com medidas que iniciam na infância é que evitamos os riscos de todo o processo (*MARIA BRASILEIRA*, março 1979, p.10).

Segundo o artigo, os riscos para a gestante e para a criança seriam diminuídos com oferta de melhores condições de vida e assistência à saúde durante toda a vida da pessoa e não através da oferta de contraceptivos antes e entre as gestações, que poderia por em risco a vida de mulheres que tivessem problemas com o uso da pílula, como hipertensão, por exemplo (*MARIA BRASILEIRA*, março 1979) .

Percebe-se por parte das feministas do CDMB que a crítica ao caráter controlista do PPGAR vinha acompanhada de reivindicações por autonomia, autoconhecimento e atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida. Demandas que estariam presentes na elaboração do PAISM, alguns anos depois. Na mesma edição é citada uma pesquisa sobre saúde materna, feita em São Paulo pela comissão de saúde do Centro, que dava subsídios ao seu posicionamento em relação ao PPGAR e que estava sendo divulgada em palestras, congressos, conferências e vinha assessorando outras entidades da área da saúde (*MARIA BRASILEIRA*, março 1979).

Os conflitos entre controlistas e anticontrolistas em torno do tema controle da natalidade/planejamento familiar no Brasil a partir de fins da década de 1970 refletiam a efervescência política e social que o país vivia. O momento de transição política oferecia oportunidade de mudanças há muito tempo esperadas. Os dois grupos disputavam forças num importante momento de abertura dos espaços institucionais a novos atores e demandas sociais, e à medida que se aproximavam mais do Estado, a

partir de 1979, cobravam dele uma definição mais clara de sua postura em relação ao tema em discussão, até então bastante ambígua.

Os debates sobre o tema dentro do Estado já ocorriam há algum tempo. Desde 1970, a Câmara dos Deputados vinha organizando um conjunto de reuniões públicas sobre o assunto no espaço das Comissões Permanentes, especificamente na Comissão de Saúde. Algumas associadas à tramitação de projetos de lei sobre a matéria, outras relacionadas às iniciativas do Poder Executivo. Na década de 1980, essas reuniões foram preparadas como respostas às iniciativas do Ministério da Saúde, no sentido de propor programas sanitários que incluíam o planejamento familiar, como o Prev-Saúde, em 1980 e o PAISM, em 1983. Nessas ocasiões eram ouvidos representantes do Poder Executivo e especialistas sobre o assunto (ROCHA, 1993).

No Senado também foram realizadas atividades sobre os temas controle da natalidade e planejamento familiar. Em menor número do que as do Congresso, elas ocorreram somente a partir de fins dos anos de 1970, quando o debate já se encontrava bastante desenvolvido, o que não minimiza a importância do Senado nessa discussão uma vez que foi dessa Casa que saiu o único projeto de lei aprovado sobre o tema, em dezembro de 1979⁵⁰ (ROCHA, 1993).

O Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros da Comissão de Saúde do Senado Federal foi um desses eventos, que abriu uma oportunidade de ampliar a discussão sobre planejamento familiar, a partir do estabelecimento de um canal de diálogo entre os atores envolvidos no debate e o poder público. O momento era de expectativa em torno do anúncio do PREV-SAÚDE, que previa um programa amplo de saúde materno-infantil com ações relacionadas à Paternidade Responsável.

No evento, ocorrido em Brasília, entre 3 e 5 de outubro de 1979, o Cebes e a Associação de Médicos do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ) voltaram a se pronunciar contra as tentativas de implementação de programas de controle de natalidade e planejamento familiar pelo governo. O simpósio reuniu dirigentes e integrantes de organismos de planejamento familiar, bem como representantes de entidades da categoria médica e da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB. Convidado para o simpósio, o ministro da Saúde⁵¹, recusou-se a participar (BERQUÓ, jul/dez 2005).

⁵⁰ O projeto de lei, nº 2275/79 será discutido ainda nesse capítulo.

⁵¹ O ministro da saúde era Mario Augusto J. Castro Lima, que logo em seguida entregaria a pasta para Waldyr Mendes Arcoverde a 29 de outubro de 1979.

Entre os participantes estavam Carlos Gentile de Melo, um dos líderes do movimento sanitaria. Em sua fala, ele chamou a atenção para o enorme abismo entre ricos e pobres no Brasil, devido à grande concentração de renda, e apontou o controle de natalidade como uma das maneiras pelas quais se tentava reduzir a pobreza. No entanto, para o médico, o controle da natalidade apenas teria surtido efeito entre as camadas mais altas da sociedade (MELO, outubro 1979).

Para o sanitaria, a questão demográfica teria sido equacionada no Brasil ainda no governo de Castelo Branco, mas diante de protestos foi abafada e logo surgiu o planejamento familiar em substituição, apresentado como algo diferente do controle da natalidade. Prova do interesse do governo na questão, foi que em 1966 surgiu a Bemfam, que em 1971 passou a ser considerada de utilidade pública pelo presidente Médici e seu ministro da saúde Francisco de Paula da Rocha Lagoa⁵². Gentile de Melo destacou que apesar dos fortes protestos, em especial da AMERJ, a Bemfam atuava através de convênios estaduais e municipais, na maioria, “e não por acaso”, no nordeste (MELO, outubro 1979).

Para provar o interesse do governo no controle da natalidade no Brasil, o sanitaria lembrou as últimas ações do ministério da saúde: 1. o PPGAR (1977), sob a direção do ministro da saúde Paulo de Almeida Machado⁵³ que declarou que se tratava de um programa de prevenção da gravidez de alto risco, com fins unicamente médicos; 2. o programa de Paternidade Responsável, anunciado em abril de 1979, tão logo assumiu o ministro da saúde Mário Augusto de Castro Lima, em 15/03/1979⁵⁴, que, embora afirmasse ser um programa diferente dos anteriores, foi desmentido por seu próprio chefe de gabinete, Aristides Pereira Filho, o qual declarou que uma palestra de Walter Rodrigues, presidente da Bemfam, na Escola Superior de Guerra serviria de base para criação do programa (MELO, outubro 1979).

Na opinião de Gentile de Melo, quaisquer medidas de diminuição da fecundidade seriam dispensáveis quando houvesse justa distribuição de renda. Como sanitaria, ele se dizia favorável a qualquer programa de redução de nascimentos que visasse melhorar as condições de saúde da população contanto que fosse adotado aquele

⁵² Rocha Lagoa foi titular da pasta entre 30/10/1969 e 18/06/1972.

(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria/1985_1964.html, acessado em 21 de fevereiro de 2010).

⁵³ Almeida Machado foi titular da pasta de 15/03/1974 a 14/03/1979.

(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria/1985_1964.html, acessado em 21 de fevereiro de 2010).

⁵⁴ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria/1985_1964.html, acessado em 25 de fevereiro de 2010.

de maior eficácia: o desenvolvimento econômico com distribuição social e geográfica de renda (MELO, outubro 1979).

Seguindo o posicionamento natalista de esquerda, o médico Mário Victor de Assis Pacheco, expôs em seu relatório para o simpósio os mesmos argumentos de Gentile de Melo contra o controle da natalidade, nomeando os controlistas do país, apontando seus interesses e denunciando “o caráter imperialista, machista, racista e patriarcal” dos países adiantados contra as populações subdesenvolvidas, em especial contra as mulheres e as nordestinas particularmente. Apresentou dados demográficos demonstrando que não havia explosão populacional no Brasil e que o desenvolvimento geraria diminuição da fecundidade e não o contrário (PACHECO, outubro 1979).

Segundo o médico, “planejamento familiar”, “prevenção da gravidez de alto risco”, “paternidade responsável” seriam termos usados pelo controlistas para tentar encobrir ações de controle da natalidade. Entre outros pontos, o médico lembrou que a AMERJ enviara ao presidente Figueiredo, em 10 de maio de 1979 um documento denunciando os malefícios da pílula anticoncepcional e os riscos de sua distribuição sem devida atenção médica (PACHECO, outubro 1979).

Em suas conclusões, sugeriu que fossem suspensos os convênios do governo estaduais com a Bemfam e denunciou as experiências com novos contraceptivos dirigidas pelo médico Elsimar Coutinho, na Maternidade Climério de Oliveira, na Universidade Federal da Bahia - UFBA. Assis Pacheco questionou se o Brasil não seria o próximo alvo das pesquisas do IPPF com o Depo-Provera, contraceptivo hormonal injetável, já distribuído em setenta e um países do Terceiro Mundo. Considerou condenável a postura da Organização Mundial da Saúde (OMS), em apoiar tais experimentos, que não eram jamais feitos na Europa ou nos Estados Unidos - locais de origem dos anticoncepcionais – mas em países como Porto Rico, Haiti, Tailândia, Nigéria, México, Chile, Quênia, Índia e Brasil (PACHECO, outubro 1979).

Na mesma ocasião, a Igreja Católica também foi ouvida através do assessor da CNBB para a pastoral da família, padre David Reagan. O documento da CNBB expôs a opinião majoritária da Igreja sobre a questão do controle demográfico com base nas encíclicas *Mater et Magistra* e *Humanae Vitae*. No geral, reconhecia o problema do excesso de população no mundo como um risco para os recursos do planeta, mas, na mesma linha natalista dos médicos acima citados, acreditava que a solução estivesse na melhor distribuição desses recursos, considerando o consumismo dos países

desenvolvidos em contraposição à penúria vivida pela maioria da população dos países subdesenvolvidos (CNBB, outubro de 1979).

A Igreja no Brasil posicionou-se contra os contraceptivos artificiais e a esterilização e a favor dos métodos naturais, criticando métodos radicais usados pelos defensores do controlismo e chamando a atenção para a dúvida existente em torno dos dados e das perspectivas sobre o crescimento populacional (CNBB, outubro de 1979).

Clero e representantes de entidades médicas de esquerda colocavam-se do mesmo lado no debate controlismo *versus* anticontrolismo em fins dos anos de 1970. Sustentavam, diante do poder público, a postura de resistência às iniciativas privadas ou governamentais de distribuição de contraceptivos e apontavam desenvolvimento e distribuição de renda como principais reguladores da fecundidade.

O debate na Comissão de Saúde do Senado reflete o destaque e a polêmica dos temas controle da natalidade e planejamento familiar, que se fazia presente dentro do parlamento brasileiro também em propostas de projetos de lei. Segundo Maria Isabel Baltar da Rocha (1993), desde 1967 até 1991 foram quarenta e um projetos no Congresso e seis, no Senado, com maior concentração na segunda metade da década de 1970. Na legislatura de 1975-1979 foram oito projetos de lei, e na legislatura seguinte, de 1979-1983, cinco (ROCHA, 1993).

Mas mesmo após o lançamento do PAISM em 1983, as propostas não só continuaram surgindo, como aumentaram significativamente na legislatura de 1983-1987, quando foram apresentados quatorze projetos de lei. Reflexo do acirramento dos debates no país, às vésperas da formação da Assembléia Constituinte, em 1987 e da ambiguidade do Estado, que embora tivesse adotado o planejamento familiar como política de saúde e de direitos individuais, através do PAISM, ainda era permeável às pressões por uma política populacional controlista (ROCHA, 1993).

Os temas dos projetos variavam e ao longo das décadas também se repetiam, sem que nenhum conseguisse ser aprovado até 1979. Em suma, a maioria estava relacionada com o desejo de uma política populacional controlista, entretanto, havia projetos que tentavam coibir as ações de controle da natalidade.

Os projetos de lei se concentravam, basicamente, nos seguintes pontos: atenção à contracepção; ensino do planejamento familiar das escolas; modificação da lei do salário-família; ampliação das funções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para garantir a promoção de políticas demográficas; proibição de entrada de

recursos externos para o controle da natalidade; derrubada ou modificação do artigo 129 do Código Penal para permitir as esterilizações (ROCHA, 1993).

Em 1979, mais uma vez, tentou-se modificar o artigo 20 decreto-lei 3.688 de Contravenções Penais, que proibia propaganda de métodos contraceptivos e abortivos no Brasil (ROCHA, 1993). E mais uma vez, também, houve reações de setores da sociedade que desconfiavam que qualquer iniciativa governamental em contracepção ou planejamento familiar era tentativa de implementar o controle de natalidade no país.

Em nota, o Centro da Mulher Brasileira divulgou seu repúdio ao anteprojeto de lei do senador Aluisio Chaves (ARENA-PA), que alterava o citado artigo, suprimindo de sua redação o trecho que proibía a propaganda de contraceptivos (CMB, [1979]). Citamos trechos da nota, comentada no jornal *O Globo*:

No momento em que se comemora o Dia Internacional da Criança e em pleno Ano Internacional da Criança, tentam resolver os problemas sócio-econômicos, diminuindo o número de crianças, através de métodos que são uma grave ofensa à liberdade e à saúde da mulher. (...) não é o volume populacional que determina o padrão de vida de um povo e sim uma melhor distribuição da renda nacional. (...) Argumenta-se que as mulheres a serem atendidas pelos planos de controle, terão liberdade de opção. Diante da realidade brasileira, pergunta-se qual a possibilidade de opção que se coloca a uma mulher, quando seu futuro filho não terá condições mínimas de sobrevivência (O GLOBO, [1979]).

A proposta de lei, apresentada em novembro de 1979, fundamentava-se na necessidade de viabilizar a política demográfica do governo brasileiro diante do crescimento da população e da importância de seu controle. Em dezembro de 1979, o projeto tornou-se lei, sendo o único, entre quarenta e um, que foi aprovado, desde que surgiram as primeiras propostas em 1967 até o ano de 1991 (ROCHA, 1993).

Desde o final da década de 1960 até 1980, a discussão nas duas Casas do Parlamento brasileiro ficaram polarizadas entre aqueles que defendiam políticas ou programas de redução da fecundidade, basicamente as entidades privadas de planejamento familiar, e aqueles que a criticavam, sobretudo, a Igreja Católica, segmentos do setor saúde comprometidos com a saúde pública e depois dos primeiros anos da década de 1980, o movimento de mulheres. Junto com a crítica ao controlismo, que demonstramos nesse capítulo, este último grupo incorporou ao debate a preocupação com a saúde integral da mulher, incluindo a concepção e a contracepção como direitos, não como compromisso com o Estado (ROCHA, 1993).

Com a participação das mulheres, o eixo dos debates parlamentares se deslocou da questão populacional para o âmbito dos direitos das mulheres, e posteriormente, para os direitos reprodutivos. O discurso da saúde integral das mulheres seria utilizado inclusive pelas entidades privadas de planejamento familiar, no entanto, os velhos argumentos controlistas continuaram presentes no Parlamento (ROCHA, 1993).

No ano seguinte, 1980, o Poder Executivo voltou a lançar uma proposta de atenção materno-infantil com assistência à contracepção, após o fracassado PPGAR, como já mencionamos anteriormente. O programa de “Paternidade Responsável” era parte do projeto do Prev-Saúde, política pública visando à criação de um Sistema Nacional de Ações de Saúde, associando os Ministérios da Saúde e o da Previdência Social. Novamente, reações hostis ao controle da natalidade se manifestaram no país (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

O projeto do Prev-Saúde incluía abrangente programa materno-infantil com ações referentes ao intervalo entre os nascimentos, à educação para a paternidade responsável, à informação sobre os métodos anticoncepcionais, à revisão da legislação sobre fecundidade (CANESQUI, 1987).

Esse programa deveria ser aplicado com a introdução da educação sexual em todas as unidades de saúde municipais, regionais e federais. Depois de negociar com os representantes do clero, os autores do texto deram prioridade aos métodos naturais de contracepção, deixando a possibilidade de se utilizar a pílula e a esterilização em casos especiais, sem menção ao aborto (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

As feministas opuseram-se ao programa, para o qual as mulheres não haviam sido consultadas no momento de sua elaboração e que negligenciava completamente a saúde e a sexualidade, tratando unicamente do que estava ligado às funções reprodutivas. A tomada de posição contra o planejamento familiar era presença constante nas resoluções dos congressos nos quais participavam as feministas que formavam comissões específicas e publicavam textos sobre o tema (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Um desses textos foi lido por ocasião de um debate sobre o novo programa do governo, promovido pelo Sindicato dos Médicos, na Associação Brasileira de Imprensa (ABI), com presença de representantes da Igreja, dos advogados e dos médicos. A Coordenação Feminista pela Contracepção-Aborto, elaborou o documento, lido por uma de suas representantes no debate.

No documento, as feministas reclamavam que as mulheres não tinham controle sobre seus corpos, subjugados pelo poder patriarcal dos políticos, do clero e da ciência, fonte de alienação e desconhecimento sobre a sexualidade e os métodos anticoncepcionais. Denunciavam o atraso das pesquisas médicas em contracepção segura e inofensiva e defendiam a maternidade voluntária, condições para a divisão da responsabilidade dos filhos com os homens e a sociedade a fim de que as mulheres exercessem suas profissões durante e após a gestação (COORDENAÇÃO FEMINISTA..., 18/03/1980).

Mais uma vez, diferentes setores anticontrolistas da sociedade se reuniram para debater o caráter de mais um programa de saúde materno-infantil com oferta de planejamento familiar do governo, assim como aconteceu em 1977, após o anúncio do PPGAR. Em 1980, no entanto, o cenário político brasileiro era outro, além da visão crítica do campo da saúde à distribuição vertical de contraceptivos, havia agora as demandas específicas do movimento de mulheres sobre reprodução. As discussões sobre o tema controle de natalidade/planejamento familiar estavam avançando e começavam a surgir propostas alternativas de ações nesse sentido.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo, por exemplo, ao mesmo tempo, que denunciou as tentativas de implementação de políticas de controle de natalidade da Benfam e do governo federal, apresentou suas propostas sobre o tema: direito para a mulher fazer uma escolha consciente e livre sobre o número de filhos e de ter garantias físicas, psíquicas para exercer esse direito. Em consonância com o discurso anticontrolista, lembrou que para que tais direitos se concretizassem, seria necessário existir justa distribuição de renda, considerada “o melhor anticoncepcional”. Percebemos, além disso, a menção indireta ao conceito de integralidade, presente na proposta de saúde da mulher do PAISM, concretizada três anos mais tarde:

Que o planejamento familiar seja parte integrante do plano de atenção à mulher durante todas as fases da vida e integrante de uma política de saúde realmente voltada para o povo brasileiro, com a participação dele, buscando um novo homem, uma nova mulher, uma nova família, uma nova sociedade (SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO, [1980]).

Como observamos na fala acima, nem todos os opositores do controle da natalidade eram totalmente contrários a alguma forma de planejamento familiar. Uma

parcela dos médicos, como vimos acima, concordava com o direito dos casais de escolherem o tamanho de sua família, desde que a prática do controle da fecundidade fosse oferecida pelo governo em conjunto com ações de saúde, preferencialmente, dentro de um modelo renovado e mais justo de saúde pública.

Em carta aos ministros da saúde e da previdência social, nomes de destaque dos estudos demográficos e do movimento de mulheres no Brasil⁵⁵ comentaram o item “saúde materno-infantil” do anteprojeto do Prev-Saúde. Elogiavam alguns pontos do programa como a não interferência nas decisões do casal, o caráter individualizado dos serviços de controle da fecundidade, com indicação médica e a preocupação com a infertilidade.

Por outro lado, criticavam a falta de canais de articulação com setores da sociedade civil, a ambiguidade do tema regulação da fecundidade, a preocupação com o risco de se enfatizar o controle populacional, a valorização dos chamados métodos naturais com limitação das informações sobre métodos artificiais de regulação da fecundidade, a preocupação com o grupo materno-infantil em detrimento à saúde da mulher fora de seu papel reprodutivo, a falta de menção ao problema do aborto e à questão do controle das esterilizações e a falta de clareza no item que propõe revisão da legislação vigente sobre controle da fecundidade.

Por fim, foi recomendada a ampla participação dos setores envolvidos nas etapas de planejamento e implementação do anteprojeto, além da criação de uma comissão constituída por representantes dos profissionais da área e dos grupos de mulheres que teria a tarefa de definir mecanismos institucionais de participação popular (CARTA AOS MINISTROS..., [1980]).

Os debates sobre controle da natalidade iam além do campo político e acadêmico, fazendo-se presente também com bastante destaque nos meios de comunicação, como os jornais de grande circulação.

Em entrevista no ano de 1980, ao caderno *Folhetim*, da *Folha de São Paulo*, a demógrafa Elza Berquó, confirmou seu ponto de vista contrário ao plano de Paternidade Responsável do governo. Respondendo como coordenadora geral da Pesquisa Nacional de Reprodução Humana e membro do Comitê de Assessoria para Estudos Populacionais

⁵⁵ Os grupos de mulheres estavam representados na carta, assinada por Carmem Barroso, da Frente de Mulheres Feministas e por Maria José de Araújo, pediatra da Comissão de Planejamento Familiar dos Grupos Feministas de São Paulo. Ao lado dos destacados demógrafos Candido Procópio (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP) e Elza Berquó (Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP), esta também ligada ao movimento feminista (CARTA aos ministros..., s.d.).

da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) - Fundação Ford, a pesquisadora comentou sobre a surpresa com os índices de nascimentos, que vinham diminuindo. Segundo ela, a miséria seria um importante fator da queda ao levar ao aumento muito grande no uso de contraceptivos, do aborto e da esterilização no período 1960-1975. Na entrevista, Berquó defendeu o direito de cada mulher ter recursos e informações para decidir sobre a própria concepção (BERQUÓ, 23 de maio 1980).

Ainda no jornal *Folha de São Paulo*, no mesmo ano, a pesquisadora Maria Conceição Quinteiros⁵⁶ deu uma entrevista onde questionava a ação da Bemfam no país e o papel do governo na expansão da entidade, que, segundo a entrevistada, acumulara poder por ser uma das únicas especializadas em planejamento familiar até então.

A socióloga, que pesquisara a ação da Bemfam no Brasil, relatava que a entidade possuía clínicas de apoio no início de seu funcionamento, mas com os altos custos mudou seu modo de atuação, passando a trabalhar com programas comunitários, de menor custo, pessoal voluntário e com apoio institucional, convênios e contato com lideranças locais. Segundo Quinteiros, outra estratégia da Bemfam seria a propaganda. Sua abordagem, atendimento e gratuidade atraíam e agradavam as mulheres, mas a entidade passava sempre a ideologia de que o planejamento familiar seria a solução para os problemas sociais e econômicos.

Assim como Berquó, Conceição Quinteiros acreditava que as mulheres procuravam a Bemfam por uma questão de sobrevivência, não de planejamento e que o fato dos casais evitarem ter mais filhos não levaria ao desenvolvimento. Ao contrário, seria o desenvolvimento que diminuiria a fecundidade das mulheres. Afirmava ainda que a queda nas taxas de fertilidade não teriam nada a ver com a ação da Bemfam, ou quase nada, pois ela também acontecia onde não havia ações da entidade. Os motivos de tal queda pareciam ser as péssimas condições de vida (QUINTEIROS, 23 de maio 1980).

A pesquisadora acreditava que mesmo que o governo assumisse o controle da natalidade, o planejamento familiar acabaria sendo o mesmo realizado pela Bemfam: distribuição de pílulas. Sendo assim, ela concordava com a posição dos movimentos de mulheres sobre o tema: controle da reprodução como direito, junto com atendimento das necessidades básicas, tornando possível o controle da fecundidade como opção, não

⁵⁶ Socióloga, formada pela USP, faz pesquisas na área de problemas populacionais.

como necessidade. Defendendo a intervenção da sociedade civil organizada nas políticas públicas, a socióloga afirma que:

A política demográfica no Brasil só poderá ser inteiramente satisfatória quando os movimentos de mulheres puderem interferir realmente, quando a Sociedade Civil tiver plena participação nos programas governamentais (QUINTEIROS, 23 de maio 1980: 13).

Percebemos na fala de Quinteiros, o mesmo tom crítico ao planejamento familiar encontrado nos artigos do Cebes e de outros representantes da esquerda, como Gentile de Melo e Assis Pacheco, o qual exortara as mulheres a jogarem fora suas pílulas sob pena de terem complicações de saúde ou filhos mal-formados, denunciando também os interesses da indústria farmacêutica na distribuição de pílulas (PACHECO, out/nov/dez 1977).

O discurso de Quinteiros, no entanto, difere dos demais grupos anticontrolistas, ao incluir as mulheres como atores importantes na definição de uma política de planejamento familiar como direito social, aproximando-se assim do ponto de vista de uma parcela do movimento feminista, que aos poucos vinha crescendo em tamanho e notoriedade e tomando um posicionamento mais autônomo em relação a partidos políticos e a outros movimentos sociais.

Nesse aspecto vale destacar um documento da Comissão de Estudos sobre Planejamento Familiar das Entidades Feministas de São Paulo⁵⁷ e Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira). Nele as feministas declaram sua indignação quanto aos programas de controle da natalidade do governo federal e do estado de São Paulo, ao mesmo tempo em que conclamam as mulheres a se fazerem ouvir, sem porta-vozes ou intermediários, reivindicando o direito de dispor do próprio corpo e sexualidade:

Não queremos mais porta-vozes! Embora no combate ideológico ao caráter da proposta oficial possamos contar, do nosso lado, com vários setores democráticos, tais como sanitaristas, educadores, partidos políticos e mesmo uma parte da Igreja Católica, verificamos que, infelizmente, são bem poucos, ainda, os que mencionam ou apóiam esse direito que para nós é legítimo, democrático, e pelo qual nos propomos a lutar de forma concreta e decisiva: o direito de dispor de todas as condições necessárias para poder optar livremente pela maternidade (COMISSÃO DE PLANEJAMENTO..., 1980).

⁵⁷ Comissão mencionada nas páginas 71 e 86.

Nesse momento, dentro do movimento de mulheres, os debates internos sobre o assunto esquentavam. Encontramos a posição de mulheres que se opunham a tudo o que evocasse formas de controle da natalidade, considerado estratégia imperialista de dominação. Mas também vemos outras posturas, preocupadas com os direitos e a autonomia da mulher nas questões reprodutivas.

Mesmo reticente quanto a um debate mais aberto e direto sobre temas como sexualidade e contracepção, por conta de sua aproximação com setores da Igreja, da esquerda e do movimento democrático brasileiro, o Centro da Mulher Brasileira, do Rio de Janeiro, foi uma das vozes que se levantaram no ano de 1980 pelo posicionamento mais explícito das mulheres quanto ao planejamento familiar, para que fossem ouvidas suas reais necessidades e desejos:

Depois desta trajetória das políticas de controle da natalidade no país, que mudam de nome, mas não parecem mudar de objetivos, chega a hora de nós mulheres nos posicionarmos. E nós consideramos que o controle de nossa reprodução é um direito básico pelo qual devemos lutar. Mas para controlarmos nossos corpos precisamos conhecê-lo (...) (BOLETIM CMB, dez 1980).

Como podemos perceber no trecho acima citado, além de participar dos debates, algumas organizações feministas promoviam o conhecimento do corpo feminino através de ações concretas de informação e de cuidados em saúde, sexualidade, contracepção e reprodução. Tais práticas constituíam-se em alternativas à concepção corrente de planejamento familiar, que tratava apenas das funções reprodutoras das mulheres e era imposta e controlada pelos poderes estabelecidos (GOLDBERG-SALINAS, dez/jul 1996/1997). Também através dessas práticas, as feministas estavam reivindicando para as mulheres o direito ao controle democrático da reprodução, como veremos a diante.

3.3. Conhecimento e autonomia: as perspectivas feministas de saúde da mulher

Os grupos de saúde do movimento feminista empenham-se em conhecer o funcionamento do corpo da mulher, para que ela possa assumir, na medida do possível, o controle de sua saúde, de sua reprodução, de sua vida, enfim, tão ligada ao biológico. Formaram-se clínicas de atendimento ginecológico, em que se busca romper com a relação autoritária médico-paciente. A consulta implica numa troca de conhecimentos, num trabalho permanente de conscientização, exercido sempre que possível em grupo, para que o saber e as experiências sejam partilhados (ALVES, [1981]).

Com a saída em massa das mulheres para o mercado de trabalho, a partir da década de 1960, além da liberalização do aborto, em alguns países e a oferta de contraceptivos orais no mundo todo, as mulheres puderam, então, investir na sua educação e na carreira profissional. Muitas delas apoiaram o feminismo, que lançou um olhar crítico sobre a medicina (MCLAREN, 1990).

Paradoxalmente, a nova vaga feminista da década de 1970 questionou, entre outras coisas, se as mulheres, ao usarem os contraceptivos aperfeiçoados, não estariam na realidade, perdendo o controle sobre seu corpo. Segundo elas, os métodos mais eficazes de controle da natalidade vieram às custas da maior responsabilidade das mulheres sobre a reprodução. Os homens foram livrados das desventuras do coito interrompido, que exigia seu maior envolvimento. Entretanto, o medo da gravidez não deixou de existir e se tornou ainda mais assustador para aquelas que apostavam na segurança dos métodos novos (MCLAREN, 1990).

Além desses questionamentos a respeito dos efeitos das novas tecnologias contraceptivas sobre o corpo e a autonomia das mulheres, o movimento feminista brasileiro, inserido num contexto histórico e social particular, preocupava-se também com as consequências do pensamento neomalthusiano sobre as mulheres pobres no Brasil.

O controle da fecundidade, portanto, desde o surgimento da nova vaga feminista no país, nos anos de 1970, foi assunto polêmico e particularmente sensível dentro do movimento feminista, pois sempre fora entendido como política discriminatória contra as populações pobres. A forte presença da Bemfam e sua política de distribuição gratuita de anticoncepcionais, durante o regime militar, criaram enorme dificuldade para

a aceitação de qualquer política de planejamento familiar pelos setores esquerdistas no Brasil (PINTO, 2003).

Contudo, as feministas tiveram de se enfrentar com as mulheres das camadas populares, com problemas muito concretos e, nesse caso, um problema em comum: a vontade de limitar drasticamente o número de filhos. Se isso parecia um direito para as mulheres de classe média, tomava ares de política pública conservadora quando o alvo eram as camadas populares. Isso fez com que as feministas passassem a ter um grande papel na elaboração de projetos de planejamento familiar que buscassem atender as mulheres de camadas populares sem cair em políticas discriminatórias (PINTO, 2003).

As feministas brasileiras, em geral, sustentaram o princípio de que as decisões da esfera reprodutiva deveriam se orientar pelo livre-arbítrio dos indivíduos, em especial das mulheres, uma vez que a reprodução biológica se viabiliza através do corpo feminino. Inscreviam esta premissa no contexto mais amplo de luta pela ampliação da cidadania das mulheres e da responsabilidade do Estado pela sua saúde. A assistência à anticoncepção, portanto, deveria fazer parte de uma política integral de saúde reprodutiva, no interior de um projeto de Estado de Bem-Estar Social no país. A perspectiva crítica feminista apontava tanto para os abusos dos programas de planejamento familiar implementados no país pelas entidades privadas quanto para o natalismo e o maternalismo da cultura brasileira (CORREA, 1993).

É importante lembrar que o movimento feminista não era homogêneo, existia uma grande diversidade de posturas, em especial a respeito de temas mais polêmicos, ligados à sexualidade, como contracepção, aborto e planejamento familiar.

De meados dos anos de 1970 até pouco antes da intensificação do processo democrático, havia consenso entre as feministas sobre a centralidade das questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos para o movimento feminista, mas não quanto à sua prioridade nos debates daquele momento, especialmente devido à importância do apoio da Igreja Católica. Essas tensões diminuíram à medida que o processo de democratização avançou. A Igreja, então, perdeu voz dentro do movimento, propostas dos feminismos foram incorporadas a plataformas de partidos e estabeleceram-se parcerias com alguns setores do Poder Executivo (PITANGUY, 1999).

Nesse momento - fins da década de 1970 e início dos anos de 1980 - redefiniram-se as noções de autonomia e de feminismo no movimento, novos grupos

surgiram e temas antes pouco discutidos foram aprofundados, o que colaborou para o enriquecimento do debate sobre o planejamento familiar no Brasil.

Em meados da década de 1970, quando o movimento feminista ainda dava os primeiros passos no Brasil, algumas brasileiras já pensavam em como tratar os temas referentes ao controle das mulheres sobre seus corpos. A partir de discussões, o grupo Agora É Que São Elas, do Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris⁵⁸ elaborou uma brochura que se propunha a pensar essas questões polêmicas e transformadoras, refletindo a preocupação de inserir os questionamentos do movimento feminista internacional na realidade social das mulheres brasileiras:

Seria possível uma plataforma alternativa global, que seja também um instrumento de luta para o movimento feminista, sobre a contracepção, a maternidade e o aborto, que corresponda às necessidades/aspirações/desejos de mulheres das mais variadas classes sociais do país? A desinformação sobre contracepção é geral? A quem ela interessa? Porque? Como enfrentar estes problemas? (GRUPO AGORA É QUE SÃO ELAS, [1975]).

Para tentar responder às questões do grupo, o trabalho divulga relatos de histórias reais, sobre as dificuldades que envolvem a maternidade e o aborto, discutindo se seria a desinformação a responsável pelo grande número de filhos e de abortos entre as mulheres brasileiras. Além disso, trata das polêmicas e problemas envolvendo os métodos anticoncepcionais - pílula, DIU, diafragma e outros (GRUPO AGORA É QUE SÃO ELAS, [1975]).

⁵⁸ O movimento feminista brasileiro e alguns dos grupos feministas que se destacaram já foram apresentados no capítulo 2 dessa dissertação. Sobre o Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris, ver p. 55.

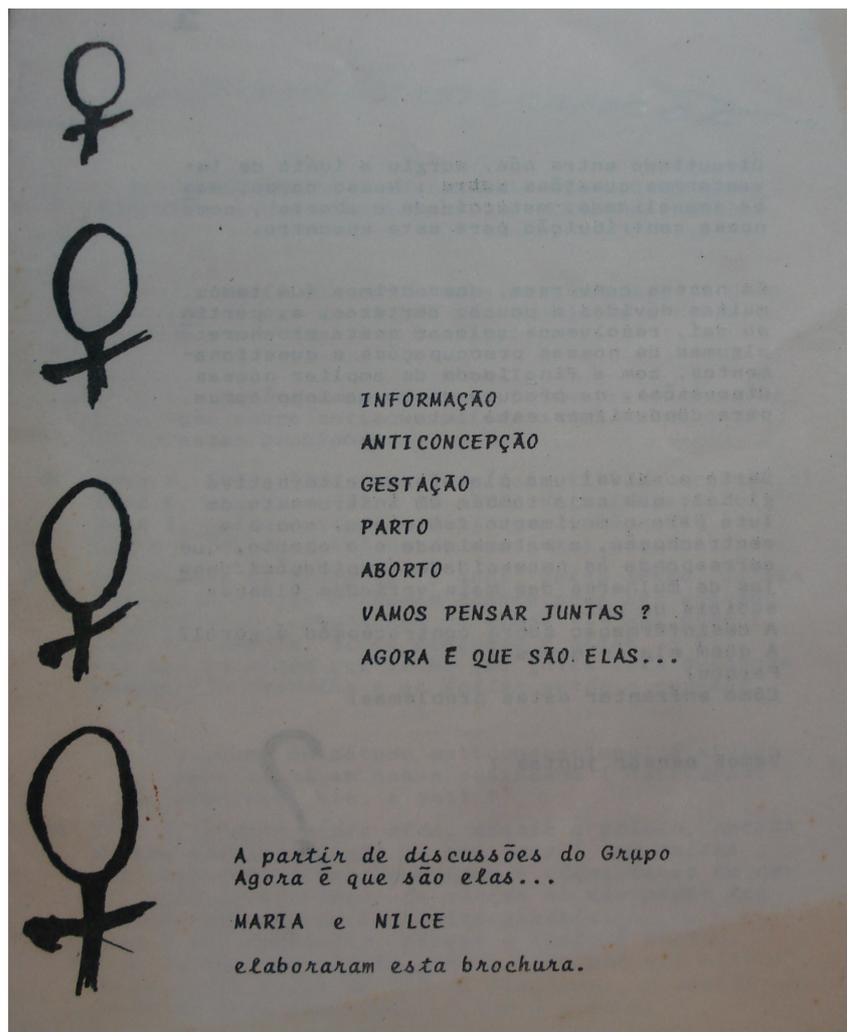


Figura 1

Brochura educativa do grupo Agora É Que São Elas. Círculo de Mulheres Brasileiras em Paris, [1975] (Fundo Leonor Nunes Paiva – Arquivo Nacional, RJ)

Com o surgimento da segunda onda feminista no Brasil, em meados da década de 1970, apareceram também os primeiros grupos organizados em território nacional e com eles ações educativas com mulheres das camadas populares visando a conscientização sobre a opressão feminina, condições de vida e questões da esfera privada como violência doméstica, sexualidade, aborto e contracepção.

O Centro da Mulher Brasileira (CMB), por exemplo, promovia ações educativas sobre controle da fecundidade, entre outros temas, com as mulheres pobres do Rio de Janeiro. Destacamos uma delas, realizada na Associação de Moradores do Chapéu Mangueira. Na ocasião, foi apresentado o funcionamento do corpo feminino durante o

ciclo menstrual com informes sobre os métodos contraceptivos, aplicações e riscos, além de relatos de experiências pessoais (BOLETIM CMB, outubro 1977).

Encontramos registro da continuidade desse trabalho em anos posteriores, inclusive com apoio de verba do Ministério da Educação e da Cultura – MEC, usada para realizar uma pesquisa com moradoras de morros cariocas, a respeito da visão das mulheres sobre o planejamento familiar (BOLETIM CMB, jun-jul 1979).

Nesse momento, o jornal *Brasil Mulher* deixa um pouco de lado a postura mais voltada para a denúncia do controle de natalidade, nos moldes dos grupos anticontrrolistas de esquerda, que em 1975 levou o jornal a convidar suas leitoras a jogar fora suas pílulas, sem discutir alternativas contraceptivas.

Seguindo a linha do trabalho educativo, preocupado não só com as condições de vida, mas também com a sexualidade e a saúde das mulheres das camadas populares, o periódico publicou, entre 1978 e 1979, uma série de artigos informativos sobre reprodução, métodos anticoncepcionais e sexualidade, defendendo o conhecimento sobre o corpo como fator importante para a libertação da mulher:

Nesta página, *Brasil Mulher* inicia uma série de artigos sobre reprodução, métodos contraceptivos e sexualidade. Em geral, nós mulheres, desconhecemos o nosso corpo. O pouco que nos ensinaram foi a sentir dores de menstruação, dores da primeira relação sexual, dores de parto. Ninguém nos ensinou nada sobre o prazer que nosso corpo pode nos dar. É importante que nós, mulheres, aprendamos como funciona o nosso corpo, como dele nascem os filhos e como podemos impedir que dele nasçam quando nós não os queremos (*BRASIL MULHER*, junho 1978).

Sob o título “Nosso Corpo”, os artigos abordavam temas como aparelho reprodutivo feminino, ciclo menstrual, os prós e contras do diafragma, da tabelinha e de outros métodos contraceptivos.

Conhecendo nosso organismo e sabendo como ele funciona, a gente compreende melhor os médicos e pode explicar melhor o que sente. Muita coisa a gente pode resolver sozinha, quando conhecemos bem o nosso corpo, sem precisar ir ao médico (*BRASIL MULHER*, novembro de 1978).

Uma outra forma de divulgar as ideias feministas entre as mulheres, em especial entre as camadas populares, era através das cartilhas com informações escritas de forma

didática, geralmente com ilustrações. Nesse sentido, encontramos tanto brochuras simples, confeccionadas artesanalmente, como publicações mais cuidadosas, algumas vezes editadas na forma de livro ou histórias em quadrinhos.

A cartilha do Centro de Cultura Operária de São Paulo, por exemplo, contém uma linguagem voltada para a luta pela transformação da sociedade capitalista, com discurso característico do movimento de mulheres ligado a partidos de esquerda e comprometidos com a oposição ao regime militar, em especial antes da abertura política em fins dos anos de 1970.

Nela, as mulheres são chamadas a lutar pela libertação feminina, vista como parte da luta pela libertação da sociedade de todo tipo de opressão. As mulheres deveriam lutar ao lado de seus companheiros nas fábricas, nos sindicatos, nos bairros. São apresentadas informações sobre funcionamento dos órgãos reprodutivos masculino e feminino e sobre o ato sexual, mas não se discute aborto nem contracepção (CENTRO DE CULTURA OPERÁRIA..., s.d).



Figura 2

“A Mulher e O Sexo”. Capa da cartilha do Centro de Cultura Operária de São Paulo. S.d. (Fundo Comba Marques Porto – Arquivo Nacional, RJ)



Figura 3

“A Mulher e O Sexo”. Contracapa da cartilha do Centro de Cultura Operária de São Paulo. S.d. (Fundo Comba Marques Porto – Arquivo Nacional, RJ)

Assim como o Centro de Cultura Operária, a União de Mulheres de São Paulo também se comprometia com a ideia da dupla militância feminista - contra a opressão do regime militar alinhado ao capital estrangeiro e contra a opressão masculina.

Na brochura “Controle de Natalidade: intervenção imperialista”, o grupo paulista denunciava a falta de autonomia de escolha das mulheres e diferenciava planejamento familiar de controle da natalidade. Em seguida, definiu planejamento familiar como “opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos e do tipo de método contraceptivo” e o controle de natalidade como política controlista imposta pelo Estado, mostrando dados sobre número de mulheres que evitavam filhos e número de mulheres esterilizadas.

Ao informar sobre o que significa contracepção, as razões que levam as pessoas a evitar filhos, os métodos contraceptivos disponíveis e as entidades privadas financiadas por recursos internacionais, seu intuito era conscientizar sobre a opressão do sistema patriarcal-capitalista através da imposição do controle de natalidade (UNIÃO DAS MULHERES..., agosto de 1983).

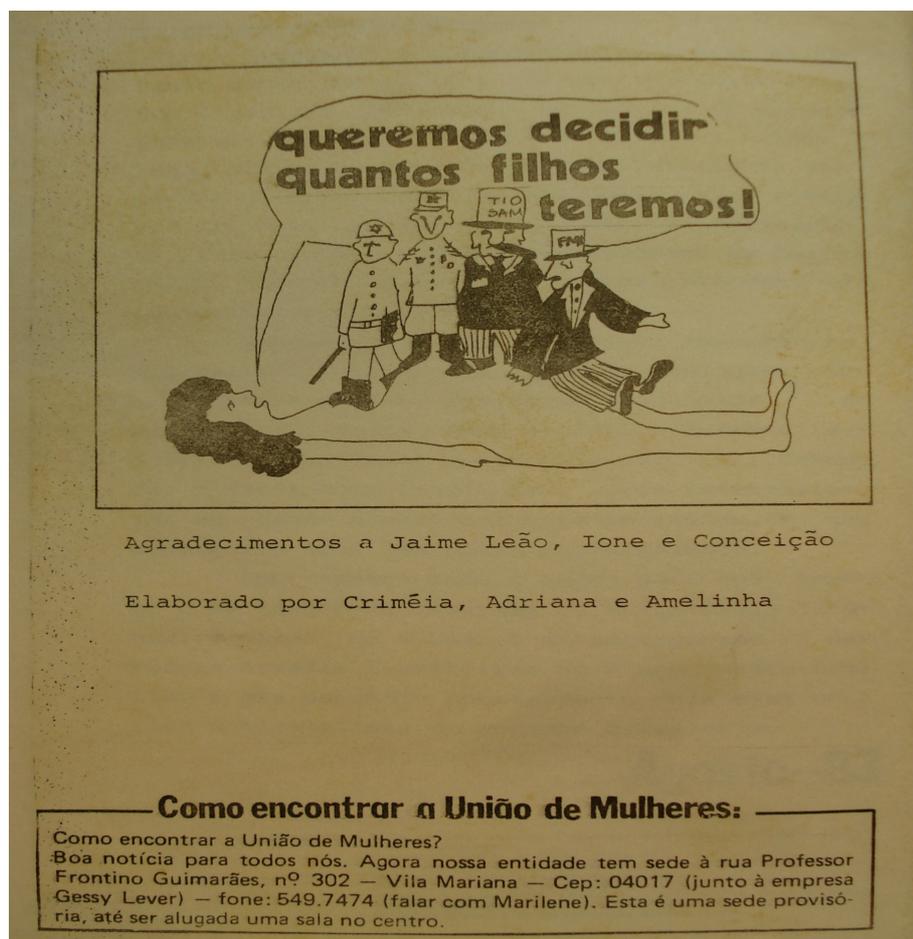


Figura 4

Brochura da União de Mulheres de São Paulo. “Controle de Natalidade: intervenção imperialista”. São Paulo, agosto de 1983
 (Fundo Leonor Nunes Paiva – Arquivo Nacional, RJ)

A tendência de relacionar as reivindicações feministas ligadas à opressão específica de gênero sofrida pelas mulheres, com as lutas da sociedade brasileira por um país democrático e com justiça social não era uma característica exclusiva das entidades feministas de São Paulo ligadas às classes operárias. Em maior ou menor grau era uma postura que acompanhou a maioria dos grupos, principalmente até o final da década de

1970, refletindo os embates ideológico travados, naquele momento, em decorrência do contexto político repressivo vivido pelos brasileiros.

O CMB, por exemplo, era uma entidade feminista carioca, que, de acordo com estudo de Anette Goldberg (1987), desde seu início, representou um feminismo “bom para o Brasil”, que condicionava suas pautas de luta aos problemas femininos considerados mais relevantes dentro do contexto político, econômico e social do Brasil naquele momento. O que limitava o alcance do debate sobre alguns temas como o aborto e sexualidade, priorizados por outros grupos, considerados mais radicais dentro do movimento feminista. No entanto, isso não impedia o CMB de também buscar informar as mulheres brasileiras sobre o sexo e o controle da fecundidade, principalmente depois de 1979, quando o processo de abertura política se fortaleceu e permitiu uma redefinição ideológica dentro da entidade.

Destacamos, como exemplo, uma cartilha do Grupo Mulher e Saúde⁵⁹ do CMB, editada por volta de 1982. A publicação traz informações sobre os órgãos reprodutivos femininos, ciclo menstrual, gravidez, contracepção, aborto, menopausa e sexualidade. Ao final da publicação, o registro de seus objetivos:

Esperamos que esta cartilha contribua para ampliar o conhecimento de nós, mulheres, em relação ao nosso corpo e a nossa vida. Que possamos escolher os rumos que queremos dar a nossa vida sexual. Enquanto a política de controle de natalidade do Governo nos diz que se tivermos menos filhos teremos melhores condições de alimentá-los e criá-los, pensamos que, quando compreendermos a importância da nossa sexualidade e da nossa liberdade, encontraremos formas de alimentar tantos filhos quanto desejarmos ou enfrentar todos os preconceitos que pesam também sobre a mulher que não deseja ter filhos. A forma de fazer um planejamento familiar realmente livre depende da nossa capacidade de organização com outras mulheres e com os homens, na luta contra as condições de vida que nos aprisionam (GRUPO MULHER E SAÚDE, [1982]).

Mesmo com a maior abertura dentro do CMB para os assuntos especificamente feministas, como aqueles tratados pela cartilha, percebemos a relação estabelecida pelo grupo entre o autoconhecimento da mulher sobre seu corpo e sua sexualidade, e a

⁵⁹ Equipe do grupo Mulher e Saúde que participou da confecção da cartilha: Berenice Ribeiro, Bertine Carlos Bezerra, Lilia Almeida de Menezes, Maria Paula Leal, Silvia Cruz A. Santos, Suely Rozenfeld, Suzanne Bial.

libertação individual e também social das mulheres. Além disso, segundo a cartilha, o direito da livre escolha para planejar a família dependeria diretamente da mobilização das mulheres em conjunto com os homens por melhores condições de vida. Ponto de vista semelhante aos demais grupos anticontracelistas envolvidos com o compromisso da redemocratização do país.

Nesse sentido a política de saúde da mulher proposta por setores progressistas da sociedade, como as feministas e o movimento sanitaria, não podia ser pensada de forma desvinculada do contexto político-institucional no qual o país se encontrava naquele momento.

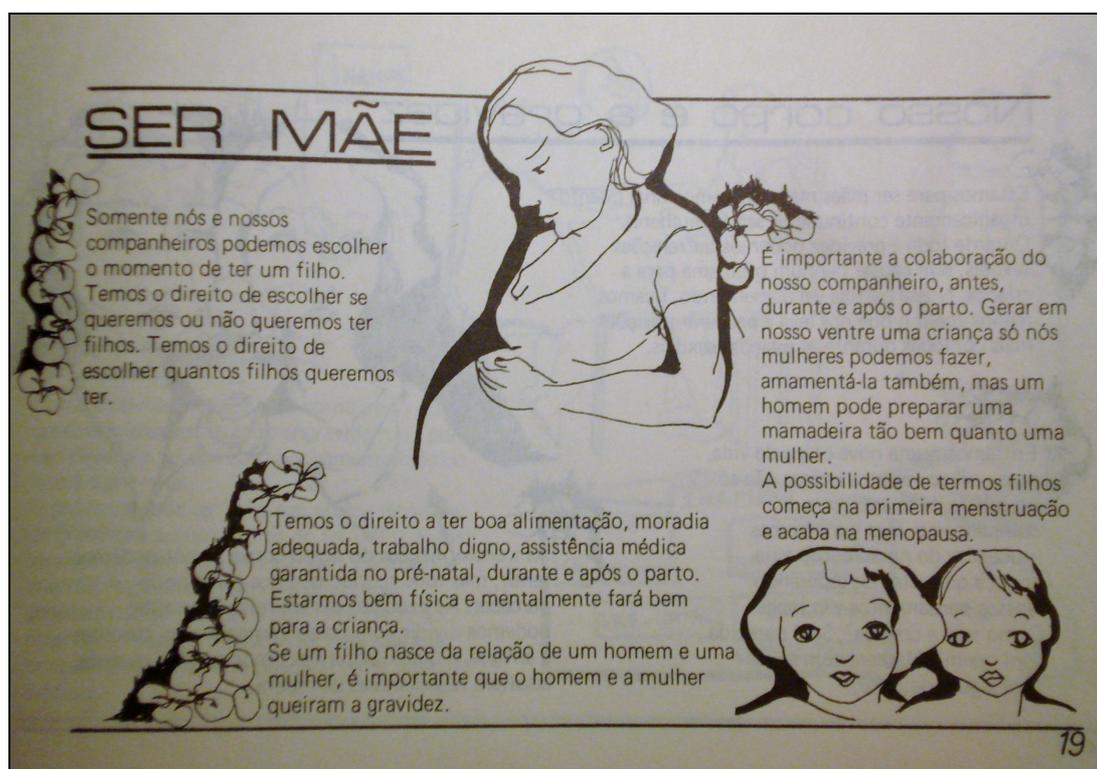


Figura 5

Cartilha “Mãe, Filha, Mulher”, [1982]. Grupo Mulher e Saúde, Centro da Mulher Brasileira – RJ. (Fundo Comba Marques Porto – Arquivo Nacional, RJ)

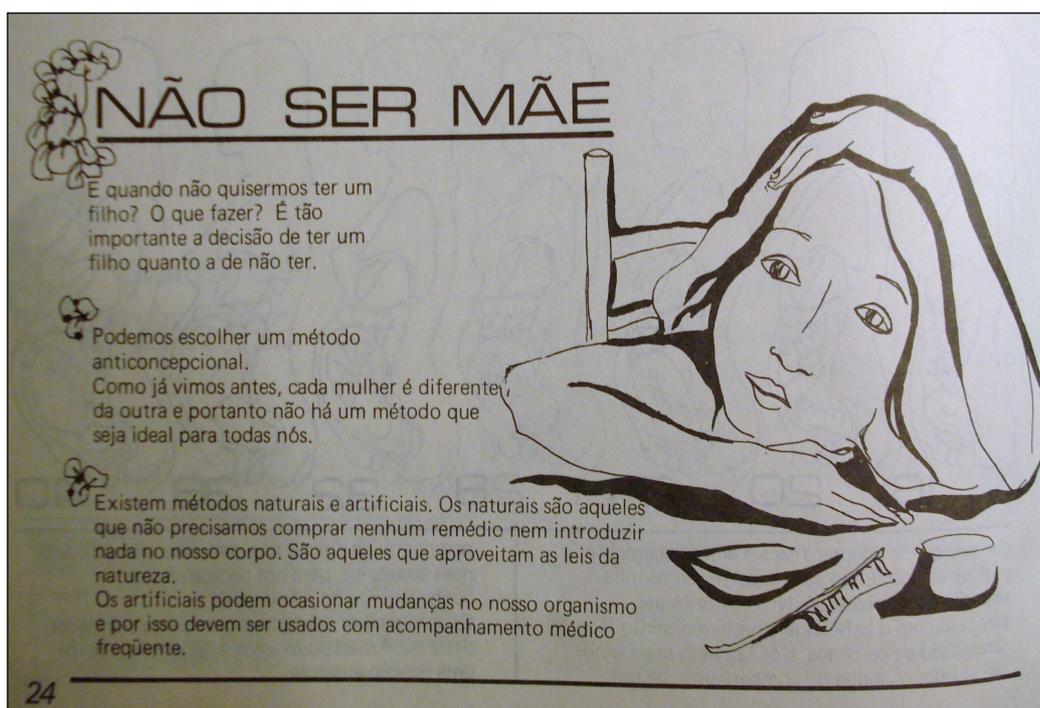


Figura 6

Cartilha “Mãe, Filha, Mulher”, [1982]. Grupo Mulher e Saúde, Centro da Mulher Brasileira – RJ. (Fundo Comba Marques Porto – Arquivo Nacional, RJ)

Aproximando-se da linha mais radical do feminismo, preocupada, acima de tudo, com as transformações da intimidade, a Comissão Contraceção e Aborto do Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro elaborou uma cartilha que trata do conhecimento sobre o próprio corpo como forma de liberação das mulheres e de poder para tomar decisões importantes sobre sua vida e lidar com os médicos, diminuindo o controle que estes exercem sobre o corpo feminino (COMISSÃO CONTRACEPÇÃO..., [1979-1982]).

De forma similar à publicação do CMB, a brochura apresenta os órgãos genitais femininos, o ciclo menstrual, métodos para evitar a gravidez, modo de usá-los corretamente e contra-indicações. Apresenta a tabelinha, o coito interrompido e a ducha vaginal como métodos que não funcionam e chama atenção para a importância do exame ginecológico para a mulher. Contudo, tratam também do aborto e dos métodos abortivos, os melhores e os perigosos, e registram depoimentos de mulheres sobre experiência de abortos.

O Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro surgiu, em 1979, depois de um racha de membros do Centro da Mulher Brasileira por ocasião do Encontro Nacional de Mulheres. As dissidentes discordavam da postura limitada e do cerceamento do CMB em relação ao debate de temas feministas mais voltados para a esfera privada como a sexualidade, a contracepção e o aborto, considerados por algumas militantes do Centro como menos importantes diante dos problemas sócio-econômicos e políticos do Brasil.

Para a entidade, o objetivo do trabalho com a intimidade das mulheres seria reaproximá-las de si mesmas a partir da descoberta do corpo, do fim do isolamento e da desmedicalização de suas vidas. Esse ponto de vista refletiu em propostas de práticas médicas que valorizassem a autonomia feminina e o auto-conhecimento. Maria José de Lima, enfermeira e membro do Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, em texto de 1981, chama a atenção para uma dessas práticas, o auto-exame ginecológico:

Em termos práticos pretendemos desenvolver a auto-ajuda ou auto-exame para que as mulheres possam se reapropriar do controle de seu próprio corpo, no que há de específico no campo da saúde (...) O auto-exame não é um desejo de substituir o corpo médico, e sim, uma tomada de consciência das mulheres quanto à responsabilidade por seus corpos, colocando-se no quadro das lutas engajadas pelo direito à saúde, questionando o poder médico (LIMA, 1981).

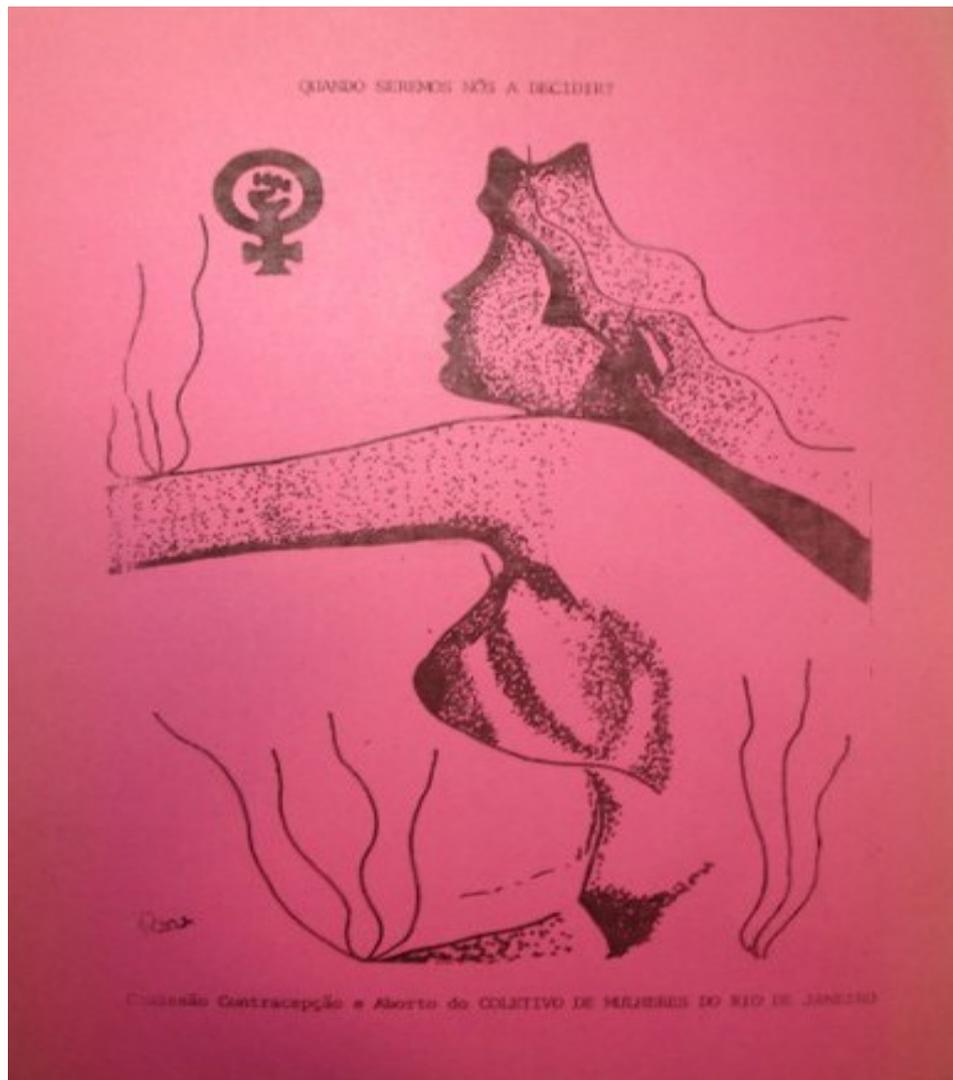


Figura 7

“Quando Seremos Nós A Decidir?”. Capa da cartilha da Comissão Contracepção e Aborto do Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, [1979-1982] (Fundo Hildete Pereira de Melo - Arquivo Nacional, RJ).

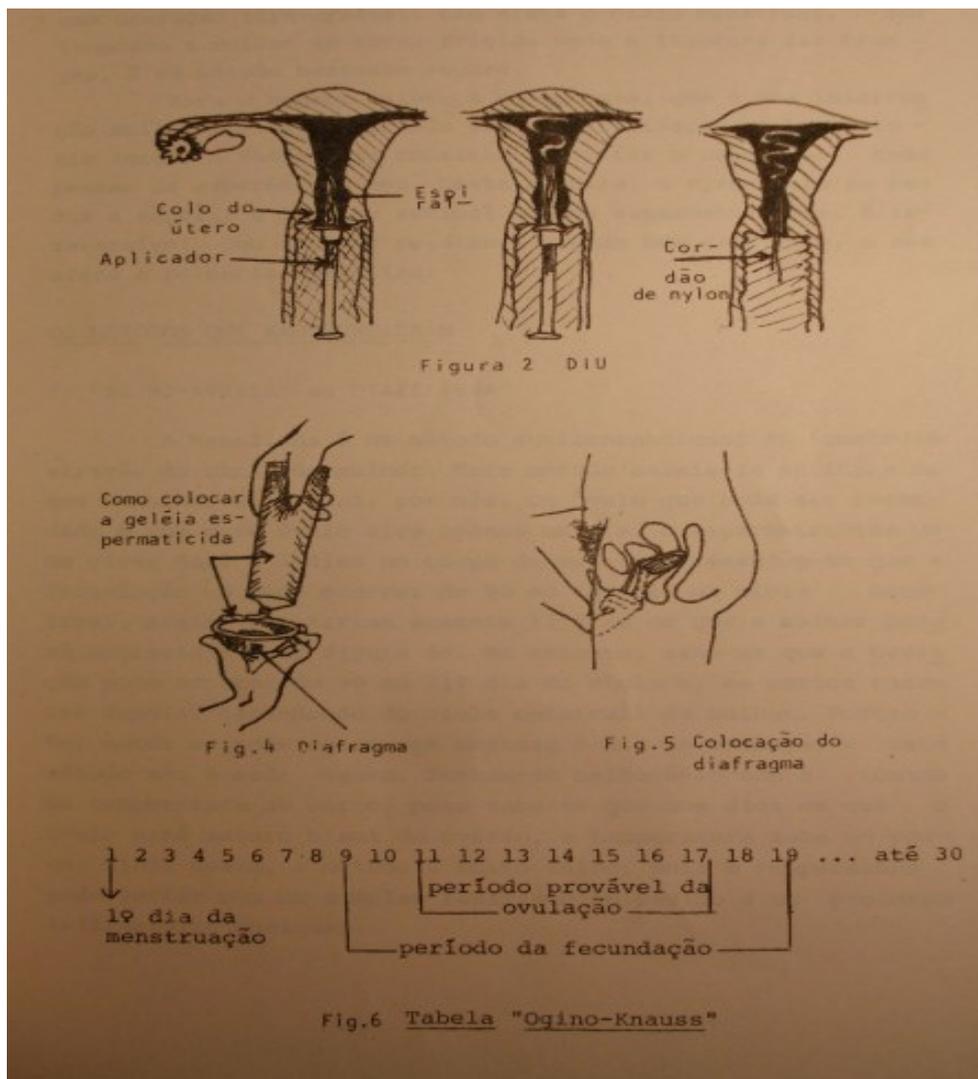


Figura 8

“Quando Seremos Nós A Decidir?”. Cartilha da Comissão Contracepção e Aborto do Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro [1979-1982] (Fundo Comba Marques Porto - Arquivo Nacional, RJ).

Além do CMB e do Coletivo de Mulheres, ambos do Rio de Janeiro, destacamos também o trabalho do Projeto Mulher do Instituto de Ação Cultural – IDAC. A partir da experiência Educação para a Saúde que o IDAC realizava em Paraty⁶⁰, coordenado por Mariska Ribeiro e Rosiska Darcy de Oliveira, entre outras mulheres, foi elaborado um material educativo que se destinava a apoiar os grupos de animação comunitária, agentes de saúde e grupos feministas que trabalhavam com o corpo. O trabalho contém

⁶⁰ “Experiência-piloto de educação das mulheres de um bairro periférico de Paraty visando a transmitir conhecimentos que permitam às mulheres melhorar as condições de saúde individual, familiar e comunitária” (OLIVEIRA, [1981]).

explicações sobre as dificuldades relacionadas ao acesso das mulheres pobres aos métodos contraceptivos e à atenção ideal à contracepção (IDAC..., dezembro de 1983).



Ainda no resguardo, a vizinha vem ver o neném e diz que Rosinha tem que ter cuidado para não se meter em outra com outro namorado.



e dos dias do mês em que a gente fica sem ter relação



Rosinha já ouviu falar da pílula



Ma nada disso é muito claro. O que sabe é que não quer ter mais filhos antes de arrumar a sua vida.



dos comprimidos para colocar

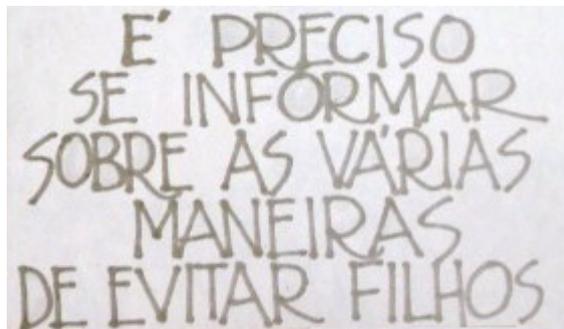


Figura 9

IDAC – Projeto Mulher. “As mulheres e a saúde. Aprender para viver melhor”. Projeto Paraty, dezembro de 1983 (Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ)

No mesmo período, o IDAC publicou um livro sobre as ideias e ações do movimento feminista no Brasil em várias áreas de atuação como trabalho, violência, educação, sexualidade e saúde. A autora do texto sobre saúde, Branca Moreira Alves, considerava essa área, em especial, um dos espaços de expressão do movimento de

mulheres, de descoberta de si e coletivização da experiência individual (ALVES, [1981]).

Os grupos de saúde do movimento feminista empenham-se em conhecer o funcionamento do corpo da mulher, para que ela possa assumir, na medida do possível, o controle de sua saúde, de sua reprodução, de sua vida, enfim, tão ligada ao biológico. Formaram-se clínicas de atendimento ginecológico, em que se busca romper com a relação autoritária médico-paciente. A consulta implica numa troca de conhecimentos, num trabalho permanente de conscientização, exercido sempre que possível em grupo, para que o saber e as experiências sejam partilhados (ALVES, [1981]).

Segundo o texto, o autoconhecimento da mulher levaria ao conhecimento de seu corpo, de sua reprodução, de sua sexualidade, e à descoberta de seu próprio equilíbrio, individual e específico. Levaria também ao rompimento com a mistificação dos modelos de beleza e do monopólio do saber médico, impostos pelo mundo masculino. Através do aprendizado de técnicas elementares a mulher seria capaz de resolver alguns dos problemas mais comuns de seu organismo: o uso de ervas medicinais, a aplicação da extração menstrual⁶¹, o aborto por aspiração (ALVES, [1981]).

Criam-se grupos de reflexão sobre sexualidade, gravidez e parto, maternidade, menopausa. Formam-se grupos de autoajuda (self-help), em que com simples auxílio de um speculum, um espelho e uma lanterna, as mulheres aprendam a se examinar a si mesmas, e a conhecer as alterações de seu corpo, tornando-se aptas a detectar as perturbações e a entender o ritmo de seu organismo, de seus órgãos genitais, seus seios, sua saúde geral (ALVES, [1981]).

A década de 1980 foi fundamental na luta das feministas brasileiras em relação à questão reprodutiva, tanto na implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, em 1983, quanto na criação de grupos que buscavam formas alternativas de atendimento à saúde mulher (PINTO, 2003).

Uma iniciativa pioneira, que merece ser lembrada aqui, foi tomada pelo grupo SOS Corpo de Recife, Pernambuco, que desenvolveu uma prática educativa entre as mulheres da periferia do Recife, inovando com sucesso nesse campo. Inspirados nessa

⁶¹ Método de controle de natalidade: aos 3 ou 4 dias de atraso da menstruação, esta é extraída mediante uma cânula plástica esterilizada conectada a um aspirador. Não é necessário dilatar-se o colo do útero e a operação é tão simples que as mulheres a fazem entre si, em casa, após aprendizado da técnica (ALVES, [1981]).

experiência apareceram em São Paulo e no Rio de Janeiro grupos e projetos mais ou menos próximos e bem sucedidos, que iam da instalação de um espaço central de informação sobre contracepção e cuidados médicos gratuitos até o estabelecimento de práticas de intervenção e de tomada de consciência nos bairros da periferia (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Esses grupos tinham uma natureza dupla. Por um lado, eram grupos de discussão que elaboravam documentos e demandavam políticas públicas. Por outro, faziam uma espécie de assistência social qualificada às mulheres de classes populares. A experiência das feministas ligadas à área de saúde no atendimento das mulheres teria sido fundamental para que elas intervissem na elaboração e implantação do PAISM, em 1983 (PINTO, 2003).

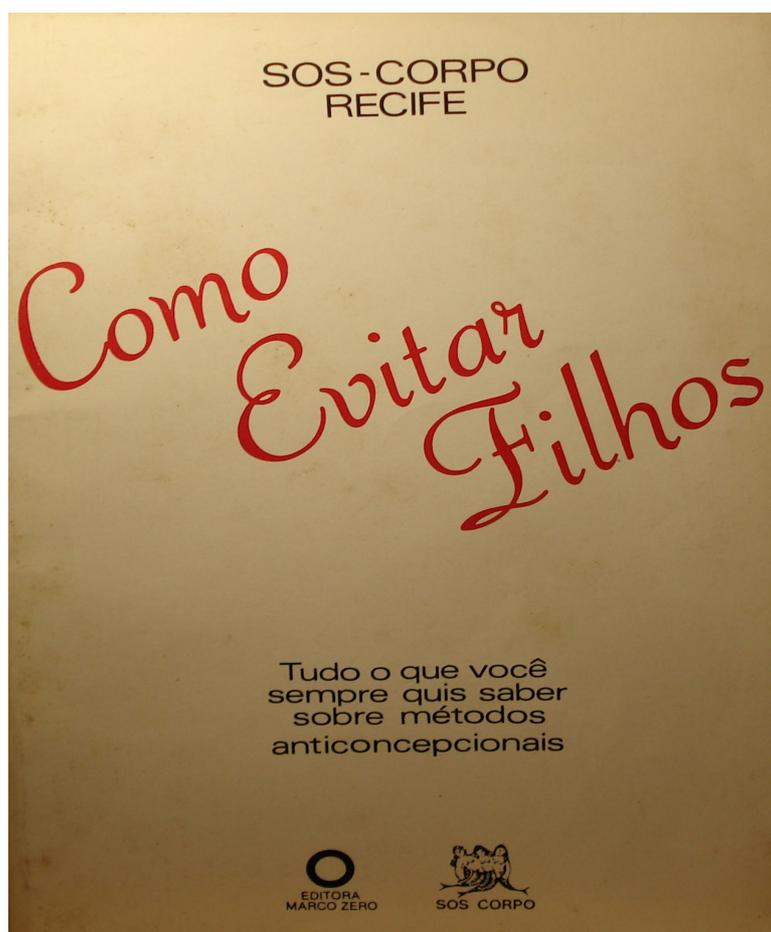


Figura 10

Livro SOS Corpo. “Como evitar filhos?” s.d.
(Fundo Hildete Pereira de Melo)

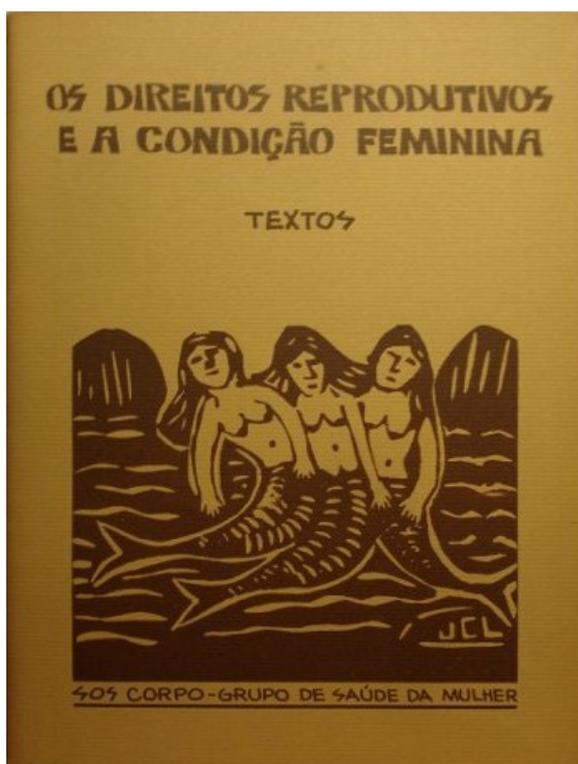


Figura 11

Grupo SOS Corpo. “Direitos Reprodutivos e a Condição Feminina” (textos). Recife, 1981 (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional, RJ)

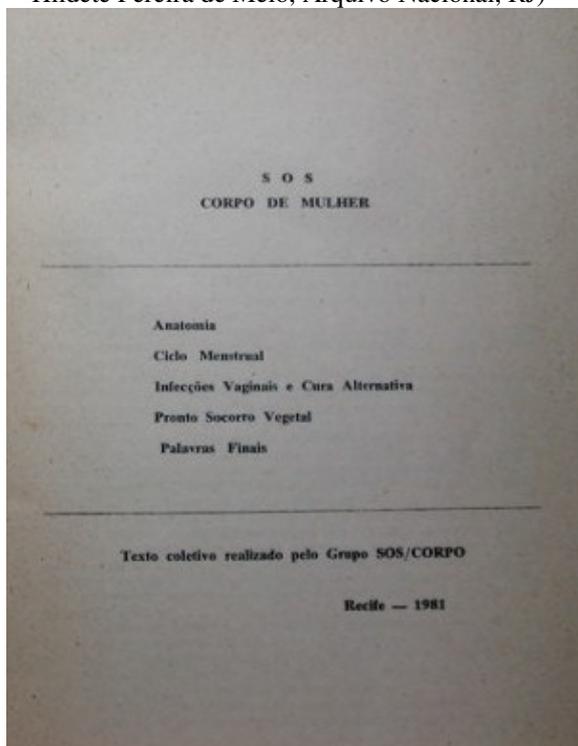


Figura 12

Grupo SOS Corpo. “Corpo de Mulher”. Livreto educativo do grupo. Recife, 1981, p.1. (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional, RJ)

POR QUE SEREIRAS?

A sereia é a imagem universal da mulher d’água que seduz e fascina o macho marinheiro incauto. Ela pode arrastá-lo para o fundo, mas também salvá-lo do naufrágio, isto varia segundo as diferentes mitologias e circunstâncias.

Independentemente do fim de cada história, a sereia é sempre um símbolo da sedução sexual da mulher. Uma sedução de cabelos, rosto, gestos e seios voluptuosos, pois da cintura para baixo a sereia é só um peixe, habitante de águas profundas e misteriosas, animal escorregadio, quase assexuado.

Foi tudo isto que passou pela cabeça da gente quando vimos a xilogravura usada nesta capa: as mulheres bonitas da sexualidade sem sexo, escondida sob o corpo de um animal que nos é tão estranho, que parece vir das profundezas do nosso próprio passado.

E foi por isso... este livrinho é uma tentativa de desvendar o mistério que o peixe encobre no corpo da gente... mulheres, sereia (SOS CORPO, 1981, contracapa).

3.4. As feministas às vésperas do PAISM

Com o objetivo de discutir as linhas de ação sobre a posição do movimento feminista e a política de reprodução no Brasil, foi organizado pela Casa da Mulher do Rio de Janeiro, o “Encontro de Mulheres sobre Saúde, Contracepção, Sexualidade e Aborto”, em março de 1983, como parte das comemorações do Dia Internacional da Mulher. A organização do evento contou com a colaboração de representantes dos grupos: Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, Mulherando, Ceres e Projeto Mulher do IDAC (CASA DA MULHER, março 1983).

Em entrevista recente, a feminista Hildete Pereira Melo menciona esse encontro como uma oportunidade criada pelas feministas, a partir de um financiamento que conseguiram através de Branca Moreira Alves, para discutirem o aborto. Segundo ela, foi o primeiro congresso que discutiu o tema no Brasil. A verba também foi usada para fazer um documentário sobre aborto, dirigido por Eunice Gutman e apresentado na ocasião. Havia cerca de 300 mulheres presentes, vindas de vários estados do Brasil, entre elas prefeitas, deputadas, além de alguns homens como Nilo Batista, que fez um projeto de lei sobre o aborto e o entregou na ocasião à deputada federal Cristina Tavares, do PMDB, para apresentá-lo na Câmara Federal (MELO, 2005).

Entre os convidados para os painéis estavam feministas atuantes na área da sexualidade e da saúde como Marta Zanetti (CEAMI⁶²), Maria José de Lima (enfermeira), Marta Suplicy (sexóloga), médicos ginecologistas ligados a órgãos internacionais de planejamento familiar como Elsimar Coutinho e Helio Aguinaga, e a senadora Eunice Michiles, defensora do controle da natalidade. Entre as coordenadoras dos painéis e plenárias estavam Leonor Nunes Paiva (advogada), Hildete Pereira Melo (economista), Comba Marques Porto (advogada), Leila Linhares (advogada), Mariska Ribeiro (psicóloga), Branca Moreira Alves (socióloga), Danda Prado (escritora), Jacqueline Pitanguy (socióloga), Romy Medeiros (advogada) (CASA DA MULHER, março 1983).

⁶² Centro de Estudos e Atendimento à Mulher e à Criança. Em carta de esclarecimento publicada no Jornal do Brasil em 1982, o CEAMI se declarava “uma empresa privada de capital limitado, cuja ocupação principal é a prestação de serviços de assistência psicológica”. Trabalhando com grupos de vivência e reflexão (“grupos nos quais as vivências de seus membros são refletidas do ponto de vista corporal, emocional, sócio-econômico e cultural”) sobre maternidade, sexualidade, relações conjugais, etc. Apresentando-se como centro profissional que dava apoio técnico a grupos feministas que o procuravam, o CEAMI buscava desfazer a imagem de que se tratava de um grupo feminista (*JORNAL DO BRASIL*, 17/06/1982).

Desse encontro, surgiu em junho de 1983, o periódico feminista *O Sexo Finalmente Explícito*. Um dos objetivos do periódico era a divulgação da conclusão do encontro através da publicação do manifesto “Posição das Mulheres Feministas”, do qual citamos um trecho abaixo:

(...) tanto a política antinatalista quanto a natalista têm, historicamente, usado o corpo da mulher considerando-o como um patrimônio social acima de seus direitos e de sua individualidade. Todas elas manipulam nossa sexualidade, nosso órgão genital, nossa função reprodutora, alienando-nos de modo profundo de nosso próprio corpo. No Brasil, antinatalistas e natalistas sempre se confundiram pelo fato de que jamais consideraram em sua política de reprodução a questão feminina. (...) Torna-se necessário ao lado da crítica, apresentar nossa proposta para uma questão que diz respeito a todas as mulheres e sobre a qual até agora ninguém procurou ouvi-las (MANIFESTO..., junho 1983, p.1).

O texto apresenta ideias para uma política de reprodução a partir da crítica às políticas de reprodução existentes, e da criação das condições políticas, econômicas, sociais, culturais e jurídicas que permitissem à mulher o direito de escolha e controle do próprio corpo (MANIFESTO..., junho 1983).

(...) o planejamento familiar deve fazer parte de um plano global de atendimento à mulher durante todas as fases de sua vida. Plano esse inserido numa política de saúde realmente voltada para todo o povo brasileiro e com sua participação. Não podemos conceber tal política sem sua íntima ligação com as conquistas das liberdades públicas e a democracia em nosso país. Estas são necessárias para permitir uma livre informação e um amplo debate sobre o assunto, bem como a garantia do direito de escolha por todo cidadão. Sem isso o exercício desse direito estará gravemente comprometido. Somente uma política assim considerará a mulher como sujeito e não objeto. E, por isso mesmo, será por ela apoiada e defendida, pois mais do que nunca estamos conscientes: NOSSO CORPO NOS PERTENCE! (MANIFESTO..., junho 1983, p.2).

Foi a primeira vez que se realizou um encontro discutindo, a nível nacional, temas tabus como contracepção, sexualidade e aborto. O encontro contou com a participação de 57 grupos feministas do Brasil, que decidiram levar nacionalmente a campanha pela legalização do aborto, e celebrar o dia 22 de setembro de 1983, como dia nacional pelo direito ao aborto (SILVA, abril 1983).

Ainda em setembro de 1983, diante da mobilização política em torno do tema controle da natalidade/planejamento familiar no seio do governo, as feministas se organizaram a fim de divulgar seu ponto de vista sobre as propostas governamentais. Em documento assinado pelo Fórum Feminista de Debates e pelo grupo Brasília Mulher e apoiado pelo grupo Mulherando, do Rio de Janeiro, elas se posicionaram contra o controle da fecundidade imposto por políticas de governo, tanto natalistas como controlistas:

Não somos máquinas de fazer filhos, funcionando a todo vapor quando o governo decide povoar o país. Também não somos máquinas que são inutilizadas através de programas de controle da natalidade quando o governo decide reduzir o crescimento populacional. Agora, quando não é possível nos fazer calar, querem nos impor o silêncio utilizando nossas palavras. Líderes do governo, generais do Estado Maior das Forças Armadas, figuras da área médica falam em “direitos da mulher”, “planejamento familiar para as classes menos favorecidas”, “saúde integral das mulheres” (...) Esse palavreado tenta camuflar um agressivo controle de natalidade praticado à revelia de nossa voz e contra o nosso corpo através de distribuição massiva de anticoncepcional e de laqueadura de nossas trompas (FÓRUM FEMINISTA DE DEBATES, 22/09/2010).

O documento acima citado foi uma das reações às propostas controlistas debatidas no I Congresso Brasileiro de Proteção Materno-Infantil e Planejamento Familiar, em setembro de 1983, no qual as feministas afirmaram ter suas intervenções cerceadas (*CORREIO BRAZILIENSE*, 28/09/1983). Nesse manifesto elas também declaravam seu “sim” ao direito ao acesso democrático aos métodos contraceptivos, preferencialmente os inofensivos à saúde, à assistência das necessidades globais de saúde da mulher em todas as fases de sua vida, entre outras reivindicações relacionadas à saúde sexual, psicológica e reprodutiva da mulher (FÓRUM FEMINISTA DE DEBATES, 22/09/2010).

No primeiro ano de mandato legislativo após as eleições de 1982, vencidas pelo partido da oposição, foram muitas as ações feministas relacionadas à saúde da mulher e ao planejamento familiar, assuntos que ganharam destaque particular naquele período, em que era elaborado o PAISM (FLÔR DE BRIGA, [1983]).

No primeiro semestre, entre outros eventos, foram destacados: protesto pelo aborto em estouro de clínica clandestina em Copacabana (janeiro); Encontro de Saúde, Sexualidade, Contracepção e Aborto promovido pela Casa da Mulher/RJ (março);

apresentação do projeto de lei da deputada federal Cristina Tavares (PMDB/RJ) que ampliava as indicações ao abortamento (abril); convocação de feministas cariocas para debater informalmente com a coordenadora do Programa da Mulher da Secretaria de Saúde/RJ, Nina Pereira Nunes, a Proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual não foi continuado (junho) (FLÔR DE BRIGA, [1983]).

No segundo semestre destacaram-se: encontro de grupos feministas em Brasília promovido pelo grupo Brasília Mulher - discutindo-se entre outros temas a situação do planejamento familiar no país, buscando o início de uma articulação nacional (julho); mobilização contra estudo da Escola Superior de Guerra propondo estratégia oficial para o planejamento familiar (setembro); crítica ao I Congresso Brasileiro de Proteção Materno-Infantil e Planejamento Familiar organizado pela Senadora Eunice Michillis (PDS) - pró-controle de natalidade (setembro); feministas de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília se reuniram em Campinas, para se posicionar diante do seminário realizado pelo Ministério da Saúde na Unicamp para apresentação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (outubro) (FLÔR DE BRIGA, [1983]).

O recrudescimento do processo de abertura do regime autoritário permitiu a diversificação das demandas das mulheres e a entrada de suas propostas nas esferas governamentais. A luta contra os programas de controle da natalidade e pelo reconhecimento das necessidades de saúde específicas das mulheres atravessou a década de 1980, encontrando eco dentro do ministério da saúde, ainda sob o governo militar.

O PAISM, nova proposta de programa de saúde com oferta de planejamento familiar, de 1983, continha ideias feministas, mas despertou reações tão diversas quanto o próprio movimento. Algumas militantes apoiaram, outras duvidaram da possibilidade de um programa governamental de planejamento familiar sem caráter controlista. O debate sobre o assunto foi amplo e envolveu diferentes setores da sociedade, em disputa por espaço político na nova sociedade democrática que nascia na década de 1980.

Capítulo 4

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): um exercício democrático

O contexto político nacional de redemocratização favoreceu o crescimento da influência dos movimentos sociais no campo institucional a partir de fins da década de 1970. O processo de abertura política ganhou novo impulso com a anistia e o retorno ao pluripartidarismo. A partir de então, abriram-se as portas para a entrada de novos atores no cenário político do país através da fundação de novos partidos de oposição ao regime. As eleições de 1982, e a vitória do principal partido da oposição, o MDB, marcaram a entrada de alguns desses novos atores políticos, como as feministas, nas instituições do governo.

Para o feminismo institucional, interlocutor do governo, o planejamento familiar constituiu um alvo tão delicado quanto o aborto. A partir da recusa do controle da natalidade, disfarçado de planejamento familiar, as feministas começaram, a partir de 1983, a pressionar o Estado para criação de uma política de planejamento familiar baseada nos direitos de reprodução, opondo-se às ações da Bemfam e de outros organismos similares (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Simultaneamente, no âmbito internacional, houve muitas experiências orientadas a influenciar as políticas públicas de gênero. Sob a influência da Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher realizada no México, em 1975, aprovou-se, dois anos

depois, na América Latina, um plano que refletiu a influência do movimento de mulheres sobre os conceitos que ordenariam as políticas públicas. Além de analisar os vínculos das políticas de desenvolvimento com a igualdade de gênero e a importância da participação política feminina, o Plano de Ação Regional⁶³, aprovado pelos Estados membros da CEPAL⁶⁴, chamou as mulheres a participar ativamente na realização de todas as ações de institucionalização propostas, em todos os níveis, utilizando e criando os meios e mecanismos apropriados (MONTAÑO, PITANGUY, LOBO, junho 2003).

Como vemos, apesar da crise econômica que pairava sob os países latino-americanos no início da década de 1980, o contexto político era promissor para o atendimento das demandas dos novos movimentos sociais, que no Brasil, passavam, naquele momento, a participar também da política institucional brasileira.

Por outro lado, face aos problemas econômicos, o Fundo Monetário Internacional pressionava o governo brasileiro a implementar medidas emergenciais que desfavoreciam o financiamento das novas políticas sociais que surgiam nesse contexto. Além de insistir no discurso da “superpopulação” no Brasil, exigindo uma resposta mais concreta do Estado brasileiro, como a elaboração de uma política pública de planejamento familiar.

Dentro desse contexto, o Presidente João Baptista Figueiredo abriu os trabalhos do ano de 1983 no Parlamento, propondo a discussão mais aprofundada dos problemas relacionados ao crescimento populacional no Brasil. Ao mesmo tempo, no Ministério da Saúde, começava a ser elaborada uma nova política de saúde que contemplava o planejamento familiar. O PAISM, que foi anunciado ao final daquele ano, apontou para mudanças importantes no campo da saúde pública e das políticas de gênero, incorporando as reivindicações do movimento sanitário e do movimento feminista, na defesa de uma política de planejamento familiar inserida nos cuidados à saúde integral da mulher.

⁶³ Plano de Ação Regional sobre Integração da Mulher no Desenvolvimento Econômico e Social na América Latina. O plano descreve o mandato da Unidade Mulher e Desenvolvimento da CEPAL, criada em 1977 visando a integração da mulher no processo de desenvolvimento econômico e social (arquivo http://200.130.7.5/spmu/eventos_internacionais/relatorios/5/Texto%20CEPAL.doc – acessado em 22 de fevereiro de 2010).

⁶⁴ Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

4.1. Elaboração e lançamento do PAISM

A encomenda direta foi do presidente ao ministro (...) Chegou colocada num plano político antes que num plano técnico. (...) O grupo técnico que elaborou o documento do Ministério fez questão de dar a essa encomenda uma resposta (...) Nossa posição ficou clara: não se justifica um programa de planejamento familiar, controle de natalidade ou que seja, mas sim a responsabilidade do setor saúde em elaborar um programa de assistência à saúde da mulher (...) tentou se responder com uma colocação técnica e com um posicionamento político implícito, já que não nos é dada a participação política de uma maneira mais franca e objetiva.
(GARRIDO, 1983)

Montada a partir de um pronunciamento do presidente Figueiredo sobre as consequências da superpopulação para o Brasil, no início de 1983, a CPI sobre os problemas populacionais teve como relator o senador Almir Pinto (PDS/CE), com o apoio de outros senadores ligados ao Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD)⁶⁵ os quais eram assessorados pela Bemfam. Foram ouvidos dezoito depoentes, pró e contra políticas de controle da natalidade. Nas conclusões da CPI, defendeu-se uma política de planejamento familiar de caráter controlista, alinhada à saúde materno-infantil (ROCHA, fevereiro 1993).

Em entrevista ao *Jornal do Brasil*, em 23 de outubro de 1983, o senador Almir Pinto, revela que em seu relatório, a ser entregue no mês seguinte, recomendava a adoção do planejamento familiar dentro do sistema oficial de saúde, incidindo sobre todas as necessidades femininas. Justifica sua proposta com base nos direitos da mulher e nas implicações do rápido crescimento populacional (*Jornal do Brasil*, 23/10/1983, p. 19).

A posição expressa pelo senador corroborava o discurso do Ministério da Saúde, que naquele momento se preparava para lançar o PAISM. Durante depoimento na CPI, a 21 de junho de 1983, o ministro da saúde Waldyr Arcoverde apresentou o programa de saúde da mulher que estava sendo elaborado pelo governo e que contemplaria a oferta de serviços de planejamento familiar (ARCOVERDE, fevereiro de 1984).

⁶⁵ Criado em 1981 a partir de seminário sobre planejamento familiar organizado pela Bemfam na Paraíba. Sua fundação ocorreu durante o Seminário Brasileiro para Estudos de População e Desenvolvimento em Gramado. Contava com 37 parlamentares nacionais e estaduais, na maioria ligados ao PDS (CANESQUI, 1987).

Na ocasião, ele afirmou que o Ministério da Saúde vinha tratando o tema do planejamento da prole sob o viés da saúde do indivíduo, da família e da população, onde o projeto de regulação da fecundidade era apenas um componente de uma ação mais ampla do setor saúde ligada aos princípios de equidade e proteção à saúde. Para o ministro, a redução da fecundidade no Brasil seria resultante de uma estratégia de sobrevivência realizada através de soluções drásticas do ponto de vista ético e sanitário (ARCOVERDE, fevereiro de 1984).

Seguindo seu depoimento, Arcoverde faz uma articulação entre o campo da saúde – que define como o conjunto de fatores sociais e naturais que determinam o estado de saúde de uma população - e o setor saúde – definido como o conjunto de recursos e ações voltadas especificamente para recuperar a saúde e evitar a doença -, considerando que a saúde estaria vinculada à capacidade de satisfação das necessidades individuais e do grupo social do indivíduo (ARCOVERDE, fevereiro de 1984).

Depois de apresentar indicadores do setor saúde sobre a população feminina e a regulação da fecundidade, declarou que o planejamento familiar deveria complementar as atividades de saúde materno-infantil, garantir a liberdade de opção das famílias, e não poderia ter caráter coercitivo. Afirmou ainda que as medidas elaboradas estariam em consonância com os princípios declarados pelo governo brasileiro na Conferência de População em Bucareste, em 1974. Por fim, apresentou os subsídios a uma ação programática voltada à assistência integral à saúde da mulher, segundo ele, sem qualquer pretensão inovadora e de aplicação ampla no sistema básico de saúde (ARCOVERDE, fevereiro de 1984).

Em artigo de fins da década de 1990, a primeira coordenadora do PAISM, Ana Maria Costa, afirma que o programa foi pensado para ser:

(...) um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (...) O destaque conferido às ações educativas objetiva intervir nas relações de poder das mulheres tanto com os serviços de saúde como nas demais situações relacionais assimétricas para as mulheres. Esta estratégia tem por intenção estimular nas mulheres mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde (COSTA, 1999).

Segundo entrevista recente de Ana Costa, o PAISM e o movimento da reforma sanitária teriam contribuído para a complexificação do conceito de integralidade. Em suas palavras, quando esse conceito foi pensado para as mulheres partia-se da ideia de integralidade como garantia aos diversos níveis de acesso à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade, o “esquema duro da integralidade”. No entanto, o PAISM trazia consigo a percepção, disseminada pelas feministas, de que as políticas de saúde olhavam a mulher exclusivamente dentro da função reprodutiva, ou seja, os serviços estavam direcionados a oferecer somente parto e puerpério e não para a mulher como ser integral, possuidor de necessidades físicas, psíquicas e sociais amplas (COSTA, 05/08/2007).

O PAISM teria vindo, então, em socorro dos outros problemas de saúde ao entender que a mulher tinha outras demandas, como o câncer, por exemplo. De acordo com Ana Costa, a formulação de políticas e a gestão pública não viam o sexo da população: *Quando ‘a gente’ começou a deslocar o problema das mulheres dos outros problemas de saúde da população, começou a dar visibilidade às doenças que acometiam as mulheres. Não tínhamos teoria de gênero ainda, isso era 1979, 80* (COSTA, 05/08/2007).

O conceito de assistência integral à saúde da mulher (AISM) teria se originado, segundo Maria José Osis (1994), em 1966, a partir da crítica da área biomédica da Unicamp aos programas verticais de saúde, como os de câncer cérvico-uterino, câncer de mama, prevenção do alto risco obstétrico, planejamento familiar, estímulo à lactação e atenção puerperal, programas estes voltados para comunidades-alvo, em especial aquelas com baixo nível sócio-econômico e cultural.

Osis (1994) afirma que, apesar de conquistarem êxitos significativos, esses programas verticais falharam no controle mais efetivo da saúde das mulheres por não serem integrados, ou seja, a mulher era pensada e examinada de forma partida, por especialistas diversos que pensavam as partes do corpo e da saúde da mulher de acordo com cada campanha.

O conceito de AISM se insere também na crítica à atenção primária da população que chegava ao hospital universitário de Campinas sem nenhuma triagem prévia. Dessa forma foi pensado um projeto de atenção primária (triagem), simplificada (sem altos custos) e horizontal (visão global e integrada dos problemas de saúde) à saúde da mulher que chegava aos serviços de ginecologia da universidade. Surgiu desse

pensamento o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva da Unicamp na década de 1970 (OSIS, 1994).

Todas as mulheres que procuravam o serviço médico na universidade iam para esse laboratório depois de passarem pela triagem inicial e ali elas passavam por um check-up ginecológico e mamário com profissionais paramédicos (enfermeiros e estudantes de medicina) para somente depois serem encaminhadas à especialidade que vieram procurar e indicadas para verificar suspeitas de problemas tocoginecológicos (OSIS,1994).

Antes, elas ouviam uma palestra sobre o porquê de serem encaminhadas para o ambulatório. O objetivo era a detecção e prevenção de doenças que não eram aparentes e a comprovação de que as mulheres precisavam antes de tudo de um bom atendimento primário que hierarquizasse seus problemas de saúde, ou seja, tratasse de modo diferente problemas de gravidade diferente, sem a necessidade de sobrecarregar o hospital universitário voltado para tratamentos mais complexos com especialistas (OSIS, 1994).

Essa proposta de assistência primária, simplificada e horizontal logo foi estendida à saúde da população como um todo. Seria uma forma de manter um contato mais estreito do paciente com o sistema de saúde, aproveitando cada visita aos ambulatórios para a prática de ações de prevenção e cuidado (OSIS, 1994).

No início da década de 1980 a evolução desse pensamento levou à definição da atenção integral como a melhor opção para o cuidado médico voltado para as mulheres. Atenção integral no sentido da ênfase no olhar do médico para o corpo da mulher como um todo e não como partes e órgãos isolados tratados por diferentes especialidades, redirecionando, assim, o olhar do profissional de saúde à paciente, a fim de que ele a orientasse para outro tratamento ou para hábitos mais saudáveis. Com a atenção integral à saúde da mulher (AISM) reconhecia-se a mulher como ser integral, biológico e psicossocial (OSIS, 1994).

O AISM passou a ser divulgado nos trabalhos e intervenções públicas do pessoal da Unicamp ligado a ele e começou a ser discutido pelo movimento de mulheres que ganhava cada vez mais espaço e força. A idéia de cuidar do corpo feminino de forma integral foi ao encontro dos anseios do movimento de mulheres que lutava pelos direitos da reprodução e da sexualidade. No encontro entre os profissionais do AISM, mulheres de outras áreas e o movimento de mulheres esse conceito foi ampliado (OSIS,1994).

Esses novos grupos defendiam que o conceito de integralidade se referisse não à integração das partes do corpo da mulher, mas de seu corpo a aspectos não-físicos da sua vida, com o social, o psicológico e o emocional. Além de questionar a relação hierárquica médico-paciente e ressaltar a importância da educação sexual e em saúde para evitar a coerção no controle da fecundidade (OSIS, 1994).

A idéia de integralidade já estava inserida entre as reivindicações por melhorias no atendimento à saúde no Brasil, como parte da crítica às campanhas contra doenças específicas ou pela saúde de grupos como crianças e mães. Junto com esse conceito estava o conceito da universalidade no atendimento, segundo o qual qualquer pessoa poderia ser atendida no sistema público de saúde, sem restrições (OSIS, 1994).

Entre 1982 e 1983 iniciaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), que estabeleciam convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. As AISs tinham como prioridade a assistência médico-hospitalar e farmacêutica, o desenvolvimento do controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento (OSIS, 1994).

Foi dentro desse contexto da saúde pública que o conceito de AISM foi incorporado, na primeira metade da década de 1980, a uma política pública de saúde da mulher do Ministério da Saúde (OSIS, 1994).

Quando em 1983, o presidente Figueiredo anunciou que queria a criação de uma política de controle demográfico no país e foi instalada uma CPI, Ana Costa foi procurada pelo ministro Waldyr Arcoverde para escrever uma proposta de política para o Ministério da Saúde, segundo seu próprio relato. Depois de concordar com a linha que deveria ser seguida, a médica fez sua proposta e teve o apoio do ministro Arcoverde. O PAISM, então, foi apresentado como resposta do Executivo a CPI (COSTA, 05/08/2007).

Segundo Ana Costa, o processo de construção do PAISM foi bem articulado e negociado. *Havia o apoio de um conjunto de acadêmicos do campo da ginecologia-obstetrícia, eventualmente a turma da Unicamp, que naquela época apoiou tecnicamente e politicamente de uma forma muito importante.* Aníbal Faúndes, José Aristodemo Pinotti, Oswaldo Grassioto, Ângela Bacha, João Carlos Silva foram pessoas que estiveram muito próximas em todo o processo de formulação do PAISM, dando apoio técnico em saúde da mulher (COSTA, 05/08/2007, p.8).

A equipe de elaboração do PAISM foi convocada em abril de 1983: Ana Maria Costa, médica sanitária do Ministério da Saúde; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), Aníbal Faúndes⁶⁶ e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp (indicados por José Aristodemo Pinotti, chefe do mesmo departamento). A coordenação da equipe ficou a cargo de Mozart de Abreu Lima, secretário geral do Ministério da Saúde, cujas atividades no projeto eram definir normas programáticas, bases doutrinárias, normas técnicas e procedimentos médicos do programa (OSIS, 1994).

O trabalho foi acelerado para ser lançado já no mês de junho de 1983, pois o Ministério da Saúde queria sua rápida e eficaz implantação. Após o depoimento do ministro da saúde na CPI sobre o aumento populacional, o governo realizou um seminário, em outubro do mesmo ano em Campinas, para tornar pública e discutir a proposta preparada pelo grupo de trabalho. Seu objetivo era divulgar o programa para os líderes de diversos setores da sociedade estratégicos para o bom andamento do PAISM, além da discussão das normas técnicas do programa. Foram organizados grupos de trabalho, um para cada área abordada no programa (OSIS, 1994).

Segundo o relatório final do encontro, o PAISM não tinha objetivo de controle populacional e o que estava em discussão no final das contas era a criação de bases para um programa global de assistência primária à saúde da população. Procurou-se deixar claro que o PAISM se inseria num projeto de reestruturação da atenção médica no país, com ênfase no aumento da capacidade do sistema de saúde de responder à crescente demanda de serviços básicos de saúde, por isso, falou-se na necessidade do conceito de PAISM se inserir num programa mais abrangente de saúde do adulto (OSIS, 1994).

Uma das questões mais discutidas sobre a implantação do programa dizia respeito à sensibilização dos profissionais de saúde para a nova concepção de saúde da mulher. Seria necessário um treinamento que incentivasse uma mudança de mentalidade daqueles profissionais. Sobre a operacionalização do programa, levantou-se a preocupação com a entrada de uma proposta avançada de assistência à saúde na caótica rede de serviços públicos do país (OSIS, 1994).

A respeito do planejamento familiar salientou-se a garantia das mulheres à informação sobre o maior número possível de métodos anticoncepcionais, sem

⁶⁶ O Dr. Faúndes fora co-autor e coordenador de programa semelhante de saúde da mulher no governo Allende no Chile (OSIS, 1994).

interferência na sua escolha e assegurando sua saúde independente da opção feita. Além disso, o acesso à contracepção deveria ser acompanhado da oferta de atenção integral à sua saúde. Ressaltou-se a importância das discussões do referido seminário, contudo, não houve modificação no documento do programa após sua realização (OSIS, 1994).

Entre as estratégias políticas para implantação do programa estava a definição dos seus inimigos e aliados. Entre esses últimos encontramos a Igreja Católica e parte do movimento de mulheres. Estabeleceu-se então um relacionamento direto do Ministério da Saúde com o movimento de mulheres, com a designação de uma equipe de doze mulheres ligadas de alguma forma ao movimento feminista para conduzir a implantação do programa. Uma delas foi Ana Maria Costa, que participou da elaboração do programa e foi a primeira coordenadora nacional do PAISM. Mulheres importantes nas áreas de saúde e população também foram consultadas (OSIS, 1994).

Segundo Osvaldo Grassioto, da equipe técnica do programa, em geral, a recepção do PAISM pelos grupos de mulheres foi positiva. Eles se propuseram, inclusive, a intervir na formulação e implantação do programa, manifestando apoio à proposta de atenção integral e de separação entre contracepção e políticas populacionais (OSIS, 1994). Contudo, como veremos mais adiante, houve muitas reações contrárias ao programa por parte das feministas, que desconfiavam das boas intenções do governo e da capacidade de efetivação do programa dentro do fragilizado sistema de saúde brasileiro.

Com relação à aproximação do Ministério da Saúde com a Igreja, ela se deu através do secretário-geral da CNBB, D. Luciano Mendes de Almeida. A Igreja condenava o aborto e o DIU e só aceitava o uso de métodos naturais de contracepção. Buscando sustentar seu espaço de negociação dentro do governo, a Igreja convidou profissionais do ministério para visitar o trabalho realizado pela Confederação dos Centros de Planejamento Natural da Família (CENPLAFAM). Em 1986, foi assinado convênio entre a CENPLAFAM e o Ministério da Saúde para treinamento de profissionais da rede pública em métodos contraceptivos naturais (OSIS, 1994).

Nas palavras de Ana Costa, D. Luciano Mendes passou noites conversando com a equipe de elaboração do PAISM. Ele queria que o programa elegesse o método *Bilings*, comportamental, como o principal método de planejamento familiar e que a esterilização, a pílula e o DIU fossem proibidos. Fez-se então um acordo para abrir espaço no serviço de saúde para o método *Bilings*. E, de fato, houve o treinamento de pessoal para disseminar esse método (COSTA, 05/08/2007).

A 25 de outubro de 1983, o *Jornal do Brasil* publicava entrevista com o Ministro Arcoverde sobre o PAISM, após o anúncio da implantação do programa no encerramento dos trabalhos de normatização na Universidade de Campinas. No mesmo artigo, o secretário-geral da CNBB, D. Luciano Mendes de Almeida, ressalta aspectos positivos e negativos do programa, que segundo ele, respeitava a decisão do casal, mas não valorizava suficientemente os métodos naturais de contracepção. O discurso da Igreja Católica ressalta sua preocupação com a garantia dos direitos básicos de saúde e do respeito tanto aos princípios do programa quanto à consciência religiosa do casal (*JORNAL DO BRASIL*, 25/10/1983).

Para neutralizar os “inimigos” (BENFAM, CPAIMC, FEBRASGO⁶⁷, GPEPD, controlistas das Forças Armadas), o Ministério da Saúde passou a usar de meios legais para conter as ações das entidades privadas de planejamento familiar, recusando pedidos de importação de meios contraceptivos, por exemplo, e divulgava o máximo possível as bases programáticas do PAISM como forma de valorizar o novo programa dentro das demais instâncias governamentais (OSIS, 1994).

Marcando sua posição política o ministro da saúde, Waldyr Arcoverde, chefiou a comissão do Brasil na Conferência de População de 1984, deixando clara sua posição de defesa do planejamento familiar como estratégia de atenção integral à saúde da mulher, sem fins controlistas. Defendeu também o direito universal à saúde e à cidadania somente possível mediante uma política efetiva de desenvolvimento social (OSIS, 1994). Abaixo, trechos do discurso de Arcoverde, no México:

No Brasil, não existe, portanto, interferência governamental para o controle da natalidade que é uma decisão do núcleo familiar (...) O Senhor Presidente da República vem agora de aprovar diretriz, no sentido de que, no Brasil, o planejamento familiar deverá ser encarado como parte integrante do atendimento público à saúde. (...) Na prática, a atuação do Governo no campo da regulação da fertilidade está sendo programada no Brasil dentro de uma estratégia de Assistência Integral à Saúde da Mulher, valorizando seu papel como ser integral e não definido em sua capacidade reprodutora. A universalização do direito fundamental do planejamento da prole se vincula estreitamente à própria universalização do direito à saúde e à cidadania (...) (ARCOVERDE, agosto de 1984).

Os primeiros documentos oficiais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher traziam consigo as ideias defendidas pelo ministério da saúde durante a

⁶⁷ Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Conferência de População do México, em 1984, as quais também faziam parte do discurso de parte dos sanitaristas, demógrafos e do movimento de mulheres.

O documento preliminar intitulado “Assistência Integral à Saúde da Mulher – Bases Para Uma Prática Educativa” define como objetivo geral do PAISM a melhoria dos problemas relacionados à saúde da mulher: falta de acesso às informações e serviços de saúde, falta de envolvimento da mulher na discussão dos seus problemas, os quais aumentariam as situações de risco para a saúde da população feminina (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Como solução para tais problemas, propõe-se a definição de ações educativas, como sendo *aquelas derivadas do processo de educação em saúde, desenvolvidas por profissionais deste setor, junto com pessoas da comunidade que visam contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva* (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Era necessário, do mesmo modo, a explicitação de conteúdo doutrinário e filosófico (relação entre o profissional de saúde e a mulher) de tais ações, que no geral se referiam ao papel da comunidade na promoção da saúde da mulher, à necessidade de conhecimento das causas dos problemas bio-psico-sociais individuais e coletivos e de como preveni-los. Referiam-se também à responsabilidade dos profissionais de saúde, instituições e grupos da comunidade nas atividades do programa (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Após analisar a situação da mulher perante o seu corpo, o corpo dos familiares sob seus cuidados e o corpo do médico (autoridade detentora do conhecimento sobre a intimidade feminina que as próprias mulheres desconhecem), o documento aponta para a necessidade de se trabalhar com um método diferenciado que permitisse a reelaboração da relação da mulher com seu corpo e sua intimidade (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Por outro lado, conclui que a organização dos serviços de saúde pública, apesar de ainda ser bastante limitada em vários aspectos, confirmava a prioridade no atendimento à maternidade, cada vez mais medicalizado, porém bem pouco sensível aos problemas da sexualidade feminina e do seu autoconhecimento e autonomia:

A ênfase na maternidade, por exemplo, significa que a infertilidade se trata frequentemente com muito mais interesse do que uma gravidez não desejada ou interrompida pelo aborto. Também este se trata com mais atenção se for espontâneo do que se for provocado. A

equação mulher-mãe significa, na prática dos serviços de saúde, que é bom para mulheres ficarem grávidas e ter filhos, cuidando deles depois de nascidos, constituindo-se um desvio, uma anormalidade, não desejar isto (PAISM, outubro de 1983, p. 8).

Quanto aos métodos anticoncepcionais modernos, o texto chama a atenção para a contradição que eles passaram a representar na vida das mulheres: ao mesmo tempo lhes deu maior controle sobre o seu corpo e permitiu que outros, como os médicos e o Estado, por exemplo, controlassem melhor suas vidas. Faltaria então para as mulheres maior conhecimento sobre os métodos e, sobretudo, sobre seu próprio corpo para que houvesse autonomia na escolha pela contracepção. Os médicos não estariam preparados para seu papel no planejamento familiar não conseguindo orientar os casais da maneira adequada (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Avaliando os problemas da relação médico-paciente, o documento busca diagnosticar os erros mais comuns na assistência à mulher nos serviços de saúde procurando indicar novas abordagens de atenção à saúde diretamente ligadas com uma maneira mais humana e menos técnica de tratar a medicina, mais próxima da subjetividade de médicos e pacientes e atenta às reais necessidades do paciente como ser humano não somente como entidade biológica portadora de doenças específicas:

A negação da dimensão subjetiva do médico e do doente quando diante um do outro, a transformação do corpo do doente numa entidade autônoma chamada doença, as rotinas burocráticas, a produtividade exigida, talvez permitam visualizar outras formas de trabalho que redefinem o que se pode fazer. A análise e a discussão do fracasso dos serviços de saúde poderá indicar um caminho para recomeçar com as mulheres uma nova abordagem de atenção à saúde (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983, p.13).

Ainda segundo o documento em questão, as novas práticas de assistência à saúde propostas pelo PAISM se inseriam no conjunto de propostas inovadoras de educação informal e participativa existentes em outras instituições sociais, onde se privilegiava a mudança na relação paciente-instituição, onde o sujeito da ação era coletivo e o espaço de expressão sobre o próprio corpo deveria ser garantido (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Desse modo, procura-se satisfação tanto do paciente como do profissional de saúde. Para tanto se fazem necessárias atividades programáticas específicas para se alcançar os objetivos no tratamento das questões da saúde da mulher em especial no

tocante à qualificação dos profissionais de saúde para discutir sexualidade nos trabalhos em grupos dentro das comunidades e com os colegas da área de saúde. O documento prevê a avaliação do trabalho educativo desde o processo de coleta de informações sobre a saúde da mulher na comunidade até o andamento dos eventos e consultas médicas (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983).

Além de dados estatísticos sobre a saúde da mulher, livros sobre mulher, medicina e sexualidade escritos por mulheres também constam da bibliografia do documento do PAISM (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA..., outubro de 1983). Mas apesar de conter muito das ideias defendidas pelo movimento de mulheres, e de buscar abarcar os princípios de saúde pública pelos quais o movimento da reforma sanitária lutava, o programa não foi recebido passivamente por esses grupos que rapidamente se manifestaram a respeito de seu conteúdo.

1.2. Reações e críticas ao PAISM

Toda a gênese do PAISM,(...) a forma em que abruptamente decide “introduzir” o planejamento familiar nas ações de saúde, levaram à desconfiança. A lamentável assistência à saúde da população em geral é uma questão que extravasa o PAISM e poucos acreditam que agora é pra valer, e muito menos para as mulheres, que nunca foram, aliás, objeto de qualquer preocupação governamental seja no plano do trabalho, da saúde, do direito civil, etc. (...). Enfim, paira no ar a impressão de que pílulas serão distribuídas e esterilizações efetuadas, acobertadas por um “pseudo” Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (LABRA, novembro de 1983).

As reações ao lançamento do PAISM foram muitas e imediatas, principalmente por parte dos grupos já atuantes nas denúncias contra o controle de natalidade. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), foi um deles, e ainda em outubro de 1983, a entidade elaborou um documento para discussão interna sobre o PAISM.

Nesse documento, Maria Eliana Labra levanta os pontos considerados por ela mais relevantes nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre PAISM apresentados no seminário de Campinas em setembro de 1983, ocasião em que o programa foi debatido pela primeira vez. A autora chama atenção para o caráter democratizante da nova proposta, que deveria ser analisada para que o programa não se

transformasse numa simples distribuição de pílulas e esterilização como faziam a BENFAM e o CEPAIMC.

O PAISM, tal como visto a este primeiro nível que está sendo analisado, representa um grande desafio para aqueles elementos progressistas da sociedade que desejam realmente que as coisas mudem. Se apoiado e levado adiante, este programa é também uma grande chance para que a população organizada, especialmente as mulheres, ocupem aos poucos um espaço até agora a elas interdito e possam participar da elaboração e implantação de uma série de ações que lhes trará benefícios, mesmo que inicialmente se restrinja ao pré-natal, parto, puerpério e acesso a informações e meios para decidirem sobre a maternidade (LABRA, novembro de 1983).

Percebemos na fala de Labra que apesar de ser recebido com esperança por alguns setores progressistas da sociedade organizada, o PAISM ainda era visto com desconfiança, tanto no que dizia respeito a sua concretização plena e satisfatória, quanto à possibilidade sempre presente de se tratar de uma fachada para a implantação do controle populacional no Brasil pelo poder público. Continuando sua fala:

Nas páginas iniciais deste texto colocávamos a reação da população à primeira proposta do Ministério da Saúde (junho/83) e o medo que despertou nos setores mais conscientes no sentido que o PAISM nada mais fosse do que um “gancho” para introduzir o controle compulsório da natalidade no Brasil. Apesar de o Ministério da Saúde ter superado de longe sua proposta original, verifica-se que o temor a tal “controle” existe e não poucos protestos têm sido levantados em diversos locais do país. Acreditamos que deve-se inverter o prisma da discussão, de forma a chamar a atenção da população, e das mulheres em especial, para o espaço que por iniciativa governamental a elas se abre para se conscientizarem de que têm o direito de exigir condições dignas de assistência a sua saúde, aí incluindo pelo menos atenção ginecológica e cuidados eficientes e humanos à gravidez, parto e puerpério. E, por que não, o direito que têm de receber informações e ter acesso a todos os métodos e meios, tanto para as mulheres como para os homens, quando precisarem evitar ter filhos ou desejarem exercer livremente sua sexualidade (LABRA, novembro de 1983).

A edição de fevereiro de 1984 da revista *Saúde em Debate*, do Cebes, foi inteiramente dedicada ao debate sobre o planejamento familiar e o novo programa do governo. Além da reprodução na íntegra do depoimento do ministro da saúde Waldyr Arcoverde na CPI sobre crescimento populacional do Senado, a revista trazia textos que, no geral, discutiam o tema num tom de desconfiança de que o PAISM se tratava de um programa de controle da natalidade sob a fachada da assistência à mulher (*SAÚDE EM DEBATE*, fevereiro de 1984).

Os artigos criticavam, entre outras coisas, o fato do programa não contemplar a contracepção masculina. Questionavam a real possibilidade de implementação do projeto diante dos graves problemas do sistema de saúde previdenciário e, sobretudo, contestavam as teses de explosão demográfica e a necessidade do controle populacional, argumentando, mais uma vez, que este não seria o melhor caminho para os problemas sociais do país, e sim o desenvolvimento econômico (*SAÚDE EM DEBATE*, fevereiro de 1984).

A reação também foi de desconfiança por parte de muitos grupos feministas. Vários periódicos feministas publicaram artigos debatendo o conteúdo e o sentido do PAISM.

Em maio de 1984, o periódico *Maria Maria*, do Grupo Brasil Mulher de Salvador, publicou artigo de repúdio ao PAISM, o qual acusava de acobertar o controle da natalidade por traz da ideia de assistência integral (*Maria Maria*, maio/junho 1984). Grupos de São Paulo (União de Mulheres de São Paulo) e Goiânia (Eva de Novo) também elaboraram documentos apontando falhas e contradições do programa.

Entre as críticas do Grupo Feminista Eva de Novo ao PAISM, estavam a abstração dos conceitos e a superficialidade na abordagem dos temas, que não foram discutidos abertamente nem suficientemente. O programa foi considerado pelo grupo uma impostura, uma vez que dizia visar ao atendimento do interesse das mulheres, mas, no entanto tinha como objetivo velado o controle da natalidade (GRUPO FEMINISTA EVA DE NOVO, maio de 1984, p.06).

Segundo o documento, ainda que se propusesse inovador do ponto de vista da abordagem à sexualidade de homens e mulheres o programa trazia consigo a mesma visão tradicional a respeito dos papéis sexuais masculino e feminino, considerando homens e mulheres somente enquanto seres sexuados e reprodutores e não em sua complexidade. O grupo registra que aceita sim o planejamento familiar, mas somente enquanto instrumento de autonomia feminina e como parte de um plano global de atendimento à mulher durante todas as fases de sua vida (GRUPO FEMINISTA EVA DE NOVO, maio de 1984, p.06).

Por outro lado, havia feministas contrárias às reações de repúdio ao PAISM e que defendiam uma postura crítica, porém aberta ao avanço que o programa representava para a assistência à saúde da mulher e ao planejamento familiar.

Maria José de Araújo, por exemplo, médica e feminista da Casa da Mulher, de São Paulo, criticou as feministas que insistiam em recusar os programas de saúde do

governo. Em suas palavras, esses programas, ainda que limitados, respondiam a demandas e praticavam reflexões que as entidades controlistas não faziam. Ela acreditava ser melhor para o movimento popular tentar participar do processo de implementação do programa de planejamento familiar do governo do que negá-lo pura e simplesmente (*MULHERIO*, jul/ago 1984, p.6-7).

Uma das feministas que atuavam dentro das instituições do governo, Maria José de Araújo participou da implantação do PAISM em Goiânia organizando grupos de reflexão compostos por médicos, estudantes de medicina, atendentes de postos de saúde e mulheres. No artigo ela propunha a criação de comissões de fiscalização dos programas de planejamento familiar (*MULHERIO*, jul/ago 1984, p.6-7).

A questão que se destaca nesse debate não era nova entre as feministas. Estava em jogo uma problemática conhecida do movimento de mulheres desde seu surgimento: a relação com os partidos de esquerda – aliados na luta pelos direitos políticos e sociais, porém refratários às demandas especificamente feministas – e com as instituições governamentais.

A possibilidade de aproximação do governo vinha sempre acompanhada do temor quanto à perda da autonomia do movimento. Os partidos de esquerda, por sua vez, subestimavam as reivindicações feministas, relegando-as ao segundo plano em favor dos problemas mais “relevantes” da sociedade, como a democratização.

Quanto à relação das feministas com as esquerdas Ruth Cardoso e Tereza Caldeira (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.180), em entrevista ao jornal feminista *Mulherio*, em 1982, afirmam que as esquerdas não teriam mudado muito desde os anos de 1960, permanecendo apaixonadas e em sua grande maioria contrárias à intervenção do Estado quanto ao planejamento familiar e outras questões consideradas de foro exclusivamente privado (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.18).

Para as autoras do artigo, as esquerdas não levavam em conta que a sociedade se transformara e as mulheres se modernizaram, com acesso a meios contraceptivos em todas as classes e demandas por maior autonomia sobre seu próprio corpo. Além disso, a sociedade já concordava com a importância da paternidade responsável (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.18).

Desse modo, segundo Cardoso e Caldeira, as esquerdas acabavam adotando a postura natalista como uma atitude antiimperialista, sendo que nesse ponto agiam como os liberais, ao separar público e privado e negar a intervenção do Estado na regulação da fecundidade, acabando por aceitar a desigualdade entre as mulheres ricas e pobres,

embora concordassem com a necessidade de reforço do Estado e de políticas sociais. As autoras perguntam porque não intervir nas relações desiguais entre homens e mulheres que oprimem mais as mulheres pobres e porque ainda persistir na mentalidade conservadora quanto às mulheres e ao padrão tradicional de família (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.18).

A fim de corroborar seu ponto de vista, as autoras citam entrevista no *Brasil Mulher*, de agosto de 1977, onde o cardeal Aluisio Lorscheider, Dom Eugenio Sales, a AMERJ, o então secretário de Promoção Social de São Paulo Dr. Mário Altenfelder e o bispo da Paraíba, D. José Maria Pires concordam que o planejamento familiar é assunto de foro íntimo do casal. Também citam fala do Dr. Mario Victor de Assis Pacheco no jornal *Movimento* de 31/05/1976, em concordância com a opinião de Dom Eugenio Sales, que afirmara que “o honesto planejamento familiar é da alçada exclusiva dos cônjuges” (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.18).

Para a demógrafa Elza Berquó, entrevistada na mesma edição do jornal *Mulherio*, teria havido uma mudança na postura dos movimentos de mulheres em relação ao planejamento familiar, indo da recusa à aceitação da sua necessidade em novos moldes. Para ela, graças às feministas, os partidos de oposição começaram a dar importância ao tema. Sobre a possibilidade de uma política de planejamento familiar no Brasil, a demógrafa diz que cabe a quem trabalha na área dar suporte técnico ao Ministério da Saúde em parceria com os grupos organizados de mulheres. Para ela, o planejamento familiar deveria estar dentro de um projeto maior de saúde (*MULHERIO*, jul/ago 1982, p.14-16).

Aproximadamente um ano antes do lançamento do PAISM, o posicionamento de Ruth Cardoso, Tereza Caldeira e Elza Berquó, nomes destacados e atuantes no movimento feminista acadêmico no Brasil, sobre uma política pública de planejamento no Brasil nos revela um clima de aceitação e de expectativa, por parte das esquerdas e do movimento de mulheres, quanto à elaboração de um programa de planejamento familiar segundo novos parâmetros. Pontuando para a necessidade de participação das mulheres nesse processo em conjunto com os profissionais de saúde.

Ana Maria Costa (COSTA, 05/08/2007) relata que houve um amplo debate público sobre o PAISM, logo que ele foi lançado, sofrendo inúmeras críticas. Cita o grupo feminista Nós Mulheres, que teria aberto um debate, criticando profundamente o programa. Segundo Ana Costa:

(...) tanto é que quando eu fui para Goiânia, eu fui acusada de Ana Maria Jú, eu fui co-relacionada...Sabe quem é Ana Maria Jú? Era a mulher que vinha fazer negociação pelo FMI, chamava Ana Maria Jú. E um dia a minha casa apareceu pixada (COSTA, 05/08/2007, p.21).

Em outra situação relatada por Ana Costa, o sanitarista e líder do movimento da reforma sanitária Sérgio Arouca teria sido convidado para participar de um debate onde o PAISM seria criticado. Recém-chegado da Nicarágua e sem conhecer o programa, Arouca teria dito posteriormente para Ana Maria Costa que achou o PAISM uma das coisas mais corretas dos últimos tempos, tanto que chamou a médica para colocar o debate dentro da reforma sanitária, dando início a uma discussão sobre o tema na revista do Cebes. Para Ana Costa, aquele momento era de desconfiança natural da sociedade quanto ao governo, mas depois, a relação entre o movimento popular e o PAISM foi se modificando:

(...) o movimento [feminista] se apropriou e contribuiu muito, especialmente para as metodologias de trabalho com os profissionais de saúde, no processo de concepção dos conteúdos do programa e da ação de implantação e tal. Aí veio a fase das famosas oficinas. As oficinas que nós passamos a construir com os profissionais, que eram oficinas que lidavam com valores, ideologias (COSTA, 05/08/2007, p.22).

Por outro lado, Ana Costa destaca que no Rio de Janeiro foi feito um debate com algumas mulheres dentro do “Partidão” (Partido Comunista Brasileiro - PCB) e dentro do Inamps, com feministas como a médica Santinha⁶⁸ e a enfermeira Zezé⁶⁹, as quais começaram também a se mobilizar nesse debate. Santinha, que participava ativamente do movimento feminista, confirma sua participação ainda no processo de elaboração do PAISM:

(...) como eu sou da área de saúde, me juntei com outras colegas de outros estados, de Brasília mesmo...Com a Ana, com a Mazé, etc e tal, fomos até Brasília para conhecer o programa de saúde da mulher existente no Ministério da Saúde a nível de Brasil. E qual não foi a nossa surpresa ao chegar lá e encontrar programa materno-infantil. Ele existia, não podemos dizer que não existia. Só que ele só nos via como uma mulher que tem uma barriga materno-infantil. (...) Quando a gente lê o programa, ele na sua essência era um programa

⁶⁸ Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, conhecida como Santinha, médica e militante do movimento feminista, participou de grupo como o Centro da Mulher Brasileira, no Rio de Janeiro.

⁶⁹ Maria José de Lima, enfermeira, militante do movimento feminista, participou do Centro da Mulher Brasileira e do Coletivo de Mulheres no Rio de Janeiro.

de controle de natalidade, entende? (...) Aí a gente meteu a mão naquilo ali. Meteu a mão e disse, não é isso que nós queremos para nós, mulheres, certo? Nós queremos um leque de outras questões que possam ver a mulher como ser integral e começamos a elaborar o PAISM, que existe até hoje, Programa de Atenção[sic]Integral a Saúde da Mulher. Que é uma luta nossa na área de saúde, colocar o programa em prática na sua essência. (...) E aí a gente elaborou um programa que depois se transformou numa política (SANTOS, 20/05/2005, p.3).

Santinha se refere, ao fim de sua fala, à Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, uma tentativa do governo brasileiro de resgatar o conceito de integralidade na saúde da mulher que perdera a força após o processo de redemocratização, dando lugar a novas concepções de atendimento à mulher (COSTA, SILVESTRE, 2005).

Comentando sobre sua trajetória no movimento feminista, Santinha enfatiza sua participação junto com outras mulheres da área da saúde na luta por um programa de saúde da mulher que não a tratasse somente enquanto genitora, mas como um ser integral, igual ao homem em direitos, porém com necessidades específicas que precisavam ser respeitadas em nome do seu processo de libertação física, psicológica e social.

(...) Eu quero ser um ser igual ao homem na sociedade e eu quero buscar uma forma de ser isso aí podendo ter essa atenção até no serviço de saúde, entende? Eu quero ser um ser integral. Aí esse nome ficou, um programa de atenção. Eu não queria só assistência. Tem uma diferença entre assistência e atenção. Eu vou assistir quem está doente e eu vou dar atenção àquela que me busca, aquela que me procura. Eu quero dar atenção a esta mulher que chega aqui em estado de desespero. Querendo a voz de um médico, de um enfermeiro, de alguém da área de saúde. Aí eu posso estar procurando não porque eu estou com uma pneumonia, não porque eu estou grávida, eu posso estar procurando porque eu não aguento ficar em casa com aquele homem (...) que me agride mentalmente (...) fisicamente (...) no meu cotidiano. (...) Eu quero ser um ser igual ao homem na sociedade e eu quero buscar uma forma de ser isso aí podendo ter essa atenção até no serviço de saúde, entende? Eu quero ser um ser integral. Aí esse nome ficou, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que hoje é uma política de atenção integral à saúde da mulher (SANTOS, 20/05/2005, p.3).

Como afirmou Ana Maria Costa em trecho anteriormente citado, percebemos na fala de Santinha o envolvimento de grupos feministas no processo de elaboração dos conteúdos do programa:

E botamos no papel tudo isso e mandamos para a mulherada do Brasil inteiro. E a mulherada toda dizia: Não isso aqui não está legal, melhora para isso aqui, bota isso aqui, inclui isso aqui e saiu o programa. Que vez por outra sofre uma modificação para melhor, agora a essência do programa está ali colocada, entende? (...) Então em função disso aí nós começamos, isso aí foi elaborado, finalizado em final de 1983 e colocado na praça, assinado oficialmente pelo governo em início de 84. Aí o programa está de 84 a 2005 aí na praça (SANTOS, 20/05/2005, p.4).

Ana Reis, médica, membro da equipe de elaboração e posteriormente coordenadora nacional do PAISM, afirma em entrevista que o governo lançava o programa em todos os estados e fazia discussões com o pessoal da rede de saúde. Ela própria fazia contato com os grupos feministas, que, segundo seu relato, não eram muitos na época. Para Ana Reis, no entanto, o movimento feminista, formalmente, não fez o PAISM. Segundo ela, algumas das mulheres da equipe de elaboração do programa tinham uma reflexão feminista individual, mas não participavam de grupos feministas (REIS, 09/12/2005).

A articulação com os grupos aconteceu posteriormente no processo de capacitação dos médicos e do pessoal dos serviços nos cursos onde se faziam as “vivências”, como eram chamadas as práticas educativas para a autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo e o questionamento do poder médico. Nos cursos, discutia-se sexualidade e contracepção com o objetivo de tirar o enfoque da saúde materno-infantil e oferecer a abordagem integral sobre as mulheres, separando planejamento familiar de controle de natalidade. Segundo ela, o que importava, nessa abordagem, era a vontade das mulheres de regular a fertilidade (REIS, 09/12/2005).

Ana Reis confirma a fala de Ana Costa quando afirma que houve embates com militantes mais radicais de esquerda que eram contra o programa, acreditando que se tratava de imposição do FMI. Na sua opinião, o PAISM atendia a demanda das mulheres por regulação da fecundidade sem ser controlista e estruturando os serviços para oferecer assistência integral (REIS, 09/12/2005).

4.3. O PAISM após 1983

Para o ano seguinte ao lançamento do PAISM, as principais atividades eram divulgar o programa, selecionar áreas para a implantação, elaborar normas para a operacionalização, criar os primeiros centros de referência, na Unicamp e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP, no Recife, para treinar pessoal (OSIS, 1994).

A Unicamp negociou o financiamento do PAISM com o FNUAP⁷⁰, através da OPAS. Também havia recurso do FINSOCIAL e de acordos de cooperação internacional. As primeiras tentativas de implantação do programa se deram nos estados que já contavam com ações das AIS: Distrito Federal, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (OSIS, 1994).

Experiências-piloto do PAISM foram implantadas em São Paulo e em Goiânia, em 1984, e as feministas tiveram um papel de sustentação crítica, propondo modificações no programa, como a incorporação de características pedagógicas criadas por grupos de mulheres: revistas sobre a sexualidade e a saúde elaboradas pelas pesquisadoras para suas aulas na periferia; manual e mensagens sobre contracepção, gravidez, parto e puerpério etc (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

⁷⁰ Fundo das Nações Unidas para Assuntos Populacionais (em inglês a sigla é UNFPA)

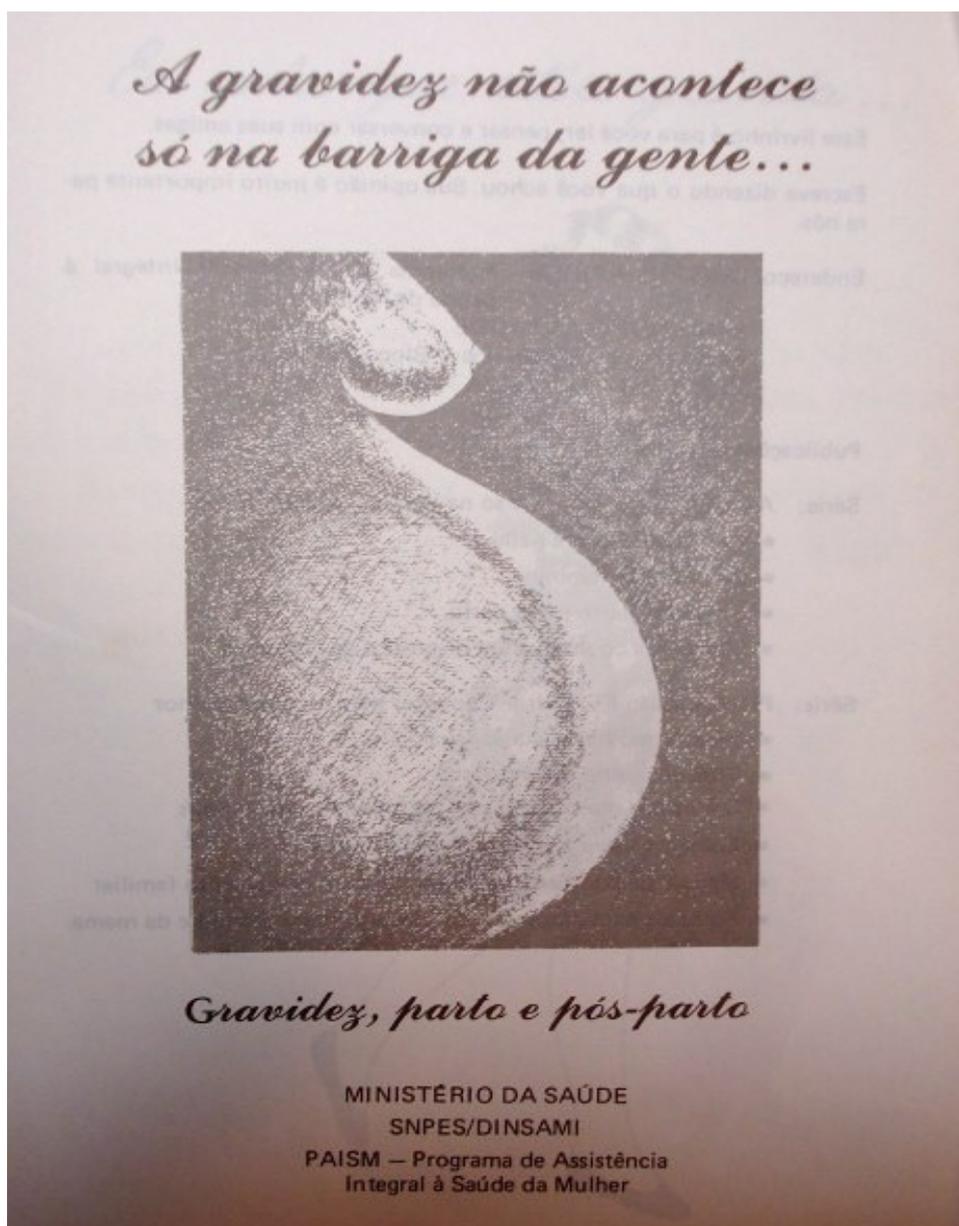


Figura 13

PAISM. Cartilha “A gravidez não acontece só na barriga da gente. Gravidez, parto e pós-parto”. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)



Figura 14

Cartilha PAISM. Cartilha “A gravidez não acontece só na barriga da gente. Gravidez, parto e pós-parto”. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)



Figura 15

Cartilha PAISM. Cartilha “A gravidez não acontece só na barriga da gente. Gravidez, parto e pós-parto”. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)

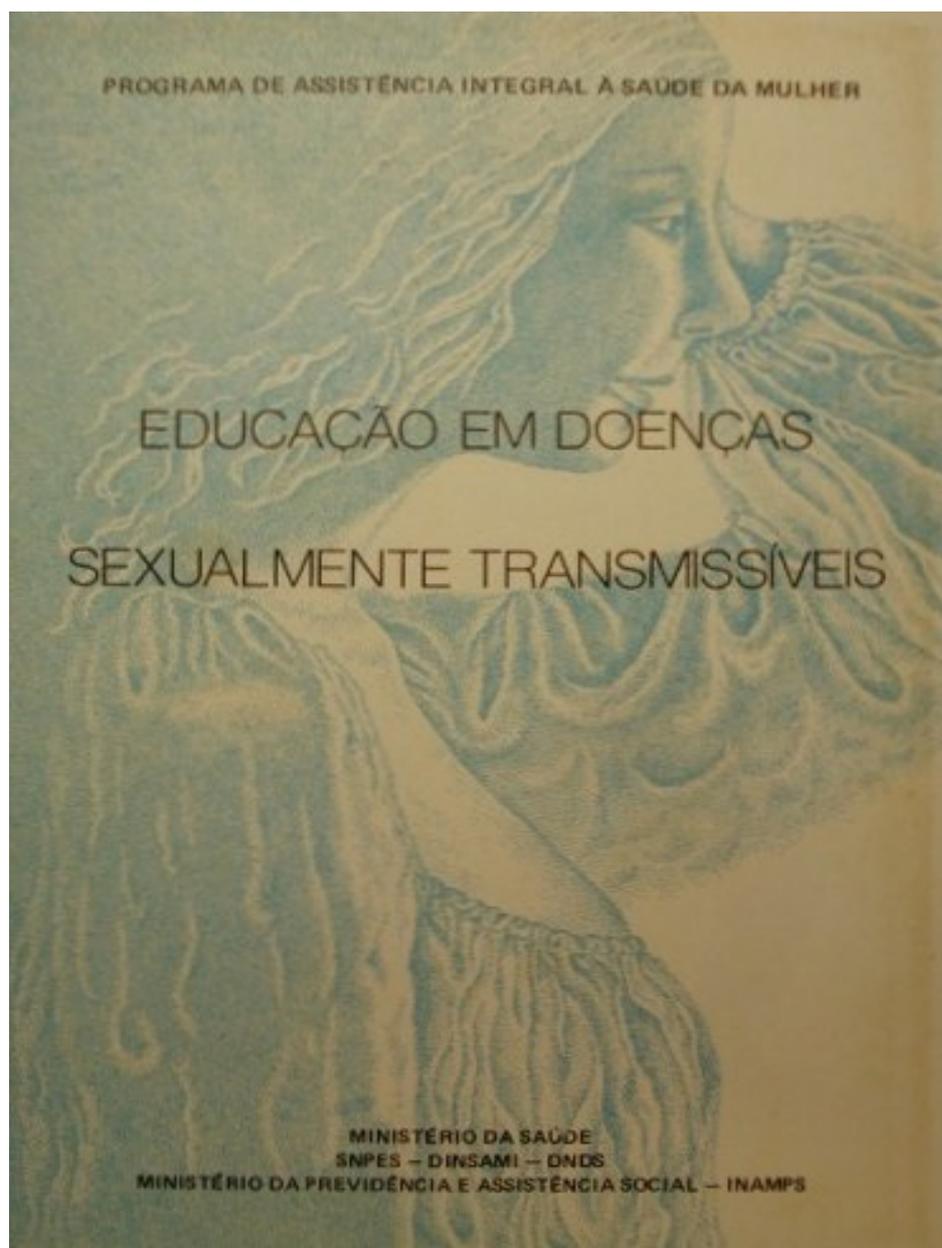


Figura 16

PAISM. Cartilha “Educação em doenças sexualmente transmissíveis”. Ministério da Saúde. SNPES – DINSAMI – DNDS. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – INAMPS, 1985
(Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)



Figura 17

PAISM. Cartilha "Vida de Mulher". Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985
(Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ)



Figura 18

PAISM. Cartilha "Vida de Mulher". Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985
(Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).



Figura 19

PAISM. Cartilha "Vida de Mulher". Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985
(Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ)

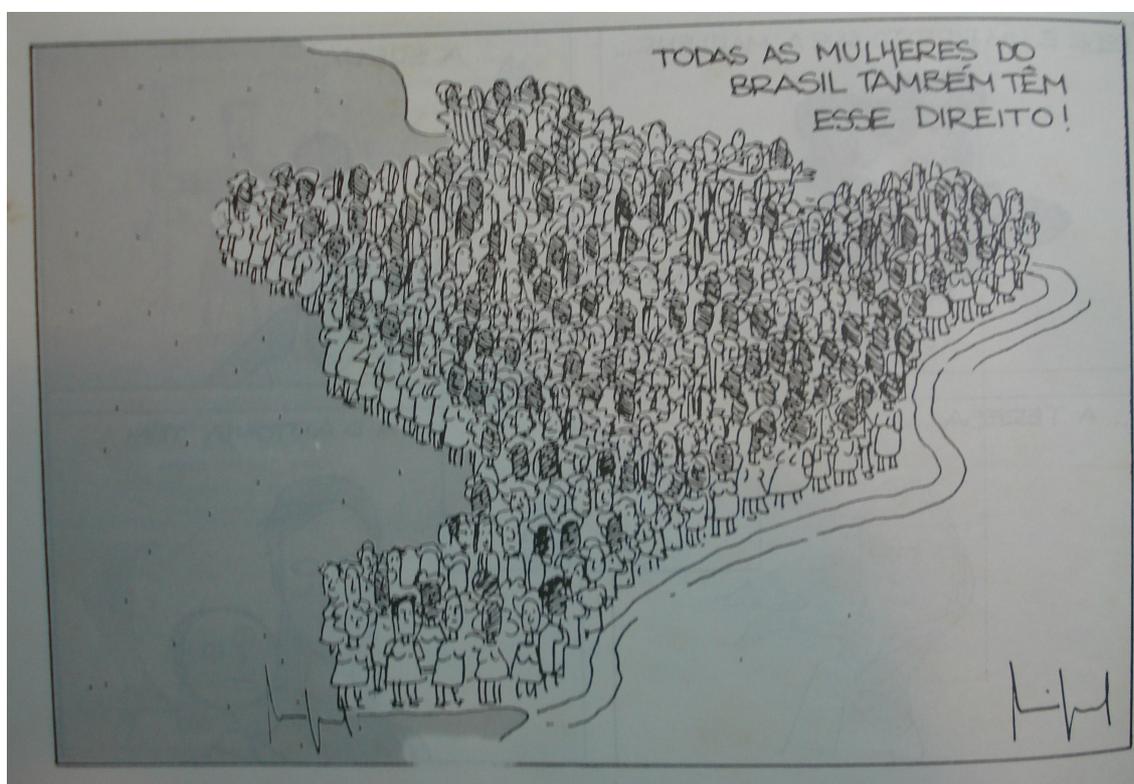


Figura 20

PAISM. Cartilha "Vida de Mulher". Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985
(Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ)

Em 1985, o novo governo federal instituiu uma Comissão de Estudos sobre os Direitos de Reprodução Humana, de caráter consultivo, composto por dezessete membros, assistidos por técnicos do Ministério da Saúde. Entre os membros da comissão encontravam-se feministas institucionalizadas, como a presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, e feministas refratárias à institucionalização do movimento, pertencentes a grupos que agiam no campo da saúde, da sexualidade, do corpo feminino e da reprodução (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

No ano seguinte, o PAISM já estava implantado em Campinas, Sorocaba e algumas cidades de Minas Gerais e Goiás, contando com atividades de apoio técnico e financeiro às unidades federadas, elaboração de mais normas técnicas, treinamento de pesquisa, apoio a tecnologias contraceptivas nacionais, distribuição de contraceptivos (OSIS, 1994).

O grande evento celebrado pelas feministas foi o fato de a coordenação da implantação nacional do PAISM, no âmbito do INAMPS, ter sido confiada a uma médica, Dra. Santinha, uma das militantes feministas históricas do Rio de Janeiro (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Vários jornais do país noticiaram a resolução 123 do INAMPS, de 27 de maio de 1986, que regulamentou o PAISM e incluiu os anticoncepcionais na lista da Central de Medicamentos (CEME). Ficou firmado, na ocasião, o convênio entre o Inamps, o Ministério da Saúde e a Cenplafam, centro de planejamento familiar da Igreja Católica. A partir de então, o programa passava a atender os usuários do sistema previdenciário de saúde, privilegiando os métodos naturais de contracepção, mas garantindo a distribuição gratuita de anticoncepcionais, como pílulas, diafragmas e geléias espermicidas (*O GLOBO*, 28/05/86).

Nas palavras do ministro da previdência social, Raphael de Almeida Magalhães, o projeto cumpria acordo com a ONU e com a legislação interna do país e atendia às reivindicações dos movimentos feministas (*O GLOBO*, 30/05/86).

A assinatura da resolução foi um grande evento político com a participação de feministas de vários Estados, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e representantes de quase todos os partidos políticos, além de candidatos ao governo do Estado. Em convênio com a Igreja Católica, o Governo optou pelos métodos naturais de controle da fertilidade, mas com a possibilidade de opção por métodos artificiais,

inclusive o DIU, condenado pela Igreja, mas aprovado pelo Brasil desde 1984 (*FOLHA DE SÃO PAULO*, 02/06/86).

A política de Ações Integradas de Saúde da Mulher do INAMPS, como foi chamada, incluía planejamento familiar, prevenção ao câncer e das doenças transmissíveis, assistência ambulatorial e atividades educativas. Foi assegurada a participação de representantes de entidades de mulheres no processo de planejamento, implantação, acompanhamento e fiscalização desta política. Em artigo em periódico feminista, Hildete Pereira de Melo chama as mulheres a cumprir esse papel em cada posto de saúde, sendo “as fiscais da saúde dos nossos corpos” (*O SEXO FINALMENTE...*, fev/ago 1986, p.1) (*O GLOBO*, 30/05/86).

Em outubro de 1986, o CNDM realizou a Conferência Nacional sobre a Saúde e os Direitos das Mulheres, cujas resoluções apresentavam propostas avançadas tratando da legislação do aborto. Apesar da vontade de mudança, os anos seguintes mostraram todo tipo de dificuldades para a execução de projetos (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Com vários órgãos privados natalistas atuando livremente no país – que mostravam um rosto renovado e “feminizado” e que dispunham de dinheiro e de meios - não era fácil para os defensores do PAISM afrontar as alterações de prioridade e de orçamento segundo as mudanças frequentes dos titulares dos ministérios envolvidos em sua aplicação. Os resultados concretos mostraram-se fracos (GOLDBERG-SALINAS, dez-jul 1996/1997).

Os dois primeiros anos de execução do programa foram avaliados por consultores nacionais e internacionais em cinco estados e quase metade das metas do programa teve nível baixo ou muito baixo de cumprimento (*INFORME MULHER – CNDM*, maio 1989).

Sonia Correa (1993) destaca alguns dos principais obstáculos para o sucesso do PAISM: a falta de comunicação entre as diferentes organizações do Estado e destas com a sociedade; o tema orçamento nunca foi priorizado; falta de objetivos de longo prazo; agenda ampla demais de transformação da cultura em detrimento de uma pauta mais pragmática de negociação. Posteriormente, s problemas se acentuaram, em especial no que se refere às distorções em assistência à anticoncepção (CORREA, 1993).

Em fins da década de 1980, a discussão sobre saúde integral da mulher evoluiu, no Brasil e no mundo, para o conceito de “saúde reprodutiva”, adotado pela OMS em 1988 e reafirmado na Conferência de População do Cairo, em 1994 (CORREA,

JANUZZI, ALVES, 2003). Enquanto isso, os EUA ainda pressionavam os governos europeus para aumentarem sua atuação no campo do planejamento familiar no mundo e o discurso dos controlistas se renovava, incluindo na lista dos prejuízos causados pela superpopulação, a destruição ambiental (HARTMANN, 1997).

Durante os primeiros anos da década de 1990, a reivindicação por uma política pública de saúde reprodutiva foi substituída pela Campanha Contra a Esterilização em Massa de Mulheres (CORREA, 1993).

Entre 1991 e 1992, o problema da regulação da fecundidade foi mais uma vez objeto de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no legislativo federal. Parlamentares em parceria com movimentos organizados de mulheres, com destaque para o movimento de mulheres negras, instauraram a CPI da Esterilização, para avaliar as questões envolvidas em torno da prática da esterilização tubária, condenada tanto pelo Código de Ética Médica quanto pela legislação brasileira, que ainda a considerava crime de lesão corporal.

Os debates em torno do problema culminaram com a aprovação de projeto de lei (Lei n.9263-12/01/96) de 1996, que regulamentou o artigo 226 da Constituição, reconhecendo, portanto, o livre exercício do direito reprodutivo – dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, proibindo a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico. A esterilização só seria legalizada, entretanto, em 1997, após derrubada do veto do presidente a partir de mobilizações e articulações do movimento de mulheres e do apoio de parlamentares. Enfim, em 2002 o artigo da Constituição que trata do planejamento familiar foi inserido no Código Civil (Lei 10.460/2002, art. 1.565, parágrafo 2º).

Apesar dos inúmeros problemas que impediram a efetivação do PAISM, sua imagem continuou bastante forte no ideário dos atores da saúde e do movimento feminista, que se referem a ele como um marco na área da saúde no Brasil e na participação dos movimentos sociais na construção de políticas públicas. Tanto que nas conferências de saúde do início dos anos 2000, delegados reafirmaram a demanda pelo PAISM como política e em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, retomando o conceito de integralidade e buscando ampliar o acesso ao planejamento familiar no Brasil (COSTA, SILVESTRE, 2004).

Como podemos perceber, neste capítulo, durante o processo de elaboração e implementação do PAISM houve intensa troca entre o Estado e os setores anticontrolistas da sociedade, que mesmo tendo diferenças - ou até defendendo

interesses aparentemente incompatíveis, como acontece entre Igreja e feministas -, articularam-se em torno de mais uma proposta de programa de planejamento familiar do governo federal, que buscou a colaboração desses setores da sociedade civil na construção de uma política pública de saúde da mulher, como serviços de planejamento familiar, que incorporava suas principais demandas.

A construção do PAISM, no ano de 1983, pode ser compreendida a partir do contexto histórico brasileiro daquele momento, caracterizado pela abertura dos canais políticos tradicionais e por uma ampla mobilização política da sociedade pela democratização do país após vinte anos de ditadura militar. Naquele cenário, os novos atores sociais que vinham se destacando no cenário político desde a década de 1970 exerceram influência no Estado, que incorporou suas demandas por políticas sociais.

Entre esses atores, estavam o movimento feminista e o movimento da reforma sanitária, os quais juntamente com outros setores sociais também comprometidos com uma sociedade democrática, se articularam, desde a década de 1970, contra as tentativas de implantação do controle da natalidade como política populacional no Brasil e por uma proposta de planejamento familiar dentro de serviços básicos de saúde. Na sua trajetória, eram guiados por novos conceitos, ligados à ideia de uma democracia social, que incorporasse a todos, sem distinção, porém, com um olhar atento às necessidades específicas das mulheres.

Considerações Finais

Neste trabalho procuramos demonstrar como a articulação entre as ideias e as experiências de diferentes atores sociais vinculados ao movimento sanitário, ao movimento feminista e ao Estado desempenharam papel relevante no desenho de uma política pública de saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde.

A partir da análise de fontes primárias, vimos que as concepções e práticas educativas sobre o corpo e a saúde da mulher do movimento feminista, em articulação com os conceitos de saúde pública defendidos pelo movimento da reforma sanitária, influenciaram na elaboração do PAISM, que marcou a transição do conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher, trazendo com uma de suas ações inovadoras a oferta de serviços de planejamento familiar, não como uma política populacional, mas social.

A polêmica envolvendo os temas do controle de natalidade e do planejamento familiar no Brasil mobilizou diversos personagens que se manifestaram dentro de um variado conjunto de ideias e propostas, entre as décadas de 1960 e 1980. O debate, que foi ganhando diferentes contornos ao longo desse período, inicialmente se polarizou entre duas posturas. A primeira, que chamamos de “controlista” ou neomalthusiana, alardeava os perigos da “explosão demográfica” no Brasil, que precisava ser contida com medidas de controle de natalidade como forma de combate à pobreza. A outra

vertente, crítica à anterior, defendia que não havia “superpopulação” no país e que somente o desenvolvimento econômico social seria capaz de controlar as taxas de fecundidade e acabar com a pobreza.

Essa polarização ideológica aponta para os reflexos no Brasil do conflito ideológico internacional da Guerra Fria e para o embate nacional sobre o modelo político-econômico do país naquele momento. De um lado, o grupo controlista era representado por setores conservadores da sociedade, ligados ao capital nacional e internacional. Médicos, economistas, militares da Escola Superior de Guerra, políticos, e entidades privadas nacionais apoiadas por instituições e agências estrangeiras de financiamento compunham esse grupo.

No lado oposto, setores progressistas, de oposição ao regime militar, e ligados aos partidos de esquerda, aos movimentos sociais e à Igreja Católica, denunciavam o caráter elitista das teses neomalthusianas e das ações de controle da natalidade, voltadas, sobretudo, para as populações pobres. Demógrafos, médicos ligados ao movimento da reforma sanitária, membros do clero e feministas faziam parte desse arranjo heterogêneo, que aqui chamamos de “anticontrolistas”.

Mais do que uma discussão sobre problemas demográficos e econômicos, tratava-se de um embate político amplo e acirrado que envolvia também questões de saúde e temas relacionados ao papel da mulher na sociedade. Os debates aconteciam na imprensa, nos congressos médicos, em universidades, nos espaços políticos organizados pelos movimentos sociais e também no Estado, tanto no Poder Executivo quanto no Legislativo.

Quanto ao Estado brasileiro, desde a década de 1960, este assumia oficialmente uma posição natalista, ao mesmo tempo em que se mostrava conivente com as entidades privadas de planejamento familiar no Brasil e com a livre propaganda e venda de contraceptivos. Na primeira metade da década de 1970, no entanto, já sinalizava para a possibilidade de atendimento à demanda por contracepção dentro dos programas materno-infantis do governo. Na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974, por exemplo, enquanto continuava se alinhando às teses natalistas defendidas pelos países do Terceiro Mundo, afirmava o dever do Estado em oferecer serviços de planejamento familiar como direito do casal.

Mesmo sem uma política populacional, a taxa de fecundidade da população brasileira - que entre 1940 e 1965 cresceu significativamente -, sofreu quedas sucessivas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, entre todas as camadas da sociedade. Resultado das

profundas mudanças estruturais pelas quais o país passava, relacionadas ao aumento da urbanização, à redução da força de trabalho na agricultura, ao crescimento do trabalho feminino, entre outros fatores.

A partir de meados da década de 1970, o contexto de crise do milagre econômico, conjugado com o processo de distensão política e o fortalecimento da oposição ao regime e dos movimentos sociais urbanos, mudaram os rumos do debate no Brasil. Enquanto as entidades privadas se ampliavam e o Estado elaborava medidas concretas de assistência à contracepção, os setores anticontrolistas da sociedade se articulavam e se mobilizavam em torno de uma proposta alternativa de saúde pública, que atendesse às necessidades básicas da população e às demandas específicas das mulheres, incluindo o planejamento familiar.

Buscamos demonstrar que apesar de inúmeras divergências dentro dos grupos e das desconfianças quanto aos interesses presentes nas instituições políticas, a atuação cada vez mais expressiva das feministas e do movimento sanitarista, inclusive dentro dos partidos políticos e do governo, durante o processo de redemocratização, possibilitou a configuração de uma política pública alternativa de planejamento familiar no Brasil, a primeira implantada a nível nacional, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983.

O ideal da consolidação de uma sociedade democrática, naquele momento, tornou possível um consenso entre diferentes setores da oposição ao regime militar e ao neomalthusianismo, apesar da sua diversidade ideológica, na elaboração do PAISM, que no seu desenho original procurava incorporar entre as demandas básicas de saúde da população, aquelas que diziam respeito especificamente às mulheres, entre elas a contracepção.

A partir desse momento institucionaliza-se um novo formato de política pública de saúde da mulher, que apesar das dificuldades que enfrentou nos anos seguintes em seu processo de implementação, tornou-se referência para futuras políticas adotadas neste campo, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, do governo federal.

Referências bibliográficas e Fontes

ALMEIDA, Celia M. de.; OLIVEIRA, Carlos R. O despertar da Phoenix? Algumas notas sobre a instituição Ministério da Saúde no período 1974-1978. Rio de Janeiro, 1979 (mimeo).

ALVAREZ, Sonia E. Politizando as relações de gênero e engendrando a democracia. In STEPAN, Alfred (Org.) Democratizando o Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

ALVES, Branca M.; PITANGUY, Jacqueline. O que é feminismo? Ed. Brasiliense, 1984, 4ª edição (1ª edição 1981).

ALVES, José Eustáquio Diniz. As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações versus Progressos Civilizatórios”. In: CAETANO, Andre J., ALVES, Jose. E. D., CORRÊA, Sonia. (Org.). Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. 1 ed. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004, v. 1, p. 21-47.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CORREA, Sonia. Democracia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. Revista Brasileira de Estudos de População. Campinas, v.20, n.2, p.129-156, jul./dez. 2003.

ASSUNÇÃO, Vânia Noeli Ferreira de. O Satânico Dr. Go: Golbery e um projeto de Desenvolvimento e Dependência para o Brasil. *Revista Espaço Acadêmico*, nº 70, março de 2007, ano IV.

AVILA, Maria Betânia e CORRÊA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos, 2002. (www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm).

AVRITZER, Leonardo. Um novo paradigma para os movimentos sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.12, n.35, São Paulo, fev. 1997.

BARROSO, Carmen. Esterilização no Brasil. Brasília, Comissão de Estudos de Direitos da Reprodução, MS, 1988 (mimeo) apud VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas Públicas e contracepção no Brasil. In Elza Berquó (org). *Sexo & Vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Editora Unicamp: São Paulo, 2003.

BARSTED, Leila Linhares. Em Busca do Tempo Perdido. Mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. *Estudos Feministas*, ano 2, 2º semestre de 1994, pp.38-54.

BERQUÓ, Elza, ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A Abep no contexto político e no desenvolvimento da demografia nas décadas de 1960 e 1970. *Rev. bras. estud. popul.* vol.22, no.2, São Paulo, Jul/Dez. 2005.

BERQUÓ, Elza. A evolução demográfica da população brasileira durante o século XX. (www.ifch.unicamp.br/posselecao2008Texto_berquo.pdf)

BERQUÓ, Elza. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Abep, Campinas, v.4, n.1, 1987.

BHERING, Marcos Jungmann. Superpopulação, planejamento familiar e agências internacionais no Brasil a partir da década de 1960. Rio de Janeiro, outubro de 2009 (mimeo).

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (coord). História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. 209 p.

CANESQUI, Ana Maria. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987 (textos NEPO 13).

CAPONI, Sandra. Apresentação. Saúde da Mulher: um desafio em construção. In COELHO, Elza Berger Salema, CALVO, Maria Cristina Marino, COELHO, Clair Castilhos (orgs). *Saúde da Mulher: um desafio em construção*, Florianópolis, Editora da UFSC, 2006.

COELHO, Clair Castilhos. Breve história da mulher e seu corpo. In COELHO, Elza Berger Salema, CALVO, Maria Cristina Marino, COELHO, Clair Castilhos (orgs). *Saúde da Mulher: um desafio em construção*, Florianópolis, Editora da UFSC, 2006.

CORREA, Sonia; JANUZZI, Paulo de Martino; ALVES, José Eustáquio Diniz. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Rio de Janeiro, setembro de 2003.

CORREA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, 10 (1/2), 1993.

COSTA, Ana Maria. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil*. Brasília, UnB, 2004. Tese de doutorado.

COSTA, Ana Maria e SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In VENTURI, RECAMÀN et ali (orgs). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, 2004.

COSTA, Ana Maria. Planejamento Familiar no Brasil. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 2, p. 209-217, 2000. (<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>)

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário da. Transição e Movimentos Sociais. Contribuição ao debate da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*. RJ, 2 (4), 207-225, abril/jun 1988.

CRUZ, Sebastião C. Velasco e.; MARTINS, Carlos Estevam. De Castello a Figueiredo: uma incursão na pré-história da “abertura”. In SORJ, B., ALMEIDA, M. H. T. de. *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. Brasiliense, 1983.

DINIZ, Eli; BOSCHI, Renato. A consolidação democrática no Brasil: atores políticos, processos sociais e intermediação de interesses. In. DINIZ, E., BOSCHI, R., LESSA, R. *Modernização e consolidação democrática no Brasil: dilemas da Nova República (parte I)*. Série Grande Brasil: veredas, v. 11, São Paulo: Vértice, 1989.

DOIMO, Ana Maria, *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Anpocs/Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1995.

DRAIBE, Sonia Maria. “As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84”. In SOARES, G. A. D., D’ARAÚJO, M. C. (org). *21 Anos de Regime Militar. Balanços e Perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1994.

ERGAS, Yasmine. “O sujeito mulher. O feminismo dos anos 1960-1980”. In DUBY, Georges e PERROT, Michelle. *História das Mulheres no Ocidente*, São Paulo, Ebradil, 1996.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária. In. LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; SUÁREZ, J.M. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESTEVES, Flavia C.; MESQUITA, Cecília C. “Duas trajetórias: a memória do movimento feminista no Rio de Janeiro (anos 1970 e 1980)”, *Revista Cantareira* (UFF, online), n. 7, fev. 2005.

FONSECA SOBRINHO, Delcio da. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

FARAH, Marta F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12 (1): 360, janeiro-abril/2004.

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 153-171, jun. 2008.

GOLDBERG, Anette. Feminismo e Autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante. Tese de Mestrado UFRJ, Rio de Janeiro, 1987 (mimeo).

GOLDBERG-SALINAS, Anette. Feminismo contemporâneo no Brasil: estratégias das mulheres nos movimentos e interesse dos homens no poder. *Revista Sociedade e Estado*, volume 12, nº2, dez.-jul., 1996/1997.

GOMES, Ângela de Castro. História, historiografia e cultura política no Brasil: algumas reflexões. In R. Soihet, M. F. B. Bicalho e M. F. S Gouvêa (orgs.). *Culturas políticas: ensaios de história cultural, história política e ensino de história*. Rio de Janeiro: Mauad, 2005.

GROSSI, Mirian Pillar. Feministas históricas e novas feministas no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*. V.XII, nº 2, jul-dez 1997, p. 285-307.

HALL, Peter e TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, nº 58, 2003.

HARTMANN, Betsy. “Population control: birth of an ideology”. *International Journal of Health Services*, 1997a, 27 (3), p.523-540.

HARTMANN, Betsy. “Population control II: the population establishment today”. *International Journal of Health Services*, 1997b, 27 (3), p.541-557.

HOBBSAWN, Eric J. Era dos Extremos. O breve século XX (1914-1991). São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

IVO, Anete Brito Leal. A Reconversão do Social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo em Perspectiva, 18(2): 57-67, 2004.

KUCINSKI, Bernardo. A síndrome da antena parabólica. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998. Apud. STRELOW, Aline do Amaral Garcia. Jornalismo Alternativo no Rio Grande do Sul (mimeo).

MCLAREN, Angus. História da contracepção. Da antiguidade à atualidade. Edição original: Basil Blackwell, 1990. 1ª edição portuguesa: Terramar, 1990.

MARQUES, Eduardo C. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. In *BIB*, Rio de Janeiro, n. 43, 1º semestre de 1997.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Editora FIOCRUZ, 2004.

MAZZEO, Antonio Carlos. Sinfonia Inacabada: a política dos comunistas no Brasil. São Paulo: Boitempo, 1999.

MENDEZ, Natalia Pietra. Discursos e práticas do movimento feminista em Porto Alegre (1975-1982). Dissertação de Mestrado em História, UFRS, Porto Alegre, fevereiro de 2004.

MIGUEL, Sonia Malheiros. Feminismo: um olhar para dentro - o movimento feminista no Rio de Janeiro: becos e saídas. In. Mulheres, da domesticidade à cidadania. Estudos sobre movimentos sociais e democratização. Brasília: CNDM/ANPOCS, 1987.

MONTANÕ, Sonia, PITANGUY, Jacqueline, LOBO, Thereza. As políticas públicas de gênero: um modelo para armar. O caso do Brasil. Nações Unidas, CEPAL/ECLAC. Santiago do Chile, junho de 2003.

NETTO, José Paulo. Em busca da contemporaneidade perdida: a esquerda brasileira pós-64. MOTA, C. G. (Org). Viagem Incompleta. A experiência brasileira (1500-2000): a grande transação. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2000.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Unicamp, 1994. Dissertação de Mestrado.

PEDRO, Joana Maria. “Narrativas fundadoras do feminismo”. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, 2006, v.26, n. 52, p.249-272.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, 2003, v. 23, nº 45.

PINTO, Céli Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PITANGUY, Jaqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In (Org) GIFFIN, Karen. Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neointitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas. Algumas observações. *Civitas*, Porto Alegre, v.5, n.1, jan.-jun. 2005, p. 11-28.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. O Parlamento e a Questão Demográfica: um estudo do debate sobre controle da natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional. Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudos de População, 1993 (*Textos Nepo*, 25).

ROCHA, Maria Isabel Baltar. O Parlamento e a Questão Demográfica: um estudo do debate sobre controle da natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional. In Ana Maria Canesqui. *Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana*. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987, pp. 165-268 (textos NEPO 13).

ROHDEN, Fabíola. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ROHDEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SARTI, Cynthia. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12 (2): 264, maio/agosto 2004.

SARTI, Cynthia. *O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido*. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil para análise histórica". Recife, SOS Corpo, 1991.

SILVA, Francisco Carlos T. Crise da ditadura militar e processo de abertura política no Brasil (1974-1985). In FERREIRA, J. & DELGADO, L. A N. *O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais no século XX*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

SILVA, Maria Veleda da. *Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil*. Agosto 2000.

SOIHET, Rachel. Preconceitos nas charges de *O Pasquim*: mulheres e a luta pelo controle do corpo. *Revista Espaço Acadêmico*, nº 84, maio de 2008.

SOIHET, Rachel. Introdução. M. Abreu e R. Soihet (orgs.). *Ensino de História: conceitos, temáticas e metodologia*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003.

SOUZA JUNIOR, Aujôr de. *A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980)*. UFSC, Florianópolis, 2006. Dissertação de mestrado.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas Públicas e contracepção no Brasil. In Elza Berquó (org). *Sexo & Vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Editora Unicamp: São Paulo, 2003.

VIEIRA, Evaldo. Brasil: do golpe de 1964 à redemocratização. MOTA, C. G. (Org). *Viagem Incompleta. A experiência brasileira (1500-2000): a grande transação*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2000.

VILLELA, Wilza. Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. In: ARAÚJO, M. J.O.; SOUZA, M. J.; VERARDO, M. T.; FRANCISQUETTI, P. P; MORAIS, R. R.; BONCIANI, R. D. F.; DINIZ, S. G.; VILLELA, W. *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p.23-32.

VOSNE, Ana Paula. *Visões do Feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

FONTES

ALVES, Branca Moreira. Recuperando o nosso saber. In. *Mulheres em Movimento. Projeto Mulher - Instituto de Ação Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, [1981] (série Publicações, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

ARCOVERDE, Waldyr Mendes. Depoimento do Ministro de Estado da Saude na CPI que investiga problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro. *Saúde em Debate*, 15/16, fevereiro de 1984 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz).

ARCOVERDE, Waldyr M. Discurso do ministro da saúde na Conferência de População do México. *Saúde*, 7 de agosto [1984]. (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER. BASES PARA UMA PRÁTICA EDUCATIVA. DOCUMENTO PRELIMINAR. INAM/MS. Brasília, outubro de 1983 (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional - RJ).

BERQUÓ, Elza. “O direito de nascer”, entrevista a Bruno Fuser. *Folhetim*, São Paulo, 23 de maio de 1980, nº 166, p.3 (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

BOLETIM CMB, outubro de 1977, ano 2, n.4 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BOLETIM CMB, jun-jul 1979 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BOLETIM CMB, dezembro 1980 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

BOLETIM CMB, outubro de 1981 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BRASIL MULHER. “Pílulas, ora pílulas”. Ano 1, n.1, dezembro de 1975. p. 6-7 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BRASIL MULHER. “Continuamos nascendo”. Ano 1, n. 4, 1976. p. 6 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BRASIL MULHER. “Pílulas: o risco que correm 80 mil mulheres”. Ano 3, n.8, agosto 1977 (Banco de Dados da profª Rachel Soihet, gentilmente cedido).

BRASIL MULHER. “Nosso Corpo – parte 1”. Ano 4, n. 13, junho de 1978, p.14 (Caderno Periódicos Alternativos, Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro).

BRASIL MULHER. “Nosso Corpo – parte 2”. Ano 4, n. 14, junho de 1978 (Caderno Periódicos Alternativos, Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro).

BRASIL MULHER. “Nosso Corpo – parte 4. Diafragma”. Ano 4, nº 16, set 1979, p.11 (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

CARTA AOS MINISTROS da saúde e da previdência, [1980] (série Correspondência, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

CASA DA MULHER. “Nosso Corpo Nos Pertence”. Encontro de Mulheres sobre Saúde, Contracepção, Sexualidade e Aborto (folder), Rio de Janeiro, 4-6 de março de 1983. (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

CEBES – RJ. “Política de Saúde Materno-Infantil (PSMI) – resumo. Mesa-redonda sobre o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco”, 4/10/77 (série Eventos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

CENTRO DE CULTURA OPERÁRIA de São Paulo. Cartilha “A Mulher e o Sexo”, s.d.

CÍRCULO DE MULHERES BRASILEIRAS EM PARIS. Brochura educativa do grupo Agora É Que São Elas., [1975] (Fundo Leonor Nunes Paiva – Arquivo Nacional, RJ)

CNBB. “A posição da Igreja na Política Demográfica Brasileira”. Conferência proferida pelo Pe. David Regan, assessor da CNBB para a Pastoral da Família por ocasião do Simpósio da Comissão de Saúde do Senado Federal entre 3 e 5 de outubro de 1979 (Série Planejamento Familiar, Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

COLETIVO DE MULHERES. “Quando Seremos Nós A Decidir?”. Cartilha da Comissão Contracepção e Aborto, RJ (Fundo Comba Marques Porto - Arquivo Nacional, RJ).

COMISSÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTROLE DA NATALIDADE das entidades feministas de São Paulo. “Controle da Natalidade e Planejamento Familiar

– Não à proposta oficial, ambígua e indefinida”. São Paulo, 1980 (mimeo) (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

COORDENAÇÃO FEMINISTA pela Contraceção-Aborto. “Quando Seremos Nós a Decidir?” Rio de Janeiro, 18/03/80 (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional - RJ).

CORREIO BRAZILIENSE, “Fluminenses repudiam controle da família”, Brasília, 22/09/1983 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

COSTA, Ana Maria. Entrevista concedida a Concedida a Marcos Chor Maio e Simone Monteiro para o projeto “A Construção do Campo da Saúde da População Negra: idéias, atores e instituições”, 05/08/2007.

COSTA E SILVA – mensagem do presidente do Brasil - 1067/Revista SEDOC 8 – Fevereiro 1969/1068, apud SOUZA JUNIOR, Aujôr de. A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980). UFSC, Florianópolis, 2006. Dissertação de mestrado.

DOSSIÊ CMB, março de 1979 (Série Entidades Feministas, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

FLÔR DE BRIGA. Órgão Informativo do Gabinete da Deputada Lucia Arruda, ALERJ, Rio de Janeiro, [1983] (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

FÓRUM FEMINISTA DE DEBATES, “Nosso SIM, nosso NÃO. Um posicionamento feminista sobre saúde, sexualidade e aborto”, São Paulo, 22/09/2010 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

GARRIDO, Neide. Depoimento. In Políticas Públicas e a Condição Feminina. Fundação Carlos Chagas: São Paulo, 13 de julho de 1983. p.17, 18 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

GRUPO AGORA É QUE SÃO ELAS. Brochura sobre contracepção, parto, aborto. Coletivos de Mulheres Brasileiras em Paris, [1975] (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

GRUPO FEMINISTA EVA DE NOVO. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O que pensamos dele. Goiânia, maio de 1984 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

GRUPO MULHER E SAÚDE. “Mãe, Filha, Mulher: estudo sobre a saúde e a sexualidade feminina”. Centro da Mulher Brasileira, Rio de Janeiro, [1982]. (série Cartilhas, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

IDAC – PROJETO MULHER. As mulheres e a saúde. Aprender para viver melhor. Projeto Paraty. Rio de Janeiro, dezembro de 1983 (série Publicações, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

INFORME MULHER - CNDM, Brasília, maio de 1989 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

JORNAL DO BRASIL, “CEAMI e Feminismo”, Rio de Janeiro, 17/06/1982 (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

JORNAL DO BRASIL. “Senador quer acesso das mulheres pobres a todos os métodos contra a gravidez”. 23/10/1983, p.19 (Biblioteca Nacional, RJ)

JORNAL DO BRASIL. “Arcoverde anuncia que em 84 mulher terá programa de assistência à saúde”, 25/10/1983, p.4 (Biblioteca Nacional, RJ).

LABRA, Maria Eliana. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Comentários para discussão interna. CEBES-RJ, Rio de Janeiro, novembro de 1983.

LIMA, Maria José de. “O Corpo – visão feminista”. Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, 1981 (mimeo) (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

MANIFESTO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR E ABORTO NO BRASIL. *O Sexo Finalmente Explícito*, Rio de Janeiro, nº 00, junho de 1983 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

MARIA BRASILEIRA. Órgão oficial do Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira – CDMB – setor São Paulo. Ano I, nº1, março/1979 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

MARIA MARIA – Grupo Brasil Mulher de Salvador. “Legalização do DIU: sonho ou pesadelo”. Salvador, maio/junho 1984.

MARIA MARIA – Grupo Brasil Mulher de Salvador. “Planejamento familiar: a quem cabe a decisão?” Salvador, maio/junho de 1984.

MELO, Carlos Gentile de. “Planejamento Familiar”. Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros da Comissão de Saúde do Senado Federal. Brasília, outubro de 1979 (Série Planejamento Familiar, Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

MELO, Hildete Pereira de. O feminismo e o planejamento familiar, s/d (mimeo) (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

MELO, Hildete Pereira de. Entrevista concedida à Rachel Soihet e Flavia Cópio Esteves para o projeto “Zombaria como arma antifeminista: Rio de Janeiro (fins da década de 1960 aos anos 1980)”. Niterói, 03/01/2005. (Gentilmente cedida pela prof^a Rachel Soihet).

MULHERIO. “Contracepção: o drama nosso de cada dia”. São Paulo, ano 4, nº 17, julho 1984. p. 6-7.

MULHERIO. “Esquerda repete velhos chavões”. São Paulo, ano 2, nº 7, jul-ago 1982, p. 18.

MULHERIO. Entrevista com Elza Berquó. “Repensando nossas propostas”. São Paulo, ano 2, nº 7, jul-ago 1982, p.14-16.

O GLOBO, “Centro da Mulher critica anteprojeto de Aluisio Chaves”, [1979] (série Recortes de jornais, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

O GLOBO. “Planejamento familiar do Inamps dará ênfase à proteção da mulher”. Rio de Janeiro, 28/5/86 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

O GLOBO. “Raphael enfatiza proteção á saúde da mulher no planejamento familiar”. Rio de Janeiro, 30/5/86 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

O SEXO FINALMENTE EXPLÍCITO. Editorial. Rio de Janeiro, nº 00, junho de 1983 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

O SEXO FINALMENTE EXPLÍCITO. Hildete Pereira de Melo. “Afinal o Governo ensaia uma política reprodutiva”. Rio de Janeiro, ano IV, nº 09, fevereiro a agosto de 1986 (Série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. Grupo Maria Sem Vergonha. In. Mulheres em Movimento. Projeto Mulher - Instituto de Ação Cultural. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, [1981] (série Publicações, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

PACHECO, Mario Victor de Assis. “Controle de Natalidade”. Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros, Brasília, 4 de outubro de 1979 (Série Planejamento Familiar, Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

PACHECO, Mario Victor de Assis. “Planejando a família com João e Maria”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, nº 5, out/nov/dez 1977 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, RJ).

PAISM. Cartilha “Vida de Mulher”. Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985 (Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional – RJ).

PAISM. Cartilha “Educação em doenças sexualmente transmissíveis”. Ministério da Saúde. SNPES – DINSAMI – DNDS. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – INAMPS, 1985 (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)

PAISM. Cartilha “A gravidez não acontece só na barriga da gente. Gravidez, parto e pós-parto”. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ)

PÔMPEO DO AMARAL, F. “Explosão demográfica. A impostura e suas implicações”. Comunicação enviada à Academia Nacional de Medicina em 1969. Rio de Janeiro,

Saúde em Debate, nº 5, out/nov/dez 1977 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, RJ).

PROJETO DE LEI de Heloneida Studart na ALERJ, de 17 de março de 1981 (Série Legislação, Fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

QUINTEIROS, Maria da Conceição. “A Arte de Dourar a Pílula”, entrevista a Sandra Nasrillah. *Folhetim*, São Paulo, 23 de maio de 1980, nº 166, p.13 (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

REIS, Ana Regina. Entrevista concedida a Joana Maria Pedro, Salvador, 09/12/2005 (www.portalfeminista.ufsc.br).

SANTOS, Maria do Espírito Santo Tavares dos. Entrevista concedida à Rachel Soihet, Érika Ferreira, Flávia Esteves e Nataraj Trinta para o projeto “Zombaria como arma antifeminista: Rio de Janeiro (fins da década de 1960 aos anos 1980)”. Niterói, 20/05/2005. (Gentilmente cedida pela profª Rachel Soihet).

SAÚDE EM DEBATE, nº4, jul/ago/set. 1977 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, RJ).

SAÚDE EM DEBATE, nº 5, out/nov/dez 1977 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, RJ).

SILVA, Telma Camargo da. “Nosso Corpo nos Pertence. Manifesto sobre planejamento familiar e aborto no Brasil”. *O Popular*. Goiânia, 15 de abril de 1983 (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. “Planejamento Familiar ou Controle da Natalidade?”. São Paulo, [1980] (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional, RJ).

SOS CORPO. Corpo de Mulher. Livreto educativo. Recife, 1981. Contracapa (fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional, RJ).

SOS CORPO. “Como evitar filhos?” s.d. (Fundo Hildete Pereira de Melo)

SUCUPIRA, Ana Cecília L., SANTOS, Maria Mercês dos, BEDIN, Nelson. (Comissão científica CEBES-SP). “Natalidade: planejamento. Prevenção? Controle! A política de controle da natalidade – análise crítica do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco”. *Saúde em Debate*, nº 5, out/nov/dez 1977 (Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, RJ).

UNIÃO DAS MULHERES DE SÃO PAULO. Controle da Natalidade: “Intervenção Imperialista” (brochura). Agosto de 1983. (fundo Leonor Nunes Paiva, Arquivo Nacional – RJ).