



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade.

Sub-Eixo: Ênfase em Gênero.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARRETO/BARRAMARES – MACAÉ (RJ): A MULHER COMO FIGURA REPRESENTATIVA NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Elaine da Costa Feitosa Pinto¹
Gisiane de Mello Corre Labre²

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo levantar apontamentos e reflexões que trazem a figura da mulher como protagonista na busca por planejamento do número de filhos e as responsabilidades a ela impostas às questões referentes à saúde sexual e reprodutiva. Realizamos uma busca em torno da trajetória das políticas de saúde voltadas para a mulher que desde a sua formação tinham uma perspectiva reducionista onde os cuidados para a mulher giravam em torno de questões que envolvem maternidade, gestação e puerpério. A trajetória profissional enquanto Assistente Social no Programa de Planejamento Reprodutivo na Unidade Básica de Saúde em Macaé nos possibilitou o envolvimento com o tema que precisa ser ampliado e analisado na sua integralidade, sendo oferecido igualmente entre homens e mulheres.

Palavras – chaves: Saúde, Mulher e planejamento reprodutivo.

Abstract: The objective of this study is to draw up notes and reflections that bring the figure of the woman as protagonist in the search for planning the number of children and the responsibilities imposed on the issues related to sexual and reproductive health. We searched the path of health policies directed towards women who, from their formation, had a reductionist perspective where care for women revolved around issues involving maternity, gestation and the puerperium. The professional trajectory as Social Worker in the Program of Reproductive Planning in the Basic Health Unit in Macaé allowed us to be involved with the theme that needs to be expanded and analyzed in its entirety, being offered equally between men and women.

Keywords: Health, women and reproductive planning.

APRESENTAÇÃO

A cidade de Macaé é a primeira do estado do Rio de Janeiro e a primeira do norte fluminense em desenvolvimento, de acordo com o site oficial da prefeitura (2015). Tal afirmação é fruto do resultado da pesquisa feita pelo sistema da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), que calcula o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM). A pesquisa foi realizada com o aval do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (CIDE)

¹ Profissional de Serviço Social. Prefeitura Municipal de Macaé. E-mail: elainefeitosa2006@yahoo.com.br.

² Estudante de Graduação. Universidade Federal Fluminense. E-mail: elainefeitosa2006@yahoo.com.br.

O crescimento da indústria do petróleo provocou o aumento populacional, com a chegada de pessoas de todo o país e do mundo para trabalhar em Macaé. A população triplicou – são 206.748 mil habitantes, de acordo com dados do IBGE em 2010 (IBGE, 2015) estimativa feita com base no Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Dez por cento da população é de estrangeiros. A Bacia de Campos – onde se localiza Macaé – é responsável por 80% da produção de petróleo e 47% da produção de gás natural do país.

Com uma economia que cresceu 600% nos últimos dez anos – mais do que a da China – Macaé é uma cidade em constante evolução. Por conta do desenvolvimento da indústria do petróleo e gás, especialmente a partir da quebra do monopólio estatal, em 1997, a cidade hoje é bem diferente da vila de pescadores dos anos 70.³

A cidade de Macaé vem passando por diversas mudanças sociais desde a descoberta de petróleo e gás na Bacia Continental de Campos e a escolha do município como base local de operações da Petrobrás na década de 70. O elevado número de empregos gerados na região em função da indústria petrolífera e o crescimento econômico decorrentes deste fato fizeram com que a cidade fosse conhecida como local de oportunidades, abrindo a porta então para um crescimento demográfico além do esperado e do preparado (COSTA, 2009).

Dentro desta realidade encontra-se no município a Unidade Básica de Saúde Barreto/ Barramares - serviço público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, cuja abrangência territorial é extensa e não é limitada.

A unidade de Barreto/Barramares foi inaugurada em julho de 2018, por ocasião do aniversário da cidade, e cabe acrescentar que dois espaços públicos anteriores, Núcleo de Atendimento à Mulher – Visconde e UBS Barreto migraram para o UBS citado, compondo a equipe de trabalho. Os serviços de Atenção Básica oferecem ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2010)

³ Informações do Site oficial da Prefeitura Municipal de Macaé disponível em www.macaee.rj.gov.com.br/conteudo/leitura/titulo/macaee-petroleo-e-desenvolvimento. Acesso em 02/04/2015.

Dentro dessa proposta e dessa visão integral da saúde, funciona na Unidade o Programa de planejamento reprodutivo, que tem sua relevância na medida em que é visto como recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças, contribuindo para uma prática sexual saudável.

O Serviço Social está inserido no Programa de planejamento reprodutivo da UBS e a partir de falas⁴ oriundas da população atendida e experiências vivenciadas ao longo da jornada profissional procuramos, por meio dessa produção, apontamentos e reflexões que trazem a figura da mulher como protagonista na busca por planejamento do número de filhos e as responsabilidades a ela impostas às questões referentes à saúde sexual e reprodutiva.

A Saúde Reprodutiva como um direito do cidadão

No Brasil, houve um marco nas políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao conceito de saúde, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal Brasileira em 1988. Emergiu a ideia de qualidade de vida para os cidadãos brasileiros, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia, educação e outros.

Estas conquistas foram garantidas por meio de lutas e movimentos no sentido de construir uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (BRAVO, 1996) .

A saúde passa a ser direitos de todos e dever do Estado, tendo como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e participação social. A universalidade refere-se ao acesso de todos, sem preconceito e privilégio. A equidade diz respeito à igualdade de acesso aos serviços de saúde. A integralidade seria a integração e participação social, trazendo a noção de democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 2000).

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, estabeleceu, entre outras metas importantes, que todos os países deveriam se esforçar para ampliar até 2015 a

⁴ Tais falas foram sistematizadas no livro de registro do Serviço Social, e identificadas de forma sigilosa neste trabalho, bem como, foram trabalhadas nas supervisões de estágio como reflexo das questões sociais que se define como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. (IAMAMOTO, 1997).

saúde reprodutiva, estando essa ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Básica de Saúde.

No Brasil a trajetória do planejamento familiar foi marcada por uma cultura religiosa, predominantemente católica, além de sofrer influências internacionais e de movimentos sociais, servindo a múltiplos interesses (VENTURA, 2009)

Com o crescimento dos aglomerados urbanos e a crise do sistema econômico mundial, por volta dos anos 1960, surgiram os programas de controle de natalidade, com o objetivo de controlar a pobreza. Os métodos contraceptivos passaram a entrar no mercado, desassociando sexualidade e reprodução, porém tornando a mulher dependente do sistema médico e sem a devida assistência (COELHO, 2000)

Após mobilizações por parte da sociedade e principalmente dos movimentos feministas, em 1996, foi aprovado o projeto de Lei no. 9263, de 12 de janeiro, que regulamenta o planejamento familiar onde todas as instâncias estão obrigadas a garantir a mulher, ao homem ou ao casal, em toda sua rede de serviços, assistência à concepção e a contracepção como parte das demais ações que compreendem a assistência integral à saúde. (BRASIL, 1996)

Neste sentido, entendemos que o planejamento reprodutivo⁵, termo este mais adequado e que não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade (BRASIL, 2010), deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos e sexuais, tendo, portanto como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos.

Saúde da Mulher: para além de um olhar reducionista

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde no Brasil, nesse período, limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e

⁵Parte - se de uma nova perspectiva de que o homem e a mulher podem planejar ter ou não ter filhos independente de constituir uma família. Na atual conjuntura, a família constitui-se por diversos arranjos, sem a rejeição legal e social que enfrentavam no passado. (PINTO, 2012)

doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Esses programas tinham como característica a verticalidade e a falta de articulação com outros programas e ações propostas pelo governo federal. As suas metas eram definidas sem considerar as particularidades, não levando em conta as necessidades da saúde da população local, acarretando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores da saúde da mulher.

Identifica-se que há uma falta de visão integral da saúde da mulher como fruto da desigualdade de gênero, que atribuía o espaço privado à mulher e o espaço público ao homem. Durante a atuação junto às mulheres buscamos desconstruir essa afirmativa que as mulheres foram “feitas” para o trabalho doméstico e para o cuidado dos filhos. Não que haja problemas necessariamente nessa forma de viver; o problema está quando esse estilo de vida não se constitui em uma escolha dessa mulher, e sim numa obrigação.

Assim, historicamente coube à mulher as atividades ligadas ao cuidado, justificadas por qualidades que constituem a “natureza da mulher”. A maternidade faz parte desta “natureza feminina” e é entendida como o cumprimento de uma função da mulher na sociedade (MATTAR; DINIZ, 2012)

O machismo está entranhado em nossa sociedade e associado a muitas expressões da questão social, como a violência contra a mulher em suas múltiplas formas, entre elas o estupro e o feminicídio.

Percebemos que muitos enxergam o corpo da mulher como propriedade do homem, o que retira dessa mulher a liberdade, autonomia e sentimento de cidadania, e por essa razão uma grande parcela das mulheres não vêem motivo para cuidarem de seus corpos, só procurando as unidades de saúde por ocasião do pré-natal ou quando estão com alguma doença, não levando em consideração a saúde preventiva e relegando sua saúde íntima e seus direitos sexuais.

A reivindicação das mulheres organizadas em defesa do reconhecimento de seus direitos, enquanto sujeitos com necessidades que extrapolassem a gestação e o parto, demandaram ações que lhes assegurasse melhorias nas condições de saúde em todas as fases da vida, e de fato precisava ser efetivada. Ações que contemplassem as particularidades de cada grupo populacional, suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas também precisavam de um olhar diferenciado.

Planejamento reprodutivo: falas e apontamentos reflexivos

Como descrito anteriormente, no Brasil, as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, têm num de seus primeiros marcos a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, que incluiu o planejamento familiar, termo este atualmente denominado planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010), no elenco de ações voltadas para atenção à saúde da mulher.

A Unidade Básica de Saúde Barreto/Barramares, desenvolve ações de promoção e prevenção à saúde contando com serviços médicos, de enfermagem, psicológicos, nutricionais, odontológicos e serviços sociais. O programa de planejamento reprodutivo, está inserido dentro das ações da Unidade, vinculado então ao Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) e à Secretaria Municipal de Saúde.

O Serviço Social do UBS Barreto/Barramares é composto por uma equipe multidisciplinar, que compreende profissionais de psicologia, enfermagem e clínica médica – obstetrícia. As abordagens são realizadas individualmente onde num primeiro momento as orientações e o aconselhamento possibilitam à pessoa interessada a participar do programa, condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não ter filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretização de suas escolhas, considerando o que for mais adequado à sua realidade e a prática do sexo seguro.

Vale acrescentar que a experiência profissional com o planejamento reprodutivo no município ocorre há aproximadamente 10 anos, sendo esta vivenciada em outras unidades de saúde. Durante este período algumas observações e apontamentos nos levaram a desenvolver este trabalho, buscando a reflexão e a construção de caminhos que visem a melhoria do programa, principalmente traçando ações que venham a ser incluídas na realidade e na vivência da população que dela faz uso.

Para melhor evidenciar nossa observação, fizemos um levantamento dos atendimentos entre os meses de janeiro e maio de 2019 no Serviço Social da UBS e constatamos que 80% dos atendidos foram mulheres em contrapartida com 20% de homens.

De acordo com Coelho (2000), por um longo período a mulher foi vista apenas a partir da perspectiva reprodutiva e materna. Tal afirmação vem ao encontro das nossas

percepções na medida em que se torna clara a presença marcante de mulheres na busca por planejamento reprodutivo.

Os motivos que levam a ausência da figura masculina em serviços de saúde e principalmente nos de saúde reprodutiva perpassa o campo do machismo que culturalmente determina que homem não precisa de cuidados de saúde, muito menos de planejar sua reprodução.

“quem engravida é ela, então ela que opere, tome remédio...se vire. Não posso ter mais filhos. Se a senhora não ligar ela, eu vou largar ela com os cinco filhos e vou embora” (J, 35 anos)

Esta fala nos leva ao entendimento de que os serviços de saúde precisam desenvolver ações que contemplem a saúde sexual e reprodutiva do homem. A maioria das unidades básicas, inclusive o UBS Barreto/Barramares funciona em horários onde a maior parte dos homens está em exercício profissional. Alguns esclarecem nos atendimentos que serão descontados financeiramente por se ausentarem de suas atividades formais, mesmo apresentando declaração de comparecimento.

A pouca disponibilidade de métodos contraceptivos masculinos também é uma situação evidenciada na saúde reprodutiva e que não contribui para uma mudança do cenário apresentado. A vasectomia e o preservativo masculino são os mais utilizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2010)

A falta de informação e acesso aos serviços, bem como a funcionalidade do método contraceptivo são aspectos que precisam ser considerados.

“eu tenho muita dor de cabeça e enjojo com o “remédio”. Como não tem outro jeito, eu vou engravidando” (L, 27anos)

“nunca esqueci de tomar o remédio até porque tenho um filho especial. ou ao Rio de Janeiro todo mês pro tratamento dele, mas depois que usei remédio pra infecção urinária, engravidei” (P, 32 anos)

Nesta última fala, constatamos que a falta de informação quanto ao uso correto do método foi o que pode ter ocasionado a gestação não planejada. Na ocasião a usuária esclareceu que fazia uso de pílula por indicação médica e em nenhum momento foi esclarecida quanto ao uso de medicações paralelas que poderiam diminuir a eficácia do método.

Tal referência nos reporta à trajetória da construção do planejamento reprodutivo no Brasil, que impunha à mulher o uso de método contraceptivo sem dar a esta a escolha por método mais apropriado à sua realidade e, principalmente, sem informações adequadas.

A ausência de método contraceptivo hormonal nas farmácias municipais também é uma percepção evidenciada nas abordagens. Métodos hormonais precisam ser usados com regularidade, sem interrupção, podendo ocasionar gestações não planejadas.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, se faz necessário garantir infraestrutura ao funcionamento das Unidades que oferecem o programa, dotando-as de recursos materiais, apoiando o processo de educação permanente e oferecendo insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, bem como oferecer a estrutura necessária à rede de referência fora do âmbito da Unidade.

Quanto aos métodos contraceptivos escolhidos pelos usuários que buscam o planejamento reprodutivo, são os métodos de esterilização os mais procurados. Entre janeiro e maio de 2019, 33% dos usuários optaram pela laqueadura nos pós-parto e 31% pela laqueadura tubária por iteratividade, ou seja, no momento do parto (em virtude das sucessivas cesarianas, o que é garantido pela lei do planejamento). O Dispositivo Intra Uterino⁶(DIU) obteve 20% de interesse por parte da população e a vasectomia 18%.

Os métodos cirúrgicos são os mais procurados pois, de acordo com as falas dos usuários, são procedimentos que não exigem rotina continuada, e, após a cirurgia os que a ela se submetem se vêem livres do risco de novas gravidezes.

“Prefiro a laqueadura porque assim fico livre disso o resto da vida” (C, 41 anos)

No Brasil a esterilização feminina mantém-se como método contraceptivo mais frequentemente utilizado com 29% da preferência (BRASIL, 2010). Tal realidade não está distante da experiência vivenciada na UBS e mesmo deixando claro os riscos e dificuldades para reversão, é este o método mais escolhido pelas mulheres que frequentam aquela unidade.

O DIU é um método que tem tido boa aceitação por parte das mulheres e nos atendimentos procuramos trabalhar as desmistificações do método, que é carregado de mitos e fatos sem fundamento.

⁶ Pequeno objeto de plástico, revestido de cobre, que é inserido no útero e impede a sobrevivência dos espermatozoides.

“Eu não boto esse negócio. Dá câncer” (F, 28 anos)

A dificuldade de acesso ao método direto na UBS é um fator que diminui o interesse das mulheres com relação ao uso do mesmo. No final das avaliações da equipe, a mulher é encaminhada para inserção do DIU em outra unidade de saúde que se localiza distante da UBS. Diante desta dificuldade, o Serviço Social busca o agendamento com a equipe da outra Unidade no sentido de facilitar o atendimento.

Quanto ao método da vasectomia, um dos poucos disponíveis para os homens, tem havido uma boa aceitação e procura. Durante as abordagens buscamos identificar os motivos que os levaram a optar pela esterilização, percebendo por meio das falas que foram “obrigados” pelas companheiras a procurar o programa. Evidenciamos também que os homens buscam o serviço após conhecerem outros homens que realizaram o procedimento e não tiveram problemas.

“uns amigos lá da Igreja fizeram isso aí e disseram que não doeu e está tudo bem” (W, 42 anos)

“um colega do trabalho fez e me incentivou a fazer” (P, 39 anos)

O medo em torno das questões que envolvem a sexualidade masculina, tais como a perda da virilidade e o risco de impotência são relatados nos atendimentos e expressam a ausência da compreensão da temática que envolve sexualidade, que segundo Foucault (1999), é fruto da restrição aliada ao surgimento da burguesia e das modificações das configurações políticas sob a óptica do capital, servindo como instrumento de poder e dominação.

Considerações Finais

As percepções em torno da responsabilidade da mulher de planejar a reprodução, escolhendo assim quantos filhos ter ou não ter se apresentou de forma clara no estudo apresentado. Tal questão recai sobre a figura feminina sem que esta encontre apoio nos serviços de saúde, que, por sua vez, não consideram sua condição subalterna numa sociedade patriarcal.

As propostas públicas que envolvem o direito reprodutivo, em sua maioria, têm sido focadas na mulher com poucas iniciativas para o público masculino. Reflexo dessa afirmativa se evidencia da própria gestão/organização desta política que está vinculada

hierarquicamente ao Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, demonstrando já em sua nomenclatura, que a saúde reprodutiva é atribuição do ser feminino.

Buscar um diálogo constante com mulheres e homens, programar ações concretas nos serviços de saúde, democratizar os avanços conquistados no campo da formulação do direito reprodutivo e sexual e ter uma visão do atendimento em sua integralidade são alguns dos desafios vivenciados pelos trabalhadores da saúde.

Os serviços de saúde também precisam de mais práticas educativas em planejamento reprodutivo que ofereçam, ao casal ou em grupo, acesso às informações referentes aos meios, métodos e técnicas disponíveis para que a escolha seja livre e informada, de forma que ocorra uma decisão tomada de forma consciente pelo homem e a mulher.

A atuação do Serviço Social na UBS frente ao Programa de Planejamento Reprodutivo, e outros, parte do princípio do rompimento com conceitos conservadores e na consolidação de um trabalho que resulte num processo educativo, num bem e não num produto a ser consumido. Durante nossas ações profissionais a procura pelo diálogo e interlocução com a população atendida, centrada no sujeito, permeia toda abordagem.

A elaboração deste trabalho nos deu a convicção da complexidade do tema que nos dedicamos a estudar, pelas múltiplas facetas históricas e culturalmente construídas e entendemos que este é o primeiro passo para o desenvolvimento de novos apontamentos e estudos que possibilitem a aproximação da realidade vivenciada por mulheres que buscam políticas públicas que orientem a melhoria da qualidade de suas vidas, principalmente no campo do direito sexual e reprodutivo.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas *Política Nacional de atenção a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual técnico/Secretaria de políticas de saúde, Área técnica de saúde da mulher*, Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

BRASIL, *Lei do Planejamento Familiar*, no. 9263 de 12/01/1996. Ministério de Saúde, Brasília: 1996.

BRASIL, *Legislação Federal e Estadual do SUS*. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Rio Grande do SUL. Secretaria de Saúde. *Legislação Federal e Estadual do SUS*. Porto Alegre: 2000. p. 22-41.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez: Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

COELHO, E .A. C .et al. *O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos*. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 34, n. 1: 2000.

COSTA, R. C. R. *Sangue Negro: Juventude e violência na capital brasileira do petróleo*. In: Direitos Humanos e questão social na América Latina, Rio de Janeiro: Gramma: 2009.

MATTAR,L.D;DINIZ, C.S.G. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. Interface v. 16, n.40, 2012.

PINTO, Elaine da Costa Feitosa; Oliveira, Antonio Carlos. *Famílias com histórico de violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes: um estudo no CREAS de Mesquita*. Rio de Janeiro: 2012. 113 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ. *Site oficial da Prefeitura Municipal de Macaé*. Disponível em: www.macaee.rj.gov.com.br/conteudo/leitura/titulo/macaee-petroleo-e-desenvolvimento. Acesso em 02/04/2015.

SILVA, Edileusa. *O planejamento familiar na perspectiva feminina*. Franca:2007. Dissertação de Mestrado – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.

VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3ª. Edição. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em : http://www.unfpa.org.br/arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em 01 de junho de 2019.