

CONTEXTUALIZAÇÃO E RESGATE HISTÓRICO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS*

Ana Maria Alves Kubernovicz Franze¹

Deisi Cristine Forlin Benedet²

Marilene Loewen Wall³

INTRODUÇÃO

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR), são reconhecidos mundialmente como Direitos Humanos, ou seja, como “universais, inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade”. Esses direitos foram cunhados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, após os acontecimentos da Segunda Guerra Mundial. (BRASIL, 2013).

Os DSR contemplam os conceitos de saúde sexual e reprodutiva, tendo como marco legal a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, realizada na cidade do Cairo, e reforçados em 1995 na Conferência Internacional sobre Mulheres ou Conferência de Pequim, na China. Ambas foram fundamentais no reconhecimento dos direitos reprodutivos como um direito humano fundamental. (BRASIL, 2013).

A CIPD foi crucial para abordagem quanto aos processos que envolvem o desenvolvimento do ser humano e a promoção da saúde, como superação as ações realizadas até o momento e que enfocavam apenas o controle populacional. Trazendo em seu Capítulo VII - parágrafo 7.3, Direito Reprodutivo como:

“direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”. (NACIONES UNIDAS, 1995 *apud* BRASIL, 2013, p. 13).

No entanto, o termo “direitos reprodutivos”, fora cunhado já no início da década de 1980, a partir das referencias do movimento feminista, como defesa à autonomia das mulheres na decisão sobre número de filhos, e o momento de gerá-los,

* Texto estruturado a partir da monografia intitulada “Orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos

¹Enfermeira egressa da Universidade Federal do Paraná.

²Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa NEPECHE. Bolsista CAPES-DS.

³Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa NEPECHE.

tanto quanto de não tê-los. (LEMOS; CHAGAS, 2013). Como resposta governamental à essas reivindicações, no ano de 1983 foi criado e publicado no Brasil, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que no ano de 2004 foi reformulado e implementado como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta fora implementada com vistas a firmar o compromisso, dentre outros aspectos, com a implementação de ações de saúde que contribuam com a garantia dos DSR e que preveem a implantação e implementação da assistência no planejamento para homens, mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da Atenção Integral à saúde, seguindo-se os seguintes princípios:

“Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar incluindo a assistência à infertilidade; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar”. (BRASIL, 2011, p. 69).

Em complementaridade às ações adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), em 2005 foi lançada a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos reprodutivos, que traz entre suas ações:

“A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde Sexual e Reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações”. (BRASIL, 2013, p. 20)

Quanto as ações destinadas aos adolescentes, já na CIPD de 1994, convocou-se aos países signatários para que promovessem os direitos dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados em saúde reprodutiva, além de incluírem os adolescentes jovens do sexo masculino nas políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva. Como responsabilidade da AB no que tange a adolescência, o MS destaca:

“Realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos”. (BRASIL, 2013, p. 25).

Concernente aos Direitos Sexuais, o MS, no Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 26, destaca-os como “a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero”. (BRASIL, 2013, p. 13). Nesse sentido, direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos tanto em leis nacionais como em documentos internacionais, e devem ser atendidos e assegurados na AB.

Nesse sentido, as ações nesse âmbito dos serviços visam promover a saúde sexual dos usuários, a qual é compreendida como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; envolve a possibilidade de experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para tanto, o indivíduo, se praticante de atividades sexuais, deve gozar de um ciclo de resposta aos estímulos sexual saudável, além de poder recorrer aos serviços de saúde no caso de disfunções sexuais. (BRASIL, 2013).

RESGATE HISTÓRICO

No Brasil colonial (1530-1815), o planejamento reprodutivo tinha forte influência da igreja católica, e de uma cultura onde era interessante às famílias serem numerosas, para auxiliar no trabalho doméstico, no cultivo, e para cuidar dos pais quando estes atingissem a velhice, além dos altos índices de mortalidade infantil que também devem ser levados em conta. Internacionalmente, com o crescimento das cidades e indústrias após a explosão do capitalismo industrial houve uma transformação desse cenário, com a migração das famílias para as cidades (êxodo rural), inserção das mulheres no mercado de trabalho, aumento dos custos por filho, e também houve o aumento da expectativa de vida e diminuindo a taxa de mortalidade. Fatores que levaram as famílias a pensarem na redução do número de filhos (ALVES, 2004; ALVES, 2006; DESSEN, 2010; STEPHAN-SOUZA, 1995).

Após a primeira guerra mundial, período marcado por diversas transformações no âmbito internacional, nacionalmente o governo de Getúlio Vargas (1937-1945) destacou-se como um marco na questão da natalidade, adotando uma política pró-natalista, com incentivo ao casamento e a família numerosa, mediante ações como exemplo, a regulamentação e desestímulo ao trabalho feminino, bem como outros privilégios às famílias numerosas, incentivos financeiros, além de custos adicionais a casais sem filhos ou solteiros (ALVES, 2004; STEPHAN-SOUZA, 1995).

Nesse período havia a proibição do uso de métodos contraceptivos mediante decreto Federal nº 20.291 de 1932, no qual proibia ao médico quaisquer práticas cuja finalidade fosse impedir a concepção ou interromper a gestação. Esse decreto foi reforçado posteriormente, em 1941, com a Lei das Contravenções penais, artigo 20, em que coibia o uso de processos, substâncias ou objetos capazes de causar um aborto ou impedir a gravidez (ROCHA, 1987 *apud* ALVES, 2004; LEMOS; CHAGAS 2013). Essa postura pró-natalista permaneceu até meados da década de 1970.

No cenário internacional, nas décadas de 1950 e 1960, difundia-se o conceito da explosão populacional, criado pela teoria de Thomas Malthus, que aludia ao crescimento em progressão geométrica da população enquanto os alimentos cresceriam em progressão aritmética, ou seja, acreditava-se que faltariam alimentos no mundo devido ao aumento demográfico; associado às reivindicações dos movimentos feministas, com a divulgação dos contraceptivos como necessários para a liberação feminina, pois permitia dissociar o sexo da procriação e proporcionar maior controle de seus próprios corpos. (BRASIL, 2013; LEMOS; CHAGAS, 2013; COELHO et al., 2000).

Na década de 1950, no cenário internacional iniciou-se a criação de entidades de interesses controlistas, que atuavam como financiadoras de clínicas de esterilização e distribuição de anticoncepcionais no país, a partir dos anos 1970. (LEMOS; CHAGAS, 2013). Os métodos ofertados eram restritos às pílulas e à laqueadura de trompas sem que houvesse qualquer controle governamental, de modo precário e sem assistência adequada (as pílulas eram distribuídas gratuitamente, sem acompanhamento médico), muitas vezes comprometendo a saúde das mulheres. (BRASIL, 2002; COELHO et al., 2000).

Nesse sentido, observa-se que as ações governamentais direcionadas ao planejamento reprodutivo tiveram influências, entre outros, da ameaça da explosão populacional, suposta pela teoria Malthusiana; do movimento feminista; da entrada da mulher no mercado de trabalho; do êxodo rural e da mudança no padrão familiar (BRASIL, 2013, p. 13; LEMOS; CHAGAS, 2013; COELHO et al., 2000).

Desde a Constituição de 1988, em seu artigo 226, o planejamento familiar é tido como de responsabilidade do Estado quanto ao fornecimento dos recursos necessários para a escolha consciente dos sujeitos, sendo proibida “qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988, *apud* BRASIL, 2013, p. 19).”

Esse artigo é regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, no qual reforça a proibição das ações de planejamento reprodutivo para qualquer tipo de controle demográfico, e traz o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. (BRASIL, 1996; 2013). Estabelece que em todas as instâncias de gestão pública dos serviços de saúde, a assistência à concepção e contracepção devem fazer “parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde”, e proíbe ações de planejamento reprodutivo para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996; 2002, p.7; 2013).

Destaca-se que nas três últimas décadas do século XX, o termo política populacional esteve amplamente associado ao planejamento reprodutivo e ao controle de natalidade, porém, estes termos apresentam significado e aplicabilidade diferentes entre si (ALVES, 2006). Mundialmente são conhecidas diversas políticas populacionais como as natalistas, controlistas, neutras, explícitas ou implícitas, individual, familiares ou institucionais, públicas ou privadas, entre outras.

Seguindo o Dicionário de Ciências Sociais (1987), uma política populacional pode ser definida como:

“O conjunto de medidas destinadas a modificar o estado de uma população de acordo com interesses sociais determinados. Tal modificação se refere tanto às mudanças no volume e no ritmo de aumento (ou decréscimo) da população, quanto à distribuição e densidade desta dentro de um território dado, assim como também à sua composição qualitativa e quantitativa em relação a atividades específicas”. (1987, p. 923).

Apesar das diretrizes estabelecidas com a CIPD de 1994, ainda há países que exercem o controle demográfico mediante implementação de políticas populacionais, como é o caso da China, onde a lei permite que cada casal tenha somente dois filhos, sendo expostos a punições se houver o descumprimento da mesma, e para subsidiar esse rigoroso controle o Estado proporciona o acesso ao abortamento legal e a métodos contraceptivos (PARDO; VARELA, 2013; STEPHAN-SOUZA, 1995).

No Brasil já existiram políticas populacionais natalistas, como no caso da Era Vargas, e cogitou-se implementar políticas controlistas após a expansão da teoria neomalthusiana e o “bum” da suposta explosão populacional. Atualmente evidencia-se um momento de transição demográfica, com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição, ou seja, com um menor número de filhos que uma nação precisa ter para assegurar o desenvolvimento populacional. (VASCONCELOS; GOMES, 2012; PARDO; VARELA, 2013)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Projeção da População do Brasil, em 2013, estimou-se uma taxa de fecundidade de 1,72 filhos por mulher. Contudo, com uma taxa de fecundidade semelhante a dos países desenvolvidos, os índices de mortalidade, sobretudo infantil, ainda encontram-se elevados (VASCONCELOS; GOMES, 2012; PARDO; VARELA, 2013).

Em toda a Europa, os índices de fertilidade abaixo da reposição populacional se tornaram um problema de questão governamental. Suécia, França e Espanha são exemplos de países com políticas públicas pró-natalistas assumidas como resposta a esta questão. A Suécia baseou-se em políticas que promovem a igualdade de gênero, permitindo que tanto o homem quanto a mulher combinem trabalho com criança, incluindo uma sustentabilidade financeira. Como resultado, as taxas de mulheres empregadas estão entre as mais altas da Europa, assim com a taxa de fecundidade se encontra no topo das mais altas do continente. A França conta com orientações pró-natalistas e uma grande institucionalização da política familiar de forma assistencial e financeira. Até o ano de 2010 a Espanha oferecia um valor no momento do nascimento do bebê, porém esse incentivo foi retirado devido à incerteza de sua eficiência (PARDO; VARELLA, 2013).

Esses países passaram por uma transição demográfica igual à que o Brasil tem passado atualmente, porém, de modo menos acelerado. O fenômeno teve sua origem igualmente com as mudanças no número de filhos por mulher, lideradas por ideologias neomalthusianas, de cunho eugenista, e por vezes, movimentos feministas, junto com a explosão dos métodos contraceptivos. Entretanto, as políticas controlistas têm sido deixadas de lado, dando prioridade às políticas pró-natalistas, muitas vezes de difícil implantação (PARDO; VARELLA, 2013; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança (PNDS) há um início precoce das atividades sexuais e de práticas contraceptivas, sendo o preservativo, a pílula e os métodos injetáveis os mais utilizados. Entre as mulheres sexualmente ativas, de 18 a 49 anos de idade, 61,1% fizeram uso de algum método para evitar a gravidez; 15,2% já sofreram um aborto espontâneo e uma média de 2,1% já provocaram um aborto, sendo a maior prevalência entre as mulheres com pouca ou nenhuma instrução e negras (IBGE, 2013; SIMÕES, 2016).

No que tange à infertilidade, estima-se que cerca de 8% a 15% dos casais em idade reprodutiva no mundo encontrem dificuldade para a concepção de um filho, e ao buscar apoio do serviço público de saúde, enfrentam longas filas de espera até entrarem

nos programas de tratamento, ficando encarregados de arcar com os custos futuramente, ou de medicamentos, ou taxa de cobertura de custos operacionais e de suprimentos (GRADVOHL, 2013).

O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O manual técnico de Planejamento Familiar do MS (2002), destaca que aos profissionais de saúde cabem três tipos de atividades na assistência à anticoncepção:

- Atividades educativas – que proporcionem conhecimentos necessários sobre métodos anticoncepcionais, prática da anticoncepção e sexualidade;
- Aconselhamento – processo de escuta ativa individualizado, que proporcione o acolhimento da demanda e a classificação de risco do indivíduo/casal para IST's;
- Atividades clínicas – que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher. Incluindo: anamnese, exame físico, identificação da demanda do usuário, tanto em saúde sexual quanto reprodutiva.

Essas atividades devem ser prestadas de forma integrada e mediante interação de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, aproveitando-se toda visita do usuário aos serviços de saúde para a prática de ações educativas que incluam a saúde da mulher em sua integralidade, ampliando a perspectiva de anticoncepção ou à dupla proteção. (BRASIL, 2002).

O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 26 sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva do MS, de 2013, enfatiza o papel dos profissionais de saúde na AB voltado à compreensão das expectativas dos usuários quando as necessidades de reprodução, visando promover o alcance de seus objetivos com respeito as escolhas individuais. (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde, composta pelo agente comunitário, o técnico/auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e o médico, “deve estar motivada, treinada e organizada para dar assistência à saúde reprodutiva da população, com intervenções preventivas, educativas e terapêuticas, garantindo um serviço de qualidade”. (CURITIBA, 2005, p.17). A qualidade do serviço permeia a escolha livre de métodos a serem utilizados, informações completas aos usuários, competência técnica por parte do dispensador dos métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e integração do serviço de planejamento reprodutivo com o atendimento em saúde reprodutiva. (CURITIBA, 2005).

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, acesso a informações que favoreçam abranger ao usuário em sua integralidade, proporcionando orientações para sua autonomia. (CURITIBA, 2005; BRASIL, 2013). Para tal, faz-se necessário abranger orientações que se estendam à sexualidade, conhecimento do corpo, gênero, IST's, violência, direitos sexuais e reprodutivos, incluindo ainda a vasta gama de tipos anticoncepcionais, seu modo de uso, eficácia, efeitos colaterais, permitindo ao usuário uma escolha livre e informada. (CURITIBA, 2005).

No entanto, a prática em saúde sexual e reprodutiva todavia enfoca majoritariamente a mulher, com ações direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e mama. No entanto, faz-se necessário ampliar o cuidado e envolver os homens, valorizando seu lugar no planejamento reprodutivo, incorporando suas demandas, contemplando ações que abordem disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e peniano, prevenção e tratamento de IST's, acesso à vasectomia (Quadro 1). (BRASIL, 2013).

Quadro 1 - Atividades de planejamento reprodutivo complementares à prática clínica

- ações de prevenção do câncer de próstata: para homens com idade > 50 anos;
- orientações para prevenção de câncer de pênis, recomendações para o autoexame;
- prevenção de câncer de colo de útero e de mama, orientações ao autoexame de mamas e realização do preventivo de câncer de colo de útero;
- atenção ao pré-natal e puerperal;
- atenção à saúde da mulher no climatério/menopausa;
- orientação para prevenção de IST/HIV/AIDS com incentivo à dupla proteção;
- orientação para a escolha de recursos à concepção ou anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal;
- prescrição e oferta do método escolhido;
- acompanhamento da pessoa ou do casal;

Fonte: extraído de CAB nº 26, Brasil, 2013.

Em contrapartida às ações para contracepções, há ainda os casos de infertilidade e acesso à concepção, que também devem ser assistidos na AB, mediante avaliação pré-concepcional, visando a identificação de fatores de risco ou doenças que possam

interferir em uma gestação futura. As atividades para essa avaliação devem incluir anamnese e exame físico, exame ginecológico completo e exames complementares de diagnóstico, buscando-se investigar fatores que possam afetar ou dificultar a concepção, e a gravidez. (BRASIL, 2013).

A constatação de um caso de infertilidade pode ser classificada em infertilidade primária, secundária, abortamento habitual ou de repetição e esterilidade. As causas de infertilidade podem ser divididas em quatro grandes grupos: causas anatômicas, hormonais, masculinas e desconhecidas. Quando necessário, o casal/individuo pode ser encaminhado a serviços de referência em ginecologia/urologia ou especializado em infertilidade, se atender a critérios previamente preconizados. (BRASIL, 2013).

Outra situação que engloba o rol de opções previstas em lei a serem ofertadas pelos serviços de saúde é a esterilização voluntária, mas para sua realização são necessários atender alguns critérios como: capacidade civil plena e idade acima de 25 anos, ou pelo menos dois filhos vivos. O prazo entre o início do processo e o ato cirúrgico deve respeitar um intervalo de sessenta dias, durante o qual será ofertado serviço de apoio à fertilidade com equipe multidisciplinar, objetivando desencorajar a esterilização precoce (BRASIL, 2013).

Outros casos em que a esterilização passa a ser considerada são:

II - risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo pode ser executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges, sendo objeto de notificação compulsória no SUS". (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013, p. 233).

Concernente aos profissionais que atuam na efetivação das ações preconizadas pelas políticas de saúde, essa é uma área de interesse para a enfermagem, imbuída das atividades de educação em saúde na AB, e em conjunto com outras profissões da área da saúde, e que por vezes apresenta um discurso de cunho controlista. Ou seja, de um profissional autoritário e coercitivo frente ao usuário, reproduzindo os princípios e diretrizes dos programas ultrapassados que buscavam o controle de natalidade, sem

terem o embasamento necessário sobre os direitos reprodutivos e sexuais, enfocando na utilização, rejeição e acesso a métodos contraceptivos. (SOUZA; TYRRELL, 2016).

BIBLIOGRAFIA

ALVES, J. E. D. Políticas populacionais e 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. Disponível em: < http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/texto_pf_jeda_05jun10.pdf>

ALVES, J. E. D. As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. 52p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em: Março, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Pag 11 -13

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 26, direitos sexuais e direitos reprodutivos**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: março á junho 2017.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. esc. enferm. USP**. v.34 n.1. São Paulo Mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100005. Acesso em: Abril, 2017.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORENCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.1, p.74-86 jan./mar. 2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mãe Curitibana. Planejamento Familiar. 2005, 98 pag.

DESSEN, M.A. Estudando a Família em Desenvolvimento: Desafios Conceituais e Teóricos. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO** V. 30, pag. 202-219. 2010.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: FGV, 1987.

GRADVOHL, A. B. O.; OSIS, M.J.D.; MAKUCHA, M. Y. Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. **Reprodclim**. V. 28 n. 1 pag. 18–23.2013.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde, 2013, ciclos de vida, Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro. IBGE, 2015. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: Março, 2017.

Inquérito Nacional Nascer no Brasil. 2014. ENSP.

LEMOS, M.O.; CHAGAS, M. C. O direito ao planejamento familiar como direito humano fundamental autônomo e absoluto? 2013, Publica Direto. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=39a1dafc5f8576b4>. Acesso em: Março de 2017.

PARDO, I.; VARELA C. La fecundidad bajo el reemplazo y las políticas familiares en América Latina y el Caribe. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 503-518, jul./dez. 2013.

SIMÕES, C.C.S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população** - Rio de Janeiro : IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p.

SOUZA, M.D.; TYRRELL, M.A.R. Direitos sexuais e reprodutivos na atenção básica: educação em saúde grupal sob a ótica da enfermeira. **Rev. iberoam.educ. investi. Enferm**. V. 6, n.3. pag 49-58. 2016.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a Política de Contracepção: O Olhar de um Profissional Sobre o cotidiano das Unidades Públicas de Saúde. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.11 n.3 pág.408-424, jul/set, 1995.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.21 n.4 Brasília dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400003&script=sci_arttext