



AULA INAUGURAL NEPO 10/04/2012

Esta curva refere-se a mulheres que sobreviveram à reprodução.

Ela nos conta histórias de esperanças, expectativas e desejos bem sucedidos de ser mãe.

Nos conta também histórias de gravidezes indesejadas que por falta de informações e/ou acesso a meios para evitá-las ou para interrompê-las, levaram mulheres a gerar filhos.

Ela não registra mas pressupõe um contraponto marcado por centenas de mulheres que não sobreviveram à luta para se tornarem mães ou para evitar a maternidade.

Não cabe dúvida de que foram as mulheres mais pobres e mais desassistidas, as que pagaram o maior preço nesse processo.

PERÍODO 1940 – 1960

- Mais de 60% da população viviam em áreas rurais;
- Maior parte dos partos ocorriam nos domicílios;
- As taxas brutas de mortalidade eram muito elevadas, exemplo: a expectativa de vida ao nascer era de 38 anos no Nordeste e de 50 anos no Sul;
- Mortalidade infantil de 150 (1940) a 120 (1960) óbitos de menores de 1 ano para 1000 nascidos vivos;
- Mortalidade Materna em torno de 300 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos;
- A regulação da fecundidade só dispunha da abstinência e do coito interrompido.

PERÍODO 1970 – 1980

- A partir de 1970 o país vai-se urbanizando com 56% da população morando em cidades;
- A pílula surgiu em 1965, mas até 1979 era proibido fazer propaganda sobre anticoncepcionais;
- Neste cenário, chamava a atenção o declínio significativo de 24% da taxa de fecundidade total.



Destaca-se, neste sentido o trabalho de Vilmar Faria¹ que ao estudar as políticas governamentais de benefícios previdenciários, de saúde, de crédito ao consumidor e de telecomunicações no período 1960-85 mostrou que, embora essas políticas não tivessem sido formuladas no sentido da demanda por regulação da fecundidade, acabaram por ter efeitos sobre essa demanda e, conseqüentemente, sobre a redução da fecundidade.

(*) FARIA, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos In: ANPOCS. **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, SP: Vértice/ANPOCS, 1989.

PERÍODO DE 1980 – 1990

Os anos 1980 constituem o momento em que explicitamente se buscou dar forma e expandir o debate público sobre o direito das mulheres a seu próprio corpo e à sua sexualidade, a seu direito de decidir.

Em 1980 – OMS estende o conceito global de saúde à área da reprodução. Em 1988 OMS cunhou a denominação de saúde reprodutiva contendo elementos básicos: (a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; (b) que as mulheres tenham gestações e partos seguros; e (c) que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1986 a PNDS revela que 70% das mulheres estão usando algum anticoncepcional.

Em 1988 o SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população.

¹ FARIA, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos In: ANPOCS. **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, SP: Vértice/ANPOCS, 1989.



PERÍODO 1990 – 2000

- Em 1993 é criado o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres);
- Em 1996 implantação pelo Ministério da Saúde da distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/Aids;
- Impacto das conferências internacionais das Nações Unidas, em especial a Conferência do Cairo, única denominada de População e Desenvolvimento, que rompe com a visão anterior de metas demográficas definidas e avança no sentido dos direitos humanos. Provoca mudanças nos paradigmas, até então hegemônicos, para buscar melhorias nas condições de vida das populações humanas;
- Lei do planejamento familiar aprovada em 1997 com veto à esterilização, o qual cai em 1998;
- A PNDS 1996 mostra um descompasso entre a fecundidade observada e a desejada pelas mulheres, iguais, respectivamente, a 2,5 e 1,8 filhos por mulher; A PNDS 1996 revela que 78% das mulheres unidas em idade reprodutiva usavam algum método contraceptivo.

Com base na Resolução no. 258, de 06 de novembro de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, elaborou a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes vítima de violência sexual” com as seguintes orientações:

1. Atendimento de urgência a todas as mulheres vítimas de violência sexual com medidas para:
 - a) Evitar a ocorrência de doenças de transmissão sexual – administração imediata de medicamentos para evitar AIDS, DST's bacterianas e hepatite B;
 - b) Evitar gravidez – com a administração da pílula do dia seguinte;
2. Seguimento com atendimento psicológico;
3. Interrupção da gravidez, caso as medidas previstas no item (b) falhassem ou não tivessem sido tomadas, pois a pílula do dia seguinte só funciona se ingerida até 72 horas após a relação sexual.



PILULA DO DIA SEGUINTE

A contracepção de emergência coloca-se como uma alternativa estratégica para a promoção de direitos reprodutivos da população brasileira. Este método anticoncepcional está legalizado e recomendado em sua forma de ação pelas instituições científicas de produção de conhecimentos, incluindo a Organização Mundial de Saúde.

A contracepção de emergência à base de pílulas orais de progestogênio **está regulamentada no Brasil há quase dez anos.**

A orientação da contracepção de emergência em situações de risco gravídico é uma obrigação dos profissionais de saúde, procurando resguardar a vontade e a saúde de seus pacientes. Essa conduta se confirma para menores de idade na faixa de 12 a 18 anos incompletos, que têm garantido, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o mesmo tratamento, configurando o atendimento de suas vontades e o sigilo de sua intimidade pelo Código de Ética Médica.

Extraído de Arilha, Margareth, Citeli, Maria Teresa & Pisaneschi, Tatiane Crenn. “Intervenções restritivas ao acesso da contracepção de emergência no Brasil (1999-2009): Um mapa geopolítico das barreiras aos direitos reprodutivos no país”. In: *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo, SP: Oficina Editorial, 2010, 296p. (Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos, Comissão de Cidadania e Reprodução-CCR). Nota: Folha de S. Paulo, 11 de março de 2012: “Governo diz que vai facilitar acesso à pílula do dia seguinte”.

Folha de S. Paulo, 10 de março de 2012

A Comissão de Juristas nomeada pelo Senado que elabora o anteprojeto de lei de um novo Código Penal aprovou em 9 de março um texto que propõe o aumento das possibilidades para que uma Mulher possa realizar abortos sem que a prática seja considerada crime.

Interrupção da gravidez até 12 semanas de gestação caso um médico ou psicólogo avalie que ela não tem condições para “arcar com a maternidade”.



O texto final deverá ser entregue ao presidente do Senado em maio.

Na Comissão apenas duas mulheres: Juliana Belloque e Luiza Nagib Eluf.

REPRODUÇÃO ASSISTIDA

RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em 11 de novembro de 1992, o CFM publicou a Resolução 1.358 que estabelece normas éticas para o uso das técnicas de reprodução assistida no Brasil.

A segunda resolução do CFM – a 1.957 – foi publicada dezanove anos após a primeira, em 6 de janeiro de 2011. Essa nova resolução vem atender os avanços tecnológicos no campo da reprodução assistida, bem como as mudanças no comportamento social, possibilitando dessa forma, que mais pessoas se beneficiem das técnicas, independentemente do estado civil ou orientação sexual.

PORTARIAS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Possivelmente, atento ao aumento da demanda por reprodução assistida, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 426/GM instituiu em 22 de março de 2005, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Apesar da existência de portarias e documentos de ação, a viabilização e implementação plena dos princípios consolidados pelo SUS – tais como **”incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção”** no que se refere ao acesso à reprodução assistida –, ainda não saiu do papel e da intenção.

- Lei do Planejamento Familiar de 1997 aprovado com veto à esterilização. O veto caiu em 1998;
- Até 1979 era proibido fazer propaganda sobre anticoncepcionais;
- Em 1988 o SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população;



- Em 1993 é criado o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres;
- Extensão do conceito global de saúde à área da reprodução, ocorrida em **1980**, a OMS cunhou em **1988**, a denominação de saúde reprodutiva, contendo os elementos básicos:
(a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; (b) que as mulheres tenham gestações e partos seguros: e
- (c) que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis.