**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Dimensões sociopolíticas no atendimento em
planejamento familiar nos serviços públicos de
saúde**

Roberta Cavalcante Muniz Lira

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profª Drª Fabiola Zioni

**São Paulo
2010**

Dimensões sociopolíticas no atendimento em planejamento familiar nos serviços públicos de saúde

Roberta Cavalcante Muniz Lira

**Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profª Drª Fabiola Zioni

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

A meus pais, **Socorro** (*in memoriam*) e **Francisco**,
apesar da distância transcendental e física sempre olham por mim.
A **Geison**, meu esposo amado e companheiro de vida acadêmica.
A meu filho **Geisinho**, razão de minha alegria o orgulho diários.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que realiza seus pequenos milagres em minha vida.

Às minhas tias **Socorro e Lourdes**, as quais é impossível não ser grata.

À **Tia Fátima**, portadora de conselhos certos para as horas incertas.

A meus irmãos **Fernanda, Régis e Raquel**, queridos “demais da conta”.

À **Minha Família**, cujos membros tanto amo.

À **D. Lúcia e Sr. Moisés**, sogros queridos, que silenciosamente me apóiam.

À **Genice**, com carinho.

À **direção da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, pela oportunidade proporcionada ao Estado do Ceará.

À **Fabiola Zioni**, caríssima orientadora, mente brilhante, coração generoso e alma paciente.

Aos **Professores Alberto Olavo Advincula Reis, Cleide Lavieri Martins, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Paulo Roberto do Nascimento**, pelas valiosas contribuições.

Aos **Profs. Eurivaldo e Péricles**, pela persistência de ambos, este DINTER encontra-se concluído.

Ao **Prof. Osmar**, anjo disfarçado de gente, exemplo de luta e dedicação a este DINTER.

Ao **Dr. Carlos Hilton**, que me incentivou e proporcionou condições de trabalho para realizar este Doutorado.

Ao **Dr. Arnaldo Costa Lima**, companheiro de Doutorado nas primeiras horas e inesquecível secretário de saúde deste município.

Ao **Dr. Gerardo Cristino Filho**, que acreditou e confiou em mim.

Aos **Professores do Doutorado**, fontes de novas inspirações e conhecimentos.

À **Coordenação do Doutorado da UECE**, pelas contribuições.

Aos **colegas de trabalho da Secretaria de Sobral**, especialmente Mônica e Dilma, que tiveram paciência nas minhas angústias.

Aos colegas **Patricia, Marcelo, Leni, Helena Ribeiro, Lúcia e Amélia**: guardarei vocês no coração.

Aos amigos, **Niedja e Giovanni, Neiline e Pedro, Helena e Olivan, Karine e Igor e Yana e Ribamar** pelo incentivo sempre presente e pela alegria da amizade.

À **Eliany**, sempre minha professora, há algum tempo colega na Enfermagem e atual estimada vizinha, pelo gentil empréstimo dos livros.

Aos **Servidores da Faculdade de Saúde Pública**, especialmente, **Maria do Carmo e Margareth**, pelas inestimáveis ajudas nas horas complicadas.

À **Neila**, por sua dedicação e paciência.

À **equipe da Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Sousa – FSP/USP**, por sua generosa acolhida quando do meu período de estágio.

Aos **colegas docentes e servidores técnicos administrativos do Curso de Medicina de Sobral**.

Aos **Profissionais de Saúde Participantes da Pesquisa**, que me acolheram com gentileza e generosidade.

A **Todos** que de alguma maneira, explícita ou não, me auxiliaram.

*Ando devagar porque já tive pressa,
E levo esse sorriso, porque já chorei demais,
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou
Nada sei.*

Renato Teixeira

RESUMO

LIRA, RCM. Dimensões sociopolíticas no atendimento em planejamento familiar nos serviços públicos de saúde. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Introdução – As mulheres são as principais agentes de cuidados em saúde das famílias e comunidades. Apesar disso, as consequências da globalização e da modernidade nas mulheres de baixa renda resultaram em uma necessidade de adesão às diversas formas de regulação da fecundidade. A Estratégia Saúde da Família traz como característica de trabalho para seus profissionais a observância dos direitos e a atenção à saúde reprodutiva e especificamente ao planejamento familiar. **Objetivo** - Analisar em que dimensão de significados sociopolíticos encontram-se as relações, ações e atividades de planejamento familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, no Estado do Ceará, Brasil. **Metodologia** – Pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e explicativo, mediante entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas, com questões em aberto, observação livre e análise documental, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido dos entrevistados. Os sujeitos são profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. A interpretação dos dados seguiu os ensinamentos da “análise de conteúdo”. **Resultados** – Os entrevistados apontaram problemas no atendimento em planejamento familiar, embora percebam de maneira positiva suas relações com os outros profissionais de saúde e com os usuários. **Conclusão** – Os dados coletados e analisados nesta pesquisa permitem sustentar que existe um distanciamento entre as políticas que são propostas para as ações em planejamento familiar e as práticas dos profissionais de saúde que lidam diretamente com estas necessidades contraceptivas dentro da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Direitos reprodutivos; Planejamento familiar; Programa/Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

LIRA, RCM. Dimensões sociopolíticas no atendimento em planejamento familiar nos serviços públicos de saúde./Sociopolitical dimensions in family planning provision of Brazilian public health services [Doctoral dissertation]. São Paul (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Introduction – Women are the main agents of health care to families and communities. Despite that, the consequences of globalization and modernity over poor women lead to the necessity of adherence to the several modes of fecundity regulation. Brazilian Family Health Strategy has as its principal work process the observation of reproductive rights in women health care, specifically the family planning concerns. **Objective** – To analyze in what dimensions of sociopolitical meanings are the family planning relations, actions and activities in the context of Family Health Strategy in Sobral, Ceará, Brazil. **Methodology** – Descriptive and explanatory qualitative research, made by semi-structured and non-structured interviews, with open-ended questions; participant observation and documental analysis. The research protocol was approved by USP Ethical Board Review and the ethical Brazilian recommendations on human research were observed. The research's participants were health professionals of Sobral Family Health Strategy. The data were submitted to the thematic content analysis. **Results** – The participants highlight problems in family planning provision, despite they perceive their relationship with the clients and into the health team in the positive manner. **Conclusion** – Measures for improvement of family planning are related to structure, equipments, professional training and empowerment of educational groups.

Key-Words: Reproductive rights; Family Planning; Health Family Program/Strategy

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	23
3. O QUADRO TEÓRICO E O PROBLEMA DA PESQUISA	24
3.1. DA MODERNIDADE E QUESTÕES NA SAÚDE	24
3.1.1. Falando de Globalização	24
3.1.2. Falando de Modernidade e Modernização	27
3.1.3. Modernização e Sociedade de Risco	31
3.1.4. Sobre os Sistemas Peritos	33
3.1.5. Sociologia das Emergências e Sociologia das Ausências	34
3.2. DE FOCAULT E DAS QUESTÕES DO SABER/PODER NA SAÚDE E NAS POPULAÇÕES	36
3.3. DA GOVERNAMENTALIDADE E DAS FAMÍLIAS	44
3.4. DO FEMINISMO E DOS DIREITOS DAS MULHERES	48
3.4.1. Origens Históricas e conceituais dos Movimentos de Mulheres	48
3.4.2. Direitos Humanos e Direitos Reprodutivos	54
3.5. DA SAÚDE REPRODUTIVA E DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	60
3.5.1. Questões Conceituais em Saúde Reprodutiva	60
3.5.2. Questões Atuais em Planejamento Familiar	63
3.6. DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	74
3.6.1. Discussões Sobre o Trabalho Médico Dentro da Estratégia Saúde da Família	81
3.6.2. Discussões Sobre o Trabalho da Enfermagem Dentro da Estratégia Saúde da Família	84
4. O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	88
4.1. DESENHO DO ESTUDO	88
4.2. CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO	90
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	91

4.4. TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	93
4.5. TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	100
4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	105
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	108
5.1. DESCREVENDO O CENÁRIO MACRO DO ESTUDO	108
5.1.1. A Cidade de Sobral	108
5.1.2. A Situação da Saúde em Sobral	110
5.2. DESCREVENDO OS CENÁRIOS MICRO DO ESTUDO	119
5.2.1. Caracterização das Unidades de Saúde Pesquisadas	119
5.2.1.1. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Junco	119
5.2.1.2. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Terrenos Novos	121
5.2.1.3. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Pe. Palhano	123
5.2.1.4. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Estação	124
5.2.1.5. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Patriarca	126
5.2.1.6. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Jaibaras	127
5.3. ANALISANDO AS ENTREVISTAS	129
5.3.1. Perfil do Grupo de Profissionais Entrevistados	130
5.3.2. Sobre a Compreensão e Significado de Saúde Reprodutiva	134
5.3.3. As Condições de Trabalho para o Desenvolvimento das Atividades de Planejamento Familiar	142
5.3.3.1. Estrutura Física	143
5.3.3.2. Equipamentos e Insumos	145
5.3.4. O Desenvolvimento pelo Profissional Médico das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família	148
5.3.4.1. Ações em Atendimento Clínico	149
5.3.4.2. Vinculação Pessoal com a Clientela	154
5.3.4.3. Vinculação com a Comunidade	156
5.3.5. O Desenvolvimento pelo Profissional de Enfermagem das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família	159

5.3.5.1. Ações em Atendimento de Enfermagem	160
5.3.5.2. Vinculação Pessoal com a Clientela	164
5.3.5.3. Vinculação com a Comunidade	166
5.3.6. Acesso da População Feminina aos Métodos Contraceptivos	168
5.3.7. Percepção pelo Profissional das Influências que Incidem sobre a Mulher na Decisão Contraceptiva	175
5.3.8. Critérios Empregados pelos Profissionais para a Decisão do Método Contraceptivo a Ser Adotado pela Mulher	180
5.3.9. Percepção pelos Profissionais da ESF se as ações de planejamento familiar no Programa Saúde da Família contemplam as necessidades da população	187
5.3.10. Participação do Profissional nos Momentos dos Grupos de Planejamento Familiar	192
5.3.11. Pensamento Religioso e Planejamento Familiar	197
5.3.12. Avaliação da Política de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar do Município de Sobral	200
6. CONCLUSÕES	207
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
8. ANEXOS	240
8.1. LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996)	240
8.2. ABORDAGEM GRUPAL DE SAÚDE REPRODUTIVA PELO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL	247
8.3. ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL	249
8.4. DOCUMENTO PRELIMINAR DE CRIAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO MUNICÍPIO DE SOBRAL	255
8.5. CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE	257
8.6. PROTOCOLO DE INTENÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO	259

9. APÊNDICES	261
9.1. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	261
9.2. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	263
9.3. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO EM GRUPO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	264
9.4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	265

Siglas Utilizadas

ACO – Anticoncepcionais orais

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADS – Área Descentralizada de Saúde

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEM - Centro de Especialidades Médicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CSF – Centro de Saúde da Família

DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família/Equipe de Saúde da Família

Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

GM – Gabinete do Ministério

GO – Ginecologia e Obstetrícia

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (trad.)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MAC – Métodos Anticoncepcionais

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NOAS/2001 - Norma Operacional da Assistência/2001

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SDSS - Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TFT - Taxa de Fecundidade Total

TGCM - Termo de Compromisso de Gestão Municipal

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UBS - Unidade Básica de Saúde

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS DA PESQUISA

A presente pesquisa de doutoramento foca o tema da saúde reprodutiva dentro de uma perspectiva sociopolítica abordando as relações de poder entre profissionais e usuários no desenvolvimento das ações e atividades de planejamento familiar no contexto da Estratégia Saúde da Família. Com efeito, julgo importante, num primeiro momento, tecer algumas considerações preliminares sobre a conformação do meu foco de interesse pelo planejamento familiar como tema de pesquisa, e a opção pela temática a ele relacionada.

Na verdade, ele é a culminância de um programa de estudos ao qual tenho me dedicado durante os anos de pós-graduação, iniciados em 1997, com uma especialização em obstetrícia, onde me detive nos aspectos da sexualidade feminina e da experiência da maternidade ao longo de momentos específicos da história da humanidade. Em 1999 por meio da especialização em saúde da família, dei continuidade a estes estudos abordando a participação masculina e sua influência na opção das mulheres pela esterilização feminina a partir do discurso das próprias mulheres optantes por este método de contracepção. Com o mestrado em educação em saúde pude aprofundar e refinar as abordagens de pesquisa utilizando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine M. Leininger, tendo como foco os suportes sociais no cuidado cultural com a regulação da fecundidade. Em todos estes momentos sempre dirigi o olhar sobre aspectos ainda não abordados que envolvem o planejamento familiar.

Jannotti, Sequeira e Silva (2007, p. 28) abordam o conceito de saúde reprodutiva como historicamente recente, possuindo suas origens nos processos que se desenvolveram nas últimas décadas do século 20, destacando-se as lutas dos movimentos de mulheres por direitos, saúde e autonomia. Esses movimentos introduziram uma crítica às percepções e normas que condicionavam a sexualidade e a reprodução tendo papel

fundamental na estruturação das relações de desigualdade entre homens e mulheres, nas esferas pública e privada.

Ainda conforme Jannotti, Sequeira e Silva (2007, p. 29), a expressão “direitos reprodutivos” disseminou-se entre as organizações ativistas, denotando uma vasta área de reflexão, produção de conhecimentos e formulação de demandas em torno dos temas da saúde, sexualidade e reprodução e fomentando o debate atual sobre saúde reprodutiva.

Estas reflexões atribuíram relevância às políticas voltadas para a regulação da fecundidade tornando-as componentes de uma política pública de saúde mais ampla e não apenas das proposições de controle demográfico, afirmando o direito que as pessoas têm de decidir de maneira livre e informada sobre o número e o espaçamento de seus filhos.

Ao longo das últimas décadas, emergiram outros sujeitos políticos (movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, minorias sexuais, jovens, entre outros) que levantaram os temas dos direitos na esfera da sexualidade e reprodução, introduzindo novas questões e ampliando o marco conceitual e político da saúde reprodutiva. Além disso, o tema da saúde reprodutiva ganhou maior legitimidade entre profissionais e gestores de saúde e nas instituições de ensino e pesquisa, com impactos no desenvolvimento de conhecimentos, políticas, práticas e serviços nessa área. (JANNOTTI, SEQUEIRA E SILVA, 2007, p. 29)

Souza (2007, p. 343) encontra lacunas no campo da saúde sexual e reprodutiva, exatamente dentro da perspectiva dos novos sujeitos políticos tais como: a incorporação dos enfoques de gênero e sexualidade; a necessidade de atenção a emergentes demanda, tais como a epidemia de HIV/AIDS, a violência de gênero e a violência sexual; o aborto praticado de forma insegura e, ainda o atendimento a grupos particulares de usuários dos serviços de saúde – homens e adolescentes.

A literatura sobre o tema aborda a saúde sexual e reprodutiva como um processo histórico, político e social. E os fatores que contribuem para a

determinação da saúde ou dos agravos associados à sexualidade e à reprodução humanas vão além da condição biológica de homens e mulheres. Em todo esse processo destacam-se as relações de poder e relações de gênero, ou seja, o sistema de poder, de valores, de crenças que definem padrões de masculinidade e feminilidade, que estruturam e organizam as relações entre homens e mulheres, definindo comportamentos, atitudes e posições no mundo.

As mulheres são a maioria na população brasileira. Segundo BRASIL (2010b; c), elas contabilizam 96.293.080¹ consistindo em 50,85% da população estimada para 2007, com o grupo de mulheres com menos de 30 anos representando cerca de 50% do total.

O número de mulheres em idade reprodutiva² no Brasil é de 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento importante quando da elaboração das políticas de saúde reprodutiva (BRASIL, 2010b). O censo demográfico brasileiro de 2000 revelou a taxa de fecundidade total (TFT) de 2,4 filhos por mulher e apontou para uma desaceleração da tendência de queda que havia sido inaugurada no final dos anos 1960. Esta tendência foi similar à que seguiram muitos países do continente americano (BRASIL, 2010b).

Esta tendência de queda representa uma maior autonomia reprodutiva da mulher? Ou traduz a materialização no corpo das mulheres das relações de poder no âmbito da regulação da fecundidade?

A emancipação feminina, em busca do direito de escolher, já percorreu longa caminhada em direção à autonomia. O casamento por muito tempo foi a única forma de as mulheres obterem uma identidade social, e o contrato matrimonial, datado na origem do patriarcalismo, baseia-se na dominação e sujeição da mulher, não permitindo ao ente feminino o exercício dos mesmos direitos desfrutados pelos homens, direito esse alocado no “indivíduo” e referido à masculinidade. O contrato matrimonial e sexual não

¹ Dados de recente atualização.

² Mulheres de 10 a 49 anos.

permitia cessão de igualdade às mulheres e a liberdade de tratar de assuntos públicos se referia às pessoas com direito político, ou seja, aos homens, conforme nos coloca Souza e Alvarenga (2007, p. 126).

Conforme Mesquita (2008, p.1), o processo de urbanização, o estímulo ao consumo, os novos meios de comunicação, a política previdenciária e de saúde proporcionaram um ambiente propício à demanda por uma modernização nas formas de regulação da fecundidade no Brasil, ganhando fortes contornos a partir dos anos 1960.

De fato, a contracepção efetiva associada a estas outras influências afetou o tamanho das famílias, marcando uma profunda transição na vida pessoal das mulheres, tornando a sexualidade maleável e sujeita a ser assumida de diversas maneiras e tornando-se uma “propriedade” potencial do indivíduo. A sexualidade passou a fazer parte de uma diferenciação progressiva entre o sexo e as exigências da reprodução (GIDDENS, 1993, p. 37).

Pesquisas têm assinalado os novos meios contraceptivos como um dos principais responsáveis por mudanças nas relações de gênero, e pela própria atuação do movimento de mulheres (MESQUITA, 2008, p.1). A presença feminina cada vez mais forte no mercado de trabalho, nas políticas sindicais e partidárias, na exigência de cotas, na ocupação de cargos de destaque, tudo isso tem sido possível certamente graças às possibilidades, antes nunca alcançadas, de separar com mais segurança a sexualidade da reprodução.

Osis, Faúndes, Makuch *et al* (2006, p. 2481) observam que desde o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, o governo brasileiro tem atuado nas questões relativas ao planejamento familiar, adotando políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção. Esses esforços iniciais de implementação do PAISM incluíram a provisão de insumos contraceptivos

para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais para atuarem na atenção ao planejamento familiar com qualidade.

O mais latente destes questionamentos reporta-nos à realidade de que, embora se considere o casal como a finalidade dos programas de saúde reprodutiva, a mulher continua sendo alvo principal das ações que visam regular a fecundidade (BRASIL, 1996, p.1). Tornaram-se, pois, centrais ao trabalho de investigação idéias e práticas sociais que veem nas mulheres as depositárias e agentes da reprodução em praticamente todas as culturas conhecidas. Neste contexto específico da sociedade brasileira a prática da contracepção concentrou-se, nos últimos anos, em dois métodos eficazes: a esterilização e a pílula resultando no período iniciado a partir da segunda metade da década de 80 em uma queda radical das taxas de fecundidade, conforme apresentado nos dados estatísticos apresentados anteriormente.

Programada para o período de 2004 a 2007, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher objetivou oferecer propostas para a melhoria das condições de atendimento à saúde feminina (BRASIL, 2004a, p.63-65).

Nestas diretrizes buscou-se atingir as mulheres em todos os ciclos da vida, nas diferentes faixas etárias e nos distintos grupos populacionais, garantindo o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, dentro do contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços.

Além disso, o atendimento à atenção à saúde da mulher tinha que nortear-se pelo respeito a todas as diferenças sem discriminações de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres necessitavam ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais, sendo condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde da mulher.

Atualmente, o planejamento familiar encontra-se dentro do escopo de ações para a promoção da saúde da mulher, uma das áreas estratégicas de operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, segundo Brasil (2007b, p. 13).

Estas políticas têm mostrado direcionamentos aos municípios brasileiros, como responsabilidade e atribuição da atenção primária à saúde, levada às populações por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família.

A inserção da abordagem da contracepção no campo da Saúde Pública se expressa principalmente nas ações de planejamento familiar atualmente desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família e que estão voltadas não mais para um controle, mas para garantir um acesso adequado aos casais que queiram regular o número de filhos que desejam ter (LIRA, 2005, p. 35).

Uma das práticas transformativas na formação dos novos profissionais reside no desenvolvimento da escuta ao usuário, que tem se constituído em uma atividade relevante na atualidade, uma vez que o exercício da cidadania constitui-se em uma das atribuições dos profissionais que atuam na Saúde da Família (RONZANI, SILVA, 2008, p. 24; CAMARGO, JR., 2008, p. 9).

Partindo da premissa de que nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família acontecem de forma mais intensa e cotidiana as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários em Saúde Reprodutiva, meu interesse passou a residir no seguinte problema: **Como os profissionais de saúde vêm lidando em seu cotidiano com a relação profissional-usuário para o desenvolvimento das ações e atividades de planejamento familiar dentro da Estratégia Saúde da Família?**

Como desdobramento dessa questão central, as seguintes **questões problematizadoras** emergiram:

- Que paradigmas subjacentes dentro do campo da pesquisa social são adequados para orientar a constituição das relações e ações de planejamento familiar dos profissionais de saúde?

- Que categorias teóricas são essenciais à enunciação sistemática das práticas de planejamento familiar como objeto de investigação descritiva e explicativa?
- Como os paradigmas, as categorias teóricas e as ideologias operam na prática cotidiana das relações profissionais-usuários para a decisão do método contraceptivo a ser adotado?

Na tentativa de responder a essas questões, defino como a **tese** a ser defendida neste trabalho a de que **existe um distanciamento entre as políticas que são propostas para as ações em planejamento familiar no que diz respeito aos direitos dos usuários de escolherem o método contraceptivo que melhor se adeque às suas necessidades de contracepção e as práticas dos profissionais de saúde que lidam diretamente com estas necessidades contraceptivas dentro da Estratégia Saúde da Família.**

Neste sentido, o presente estudo justifica-se por tratar-se de uma contribuição à compreensão e crítica de como se constituem os significados sociopolíticos encontrados nas relações cotidianas entre profissionais de saúde e usuários no desenvolvimento das ações e atividades de planejamento familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família de um município de médio porte do Nordeste do Brasil.

Justifica-se também, por meio da literatura recente, profícua em estudos enfocando este novo modelo de atenção, que ele é um dos eixos fundamentais da ação do setor público na área de saúde. Enfatiza-se a característica básica da proposta, em implantação há mais de uma década em nosso país, de prover a atenção básica em saúde, buscando ser o acesso primeiro e preferencial dos indivíduos para a assistência à saúde (BRASIL, 2008; SANTOS, JESUS, AMARAL, 2008, p. 125; LEITE, VELOSO, 2009, p. 51-52).

A par das políticas inovadoras em atenção primária à saúde, fundamentadas em um vasto campo teórico e epistemológico (GIL, 2006, p.

1171-1172), percebe-se ao longo desta década um amadurecimento das propostas em Saúde Reprodutiva, consolidadas por meio da Política Nacional de Atenção Integral em Saúde da Mulher, contemplando em seu plano de ação as ações em planejamento familiar, e dispondo como documento mais recente a II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008) onde afirma que o acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido.

Ainda conforme este documento, diversos estudos (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO et al, 2009, p. S272-S273; CARRENO, DIAS-DA-COSTA, OLINTO, et al, 2006, p. 1103; SOUZA, PELLOSO, UCHIMURA, et al, 2006, p. 273-275) demonstram uma maior prevalência de uso da laqueadura tubária e da pílula e a baixa frequência de uso de outros métodos indica o limitado acesso das mulheres às informações sobre as opções disponíveis e aos métodos propriamente ditos.

Existem ainda problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição dos insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais. O resultado é uma atenção ainda precária e excludente, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais. Possivelmente, esta situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e para o aumento do risco de morte por esta causa (BRASIL, 2008, p. 72).

Neste momento histórico, no dizer de Palos (2004, p. 7), no qual o processo de globalização pressiona no sentido de uma uniformização do ponto de vista social, estético, político e cultural, em que direitos e diferenças são atropelados, percebe-se uma maior conscientização da população em geral sobre a existência de direitos humanos e de direitos a exercerem esta humanidade no plano pessoal, profissional, político e social.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar as relações de poder existentes entre profissionais de saúde e usuários dentro das ações e atividades de planejamento familiar no âmbito da Estratégia Saúde de um município de médio porte do Nordeste do Brasil.

2.2. ESPECÍFICOS

Conhecer as políticas de planejamento familiar propostas nos documentos normativos em âmbito federal, estadual e municipal.

Descrever as relações entre profissionais de saúde e usuários codificadas pelos saberes e pelas práticas de planejamento familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família, traçando linhas comparativas entre estes saberes e práticas e as propostas dos documentos normativos.

Identificar, com base nestas linhas comparativas, o significado das relações entre profissionais de saúde e usuários vinculados às ações e atividades de planejamento familiar no âmbito das equipes da Estratégia Saúde da Família de um município de médio porte do Nordeste do Brasil.

3. O QUADRO TEÓRICO E O PROBLEMA DA PESQUISA

3.1. DA MODERNIDADE E QUESTÕES NA SAÚDE

3.1.1. Falando de Globalização

O tema da globalização tem estado presente nas discussões dos principais autores da sociologia na modernidade. Giddens (2010, p. 18-19) coloca que a difusão do termo é indicadora do próprio desenvolvimento a que ele se refere, tendo a ver com a tese de que agora vivemos todos em um mundo único. Para Giddens existem, basicamente duas posições polares sobre o assunto: céticos e radicais.

Os céticos acerca do assunto argumentam que, sendo quais forem os benefícios ou problemas trazidos pela globalização, a economia mundial não se encontra muito diferente da economia em períodos anteriores. Para eles, a globalização é uma ideologia espalhada por adeptos do livre mercado que desejam demolir sistemas de previdência e reduzir as despesas do Estado.

Os radicais, por seu turno (GIDDENS, 2010, p. 19) sustentam não só que a globalização é real como suas conseqüências podem ser sentidas por toda parte, com as nações perdendo parte da soberania que possuíam, o mercado global encontrando-se mais desenvolvido que em décadas anteriores e os políticos perdendo a capacidade de influenciar os eventos.

Santos (2005, p. 25) aprecia que nas últimas três décadas a difusão global dos sistemas de produção e das transferências financeiras, a disseminação das informações e imagens através dos meios de comunicação social e os deslocamentos das pessoas, por força das migrações ou em busca de refúgio, ou ainda por razões turísticas; o alcance e a profundidade dessas interações são vistas como rupturas em relação às formas anteriores de interações e como um fenômeno novo, denominado *globalização*.

A globalização das últimas três décadas ao invés de encaixar-se no padrão moderno ocidental compreendido como homogeneização e

uniformização, para combinar a universalização e a eliminação de fronteiras, por um lado e o particularismo, o individualismo, a diversidade local, a identidade étnica e a volta ao comunitarismo, por outro, interage de modo diversificado com outras transformações no sistema mundial que lhes são concomitantes, tais como o aumento das desigualdades entre países ricos e pobres, persistindo tal desigualdade dentro dos países, a superpopulação, os riscos ambientais, os conflitos de natureza étnica, a proliferação de guerras civis, o crime globalmente organizado e a adoção da democracia formal como condição política para assistência aos países desfavorecidos (SANTOS, 2005, p. 26).

A globalização não se mostra como um processo singular, (GIDDENS, 2010, p. 23) mas um conjunto complexo de processos, que operam de maneira contraditória, transferindo poder de comunidades locais e nações para o cenário global, uma pressão “para cima” e também criando novas pressões por autonomia local, uma pressão “para baixo”.

A globalização pressiona também para os lados quando cria novas zonas de economia e cultura dentro e através das nações e é um erro pensar que este fenômeno afeta apenas os grandes sistemas, como a ordem financeira mundial. De fato, a globalização diz respeito ao que está “lá fora”, afastado e distante, mas também afeta o que está “dentro” e influencia mínimos aspectos da vida cotidiana.

As ações cotidianas de um indivíduo produzem consequências globais devido às conexões relacionais entre as decisões do dia-a-dia e os resultados globais e a outra face, que abrange as influências das ordens globais sobre a vida individual (GIDDENS, 1997, p. 75). Estas conexões envolvidas estão frequentemente próximas e coletividades e agrupamentos intermediários não desapareceram, mas tendem a ser reorganizados ou mesmo reformulados. A chamada organização social, sofrendo ameaças que provém “de cima”, parece não encontrar mais nela mesma os meios para um reerguimento. Desta forma, é na busca do individual, e não mais por meio do social, que se busca a forma para se resistir às mudanças.

Um desses aspectos diz respeito às mudanças que estão acontecendo nas famílias. Segundo Giddens (2010, p. 61) há uma revolução em curso quando as pessoas pensam em si mesmas e nos modos de formação dos laços e das ligações com os outros. O debate que se desenvolve sobre os valores familiares parece à primeira vista distanciado dos aspectos pessoais da vida. Os sistemas tradicionais de família estão sendo transformados, em resposta às reivindicações das mulheres por maior igualdade.

Esta revolução da vida cotidiana é sentida em esferas que vão do trabalho à política. Nas diversas configurações de família, no trato com a sexualidade de homens e mulheres e no cuidado com as crianças, a atualidade traz a marca desta revolução. As atitudes em relação às crianças, por exemplo, mudaram radicalmente nas últimas décadas. Na família tradicional, os filhos eram uma vantagem econômica. Hoje, nos países ocidentais, filhos, ao contrário, representam um enorme encargo financeiro para os pais. A decisão de ter um filho é hoje definida e específica, guiada por necessidades psicológicas e emocionais. Temos hoje expectativas muito mais elevadas em relação ao modo como as crianças deveriam ser cuidadas (GIDDENS, 2010, p. 69-70).

A persistência da família tradicional ou de aspectos dela pode ser tão inquietante quanto seu declínio, pois as forças promotoras da democracia e do desenvolvimento econômico dos países mais pobres são a abertura à igualdade e à educação para as mulheres, e aponta-se que a conquista destes avanços passa pela mudança na família tradicional.

Como diz Giddens (1997, p. 118), a globalização é uma questão do “aqui”, que afeta os mais íntimos aspectos da vida e sua importância nas relações atuais numa relação dialética. Essa “intimidade”, porém, foi criada em grande parte por influências globalizadoras.

3.1.2. Falando de Modernidade e Modernização

A modernidade define-se por certos princípios e normas que justificam a ordem social em termos puramente sociais, ou seja, como construção humana. Santos (1999, p. 137) nos coloca que o paradigma da modernidade é um projeto sociocultural muito amplo, repleto de contradições e potencialidades que aspira a um equilíbrio entre a regulação social e a emancipação social.

“Como resultado da associação que se desenvolveu entre capitalismo e o Estado-nação, as sociedades modernas diferem de todas as formas de civilização preexistentes. Este Estado-nação e a empresa capitalista eram ambos depositários de poder, nos quais o desenvolvimento dos novos mecanismos de vigilância assegurava muito maior integração social através do tempo e do espaço do que havia sido previamente possível” (GIDDENS, 1997, p. 114).

Stotz (1997, p. 275) fala que de acordo com Boaventura Sousa Santos os princípios da regulação da vida social (Estado, mercado, comunidade) e os processos de racionalização que lhes são correspondentes (moral-prática, cognitivo-instrumental e estético-expressiva) foram uma elaboração da filosofia política e social que adquiriram institucionalidade ao longo dos séculos XVIII-XX, portanto aos processos e fases de desenvolvimento pelos quais passou o capitalismo nos países centrais.

Giddens (1997, p. 73-74) traz a idéia de modernidade colocada quase por definição como oposta à tradição³, e paradoxalmente reconstruindo esta tradição enquanto a dissolia, tanto que nas sociedades ocidentais a

³ A tradição é uma reorientação para o passado, de tal forma que o passado tem uma pesada influência, ou mais precisamente, é constituído para ter uma pesada influência sobre o presente (...). A tradição também diz respeito ao futuro, pois as práticas estabelecidas são utilizadas como uma maneira de organizar o futuro. (GIDDENS, 1997).

tradição polarizou alguns aspectos fundamentais da vida social, como a família e a identidade social e que afinal, foram deixados intocados.

É ainda Dubet (1994, p. 43) quem reforça esta dicotomia modernidade/tradição, no sentido sociedade/comunidade quando diz que a sociedade é identificada com a maneira moderna de se estar em conjunto, produzindo indivíduos arrancados da obscuridade, do pensamento mágico, das esferas comunitárias.

Neste paradigma da modernidade muitas das atividades cotidianas tornaram-se abertas à escolha. Na verdade, as escolhas tornaram-se obrigatórias e todas as áreas da atividade social vêm a ser governadas por decisões desenvolvidas com base em exigências de conhecimento especializado (GIDDENS, 1997, p. 95). Todas as escolhas, mesmo as dos pobres ou desfavorecidos sofrem refração das relações de poder preexistentes.

Em todas as culturas as práticas sociais são alteradas de forma rotineira à luz de novas descobertas. Mas apenas na era da modernidade a revisão da convenção é radicalizada para ser aplicada a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo material. Giddens (1991, p. 45) aponta que a reflexividade⁴ da vida moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz dessa informação renovada sobre as próprias práticas alterando constitutivamente seu caráter.

Giddens (1997, p. 99) aponta ainda que na era moderna o corpo e seus processos fisiológicos tem sido profundamente invadidos sendo que os efeitos da destradicionalização⁵ e da tecnologia são sentidos de forma mais

⁴ Por reflexividade entende-se não reflexão, mas autoconfrontação aos processos de modernização autônoma que produz efeitos e ameaças que questionam e destroem as bases da sociedade industrial. (GIDDENS, 1997)

⁵ Pode-se compreender a destradicionalização a partir do fato de que nos países desenvolvidos a destruição das comunidades locais atingiu o apogeu. Tradições que sobreviveram ou foram criadas de forma ativa durante as fases anteriores do desenvolvimento social moderno sucumbem cada vez mais às forças do esvaziamento

evidente na esfera da reprodução humana. A decisão na diminuição no número de filhos, uma importante modificação demográfica e de grande importância no século XX, toma parte na progressiva dissolução dos modelos familiares tradicionais, mais que as mudanças trazidas pelos avanços tecnológicos na área.

O projeto da modernidade é um projeto muito rico e capaz de infinitas possibilidades, como afirma Santos (1999, p. 77) muito complexo e sujeito à contradição no desenvolvimento. Ele se assenta nos pilares da regulação e da emancipação. O pilar da regulação é constituído pelo princípio de Estado, pelo princípio de mercado e pelo princípio da comunidade. O pilar da emancipação é constituído pela racionalidade estético-expressiva da arte e da literatura; pela racionalidade moral-prática da ética e do direito e pela racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica.

A trajetória social da modernidade é profundamente caracterizada por um processo histórico de progressiva absorção ou colapso da emancipação na regulação, na conversão perversa das energias emancipatórias em energias regulatórias, se atribuindo a este fato a uma promiscuidade entre o projeto da modernidade e o desenvolvimento histórico do capitalismo (SANTOS, 1999, p. 137).

A descontextualização e a recontextualização das identidades são elementos contraditórios do processo histórico, que põe fim às presunções evolucionistas da versão liberal da modernidade (SANTOS, 1999, 146-148). A recontextualização destas identidades exige que o esforço analítico e teórico se concentrem na elucidação das especificidades dos campos de confrontação e de negociação em que as identidades se formam e se dissolvem nas especificidades dos movimentos de globalização do capital e no sistema mundial.

A lógica das sociedades autocráticas, marcadas por uma hierarquização selvagem entre as camadas superiores e inferiores perpassa

cultural. Entretanto, a dissolução da comunidade local não significa o desaparecimento da vida ou das práticas locais. (GIDDENS, 1997)

o conjunto das relações vividas cotidianamente na rede de saúde (BODSTEIN, 1997, p 225). Essa análise da conjuntura em saúde, apropriada para a última década do século XX, no Brasil, não foi, ainda, totalmente superada.

O direito universal à assistência à saúde, diante dos problemas atuais da rede pública no país, sob a ótica das classes populares não aparece exatamente como uma conquista. Ao contrário, retrata o desprezo com que a administração pública historicamente vem tratando as demandas dos trabalhadores e das classes populares em relação à saúde.

A pobreza destas experiências não é expressão de uma carência, mas antes a expressão de uma arrogância de não se querer ver e muito menos valorizar a experiência que nos cerca apenas porque está fora da razão com que queremos identificar e valorizar. Conforme Santos (2004, p. 785).

“Há produção de não existência sempre que uma dada identidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de modo irreversível. O que une as diferenças lógicas de produção de não-existência é serem todas elas manifestações da mesma monocultura racional” (SANTOS, 2004, p. 787)

Segundo Lash (1997, p. 138) a teoria da modernização reflexiva abre possibilidades para a transformação da modernização, onde os avanços do sistema parecem destruir o mundo da vida. A modernidade reflexiva significa a possibilidade de uma (auto) destruição criativa para toda uma era: a da sociedade industrial. O “sujeito” dessa destruição criativa não é a revolução, nem a crise, mas vitória da modernização ocidental.

O contraponto reflexivo da modernização simples em Foucault, que apresenta cenários de atomização, normalização e individuação é uma

individação genuína, que abre possibilidades de subjetivação autônoma em relação aos seus ambientes sociais, por exemplo, (LASH, 1997, p. 139). Mas mesmo a modernidade reflexiva é uma “devoção cega”, pois suas conseqüências podem desaguar em novas inseguranças e formas de subjugar o indivíduo.

Da mesma forma que as mudanças na família tradicional passam pela abertura à igualdade e à educação para as mulheres, a fase reflexiva da modernidade liberta os indivíduos das estruturas coletivas e abstratas, tais como classe, nação, família (nuclear) e a crença incondicional na ciência. Somente se atinge esta modernidade reflexiva com a crise da família nuclear e a concomitante auto-organização das narrativas de vida (LASH, 1997, p. 141).

A incerteza, o paradoxo e o risco marcam o futuro das sociedades (HESPANHA, 2005, p. 164). Este adentramento em um período de profunda crise civilizatória acompanhada de uma criatividade social e política constitui o cerne de uma verdadeira transição paradigmática. Atrelado a esta produção da incerteza e do risco está novamente o fenômeno da globalização na medida em que a coincidência entre sociedade e Estado vai se desvanecendo e deixando de ter lugar no quadro do Estado-nação.

3.1.3. Modernização e Sociedade de Risco

O conceito de sociedade de risco, segundo Giddens (1997, p. 15), demarca uma fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos e econômicos e ainda individuais apresentam uma tendência a cada vez mais escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial.

Por seu turno, a definição de perigo como construção cognitiva e social traz à discussão o confronto da sociedade moderna com as bases e limites de seu próprio modelo até o momento em que não se percebe modificação e não há reflexão sobre seus efeitos, dando continuidade a políticas parecidas

com as usuais (GIDDENS, 1997, p. 17). Isso acontece quando alguns aspectos da sociedade industrial tornam-se social e politicamente problemáticos e enquanto a sociedade toma decisões e organiza ações segundo velhos padrões, as organizações de interesse, o sistema judicial e a política são obliterados por conflitos originados do dinamismo da sociedade de risco.

Na sociedade de risco a imprevisibilidade da necessidade por controle das situações da vida humana conduz exatamente ao lado oposto da racionalidade instrumental e contabilizável, o reino da incerteza, da ambivalência e da alienação.

Essa idéia do risco sempre esteve envolvida na modernidade. Na atualidade, porém, o risco assume nova e peculiar importância, dado que viver em um mundo globalizado significa enfrentar uma série de situações de risco.

A discussão sobre sociedade de risco, traz em seu cerne o risco social. Santos (2005, p. 164), argumenta que as sociedades de risco distinguem-se pela presença crescente de conseqüências não esperadas, nem desejadas decorrentes do processo de modernização. Tais mudanças atingem todas as esferas da sociedade e mostram um esmaecimento dos contornos das categorias que estruturavam as relações sociais.

O agravamento do risco social num mundo globalizado é decorrente tanto da menor capacidade de resposta das sociedades através de suas instituições de proteção social quanto os fenômenos diretos de exposição ao risco que fazem aumentar as desigualdades, a marginalização e a exclusão.

Assmann (2000, p. 1) na tradução de uma entrevista entre Ulrich Beck e Danilo Zolo, aponta que a modernidade iluminista deve enfrentar o desafio de cinco processos: a globalização, a individualização, o desemprego, o subemprego, a revolução dos gêneros, os riscos globais da crise ecológica e da turbulência dos mercados financeiros. Na sociedade global do risco, as sociedades não ocidentais têm em comum com as sociedades ocidentais

não apenas o mesmo espaço e o mesmo tempo, mas também alguns dos desafios fundamentais da segunda modernidade, mesmo se forem percebidas em âmbitos culturais diversos e segundo perspectivas divergentes.

3.1.4. Sobre os Sistemas Peritos

Os sistemas especializados, sistemas de excelência técnica e competência profissional, organizadores de grandes áreas dos ambientes material e social, conforme Giddens (1991, p. 35) são o que se pode denominar *sistemas peritos*. Esses sistemas estão imiscuídos em todos os aspectos do cotidiano e são corporificados nos médicos que atendem as enfermidades, nos engenheiros e arquitetos que constroem de casas a grandes rodovias, nos advogados e sua presença especializada no mundo jurídico. Todos eles portadores de um *conhecimento perito*.

Zioni e Souza⁶ colocam que as mudanças decorrentes do processo de urbanização que acompanhou a constituição do mundo industrial impôs formas de atendimento coletivo às populações, como os atendimentos em saúde, educação habitação e sistemas de abastecimento.

“A organização desses sistemas peritos – característica ou consequência da modernidade – baseia-se no conhecimento científico operacionalizado em tecnologias capazes de oferecer os serviços cada vez mais necessários e exigidos pela maior parte da população” (ZIONI e SOUZA, 2005, p. 599).

Para Giddens (1991, p.36), a confiança em sistemas peritos por parte das pessoas leigas não depende nem de uma plena iniciação nestes

⁶ ZIONI, F. **Diagnóstico participativo**: apresentação e discussão teórica. (Ensaio para concurso Prof. Associado). São Paulo, 2005

processos nem do domínio do conhecimento produzido por eles. A confiança provém da “fé” e experiência que esses sistemas geralmente funcionem da forma que é esperada que eles funcionem.

3.1.5. Sociologia das Emergências e Sociologia das Ausências

A sociologia das emergências a constitui-se na investigação das alternativas possíveis no horizonte das possibilidades concretas. Ela, segundo Santos (2004, p. 796) amplia o presente congregando o real amplo aos desejos futuros que ele encerra. Ela consiste ainda em conduzir a uma ampliação simbólica dos saberes, práticas e atores, de modo a identificar neles os direcionamentos de futuro para conhecer melhor as condições de possibilidade de esperança e definir as ações que conduzirão à realização dessas condições. Desta forma, a sociologia das emergências atua sobre as possibilidades e sobre as capacidades.

Na sociologia das emergências temos um elemento subjetivo que é a consciência antecipatória e o inconformismo ante uma carência cuja satisfação está no horizonte das possibilidades; movendo-se no campo das expectativas sociais, a sociologia das emergências mantém a discrepância entre experiências e expectativas, pensando-as independente da idéia de progresso, mas de maneira concreta e equilibrada (SANTOS, 2004, p. 797).

O campo da sociologia das ausências tem como objetivo transformar objetos impossíveis em possíveis e baseados neles mudar ausências em presenças e revelar a diversidade e a multiplicidade das práticas sociais. Ainda em Santos (2004, p. 789) a produção social das ausências resulta na subtração do mundo e na contração do presente⁷, expandindo o futuro, pois quanto mais amplo este, maiores serão as expectativas colocadas frente a frente com as experiências do presente. Visando identificar a abrangência dessa subtração e contração, a sociologia das ausências quer que as

⁷ A subtração do mundo e a contração do presente podem ser compreendidas como a transformação do presente em um instante fugido, entrincheirado entre o passado e o futuro.

experiências produzidas como ausentes sejam libertadas dessas relações de produção e assim tornem-se presentes.

Neste domínio, a sociologia das ausências visa substituir a monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes. Conforme Santos (1999, p. 790). Esta ecologia de saberes permite não só superar a monocultura do saber científico, como a idéia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico. A idéia central da sociologia das ausências neste domínio é que não há ignorância em geral nem saber em geral. Toda ignorância é ignorante de um certo saber e todo saber é a superação de uma ignorância particular.

Pode-se ainda afirmar que a sociologia das ausências cria condições para ampliar o campo das experiências concretas no mundo e neste tempo, contribuindo para ampliar o mundo e dilatar o presente. Ampliando o mundo, aumentam-se as possibilidades de experimentação social no futuro e dilatando o presente ocorre a expansão do que é denominado contemporâneo, quando todas as experiência e práticas que ocorrem simultaneamente possam ser consideradas contemporâneas (SANTOS, 2004, p. 799).

Considera-se que as duas sociologias encontram-se associadas de forma estreita, uma vez que quanto mais experiências estiverem disponíveis hoje no mundo, mais experiências serão possíveis no futuro. Na sociologia das ausências essa multiplicação e diversificação das experiências ocorre pela via dos saberes, das diferenças, das escalas e produções. Santos (2004, p. 799-800) nos coloca que na sociologia das emergências isto é revelado por meio da amplificação simbólica dos sinais, tendo por principais campos sociais onde essa multiplicidade e diversidade se revela são as *experiências do conhecimento*, onde entram na medicina os conflitos e diálogos entre a medicina moderna e a tradicional, por exemplo; as *experiências de desenvolvimento, trabalho e produção*, como as formas e modos da economia solidária, alternativa, formas de produção ecofeministas e organizações econômicas populares; as *experiências do reconhecimento*,

como as possíveis experiências de natureza antcapitalista, discriminação positiva sob a forma de direitos coletivos e cidadania; nas *experiências de democracia*, como as experiências que envolvem o orçamento participativo e deliberação comunitária e nas *experiências de comunicação e informação*, como as redes e mídias independentes e alternativas.

As discussões sobre modernidade, risco e sistemas perigosos, destacam a ciência e a tecnologia como componentes fulcrais das sociedades contemporâneas. As propostas de Santos (a sociologia das ausências e a sociologia das emergências) representam proposições para o entendimento destes saberes enquanto eventuais componentes da dimensão emancipatória da modernidade.

Estas dimensões emancipatórias do conhecimento estão mais ou menos presentes em propostas de atenção à saúde e outras formas de intervenção social desde a segunda metade do século XX, sob influência da contracultura, dos movimentos sociais feministas, ecológicos, étnicos, de gênero e outros. Resta, ainda, considerar outras dimensões menos libertárias do conhecimento que apontam, necessariamente, para a leitura de Foucault.

3.2. DE FOCAULT E DAS QUESTÕES DO SABER/PODER NA SAÚDE E NAS POPULAÇÕES

O filósofo Michel Foucault foi um pensador que intimou a fazer da contemporaneidade um problema de investigação, conduzindo a um pensamento que torna a cada um diferentes de si mesmos e a fazer um diagnóstico do que se está fazendo com o tempo presente. Colocou exatamente como tarefa do pensamento fazer a arqueologia deste tempo atual.

“Foucault aciona toda uma gama de conceitos e noções que remetem a uma compreensão crítica das relações de poder e das práticas discursivas e não-discursivas que as sustentam, possibilitando pensar a história e as sociedades em termos de relações, tensões, conflitos que, enfim e também, levam a constituição e ao desmanchamento de dadas configurações ou desenhos espaciais” (COSTA; SOUZA; RAMOS; et al, 2008, p. 630)

A saúde faz parte do programa de produção social da vida em geral no capitalismo moderno, persistindo ainda na condição pós-moderna, como um saber essencialmente técnico, codificado pela Medicina. Este saber também se configura como uma política de intervenção, uma vez que este saber, historicamente carregado de poder incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos, apresentado efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores.

Podemos considerar nestes desdobramentos duas formas principais, dois pólos de desenvolvimento interligados por um conjunto de relações intermediárias.

Martins (2007, p. 41) aponta que o primeiro centrava-se no corpo como máquina, colocando-o frente a adestramentos, ampliação de aptidões, ampliação de suas forças e crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, além da integração em sistemas eficazes e econômicos. Tal conjunto de procedimentos caracterizou o *poder disciplinar*, que configura uma anátomo-política do corpo humano.

Para o segundo pólo, formado em meados de século XVIII, foi dado foco ao corpo espécie, transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: nascimentos e mortalidades, nível de saúde, duração da vida, longevidade e reprodução, com todas as condições de possibilidades e variações.

Este saber-poder é conformador de um aparelho tecnológico que possibilita, ademais de um controle pela via ideológica e da hegemonia, um controle dual, nos termos *foucaultianos*: (1) o controle do corpo-organismo, visando à individuação, e (2) o controle da população, focando os processos biológicos subjacentes a sua constituição, visando à massificação (FOUCAULT, 1999, p. 274). Foucault (1996, p.274), nesse mesmo escopo de reflexão, e levando mais longe a idéia de um saber que é o outro do poder, dirá que esse controle se exerce através de uma tecnologia do corpo social e da sexualidade. Para ele,

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1996, p. 80).

É no sexo que se encontra o foco da disputa política (FOUCAULT, 2003, p. 136-137). O sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos que produz. Dá lugar a vigilâncias, a controles constantes, a ordenações espaciais meticulosas, a exames médicos ou psicológicos infinitos, mas ainda dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social.

Desta forma, a conduta sexual da população por dizer respeito à saúde coletiva, à natalidade, aos métodos contraceptivos, à vitalidade das descendências e da espécie torna-se objeto de análise e de diferentes intervenções governamentais.

Foi a doença, nos diz Foucault (1999, p. 290) como fenômeno da população que trouxe a introdução de uma medicina que tem a função maior

da higiene pública, com a coordenação dos tratamentos médicos, a centralização das informações, a normalização do poder, bem como o aprendizado da higiene e a medicalização da população e, portanto apropriando-se dos problemas da reprodução, da natalidade e da morbidade.

A tese de Foucault, no âmbito de uma análise crítica da sociedade capitalista, reforça a idéia de pensar a natureza da saúde reprodutiva, como sendo estruturada, no âmbito da Saúde Pública, por um “saber da saúde” referido à população, cujo conteúdo é circunscrito por um programa de pensamento cuja meta é o controle. Conseqüentemente, analisar esse saber é, antes de tudo, analisar o campo epistemológico a partir do qual ele está estruturado.

Este “saber da saúde” incide sobre o corpo da mulher, que outrora fora analisado como corpo integralmente saturado de sexualidade e que foi integrado, sob o efeito de uma patologia intrínseca, ao campo das práticas médicas e foi em seguida posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação) (FOUCAULT, 2003, p. 99).

Como dito, a Saúde Pública integra o programa de produção social da vida em geral no capitalismo moderno, sendo codificada pela Medicina. Esta, ao dirigir-se à vida como objeto de intervenção, produzindo sobre ela um discurso com pretensão de verdade, se constitui como uma tecnologia social que trabalha a economia política dos corpos e dos processos biológicos, produzindo, portanto, efeitos individualizantes e massificadores, no contexto de uma difusão de poderes capilares.

Esse poder dual, que se expressa através de duas tecnologias sociais, a tecnologia disciplinar e a tecnologia regulamentadora, pode ser caracterizado conforme segue no *Quadro 1*.

QUADRO 1

O Poder Dual em Foucault: Poder Disciplinar e Biopoder

INDICADORES	PODER DISCIPLINAR	BIOPODER
Zona	Molecular	Molar
Tipo de Tecnologia em que se Materializa	Tecnologia disciplinar.	Tecnologia regulamentadora.
Efeitos Produzidos	É centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo.	É centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos.

continua

Finalidade com Referência à Produção Social	Trata-se de uma tecnologia de treinamento.	Trata-se de uma tecnologia previdenciária.
Compreensão subjacente do “bios” que é objeto do poder	Trata-se de uma tecnologia do corpo, que é individualizado como organismo dotado de capacidades.	Trata-se de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto.

O biopoder foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de reprodução e por meio de ajustamentos dos processos de população aos processos econômicos.

Foucault (2003, p. 132-133) é claro quando diz que a medicina, individual ou coletiva, agiu no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação nestes processos e os sustentam, operando como fator de segregação e hierarquização social, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; a articulação do crescimento dos grupos humanos, à expansão das forças produtivas foram em parte, tornados possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos.

- O *poder disciplinar*, operando na zona molecular micropolítica, da fuga, da indiscernibilidade, relacionada com sua difusão num tecido microfísico. É o poder da organo-disciplina da instituição asilar, que codifica o indivíduo através dos dispositivos disciplinares.
- O *biopoder*, operando na zona molar macropolítica de sobrecodificação, ligada ao todo social, particularmente ao aparelho de Estado, através de técnicas de

governamentalidade. Esta, ao pressupor o controle dos processos biológicos da população, através de mecanismos regulamentadores e previdenciários contra acontecimentos aleatórios inerentes à vida em geral, produz a bio-regulamentação do corpo-espécie da população pelo Estado.

Segundo Martins (2004, p. 25) a crença na “verdade científica” conduz a medicina a acreditar que pode, ou mesmo deve, se dar o direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a “verdade” ou o discurso da “verdade científica”. Esta relação de poder fica ainda mais clara quando a prática médico-“científica” se dá nos serviços públicos junto a uma população de baixa renda. Esta, já excluída política e socialmente no dia-a-dia da cidade, além de não ter o poder financeiro, em geral não tem formação educacional adequada, não partilhando assim da mesma cultura do médico, nem parecendo àqueles que valorizam a racionalidade como alguém digno de ter sua autonomia respeitada.

Herdeira e seguidora dos discursos e práticas médicas em sua origem, a prática assistencial da enfermagem atual é depositária dessa herança histórica decorrente de ser uma profissão majoritariamente feminina, que lhe confere uma não-linearidade, repleta de contradições que influenciam de forma decisiva as suas ações e relações. “Proponho-me a ensinar às mulheres a arte da *enfermagem doméstica*” (DONZELOT, 1986, p. 23). Além disso, permeada de conflitos, visíveis e invisíveis, existe disputa e discussão sobre as relações de poder/saber, construído a partir da transformação destas mesmas relações.

A construção da enfermagem como profissão da saúde parte da compreensão de que ela é atravessada por um processo histórico, social, político, cultural e trabalhista que subsidia e produz um conhecimento que permite estabelecer pontos de contato entre o desenvolvimento da medicina moderna, a percurso da enfermagem dentro da história da saúde pública e as práticas atuais da profissão.

O sistema principal de pensamento, que povoa, norteia (mesmo que forma inconsciente) e assombra aqueles que praticam a enfermagem e em especial aqueles que a exercem no âmbito público, é a existência, para a mulher consagrada, precursora da enfermeira atual, o sagrado estatuto que lhes conferia o reconhecimento de que elas eram portadoras de dons divinos manifestados em seus atos, esmolas e assistência, tornando-as benfeitoras (CAPONI, 2000, p. 15).

Coelho (2005, p. 346) aponta que a necessidade de circular no espaço hospitalar masculino sem ser confundida com prostituta constituiu-se como força necessária para formar profissionais, cuja prática representasse o cumprimento de uma missão divina, cumprindo-se, assim, a recomendação de Florence Nightingale, de que as enfermeiras deveriam dedicar o melhor que pudessem a servir a Deus, sob a égide do princípio defendido no início do século XX: o discurso higienista.

Percebe-se em Padilha, Sobral, Leite, et al, (1997, p. 442) que como a modernidade, o pensamento e a ação que subsidiam a assistência de enfermagem sofrem influência do pensamento e da “verdade científica” codificados medicina, sendo a disciplina, o controle e a anotação constante ainda inerentes às práticas de enfermagem, permeadas pelos estereótipos das qualidades desejadas de obediência, humildade e respeito à hierarquia, qualidades esperadas e exigidas.

“O discurso médico modela o comportamento esperado e estereotipado das enfermeiras, ou melhor sua representação, não de forma totalitária, mas contribuindo para explicar a representação deste comportamento submisso e silencioso do cotidiano das enfermeiras” (PADILHA, SOBRAL, LEITE, et al, 1997, p. 444)

Este discurso da “verdade médico-científica” tem modelado o comportamento esperado e estereotipado da enfermagem, incluídas aí as questões que dizem respeito à saúde reprodutiva e especificamente ao planejamento familiar. Mas esta influência e modelamento não se dão de forma totalitária, mas de maneira formal, porém sutil,

Temos em Foucault (COSTA, SOUZA, RAMOS, et al, 2008, p. 630) uma densa contribuição para a difusão dos regimes de verdade, na qual os enfermeiros são percebidos como profissionais que exercem o poder sobre a vida em sociedade, abrindo perspectivas de análise sobre as práticas assistenciais desenvolvidas atualmente pelos profissionais desta área, na medida em que sua base teórica permite compreender como determinadas verdades são instituídas e apreciar as relações de poder operantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas, incitando a estranhar o que se apresenta como natural para buscar, no cotidiano, elementos que permitam construir um inventário capaz de captar a realidade histórica.

3.3. DA GOVERNAMENTALIDADE E DAS FAMÍLIAS

A partir do século XVI até o final do século XVIII, é desenvolvida uma considerável série de tratados que se apresentam como a arte de governar, devido principalmente ao governo de si mesmo, do problema de governo das almas e das condutas, do problema de governo das crianças e do problema do governo dos Estados pelos príncipes, ou seja, como ser governador, como fazer para ser o melhor governador possível.

Segundo Foucault (1996, p. 280) a arte de governar devia responder à seguinte questão: como introduzir a economia, a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família ao nível da gestão de um Estado?

A arte de governar encontra-se em conexão com a emergência do problema da população, processo sutil em que a ciência do governo, a centralização da economia estão ligados à família e ao problema da

população. Decorrentes destas problemáticas de população, a arte de governar a vida (MICHEL, 2009, p. 44) ou *governamentalidade* foi pensada a partir do modelo da família, a partir de uma economia entendida como gestão da família. E embora esta tenha passado de modelo a segmento no momento em que a população aparece como irreduzível à família, ela é um segmento privilegiado, uma vez que para obter-se alguma coisa da população, seja em relação aos comportamentos sexuais, à demografia ou ao consumo, é pela família que se deverá passar (FOCAULT, 1996, p. 289).

O estudo das formas de governamentalidade, desta forma, implica a análise de formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização. É o que se pode denominar “governamentalidade política” (CASTRO, 2009, p. 191).

O deslocamento da família do nível de modelo para o de instrumentalização a coloca em uma dimensão instrumental em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade e às campanhas de vacinação.

Caponi (2000, p. 55) e Rosen (1994, p.128-131) trazem que o surgimento de uma *polícia médica*, a partir do final do século XVIII consolidou funções como garantir a higiene das moradias, o controle de bebidas, alimentos e vestuário, a procriação, o casamento e a gestação. Além desses, impostos para homens e mulheres solteiros maiores de 16 anos, assistência às crianças, supervisão de instituições escolares, higiene mental das crianças, iluminação e aquecimento das escolas e dietas. E ainda a atenção com doenças dos animais, destino das águas e esgotos, limpeza das ruas e destino do lixo.

Donzelot (1986, p. 23-24) expõe que a ligação entre o médico e a família, dentro de uma perspectiva histórica iniciada no século XIX repercutiu profundamente na vida familiar induzindo sua reorganização em três direções, onde se podem destacar a constituição de uma aliança privilegiada com as mães, portadoras de um reconhecimento de sua utilidade educativa

e a utilização da família pelo médico contra antigas estruturas que englobavam questões intrínsecas ao ensino e à disciplina.

É possível reconhecer três elementos caracterizadores do poder pastoral, onde Foucault reconhece haver relação entre ele e o surgimento da polícia na medida em que esta deveria preocupar-se com todas as necessidades e conflitos suscitados pela população, impondo sua autoridade e conhecendo tudo o que acontecia, inclusive a moralidade, a religião, os pobres e a saúde. Desta forma o vínculo existente entre essa teoria da polícia e a polícia médica é imediato (CAPONI, 2000, p. 53-54).

Esses três elementos são a responsabilidade dos governos e dos oficiais de saúde, sobre a existência dos cidadãos; a obediência, na forma de uma permanente submissão, sendo cada ato e conduta olhados como um bem para a população e um jogo da verdade, relacionando-se à aceitação de um saber, no caso, o saber médico como verdade indiscutível.

Ao ser examinada a participação na conformação e na emergência da família como alvo e agente privilegiado de medicalização, de controle da saúde coletiva e de educação em saúde encontramos em Caponi (2000, p. 79) que o melhor modo para controlar a utilidade de uma assistência, no caso, a saúde, seria a visita domiciliar, entrando na casa do pobre, vendo como ele mora, o que come, com quem mora.

É em função desse conhecimento que se acredita ter uma responsabilidade absoluta, que exige a outra face, a da obediência ilimitada, sem espaço para argumentos ou razões (CAPONI, 2000, p. 94-95). A exigência da obediência, a responsabilidade pela existência de todos e de cada um assim como os recursos à direção de consciência e a “confissão” de seus atos se estabelecem. São estratégias e práticas que excluem a possibilidade de pensar uma assistência em função de princípios que não mandatos e normas incontestáveis, emergentes de um nível “superior e onisciente”.

A saúde e o bem-estar são temas prioritários para o modelo familiar burguês em fins do século XVIII, não tardando estas demandas higiênicas de cuidados com o próprio corpo e com o espaço familiar passar para as famílias pobres como verdadeiras normas de moralização dos costumes e dos hábitos, convertendo a mãe em representante das demandas médico-higienistas no lar, que é o outro lado dos cuidados com a moralidade da família.

Contudo, a gestão da vida através de técnicas de dominação não se dá de forma total; a vida “escapa continuamente”. Existem “as forças que resistem” (FOUCAULT, 1988, p. 136), pois as resistências nunca se encontram em posição de exterioridade em relação ao poder. Por essa razão, a analítica foucaultiana trabalha com a noção de um campo de forças móvel e transitório, que deve ser compreendido em sua processualidade. As forças que resistem se apoiam naquilo que o poder investe: a vida, entendida como as necessidades fundamentais.

Tendo o conceito de resistência uma longa trajetória na obra de Foucault, sua preocupação permanente era pautar os lugares de enfrentamento das práticas de dominação à resistência aparecendo tematizados como liberdade/autonomia/invenção. A resistência ao biopoder ampara-se naquilo que ele investiu, na vida mesma, vida que se volta contra o sistema que pretendia capturá-la, vida que se constitui no alvo das lutas biopolíticas sob a forma de lutas pelo direito à vida, à saúde, ao corpo, à higiene, ao bem-estar e à satisfação das necessidades (ORTEGA, 2004, p. 17).

Neto, Barros, Kind, et al (2009, p. 459) nos colocam que embora seja visto como um teórico do confinamento, das relações de poder e dominação, da denúncia das falsas liberdades que a sociedade disciplinar do capitalismo atualmente propõe, nos últimos anos de sua produção o tema da liberdade surge com vigorosa presença. No entanto, liberdade em Foucault não tem um sentido fundacionista. Ela reside na aposta de que a experiência

historicamente constituída não está sob a égide da determinação necessária, mas da contingência.

Suas análises contrapõem-se à ideia de necessidades universais na existência humana, acentuando o caráter arbitrário das instituições e mostrando de que espaço de liberdade ainda dispomos (NETO, BARROS, KIND, et al (2009, p. 459). Por isso, a liberdade é definida como sendo uma prática ético-política de invenção de novos modos de subjetivação, novas formas de coexistência. Essa invenção, porém, não se dá de modo descontextualizado, ela é produzida no enfrentamento de estados de dominação específicos. Ou seja, a liberdade se constrói como contraposição a processos de dominação historicamente definidos.

3.4. DO FEMINISMO E DOS DIREITOS DAS MULHERES

3.4.1. Origens Históricas e Conceituais dos Movimentos de Mulheres

As análises sociológicas não podem dispensar a contribuição da História para a empresa da compreensão de seus processos de origem, desenvolvimento e pensamento. O entendimento das questões ligadas ao feminismo que desencadeou e tem conduzido a busca por direitos, entre eles o direito à saúde reprodutiva, precisa traçar um percurso histórico, mesmo que breve.

Scavone (2004, p. 14) a partir dos estudos de Joan Scott, aponta como precursoras das lutas feministas, Olympe de Gouges e Jeanne Deroin, nos séculos XVIII e XIX, mostrando uma ligação entre diferentes tipos de luta das mulheres por direitos e igualdade.

O feminismo nasceu a partir do ideal republicano de igualdade e liberdade e sofreu diversas influências políticas, destacando-se o liberalismo, o socialismo utópico e o anarquismo, nos quais buscava o direcionamento para um posicionamento e lugar real nos espaços políticos. Entretanto questões ligadas à vida privada como o questionamento do poder patriarcal

na família também estavam presentes neste embrião do feminismo moderno, embora com teores menos evidentes, uma vez que em um quadro de total exclusão da vida pública sofrida pelas mulheres dos séculos passados, situações da vida privada alçaram pouca evidência na história das lutas das mulheres (SCAVONE, 2004, p. 15).

São duas as etapas históricas que têm delimitado o feminismo e destas, duas ou três grandes fases: a fase universalista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos políticos e civis, uma fase de lutas de afirmação das diferenças e identidades e dos direitos específicos e uma fase denominada de pós-moderna ou relacional.

Neste primeiro período, na França, embora participando ativamente ao lado do homem no processo revolucionário, a mulher não vê estendidas ao seu sexo as conquistas políticas. É neste momento histórico que o feminismo adquire características de uma prática de ação política organizada, com um discurso próprio, afirmando a especificidade da luta das mulheres (ALVES, PITANGUY, 2007, p. 32).

Estas mulheres reivindicavam uma mudança na legislação sobre o casamento que, concedendo ao marido direitos absolutos sobre o corpo e os bens de uma mulher, aparece-lhes como uma forma de dominação incompatível com os princípios da Revolução Francesa.

Mill (2006, p. 11) considerava que a subjugação de um sexo ao outro era “errada em si mesma” e constituía “um dos principais obstáculos ao progresso humano”. O sistema social era a continuidade da escravatura primitiva na medida em que as mulheres eram privadas de quaisquer direitos. De fato, encontravam-se até pior do que se fossem escravas, pois os homens não apenas lhes exigiam obediência, como também queriam o seu afeto.

Na fase seguinte, conforme Scavone (2004, p. 15) homens e mulheres posicionam-se em suas identidades, tempos, situações políticas e sociais, por meio do questionamento dos modelos universais de dominação e da

gradual construção de novos modelos baseados na multiplicidade dos sujeitos. Situando historicamente, estas fases aconteceram, aproximadamente durante os séculos XVIII e XIX; à segunda metade e final do século XX até o início deste século.

A questão que continua sendo chave para o feminismo é a luta por direitos gerais ou específicos. A luta pelo voto universal, por exemplo, que contemplou os homens da classe trabalhadora no final do século XIX e a ampliação dos direitos democráticos, não incluíram o sufrágio feminino. Afirmam Alves e Pitanguy (2007, p. 44-48) que esta foi uma luta longa e específica que abrangeu mulheres de todas as classes tendo alcançado vitória em 1920 nos Estados Unidos e em 1928 na Inglaterra. No Brasil a espera por esse direito levou 40 anos, a partir da Constituição de 1891, não tendo, porém, características de luta de massas. O direito ao voto foi sendo alcançado paulatinamente nos Estados e, quando em 1932 Getúlio Vargas promulga por decreto-lei o direito ao voto pelas mulheres, ele já era exercido em 10 Estados do país.

Durante as décadas de 1930 e 1940 houve uma diminuição das lutas das mulheres, principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra, países especialmente envolvidos nos conflitos da Primeira Guerra Mundial. Durante este período foi grande a valorização e participação das mulheres no mercado de trabalho, suprimindo as necessidades de mão-de-obra deixadas pelos homens que estavam lutando no conflito.

Com o final da guerra, nova desvalorização do trabalho externo da mulher, com o intuito de retirá-la do mercado de trabalho e ceder espaço para os homens. Nova valorização da diferença dos papéis dos sexos e novo retorno das mulheres ao âmbito doméstico (PIRES, PITANGUY, 2007, p. 50). Esta realidade reforçou as forças conservadoras que defendiam a família, a moral e os bons costumes.

A partir das análises de Simone de Beauvoir, no livro *O Segundo Sexo*, na década de 60, incorporando as reivindicações por igualdade, o feminismo

também questiona as raízes culturais destas desigualdades, denunciando a crença na inferioridade natural da mulher, calcada em fatores de natureza biológica e que mascara uma hierarquia, delegando aos homens posições de autoridade. O livro foi um marco na passagem para um feminismo centrado na mulher como sujeito.

Ainda durante este período, Scavone (2007, p. 29) remete à intensificação da luta por acesso amplo à contracepção e pela liberação do aborto, calcada na reivindicação pela livre escolha da maternidade e pela cisão definitiva da sexualidade com a reprodução. São levantadas questões sobre o significado da maternidade, a relação conjugal e a violência contra as mulheres.

No Brasil, no contexto da História política recente, Scavone (2004, p. 16) argumenta que apesar da instalação do estado democrático, a situação de exclusão aos direitos sociais básicos, sofrida por parcela significativa da população perdurou, mas por outro lado abriu espaço para a luta por direitos específicos.

Esta conjunção de lutas por direitos sociais e por direitos específicos circula pelos diferentes períodos da história feminista. Assim, o feminismo contemporâneo não abandonou as idéias das lutas igualitárias por direitos de cidadania, unindo a luta por direitos individuais à luta por direitos coletivos; a luta pelos direitos universais à luta pelos direitos particulares.

“A história das mulheres tem uma força política potencialmente crítica, uma força que desafia e desestabiliza as premissas disciplinares estabelecidas, principalmente, porque este tipo de história questiona a prioridade relativa dada à “história do homem”, em oposição à “história da mulher” e desafia a competência de qualquer reivindicação da história de fazer um relato completo quanto à perfeição e à presença intrínseca do objeto desta ciência – o Homem Universal. Sua força ecoou e contribuiu para o

discurso da identidade coletiva que tornou possível o movimento de mulheres” (SIQUEIRA, 2008, p. 113).

Santos (2000, p. 119) credita à teoria feminista algumas das críticas mais radicais e consistentes à concepção estreita de racionalidade que subjaz ao paradigma da modernidade, podendo-se encontrar, aí, forte associação entre feminismo e pós-modernismo.

Um outro ponto a ser tocado na história do feminismo é o trato com as questões de igualdade e diferença. Estas questões envolviam não apenas as discussões entre feminino/masculino, que eram e seguem sendo as mais pujantes, mas também a pressuposição de igualdade de condições para o exercício de direitos e deveres para todos os cidadãos (SCAVONE, 2004, p, 17).

As diferenças masculino/feminino configuraram-se como questão paradoxal dentro do princípio da igualdade, pois força as mulheres a terem que se adaptar à norma masculina, já que na democracia histórica as mulheres são definidas pela lei natural e portanto, constituídas como um grupo homogêneo à parte, de natureza diferente e que impõe direitos e deveres específicos.

Desta forma, Mathieu (2009, p. 223) argumenta que a extensão para a quase totalidade da experiência humana daquilo que é apenas *uma* diferenciação funcional em *uma* área, leva a pensar em diferença entre os sexos como uma divisão ontológica em que sexo e gênero⁸ coincidem e cada um deles é exclusivo em relação ao outro.

O movimento feminista atual refuta a ideologia que tem tornado legítima ao longo da História a diferenciação de papéis e constituindo a política, o sistema jurídico, a religião, a vida intelectual e artística como construções de uma cultura predominantemente masculina. Revela-se nesta

⁸ A oposição aqui vai, de modo simples, a sexo, que é biológico e gênero, que é social (MATHIEU, 2009).

diferenciação uma ideologia que encobre relações de poder entre os sexos e uma diferenciação baseada em critérios sociais, de relações sociais, da mesma forma que os teóricos da discriminação entre sexos apelam para a “natureza” da mulher para justificar sua posição inferior (ALVES, PITANGUY, 2007, p. 55-56).

Percebe-se, porém que o discurso que reproduz a naturalidade da discriminação encontra-se de tal forma internalizado que é difícil para a própria mulher romper com a imagem de desvalorização de si por ela introjetada, aceitando, desta forma, sua condição de subordinação e incorporando e retransmitindo a imagem de si mesma criada pela cultura que a domina e discrimina.

Alves e Pitanguy (2007, p. 57) afirmam que vencer estas determinações culturais implica na recriação de uma identidade própria, em que as diferenças de sexo sejam de complementaridade e não de dominação, tomando parte de uma totalidade com força dialética.

Uma das frentes de luta do feminismo no Brasil tem sido no campo da saúde com a busca de uma reapropriação do conhecimento do corpo, uma vez que a ausência deste conhecimento produz alienação. Os processos participativos são ferramentas poderosas na garantia do conhecimento e dos direitos. Para a consecução deles, entretanto, é necessário seguir um caminho permanente de politização da sociedade civil, permitindo soluções inovadoras de transformação da sociedade movidas pelos interesses coletivos, pela justiça social e pela cidadania (COSTA, 2009, p. 1082).

Segundo Woitowicz (2008, p.2), são diversas as entidades que desenvolvem ações relacionadas a gênero, cidadania e direitos das mulheres: *Cfemea; Cepia; Ecos; Cemina; SOS Corpo; Comissão de Cidadania e reprodução; Rede Nacional Feminista de Saúde; Católicas pelo Direito de Decidir e Grupo Transas do Corpo.*

A saúde das mulheres deve ser concebida valorizando a perspectiva de classe social e de gênero na determinação social da saúde e, desta visão

complexa e ampliada, retomar a necessária articulação da saúde com as políticas sociais, incluindo as de seguridade social, para produzir mudanças efetivas na inclusão e no bem-estar social desta população.

3.4.2. Direitos Humanos e Direitos Reprodutivos

A idéia de direitos humanos nasceu com a promulgação das declarações de direitos no final do século XVIII, a partir de movimentos sociais e políticos desenvolvidos tanto na América quanto na França.

Atribuindo um sentido inovador e revolucionário à condição humana da pessoa, estes movimentos, diz Teles (2007, p. 16) promoveram nos indivíduos a necessidade de serem donos de seu próprio destino, possibilitando-lhes o questionamento do absolutismo de reis e governantes, que decidiam sobre a vida e a morte de seus súditos.

Da consolidação destas idéias nasceram a Declaração Americana de Virgínia, de 1776 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, fruto da revolução Francesa. No entanto esta declaração referia-se de fato ao homem, à pessoa do sexo masculino. As mulheres não tiveram seus direitos reconhecidos.

Olympe de Gouges, revolucionária francesa participou ativamente dos movimentos da revolução, mobilizando mulheres e fundando vários clubes femininos, que reivindicavam a defesa da igualdade de direitos das mulheres, o acesso à educação e ao divórcio. As lutas de Olympe frutificaram na redação da Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, rendendo-lhe também a condenação à morte na guilhotina (TELES, 2007, p. 19).

Apenas 200 anos depois da condenação e execução de Olympe de Gouges os direitos humanos das mulheres foram reconhecidos durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, ocorrida em Viena, em 1993, que produziu uma declaração que deixou claro em seu primeiro parágrafo, o

caráter universal dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, afirmando que “... *todos os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes.*” Compreende-se segundo Teles (2007, p. 32) que os direitos humanos são inerentes à pessoa, independentemente de seu reconhecimento pelo Estado, cultura, nacionalidade, sexo, orientação sexual, cor raça/etnia, classe social ou faixa etária. De acordo com seus princípios, toda pessoa, pelo simples fato de ser humana, é titular de direitos.

Os direitos das mulheres têm acompanhado os avanços adotados no mundo moderno, o que revolucionou a condição jurídica das mulheres. É uma conquista histórica, porém não acabada, uma vez que ainda convive-se com resquícios patriarcais que estimulam preconceitos contra a população feminina, sedimentados na mentalidade e nas práticas políticas e culturais da sociedade, produzindo marginalização em amplos setores sociais.

Os direitos humanos e em particular os direitos sociais constituem-se como um parâmetro fundamental da vida civilizada e refletem conquistas importantes do movimento democrático e das lutas sociais (NOGUEIRA, 2002, p. 2). Entretanto, a aplicação dos direitos humanos no campo da saúde segue como uma condição desafiante pela pequena, embora crescente experiência de sua aplicação.

É sabido que os direitos sociais trazem consigo a necessidade de alocação de recursos de ordem financeira, humana, técnico-científica, organizacional e política e quase sempre mexem com interesses estabelecidos. Desta forma, situa Nogueira (2002, p. 5) uma situação tendenciosa se dispõe quando se tem indivíduos que podem “pagar por seus direitos” e voluntariamente retiram-se do campo público, ficando no outro pólo, os que são atendidos por este campo público, cobertos pelos impostos recolhidos pela sociedade, ou seja os mais pobres e desfavorecidos.

Ao longo da trajetória do movimento feminista brasileiro, a luta pelos direitos reprodutivos demarcou um campo de reivindicações que ainda

padecem de respostas concretas. Apesar das dificuldades para a efetivação enquanto políticas públicas, os direitos reprodutivos representam um conjunto de práticas que mobilizam as organizações femininas na defesa dos direitos das mulheres (WOITOWICZ, 2008, p.2).

Segundo Jannotti, Sequeira, Silva (2007, p. 26) após o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em Amsterdã, em 1984, a expressão 'direitos reprodutivos' difundiu-se entre as diversas organizações ativistas, conformando uma já vasta área de reflexão, produção de conhecimentos e formulação de demandas em torno dos temas da saúde, sexualidade e reprodução.

Em meados de 1970, mulheres brasileiras e latino-americanas debatiam sobre esses temas, trabalhando-os em grupos de reflexão, fóruns de mulheres e nos espaços de debate público e envolvendo mulheres de distintas origens socioculturais, nos debates sobre saúde, direitos e autonomia sexual e reprodutiva. Estes debates foram ao encontro com outros grandes debates políticos dos países, como a exclusão social, falta de liberdades civis e democráticas, discriminação étnico-racial e tentativas de implementação de políticas de controle demográfico (JANNOTTI, SEQUEIRA, SILVA, 2007, p. 26).

Foram os debates sobre as políticas de controle demográfico e da natalidade, especificamente voltados para os países subdesenvolvidos que tiveram particular importância nas discussões sobre direitos reprodutivos. Fundamentadas em um novo paradigma, que se convencionou chamar de neomalthusianismo, estas políticas estabeleciam uma relação causal direta entre o aumento populacional, de um lado, e o subdesenvolvimento, pobreza, degradação ambiental e instabilidade política, do outro.

Ainda segundo Jannotti, Sequeira, Silva (2007, p. 27) apoiadas pelo financiamento de governos e organizações européias e norte-americanas e operacionalizados por entidades privadas de planejamento familiar, as políticas de controle demográfico se difundiram em países da África, Ásia e

América Latina, nos anos de 1950. No Brasil, as atividades das entidades privadas de planejamento familiar geraram conflitos e foram criticadas por diversos setores.

Nesta época, os movimentos de mulheres denunciaram a distribuição maciça de anticoncepcionais, sem orientação e acompanhamento médico satisfatórios, pondo em risco a saúde das mulheres; a esterilização cirúrgica de mulheres, sem informações sobre sua irreversibilidade e a oferta de outros recursos contraceptivos ou consentimento; as pesquisas experimentais de métodos contraceptivos em mulheres, sem protocolos clínicos e éticos estabelecidos e o descolamento dos programas privados de planejamento familiar de uma política de assistência integral à saúde da mulher.

“Do ponto de vista político e ético, os opositores do controle demográfico denunciaram o caráter sexista, racista e elitista dos programas de planejamento familiar, que afetavam, principalmente, populações pobres e não-brancas, argumentando, também, que pobreza e subdesenvolvimento eram conseqüências da exclusão social e concentração de riqueza e não dos comportamentos reprodutivos das pessoas. Esses movimentos articularam teses que alavancariam o debate atual sobre direito e saúde reprodutiva.” demográfico (JANNOTTI, SEQUEIRA, SILVA, 2007, p. 27).

A proteção e promoção dos direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva ganhou importância nos últimos anos, principalmente devido à Conferência do Cairo, realizada em 1994 e à IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, realizada em Beijing (Pequim), em 1995. O resultado destas conferências fez com que o discurso sobre população e planejamento familiar fosse substituído por um amplo conceito de saúde e

direitos sexuais e reprodutivos, vinculando a liberdade sexual e reprodutiva aos direitos humanos das mulheres (PETCHESKY, 2005, p. 23).

Os direitos reprodutivos, que foram reafirmados na Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, segundo Advocaci (2003, p. 64) compreendem a liberdade de mulheres e homens de decidir se e quando desejam reproduzir-se, envolvendo ainda o direito a ser informado e o direito a métodos de planejamento familiar da escolha do casal, que sejam seguros, efetivos, acessíveis e aceitáveis, além do direito ao acesso a serviços de saúde apropriados que permitam à mulher condições seguras para a maternidade e o parto.

Sobre os direitos sexuais e reprodutivos, diz a Declaração de Beijing:

“Assegurar igualdade de acesso e tratamento a homens e mulheres à educação e cuidados de saúde, que beneficiem a saúde da mulher no campo sexual e reprodutivo, bem como na educação.” (CEPIA, 2001, p. 79)

A declaração afirma ainda no capítulo quarto, que trata dos direitos humanos da mulher, que os direitos reprodutivos dependem dos direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, e o direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva, incluídos aí o direito de adotar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência (CEPIA, 2001, p. 102)

Ainda segundo Cook, Dickens, Fathalla (2004, p. 152), estas duas conferências trouxeram o reconhecimento de que a proteção da saúde sexual e reprodutiva é uma questão de justiça social e que a promoção deste campo da saúde pode ser concretizada através da aplicação e da

prática dos direitos humanos presentes nas constituições e tratados nacionais e internacionais de direitos humanos existentes.

A implementação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres exige leis e políticas de apoio, não podendo as mulheres exercerem esses direitos onde não existam condições para o seu *empoderamento*. Nestas condições estão incluídas suporte material e infra-estrutura (serviços de saúde acessíveis e eficazes, creches, transporte, empregos), bem como mecanismos de apoio culturais e políticos.

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil teve como mais recente direcionamento o documento *Direitos Sexuais e Reprodutivos*, lançado no ano de 2005 e com uma proposta de trabalho para o período compreendido entre os anos 2005-2007. Neste documento, é apresentada como prioridade de governo a garantia dos direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes em relação à saúde sexual e reprodutiva, enfocando o planejamento familiar (BRASIL, 2005, p. 5).

Ainda conforme Brasil (2005, p. 13-22), entre as prioridades e ações propostas pelo Ministério da Saúde estavam a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; a elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar; seminário para pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, atenção em reprodução humana assistida na rede SUS, ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul, apoio e desenvolvimento de pesquisas, atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão, implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de

abortamento, elaboração do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Para que os direitos sexuais e reprodutivos se tornem realidade prática para todas as mulheres, as agendas devem integrar os movimentos pela redemocratização, justiça social e reconhecimento da necessidade de combater falsas crenças ainda existentes que consideram a mulher como seres privados, incapazes ou desinteressadas pelas questões públicas, impedindo que elas atuem como cidadãs em defesa de sua integridade física, autonomia e sua condição de pessoa (PETCHESKY, 2005, p. 26).

3.5. DA SAÚDE REPRODUTIVA E DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

3.5.1. Questões Conceituais em Saúde Reprodutiva

O conceito de saúde reprodutiva tem suas origens calcadas no início do rompimento com o determinismo biológico presente nas reflexões de orientação positivista, onde no cerne deste rompimento residem o respeito às diferenças e a contestação das desigualdades sociais e sexuais.

Segundo Scavone (2003, p. 189) a construção do conceito de saúde das mulheres trouxe à visibilidade política e social o gênero na saúde. Tratava-se de uma recusa à definição de um corpo feminino unilateralmente construído pela medicina como um discurso sobre saúde. Esta recusa incorporava à concepção de saúde a idéia de autonomia na vida afetiva, sexual e reprodutiva das mulheres, além do conhecimento sobre saúde, expressando uma crítica à razão absoluta da ciência médica.

A partir dos anos 80, dentro do Movimento Feminista Internacional a definição de saúde reprodutiva das mulheres ganhou contornos mais nítidos procurando abranger a totalidade dos problemas de saúde ligados à reprodução (contracepção, aborto, pré-natal, parto, câncer de mama e de colo do útero, DST's, gravidez na adolescência), muito embora a diversidade

dos problemas ligados à saúde feminina tenha levado a uma fragmentação dos serviços que atuam na saúde reprodutiva.

Entre os anos 80 e 90 os esforços para legitimar a saúde reprodutiva mobilizaram diferentes interesses e setores, empenhados em formular uma noção desenvolvida em espaços institucionais, como os vinculados ao sistema internacional de planejamento familiar, especialmente a Organização Mundial de Saúde, por um lado e os movimentos feministas, por outro (MINELLA, 2005, p. 158). As formações discursivas destes dois pólos foram possibilitadas pelas críticas às tendências biomédicas, que dominavam o campo das pesquisas em reprodução humana e o questionamento dos argumentos lineares que justificavam políticas de população e programas verticais de planejamento familiar.

Cook, Dickens e Fathalla (2004, p. 8) apresentam a formulação do conceito de saúde reprodutiva a partir do conceito geral de saúde, aquele elaborado e ampliado na Conferência do Cairo, em 1994 e na Conferência Internacional sobre Mulheres realizado em Pequim, em 1995 e definido como um *estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*. Tendo por base esta definição, a saúde reprodutiva deve ser compreendida como sendo a possibilidade de as pessoas manterem uma vida sexual satisfatória e segura, com condições de se reproduzirem e o direito à liberdade de decidir se, quando e com que frequência serão mantidas as relações sexuais.

O enunciado busca recuperar alguns conceitos presentes no discurso feminista, quando traça o delineamento do indivíduo como “livre e de direitos”, por um lado. Por outro, no entanto, retoma o paradigma utópico da saúde, passando ao largo das contradições sociais, econômicas, políticas e culturais presentes no cotidiano da saúde (SCAVONE, 2003, p. 189).

O conceito de saúde reprodutiva é teórico ao abordar as características reprodutivas das mulheres como uma problemática ligada ao gênero, tratada sob a luz do relacional e do histórico, que busca identificar os aspectos

envolvidos nas situações de dominação e poder masculinos, refletidos nas relações com o companheiro, com os médicos e com as instituições de saúde em um pólo e os aspectos decorrentes dos campos de poder onde as mulheres possuem primazia, como o autoconhecimento de seus corpos, o controle da contracepção e a realização ou recusa da maternidade, no pólo oposto; ambos em luta cultural e política pela transformação das condições de saúde da mulher (SCAVONE, 2003, p. 190).

Embora a definição de saúde reprodutiva traga propostas emancipatórias, persistem

“... dificuldades de aplicação efetiva de políticas promotoras de cidadania reprodutiva em diferentes contextos políticos nacionais, com situações socioeconômicas de precariedade, nas quais as mulheres têm baixa escolaridade e os serviços de saúde não têm condições de oferecer um atendimento qualificado que possa suprir a falta de informação das usuárias” (SCAVONE, 2003, p. 194).

Cumprir dizer que, o conceito de saúde reprodutiva inclui também a saúde sexual, cujo propósito é a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das relações pessoais, a partir da observação dos seguintes componentes: capacidade de obter satisfação sexual mútua nas relações sexuais; proteção contra abuso sexual, coerção e assédio; proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e sucesso no alcance ou prevenção da gravidez.

Para as mulheres, a saúde vai além da saúde reprodutiva, uma vez que elas possuem necessidades específicas relacionadas às suas funções sexuais e reprodutivas (COOK, DICKENS e FATHALLA, 2004, p. 17). Além de possuírem um sistema reprodutivo complexo, as mulheres também estão sujeitas a doenças provenientes de outros sistemas do corpo humano, ligadas a questões fisiológicas, genéticas, de estilo de vida e

comportamento. Finalmente, as mulheres estão sujeitas a disfunções sociais, relacionais, políticas e culturais que afetam sua saúde física, mental e social.

A busca de soluções para os problemas da saúde reprodutiva das mulheres está associada a programas políticos que muitas vezes não estão voltados diretamente para os interesses das mulheres, como nas campanhas pontuais de saúde reprodutiva e planejamento familiar que não encontram continuidade. Desta forma, é importante perceber que a determinação do estado de saúde e em particular da saúde reprodutiva depende de outros fatores que vão além dos serviços de saúde.

3.5.2. Questões Atuais em Planejamento Familiar

Um resgate recente da história das políticas de saúde reprodutiva, incluído o componente do planejamento familiar na América Latina traz dois cenários importantes.

O primeiro, segundo Rousseau (2007, p. 310), mostra que desde os anos oitenta, houve um incremento na inclusão das mulheres de baixa renda no sistema público de saúde, fruto de pressões internacionais sobre as nações para dar respostas às demandas destas mulheres. Existia uma importante motivação por trás da evolução do enfoque político por parte das agências internacionais.

Algumas dessas agências haviam passado de uma orientação neomalthusiana para a adoção do enfoque proposto durante a Conferência do Cairo, baseado nas noções de saúde reprodutiva e equidade de gênero. Por outro lado, as instituições financeiras internacionais haviam proporcionado, desde o começo dos anos noventa, políticas sociais como componente central das estratégias de desenvolvimento sob o nome de capital humano (ROUSSEAU, 2007, p. 310). Nessa orientação, as mulheres eram consideradas como particularmente vulneráveis à pobreza, vítimas de uma

década de ajustes macroeconômicos e de disciplina fiscal que na realidade havia eliminado muitos programas sociais.

Estas realidades também foram vivenciadas no Brasil, embora as ações para uma política de atenção à saúde da mulher de forma mais resolutiva tivessem sido iniciadas na década de 80 com a criação do PAISM.

O direito ao planejamento familiar encontra-se explicitado na Constituição Federal de 1988, no parágrafo sétimo, do artigo 226, capítulo sete – Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso:

“§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Brasil, 1988, p. 36).

Esse artigo é regulado pela Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Anexo 8.1), que define as regras para que os usuários do sistema de saúde possam ser assistidos quanto ao planejamento das suas famílias, tanto com relação à contracepção quanto com relação aos meios para assistir à concepção, incluindo a questão da infertilidade.

Campos; Oliveira (2009, p. 4) ponderam que relacionado ao planejamento familiar ou, mais adequadamente, ao planejamento reprodutivo, está o livre exercício da sexualidade. A garantia ao planejamento familiar significa a compreensão que esse não se refere apenas ao momento de ter filhos, mas também a possibilidade de não os ter, a uma vida sexual sem compromisso reprodutivo. O exercício da sexualidade livre de qualquer coação passa pelo respeito absoluto às escolhas das mulheres, ou seja, respeito à sua orientação ou desejo sexual.

Desde a criação do PAISM, em 1983 (RIBEIRO, BARROS, REIS, et al, 2008, p. 413), considerado um marco histórico nas políticas de saúde para as mulheres no Brasil, foi introduzido um novo enfoque sobre esta problemática, centrado na integralidade e equidade das ações. As propostas incluíam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST's e câncer de colo de útero e de mama.

Ainda em Ribeiro, Barros, Reis, et al (2008, p. 413) encontramos que em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 1442 e, posteriormente, da Portaria nº. 0483 incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde, permitindo a esterilização desde que cumpridas as seguintes exigências: no caso de homens e mulheres idade maior que 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos, e no caso de risco para a mãe ou para o filho, tendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, observando um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade do casal e a realização da cirurgia.

Este protocolo, ainda em vigor, procura evitar a indução da laqueadura tubária e conduzir a uma decisão consciente por parte do casal, sem qualquer tipo de coerção, uma vez que o consentimento para a realização do procedimento, seja no homem ou na mulher, deve ser uma decisão do usuário ou usuária e seu respectivo companheiro ou companheira.

A oferta desses serviços pela rede pública de saúde representou um avanço nas políticas de planejamento familiar uma vez que esses serviços eram originalmente oferecidos por especialistas. Essa situação contribuiu para que a laqueadura fosse realizada de maneira indiscriminada em mulheres jovens e com poucos filhos, associando-se ao crescimento nas taxas de cesariana e à cobrança, por alguns médicos, de um pagamento adicional, “por fora”, para que o procedimento fosse realizado (CARVALHO, CECATTI, OSIS, et al, 2006, p. 293).

Com o advento das políticas de atenção básica à saúde e a criação do PSF, as ações de saúde reprodutiva e do planejamento familiar foram naturalmente incorporadas ao escopo de atividades do Programa, estando presentes na NOAS 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001), conjunto de normas e determinações para efetivar a descentralização e a hierarquização das ações de atenção à saúde.

Dentro das responsabilidades e ações estratégicas mínimas na atenção básica ampliada, incluem-se, no âmbito das responsabilidades nas ações de saúde da mulher, *a realização do pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e planejamento familiar*. Dentro das ações de planejamento familiar, as atividades a serem desenvolvidas são *a consulta médica e de enfermagem, o fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais e a realização ou referência para exames laboratoriais* (BRASIL, 2001, p. 63).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período 2004-2007, cujos objetivos principais foram (BRASIL, 2004a, p. 67-69):

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente as causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Dentre os objetivos específicos para o planejamento familiar, encontravam-se *a implantação e implementação da assistência em*

planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral em saúde, desdobrados em:

- 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, e
- Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, onde se encontra como meta para o planejamento familiar a disponibilização de métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde e como prioridade estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008, p. 78).

Na contramão das políticas propostas para uma melhor atenção à saúde reprodutiva no país, ainda é dada ênfase à contracepção sob forma de entrega de métodos apenas, permitindo o desenvolvimento de uma política controladora, na qual a mulher exerce um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva; a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada e sua provisão irregular; e não há definição de papéis dos profissionais que compõem a equipe, percebendo-se, pois, uma distância entre o que está proposto na política do MS e o que é prática no PSF, atestam Moura, Silva, Galvão (2007, p. 962).

Os números da assistência em contracepção trazem uma realidade importante (BRASIL, 2010d): Para o total de mulheres vivendo em alguma forma de união, 81% delas usavam anticoncepcionais (em comparação com 77% verificados em 1996). Desse valor, 77% utilizavam métodos modernos

e 4% os tradicionais. A esterilização feminina manteve-se como o método mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula (25%) e pelo preservativo (12%). A vasectomia responde por 5% das práticas contraceptivas, seguida pelos hormônios injetáveis (4%). O DIU, por outro lado, permanece com baixo patamar de uso (2%) Estes resultados são encontrados em proporção semelhante em outros estudos (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO; et al, 2009, p. S272-S273; NAGAHAMA, 2009, p.S280).

No que se refere à esterilização, houve uma pequena redução na idade em que as mulheres estão se submetendo ao procedimento. Em 2006, a idade média em que se realizava a cirurgia era de 28,1 anos, enquanto, em 1996, era de 28,9 anos. Além disso, a realização da esterilização antes dos 25 anos correspondeu a 27% e a 20% das mulheres, em 2006 e 1996, respectivamente. Mudança substancial ocorreu no padrão contraceptivo entre 1996 e 2006. Observa-se um declínio da esterilização feminina que passou de 40% a 29% e um crescimento do uso do preservativo de 4% a 12%. A maior parte das cirurgias de esterilização feminina continua sendo associada ao parto cesáreo, apresentando o mesmo percentual (59%) em ambas as pesquisas, característica que se acentua com o aumento da idade e do número de filhos.

No que diz respeito às fontes de obtenção de métodos modernos, verifica-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo. E os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2010d). É fato que os governos ainda não têm conseguido implantar estratégias adequadas de fornecimento dos métodos anticoncepcionais para a população. São Identificados problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição, manutenção da oferta e capacitação de gerentes e profissionais de saúde. Isso tem resultado numa oferta assistemática, insuficiente para atender a

demanda e excludente, com maior prejuízo das mulheres oriundas de camadas mais pobres da população e das áreas rurais.

Conforme Ribeiro, Barros, Reis, et al (2008, p. 413), a escolha do método contraceptivo deve sempre levar em consideração fatores como idade, números de filhos, compreensão e tolerância ao método, desejo de procriação futura e a presença de doenças crônicas que possam agravar-se com o uso do método escolhido. Como todos os métodos têm suas vantagens e limitações, é importante que se saiba quais são elas, para que eventualmente se possa optar por aquele que melhor se adeque às características, desejos e necessidades da mulher.

O estudo de Paniz, Fassa, Silva (2005, p. 1747-1748), corroborado por Souza, Pelloso, Uchimura, et al (2006, p. 273-277) indicam que embora os métodos mais conhecidos sejam o anticoncepcional oral, o preservativo masculino, a esterilização feminina, o DIU e a abstinência periódica, a contracepção se restringe geralmente ao uso do anticoncepcional oral e da esterilização feminina, evidenciando a precariedade da atenção à mulher, que adota procedimentos irreversíveis ante a limitação de opções e ao acesso restrito à informação, especialmente para aquelas que dependem do Sistema Único de Saúde.

Scavone (2007, p. 92) coloca que a noção de prática de planejamento familiar oferece a ilusão de escolha, e com ela, a ilusão da mudança. Neste caso, a escolha é limitada e a mudança do padrão de vida das famílias, por meio da diminuição da prole encontra-se ainda longe de acontecer.

Contrastando com a diversidade de métodos contraceptivos revela-se a dificuldade no acesso aos métodos e limitada informação sobre a ampla variedade, indicando um descompasso entre o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado, atesta o estudo de Moura, Silva (2004, p. 1026-1031) e Tavares, Leite Telles (2007, p. 143-147)

Este padrão de desinformação repete-se entre adolescentes, destacando-se os de baixa escolaridade (SOUSA, GOMES, 2009, p. 648-652). Ligeira exceção é feita aos estudantes universitários (ALVES, LOPES, 2008, p. 16) e aos estudantes de escola privada, onde os índices de respostas positivas quanto ao conhecimento e informação revelaram-se um pouco maiores (MARTINS, COSTA-PAIVA, OSIS, et al, 2006, p. 62). Existem outras importantes considerações sobre o trato com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, além da informação, como atestam os estudos de Oliveira, Carvalho, Silva (2008, p. 308-311), de Marinho, Aquino, Almeida (2009, p. S230-S238) e de Alves, Lopes (2008b, p. 172-176).

Na orientação sobre os métodos anticoncepcionais deve ser destacada a *necessidade da dupla proteção* (contracepção e prevenção as DST e HIV/AIDS), mostrando a importância dos métodos de barreira, como os preservativos masculinos ou femininos. O estudo de Carreno, Costa (2006, p. 723-725), dentre outros constata a baixa prevalência no uso do condom, tanto na prevenção das DST's/AIDS, quanto como meio contraceptivo, embora as tendências apontem um crescimento no uso.

Reitera-se que um dos pontos fundamentais para a efetividade das ações de planejamento familiar é o acesso às informações que possibilitem aos usuários, homens e mulheres, condições de realizarem escolhas conscientes a partir da sua realidade e, de tal forma, que promova o desenvolvimento da sua autonomia, resultando na melhoria das suas condições de vida e saúde (RIBEIRO, BARROS, REIS, et al ,2008, p. 413).

Segundo o estudo de Moura, Silva (2006, p. 154), os profissionais de saúde na maioria das vezes esquecem que pode haver uma diferença entre o que eles acreditam ser necessidade dos clientes e o que estes realmente desejam para atender suas necessidades pessoais de contracepção. Essa percepção profissional vem atrelada à conduta passiva da maioria dos clientes, que aceita as decisões profissionais, pois também acreditam e confiam que o saber profissional é soberano, não tendo estes usuários condições de avaliar o que poderia ser melhor para si mesmo.

Esta pesquisa também enfatizou que a relação interpessoal profissional-cliente deve ser estabelecida com simpatia, confiança e garantia de disponibilidade por parte do profissional mediante qualquer dúvida ou intercorrência. Neste contexto, o relacionamento interpessoal positivo influencia a confiança dos usuários em suas próprias escolhas, gerando satisfação e maiores chances de retorno e adesão aos serviços, pois para muitas pessoas que utilizam os serviços de saúde, ser mal atendido é pior do que não receber qualquer tipo de cuidado.

Do ponto de vista da saúde coletiva, o conhecimento do padrão de consumo dos métodos contraceptivos e das características dos usuários da unidade de atenção básica à saúde pode subsidiar as políticas públicas quanto à adequação da utilização e da disponibilidade dos meios para a população. Portanto, pode proporcionar melhor direcionamento de futuras intervenções nos próprios programas de planejamento familiar como também, contribuir com a literatura por meio de novos dados.

A inclusão dos homens nas ações de saúde reprodutiva encontra-se claramente apresentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde referido à universalidade, equidade e integralidade das ações.

Galastro, Fonseca (2007, p. 455) apontam que no Brasil, assim como em boa parte do mundo, o modelo de assistência à saúde reprodutiva é caracterizado por um alto grau de medicalização. Esse processo de medicalização implicou em profundas mudanças nas diversas práticas de assistência ao planejamento familiar, bem como à gravidez e ao parto, privando o companheiro de uma maior participação nas ações e atividades em saúde reprodutiva, por direcionar os métodos contraceptivos majoritariamente à mulher, uma vez que o único método reversível disponível para a população masculina é o preservativo, que oferece dupla proteção. Sua ausência nos serviços de saúde aumenta o risco de infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids.

Carvalho, Cecatti, Osis, et al (2006, p. 293) demonstraram que o processo sócio-histórico em que ocorreu o aumento da prevalência da laqueadura também propiciou condições inadequadas para que as mulheres pudessem optar de maneira livre e informada por essa forma de regulação da fecundidade, o que contribuiu para o aparecimento de um contingente de mulheres arrependidas de terem realizado a laqueadura, em proporções que variam entre 10% e 20%.

Essas mulheres procuram os ambulatórios de esterilidade para solicitar a reversão cirúrgica da esterilização porque querem ter mais filhos e apontam como justificativa para o desejo de reversão a pouca idade por ocasião da cirurgia, freqüentemente considerado como o mais relevante, pouco número de filhos vivos, um relacionamento conjugal instável e/ou a mudança de companheiro, a realização da laqueadura durante uma cesariana ou no puerpério imediato, idade do último filho no momento da laqueadura, morte de um filho ou abortamentos e distúrbios menstruais (CARVALHO, CECATTI, OSIS, et al, 2006, p. 293).

Outra discussão que se abate sobre o tema é que a sociedade brasileira partilha da idéia de que os elevados níveis de pobreza são consequência de uma alta fecundidade das famílias de baixa renda (MEDEIROS, 2004, p.1). Este raciocínio é elaborado de maneira bastante intuitiva: muitas crianças em uma família são muitas bocas para serem alimentadas por poucos braços; como os filhos mais jovens são especialmente dependentes de seus pais, quanto menos crianças disputando os poucos recursos das famílias pobres, melhor para a pobreza no país. Diagnósticos equivocados sobre o comportamento das famílias brasileiras têm subsidiado discussões sobre a restrição do número de filhos que podem ser beneficiados por programas sociais, especialmente os de transferência de renda.

Seguindo padrões vigentes dominantes das sociedades industriais modernas quanto ao tamanho ideal de família –

dois a três filhos -, os discursos dos médicos no Brasil costumam legitimar este modelo, além de associá-lo – sobretudo para as famílias pobres – com a busca de melhor qualidade de vida. De fato, as dificuldades materiais da grande maioria da população brasileira fazem que essa lógica seja inteiramente assimilada pelas camadas populares que consomem o que lhes é oferecido (SCAVONE, 2004, p. 92-93).

No contexto dos debates destes projetos sociais, (CAMURÇA, 2004, p.2) ressurgiram na imprensa brasileira argumentos controlistas que associam o fim da fome com a necessária redução do nascimento de crianças entre famílias pobres. Para o feminismo, contracepção é um direito das mulheres. O caminho para a redução e eliminação da pobreza é outro. É o caminho que passa pela redistribuição da renda e da propriedade, universalização dos direitos sociais e qualificação dos serviços públicos.

Medeiros (2004, p. 2) ainda coloca que essas propostas, carecendo de fundamento científico, vão na contramão das pesquisas brasileiras que mostram que, com renda suficiente, informação e disponibilidade de métodos contraceptivos, as famílias preferem ter um número pequeno de filhos. O discurso do controle da natalidade, não enfrenta o que realmente é grave e está por trás da pobreza e de outros problemas no país: a desigualdade social. Quando a questão é vista por esta outra ótica, a pobreza deixa de ser um problema e passa a ser uma responsabilidade de cada um. Sem justiça social, haverá sempre novas condições de pobreza econômica surgindo e muitas pessoas continuarão sendo empurradas a novas situações de empobrecimento.

Além dos problemas específicos em relação ao planejamento familiar e os usuários de baixa renda, cumpre também destacar as necessidades de atenção em contracepção em grupos especiais, como portadores de transtorno mental. O grupo estudado por Guedes, Moura, Almeida (2009, p.

643) padece da intervenção de um sistema de saúde fragmentado, que nega a assistência integral e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Os resultados encontrados orientam para a necessidade de interação das políticas públicas de planejamento familiar e de saúde mental, que preveem o resgate à cidadania, o respeito às diferenças, a autonomia e a inclusão social de seus usuários.

Neste ano de 2010, em que é comemorado meio século de lançamento da pílula anticoncepcional nos estados unidos e 48 anos no Brasil, foram muitos os avanços e conquistas para as mulheres neste campo no país, mas ainda são encontradas situações de dificuldades e desigualdades no acesso aos diversos métodos contraceptivos no serviço público de saúde, comprovadas pelos números da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), que atestam que cerca de 46% das gestações acontecem de forma não planejada, contra 48% da pesquisa anterior; um avanço pequeno, cujos motivos podem encontrar respostas nos avanços dos estudos na área.

3.6. DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Criado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 1998).

O SUS é um *sistema*, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo (BRASIL, 2007a, p. 38). Ao ser contratado pelo SUS o serviço privado deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. O SUS é *único*, possuindo a mesma doutrina, a mesma filosofia de pensamento e de

atuação em todo o território nacional, sendo organizado de acordo com a mesma sistemática.

O SUS possui ainda os seguintes princípios doutrinários (BRASIL, 2007a, p. 38):

- A *universalidade* dos serviços que consiste em atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não algum tipo de previdência ou seguro saúde e sem cobrar nada pelo atendimento.
- A *equidade* na assistência à saúde, entendendo-se que todo cidadão é igual perante o SUS. Os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar cada necessidade, tratando desigualmente os desiguais.
- A *Integralidade* na assistência, isto é, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Isto faz com que as ações de promoção, prevenção e de recuperação formem um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. Além disso, deve ser combatida a visão dos indivíduos como um amontoado de órgão e sistemas, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significando que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, respeitando a dignidade humana.
- *Participação Popular* compreendendo por este princípio que é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública, em particular; é dever do poder público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS.

São os seguintes os princípios organizativos:

- *Regionalização/Hierarquização*, compreendendo por este princípio que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma

regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada.

- *Descentralização*, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, maiores as chances de acertar a sua solução. Isso significa também que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

Pode-se ainda acrescentar que o SUS deve ser *eficaz* e *eficiente*, produzindo resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; oferecendo qualidade em seus serviços, mas não apenas isto. A utilização de técnicas mais adequadas faz-se necessária, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. É preciso ter não apenas equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, mas a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde.

O estudo de Moura, Silva (2005, p. 797-800) mostrou que a qualificação dos profissionais para o manejo dos métodos contraceptivos ainda é deficiente, uma vez que apenas 17,2% dos enfermeiros entrevistados de uma amostra de 29 profissionais afirmaram que se sentiam preparados para lidar com as questões de anticoncepção; 58,6% reconheceram dificuldades técnicas para avaliar contra-indicações; 34,5% para manejar efeitos colaterais e/ou complicações e 27,6% relataram dificuldades para informar sobre o uso correto de alguns métodos contraceptivos.

Finalmente o SUS deve ser *democrático* assegurando o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema, sejam

dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a, p. 38-39). Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde

Frente aos princípios e prerrogativas acima apresentados, a compreensão da filosofia da Estratégia Saúde da Família passa pela construção do conceito de *atenção básica à saúde*.

A atenção básica à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007b, p. 12). É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Brasil (2007b, p. 12) apresenta a atenção básica á saúde como porta de entrada do SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, buscando resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade da atenção, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A atenção básica considera ainda o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução

de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Por outro lado Pires e Göttems (2009, p. 296) consideram que a recente Política da Atenção Básica pouco avançou, concebendo a família como *estrutura e funcionalidade*, concepção eivada da racionalidade clínica do normal/patológico, com pouco espaço para o multiculturalismo, respeito à diversidade de saberes e amplas abordagens à dinâmica da vida familiar. Essa característica tem raízes no paradigma biomédico, repercutindo na formação e prática dos profissionais, no foco na doença, nos procedimentos dissociados do contexto que os produzem e na visão linear do processo saúde-doença.

As estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), implantados, respectivamente, em 1991 e 1994, orientaram a atenção básica e contribuíram para a operacionalização do SUS, estabelecendo novas práticas na oferta dos serviços de saúde.

O Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. De acordo com Horta, Sena, Silva, et al (2009, p. 525) a concepção que sustenta o PSF propõe uma “nova visão” de construção social da saúde e dos processos de intervenção nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação.

“O PSF propõe práticas de atuação no ambiente e no estilo de vida, otimizando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem. As práticas do PSF têm, como alicerce, o princípio de integralidade, respondendo além das demandas, adequando-se às ofertas de cuidado aos sujeitos, de modo a identificar o contexto no qual se dá o

encontro desses sujeitos com as equipes de saúde da família” (HORTA, SENA, SILVA, et al, 2009, p. 525)

A implantação do PSF é considerada um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA, et al, 2007, p. 164). A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata⁹ já havia influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, sendo que seus princípios foram traduzidos para este novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS.

Nesta perspectiva, a construção da ESF foi consequência de um processo contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde, fruto de uma perspectiva explanatória de busca de modelos assistenciais que conduzissem a uma superação da incapacidade do modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicocêntrico de resposta efetiva às demandas individuais e coletivas (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p. 807).

Escorel, Giovanella, Mendonça, et al (2007, p. 165), colocam que o modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da

⁹A Declaração de Alma-Ata reafirmou que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Também, reafirmou que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Enunciava em seu bojo, ao tecer considerações sobre os cuidados primários de saúde, que estes constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. E como tal, devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades. (BRASIL, 2002)

população residente na área, buscando compreender os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

Segundo Cavalcanti (2009, p. 1339) a denominação Estratégia de Saúde da Família ultrapassa a designação do PSF como um programa e aumenta as possibilidades de difusão da concepção de saúde da família no sistema de saúde. A ESF constitui uma modalidade de atenção primária à saúde inserida no SUS, constituindo-se em parte do sistema de saúde. Além disso, seus objetivos estão consonantes aos propósitos do SUS e sua concretização está vinculada à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, ao provimento de atenção à saúde, à melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população, de modo universal, igualitário e integral.

A unidade de saúde da família deve se constituir no primeiro nível de atenção à saúde, o que supõe uma integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por um número entre 600 e 1 000 famílias (cerca de 2 400 a 4 500 habitantes) (BRASIL, 2007b, p. 26; ESCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA, et al, 2007, p. 165). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Brasil (2007b, p. 28) apresenta as características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, o planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

3.6.1. Discussões sobre o Trabalho Médico dentro da Estratégia Saúde da Família

O médico inserido dentro da Estratégia Saúde da família é um profissional que existe oficialmente no Brasil desde 1994, tendo sido

reconhecido como especialista pela Associação Médica Brasileira a partir de 2003, Integrando, desde então, equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas em muitos municípios do país.

O médico de Saúde da Família desempenha funções como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico (ROMANO, 2008, p. 14-16). Em vista disso, o médico de família deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido.

Bonet (2003, p. 130) defende a idéia de que cabe ao médico de família realizar promoção da saúde com os indivíduos e suas famílias, oferecer aconselhamento médico sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e de estilos de vida, tendo assim, como identidade básica de seu trabalho, o aconselhamento aos usuários e a prática da promoção da saúde à comunidade.

O médico inserido na Estratégia Saúde da Família, ao estabelecer um pacto de cooperação e co-responsabilidade junto aos indivíduos, às famílias e à comunidade, estabelece, de maneira geral, uma abordagem integral, contínua e dinâmica com as pessoas que acolhe. Desta maneira, há de se esperar que possua algumas competências consideradas essenciais ao seu perfil profissional, a exemplo da competência em estabelecer vínculo com as pessoas.

Romano (2008, p. 16) nos fala que como o médico que exerce suas funções dentro da ESF aprende a ser médico a partir de uma medicina que valoriza o biológico, a doença em detrimento do conceito amplo de saúde, gera-se entre esses profissionais a sensação de perda de sua “identidade médica”, estando ainda em construção a concepção de que ser médico de família é também saber produzir cuidado, valorizar o sujeito e seu ambiente,

utilizando de maneira eficaz e eficiente seu conhecimentos nas relações e na interseção com o usuário.

Conforme Cordeiro, Romano e Santos (2009, p. 696), pode-se observar que os médicos valorizam mais as questões técnicas do que as relacionais, ocorrendo o contrário em relação aos enfermeiros, cuja formação, voltada para o cuidado, estabelece um encontro diferenciado com as pessoas que acolhe. Os médicos, com uma formação centrada na doença, na especialização, no ambiente hospitalar e uso de tecnologias caras como parâmetro de boa qualidade médica, estabelecem, dentro da cultura médica, um ideal de profissão que propicia o entendimento de que as questões técnicas sejam mais reconhecidas do que as relacionais diante das ações cotidianas de seu trabalho.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo profissional, na prática médica, é lidar com os aspectos afetivos e comportamentais envolvidos na relação com o paciente. Quando a tarefa envolve aspectos da conduta sexual, a dificuldade é ainda mais evidente.

No aconselhamento em contracepção, Santos, Vieira (2008, p. 590) apontam que por tratar-se de objeto de intensa medicalização, verifica-se uma tendência à normatização prescritiva e à redução ao corpo biológico, levando a uma naturalização da questão e, muitas vezes, a uma total ignorância sobre as questões de gênero.

Medicalizar o corpo e reduzi-lo ao seu aspecto meramente biológico têm sido estratégias comuns da prática médica, de forma a não lidar com os aspectos afetivos e sociais da vida cotidiana, para os quais os médicos sentem-se despreparados. Um dos aspectos levantados é a supressão de dimensões importantes da experiência humana com o advento da medicina científica.

“As múltiplas facetas, social-comunitária, emocional e espiritual, que compõem o existir humano, além da

dimensão biológica, encontram-se dissociadas, diluídas ou completamente negligenciadas na produção do saber médico. É preciso compreender que as raízes dessa dissociação repousam na própria constituição do objeto de estudo da Medicina como um corpo-máquina, na melhor tradição do pensamento cartesiano” (SANTOS e VIEIRA, 2008, p. 591)

O atual cenário de transição social exige um profissional que seja capaz de operar a identificação das necessidades locais de saúde e que articule saberes provenientes de distintos campos cujos vetores convergem na assistência. É preciso superar a compartimentalização dos saberes e colocá-los em diálogo, para que se possa evoluir da fragmentação à integralidade do cuidado. Esses pressupostos têm de ser levados em consideração nos projetos de aperfeiçoamento da educação médica.

3.6.2. Discussões sobre o Trabalho da Enfermagem dentro da Estratégia Saúde da Família

As atribuições do profissional de enfermagem de nível superior dentro da Estratégia Saúde da Família estão diretamente relacionadas com o caráter específico de sua formação, voltada principalmente para a gestão do cuidado, a organização dos serviços e a educação em saúde.

Brasil (2007b, p. 44-45) discrimina como ações inerentes a esta categoria profissional de enfermagem no âmbito da saúde da família a realização de uma assistência integral, englobando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, iniciando ainda durante a vida intrauterina, com o pré-natal, até os cuidados no final da vida. Ainda a realização de consultas de enfermagem e procedimentos na UBS, no domicílio e nos demais

espaços comunitários e o atendimento às demandas espontâneas e programadas.

Além da consulta de enfermagem, o profissional realiza a solicitação de exames complementares e a instituição de medicações, as duas últimas atividades balizadas pelos protocolos do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão (SANTOS; JESUS; AMARAL et al, 2008, p. 126). A realização da consulta de enfermagem pressupõe um domínio das habilidades de comunicação, observação e técnicas propedêuticas, com o delineamento de objetivos claros e metodologia própria.

Benito e Becker (2007, p. 314-315) apontam que a enfermagem, de modo crescente, tem dado ênfase em sua atuação, às atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Uma das estratégias para que isso ocorra é através da educação em saúde que contribui para a formação ou construção de uma nova cultura em se tratando de saúde, onde as pessoas estarão envolvidas no processo de autocuidado.

Por outro lado, o profissional de enfermagem, como gerente da assistência de enfermagem, deve perceber os fatores condicionantes no desenvolvimento do trabalho por sua equipe. Ele necessita estar envolvido com o trabalho em equipe e comunidade promovendo formas educativas de ação, uma vez que o envolvimento das pessoas com sua atividade profissional torna-se fundamental não só para sua satisfação pessoal, mas também, voltadas para a satisfação do cliente e a manutenção da instituição, em termos de qualidade dos serviços oferecidos (BENITO; BECKER, 2007, p. 315).

As mudanças na formação do profissional de enfermagem procuram dar conta destas intervenções em saúde e reconhecer em sua prática cotidiana a existência de dois sistemas de saúde, o profissional e o popular, buscando também compreender as diferenças culturais e preservar o cuidado já conhecido e utilizado pelo cliente, argumentam Marcon, Waidman, Decesaro, et al (2006, p. 26).

Atentar-se a estes aspectos possibilita um cuidado mais congruente com as reais necessidades do indivíduo e sua família dentro das propostas de trabalho da Estratégia Saúde da Família (MARCON; WAIDMAN; DECESARO, 2006, p. 26). Cumpre reconhecer que trabalhar com famílias se mostra hoje aos profissionais como uma possibilidade para que possam ser alcançados resultados de maior impacto na qualidade da assistência e na condição de vida das famílias.

A educação, condição inerente à formação profissional e como prática da liberdade, é revelada na convivência coletiva e, como tal, precisa desenvolver competência profissional para intervir na realidade com autonomia e resolutividade, respeitando as regras democráticas (PRADO, BACKES, SANTANA et al, 2007, p. 532). Além disso, a prática educacional em um contexto de saúde pública precisa avaliar o conhecimento produzido imprimindo sentido e significado à luz do trabalho que realiza para a sociedade.

Prado, Backes, Santana, et al (2007, p. 532) argumentam que para a consecução deste “sentido e significado” se requer que sejam desenvolvidas atitudes de competência emocional e político-social, a compreensão da importância da aprendizagem permanente, a descoberta e o exercício do prazer de estudar e vivenciar o desenvolvimento, a validação e a inovação do conhecimento; reconhecendo a unidade e a complexidade humanas.

Existem algumas considerações de ordem ética que precisam ser apontadas na discussão sobre o trabalho da enfermagem dentro da Estratégia Saúde da Família. Conforme Zoboli (2007, p. 317-318;320) os enfermeiros listam uma série de problemas éticos nas relações com os usuários e as famílias. Dentre eles, a dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional–usuário, pré-julgamentos dos usuários por parte da equipe, o desrespeito do profissional para com o usuário, indicações clínicas imprecisas, prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar, prescrição de medicamentos de maior custo com eficácia igual a dos mais baratos, omissão de informações ao usuário, acesso dos profissionais de

saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal dos usuários, dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários, compartilhamento do diagnóstico do usuário com os demais membros de sua família.

Por seu turno, os profissionais mostraram-se poucos preparados para lidar com tecnologias leves, relacionais, como comunicação, acolhimento, vínculo e escuta qualificada (ZOBOLI, 2007, p. 320). Advoga-se o acesso do usuário à informação, para assegurar decisões autônomas e efetivar a cidadania na atenção à saúde, mas isso só será possível com domínio de habilidades para condução de processos comunicativos dialógicos e emancipatórios. A formação profissional marcada pelo hospitalocentrismo e a vivência em ambientes de alta especialização também faz sentir seus efeitos no equacionamento ético dos enfermeiros.

4. O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

4.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo utilizou uma abordagem qualitativa, sendo de natureza descritiva e explicativa. A pesquisa explicativa (TOBAR, YALOUR, 2001, p. 69-70; TRIVIÑOS, 1987, p. 129), é aquela cujo principal objetivo é tornar inteligível e justificar os motivos de algum fenômeno. Além disso, investiga as causas deste fenômeno, buscando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e intuir as consequências que dele advirão, esclarecendo de que forma estas causas estão associadas entre si.

Ao se indicar a natureza descritiva do estudo, Deslauriers & Kérisit (2008, p. 130) colocam a questão dos mecanismos e dos atores (o “como” e o “que” dos fenômenos) por meio da precisão dos detalhes, fornecendo informações contextuais que poderão servir de base para outras pesquisas de natureza explicativa.

Ao recolher dados descritivos, os investigadores qualitativos abordam o mundo de forma minuciosa. A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia que nada é trivial, que tudo possui potencial para a constituição de pistas que permitam estabelecer uma compreensão esclarecedora do objeto de estudo. Bogdan & Biklen (1994, p. 49) indicam, assim, que a descrição funciona bem como método de reunião de dados, quando o que se pretende é que nenhum detalhe escape à investigação.

A escolha pelo tipo de estudo ou método de natureza qualitativa, deveu-se à superioridade em fornecer uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas sociais (HAGUETE, 2001, p. 63).

O método qualitativo é o que melhor se aplica à busca de respostas dentro do estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de

sua cultura, comportamentos, sentimentos e idéias (MINAYO, 2006, p. 57). E embora seja verdade que a pesquisa qualitativa é geralmente lida por meio de falas ou palavras ao invés do uso de números, isso não significa que seja desprovida da mensuração ou que não possa ser utilizada para explicar fenômenos sociais (POPE, MAYS, 2005, p. 13-14).

A pesquisa qualitativa não convém a todos os temas de pesquisa possíveis e aponta a utilidade enfatizada por Marshall e Rossman sobre a utilidade e a superioridade metodológica da abordagem qualitativa em determinadas situações, principalmente quando:

- A pesquisa não pode ser realizada de modo experimental, por razões práticas ou éticas;
- A pesquisa tem por objetivos aprofundar processos ou fenômenos complexos;
- A pesquisa comporta variáveis pertinentes, que não tenham ainda sido delimitadas;
- A pesquisa pretende explorar em um momento e onde os políticos, o bom senso popular e a prática malogram;
- A pesquisa se refere a sociedades desconhecidas ou estruturas inovadoras;
- A pesquisa se refere aos processos organizacionais, suas ligações informais e não-estruturadas;
- A pesquisa se refere aos objetivos organizacionais reais, por oposição àqueles que são pretendidos (DESLAURIERS & KÉRISIT 2008, p. 129-130).

As mudanças sociais que vêm surgindo de forma acelerada e a consequente diversificação das esferas da vida cotidiana, levam a pesquisa social a enfrentar novos contextos e perspectivas sociais (FLICK, 2009, p. 21). Desta forma as pesquisas estão cada vez mais obrigadas a lançarem mão das estratégias indutivas, ou seja, em vez de partir para teorias e testá-

las, são necessários “conceitos sensibilizantes” para a abordagem dos contextos sociais a serem estudados.

Groulx (2008, p. 95) nos fornece com uma contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social a partir de um cruzamento entre uma definição ampla da pesquisa qualitativa, por meio de dados, métodos de coleta, delineamentos estabelecidos e interpretações produzidas e uma definição restrita da pesquisa social, ou seja, pesquisas voltadas para o estudo dos problemas sociais e das práticas profissionais e institucionais para resolver esses problemas.

A pesquisa social visa, neste caso, tanto reconhecer os problemas e suas causas, como propor soluções ou estratégias de intervenção para resolvê-los. A pesquisa qualitativa situa sua contribuição à pesquisa social na renovação do olhar lançado sobre os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais de sua gestão, (GROULX, 2008, p. 96) com vistas à modificação da percepção dos problemas e também da avaliação dos programas e serviços, pretendendo mudar tanto a prática, quanto seus modos de gestão.

Devido à natureza complexa do objeto desta pesquisa, ajuizamos que esta metodologia é a mais adequada para dar conta do objeto deste estudo.

4.2. CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

Por tratar-se de uma tese de doutoramento, este estudo foi desenvolvido durante os anos de 2006 a 2010, a partir da revisão de literatura para a apropriação e aprofundamento dos conceitos teóricos cujo contato estava sendo iniciado naquele momento, muito embora este tema de pesquisa já faça parte do itinerário de estudos da pesquisadora. O trabalho de campo deu-se especificamente entre os meses de julho de 2009 a abril de 2010.

Os cenários do estudo foram as unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família dos bairros Junco, Terrenos Novos, Pe. Palhano Estação e as unidades de saúde da zona rural dos distritos de Patriarca e Jaibaras. A partir de um universo de 48 equipes distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família, sendo 15 na zona urbana e 13 na zona rural, procurou-se contemplar uma amostra significativa, embora intencional de unidades de saúde e suas equipes que permitissem uma variabilidade de profissionais e usuários com diferentes perfis e considerações próprias sobre o tema abordado no estudo.

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram selecionados de forma intencional, constituindo assim, uma amostra intencional ou de seleção racional ou ainda por tipicidade (RICHARDSON *et al* ,1999, p. 161; MARCONI, LAKATOS, 2001, p. 108), na qual elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Se o plano de pesquisa possuir características que definam a população, é necessário assegurar a presença do sujeito-tipo, constituindo-se naqueles indivíduos que apresentam as características típicas de todos os integrantes que pertencem a cada uma das partes da população. Desse modo, e assim se configura este estudo, a amostra intencional apresenta-se como representativa do universo.

A amostragem intencional é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população a ser estudada pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra. Conforme Polit, Beck, Hungler, (2004, p. 229), o pesquisador pode decidir selecionar, propositalmente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou ainda particularmente conhecedores do assunto em estudo.

A escolha deste tipo de amostragem justifica-se como aponta Pires (2008, p. 154), por ser próprio da pesquisa qualitativa ser flexível e *descobrir-construir* seus objetos, à medida que a pesquisa progride. Consequentemente, a amostra pode sofrer modificações no decorrer do processo, em relação ao delineamento do estudo. Da mesma forma, é difícil, ou mesmo impossível descrever o procedimento de amostragem sem fazer referência ao projeto de construção progressiva do objeto como um todo, portando existe um componente razoavelmente grande de *imprevisibilidade*.

Por fim, a pesquisa qualitativa, por tomar formas muito diversificadas, torna quase impossível um inventário detalhado das diferentes adaptações da amostra aos diferentes objetos não existindo, portanto, modo certo ou errado na construção de amostras em pesquisa qualitativa, uma vez que essa decisão deveria ser distintamente pensada e ser apropriada às questões de pesquisa e não apenas ditada pela conveniência.

Pelas razões acima apontadas, a escolha dos participantes do estudo está distribuída da seguinte maneira;

- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do bairro Pe. Palhano;
- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do bairro Terrenos Novos;
- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do bairro Junco;
- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do bairro Estação;
- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do distrito rural de Jaibaras;
- 1 médico e 1 enfermeira da Unidade de Saúde do distrito rural de Patriarca.

Também participaram do estudo por meio de entrevistas não estruturadas a Coordenadora da Atenção Básica à Saúde da Secretaria de

Saúde do Município de Sobral, a Preceptora de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral e o Coordenador de Políticas Públicas do Município de Sobral.

4.4. TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi realizada em três fases distintas:

Fase 1 – Pesquisa Documental

Constituiu-se na análise de documentos normativos elaborados pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde da Unidade do Estado do Ceará e por documentos elaborados pela Secretaria da Saúde e Ação Social do município onde se situa o cenário da pesquisa.

Embora sejam utilizados métodos de pesquisa qualitativa de maneira distinta, pode-se observar que os métodos usados na pesquisa qualitativa incluem observação direta, entrevistas, análises de textos e documentos e de discursos ou comportamentos gravados (POPE, MAYS, 2005, p. 17). A estratégia de pesquisa documental é característica dos estudos que utilizam documentos como fonte de dados, informações e evidências (MARTINS, THEÓPHILO, 2009, p. 55). A pesquisa documental tem semelhanças com a pesquisa bibliográfica. A principal diferença entre elas decorre da natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias. Por sua vez, a pesquisa documental emprega fontes primárias, assim considerados os materiais compilados pelo próprio autor do trabalho, que ainda não foram objeto de análise o que ainda podem ser reelaborados de acordo com os propósitos da pesquisa.

Cellard (2008, p. 297), por seu turno, aponta duas modalidades de documentos públicos: os arquivos públicos e os documentos públicos não arquivados.

- Arquivos públicos: trata-se de uma documentação geralmente volumosa e, por vezes, organizada segundo planos de

classificação, complexos e variáveis no tempo. Muitas vezes, embora de caráter público, tais arquivos nem sempre são acessíveis e compreendem comumente arquivos governamentais (federais, regionais, escolares ou municipais), arquivos de estado civil, bem arquivos de natureza notarial ou jurídica. Serão documentos desta natureza os analisados por este estudo.

- Documentos públicos não-arquivados: incluem, dentre outros, jornais, revistas, periódicos e qualquer outro tipo de documentos distribuídos como anúncios de publicidade, tratados, circulares, boletins paroquiais, anuários telefônicos, e outros.

Os estudos baseados em documentos sejam eles revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas ou a análise de materiais normativos, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2001, P. 179).

Fase 2 – Aplicação de Entrevistas Semi-estruturadas e Não Estruturadas

Esta fase compreendeu a abordagem dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros que desempenham suas atividades nas unidades de saúde descritas na seção *participantes do estudo*. Foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada, a partir de um roteiro construído para captar a natureza das relações entre profissionais de saúde e usuários vinculados às ações e atividades em Saúde Reprodutiva a partir da ótica dos próprios profissionais.

Minayo (2006, p. 261) e Turato (2003, p. 308) nos falam que entrevista é o meio mais usado no processo de trabalho de campo, ela é uma conversa entre duas pessoas ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e com o objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa.

As entrevistas constituem-se uma porta de acesso às realidades sociais, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras

(POUPART, 2008, p. 215). Por outro lado, as realidades sociais não se deixam apreender-se facilmente, sendo transmitidas através do jogo e das questões de interação social que a entrevista implica.

Estas realidades sociais são informações obtidas por meio do *roteiro de entrevista* (HAGUETTE, 2001, p. 86; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004) constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com o problema de pesquisa. Para uma boa elaboração, realização e análise, a pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daqueles que podem ter sido previstos no início (POPE; MAYS, p. 23).

A modalidade de entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro apropriado que é utilizado pelo pesquisador. Este tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que suas hipóteses e pressupostos serão contemplados na interação (MINAYO, 2006, p. 267; TRIVIÑOS, 1987, p. 146). O roteiro desta modalidade deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. As perguntas fundamentais que constituem a entrevista semi-estruturada não nasceram a priori. Eles são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas de toda informação já recolhida sobre o fenômeno social que o interessa.

Ainda conforme Minayo (2006, p. 191-192), o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e absorva novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. Cada questão do roteiro deve fazer parte do delineamento do objeto, de forma que todos os tópicos em conjunto se encaminhem para dar-lhe forma, conteúdo e contribuam para enfatizar as relevâncias previstas no projeto e a dos informantes.

Cumprir dizer que foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista e alguns ajustes nas perguntas foram feitos a fim de adequá-lo à compreensão

dos entrevistados e eliminar perguntas repetidas ou não muito bem elaboradas.

Como já explicitado na seção *Participantes do Estudo*, também foi realizada uma entrevista não estruturada com a Coordenadora da Atenção Básica à Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Sobral, uma entrevista desta mesma modalidade com a Preceptora de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral e outra entrevista, também desta mesma modalidade com o Coordenador de Políticas Públicas do Município de Sobral.

Sobre a entrevista não estruturada, também denominada entrevista em profundidade, Tobar e Yalour (2001, p. 100), apontam que por este enfoque de entrevista o pesquisador pode usar algum tipo de listagem de temas como agenda, havendo um controle mínimo sobre a ordem em que os temas serão abordados e sobre as respostas dos entrevistados, sendo o tom de uma conversa e o objetivo que o entrevistado se abra e o entrevistador o deixe à vontade para expressar-se.

Este estilo de entrevista é construído a partir de conversações e pode ajudar a descobrir problemas relevantes e definições apropriadas sobre os termos a utilizar para o uso de outros instrumentos para a coleta dos dados de pesquisa.

Nas entrevistas abertas, a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida, sendo determinada pelas preocupações, relevâncias e ênfases dado ao assunto em questão. Em sua realização o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamento buscando sempre encontrar os pontos relevantes para o aprofundamento da conversa, nos fala Minayo (2006, p. 265).

Alguns objetivos da entrevista não estruturada são (RICHARDSON, 1999, p. 208-209):

- Obter informações do entrevistado, seja do fato que ele conhece, seja de seu comportamento;

- Conhecer a opinião do entrevistado, explorar suas atividades e motivações;
- Tratar de um problema comum: discutir uma decisão a ser tomada conjuntamente, estabelecer um plano de trabalho ou resolver um problema.

Todas estas entrevistas foram gravadas em meio digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra, respeitando o direito dos entrevistados de não participarem da pesquisa, de desistir da entrevista ou retirar o consentimento em participar.

Fase 3 – Observação Livre Sistemática das Consultas Individuais e em Grupo

Esta fase compreendeu momentos de observação não participante ou livre das consultas individuais realizadas por profissionais de medicina e enfermagem.

Também durante esta fase, foram observados os momentos em que os profissionais, geralmente de enfermagem, ministravam uma pequena palestra com orientações sobre os métodos contraceptivos e sobre prevenção ao câncer de colo uterino e de mamas antes de iniciar as consultas individuais.

Além desses profissionais selecionados para estes momentos de observação, também participaram em uma etapa posterior, durante as reuniões para a decisão sobre a adesão à laqueadura tubária ou vasectomia, profissionais de assistência social, ocasionalmente enfermeiro (a)s das unidades de saúde pesquisadas, agentes comunitários de saúde, que naturalmente se fazem presentes e os usuários interessados em aderir ao método, geralmente em número médio de nove a quinze usuários.

Observar um fenômeno social, conforme Triviños (1987, p. 153), significa que ele tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, sejam estudados em seus atos, atividades, significados e relações.

A observação livre satisfaz as necessidades principais da pesquisa qualitativa como a relevância do sujeito da prática manifesta do mesmo e a ausência, parcial ou total, do estabelecimento de pré-categorias para a compreensão do fenômeno que se observa. Esta caracterização se dará posteriormente no processo de análise do material coletado.

Ainda neste tipo de observação (RICHARDSON, 1999, p. 260-261) o investigador não toma parte nos conhecimentos objeto de estudo como se fosse membro do grupo estudado, mas apenas atua como expectador atento, procurando ver e registrar o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho. Sua utilidade, além de exploratória também se indica para estudos mais profundos. Na observação livre sistemática, tem-se uma estrutura determinada onde serão registrados os fatos ocorridos, diálogos presenciados e a frequência das ocorrências.

A observação, nas ciências sociais, envolve uma observação sistemática e detalhada do comportamento e da fala (POPE, MAYS, 2005, p. 41, 47). A qualidade dos estudos observacionais depende, mais do que a maioria dos métodos, da qualidade do pesquisador, uma vez que ele possui uma responsabilidade particular sobre o pesquisado para fornecer descrições detalhadas da coleta e da análise dos dados.

Um dos pontos positivos para o uso da observação é a possibilidade de obter a informação no momento em que ocorre o fato, possibilitando a verificação de detalhes da situação que podem ser esquecidos pelos elementos que observaram ou vivenciaram o acontecimento

Quando se configura um desenho metodológico com a característica de comparação entre os diferentes discursos levantados e os dados obtidos através da consulta a fontes bibliográficas, temos um desenho de análise denominado *triangulação*¹⁰.

¹⁰ Um dos componentes da triangulação é grupo focal. Neste estudo, não foi possível realizá-lo, pois mesmo após reiterados convites, as mulheres não compareciam ou compareciam em número insuficiente para a realização do grupo. Este fenômeno será comentado ao longo da análise.

Zioni, Souza (2005b, p. 609) argumentam que o uso deste desenho contribui para o conhecimento da realidade sobre a qual as políticas públicas devem atuar, contribuindo para a identificação da realidade a partir das experiências em saúde de profissionais ou usuários. É do contato entre formas diferentes de conhecimento que torna-se possível uma melhoria na relação profissionais e clientela e consequentemente um melhor desempenho técnico e profissional.

➤ Sobre o Trabalho de Campo e a Construção dos Diários de Campo:

Considerando que a pesquisa social trabalha buscando compreender os sujeitos como atores sociais em relação, grupos específicos ou perspectivas, produtos e exposição de ações, estes sujeitos da investigação são construídos teoricamente como componentes do objeto de estudo

O trabalho de campo refere-se a estar dentro do mundo dos sujeitos pesquisados, mas ao mesmo tempo encontrar-se fora dele, registrando de forma não intrusiva o que vai acontecendo e recolhendo dados descritivos (BOGDAN, BIKLEN, 1994, p. 113).

O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, uma vez que a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Dada a sua importância, o trabalho de campo deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais. Este cuidado evidencia que o trabalho de campo em pesquisa social não é transparente e tanto o pesquisador quanto seus interlocutores e sujeitos observados interferem dinamicamente no conhecimento da realidade (MINAYO, 2006, p. 203)

Os diários ou notas de campo têm sido utilizados por pesquisadores para relatar de forma escrita aquilo que é visto, ouvido, experienciado e pensado no decurso da coleta de dados do estudo qualitativo (BOGDAN, BIKLEN, 1994, p. 150). Na condução de entrevistas gravadas, ainda conforme Bogdan e Biklen (1994, p. 268) o significado e contexto da

entrevista podem ser capturados mais completamente, se forem acompanhados das notas de campo. Somente a notação consegue revelar uma ocorrência transitória a partir de seu curso cotidiano tornando-a um evento para o qual o pesquisador e o leitor possam reiteradamente voltar sua atenção.

Nos diários de campo são anotadas as observações, que não são modalidade de nenhuma entrevista. Nele são escritas as impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultado de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios às falas e manifestações dos interlocutores e é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre as falas, comportamentos e relações que tornam mais verdadeira a pesquisa de campo (MINAYO, 2006, p. 295).

Em um sentido restrito, as anotações de campo podem ser entendidas como as observações e reflexões realizadas acerca de expressões verbais sobre as ações dos sujeitos, descrevendo-as e tecendo comentários em seguida. Neste estudo, os comentários serão apresentados durante o processo de análise. Triviños (1987, p. 154) coloca ainda que as anotações de campo podem referir-se principalmente às entrevistas individuais e coletivas e à observação livre.

Por outro lado, em uma dimensão específica as anotações podem delinear o comportamento dos pesquisadores atuando como observadores livres de uma situação de investigação claramente delimitada e a exatidão das descrições dos fenômenos sociais é um requisito essencial da pesquisa qualitativa, como primeiro passo para avançar na explicação e compreensão da totalidade dos fenômenos em seus contextos e relações.

4.5. TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos do campo, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo. Nesse desiderato, inicialmente, podemos concordar com Tobar e Yalour (2001, p. 105), quando afirmam que para esta

modalidade de análise de dados qualitativos, são recolhidos comportamentos verbais que servem de indicadores e que, quando agrupados, constituem unidades da vida social. É a categorização deste material. O objetivo principal da análise de conteúdo reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento qualitativo, como é o caso deste estudo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria.

Triviños (1987, p. 159) acrescenta que ao lado do estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, a análise de conteúdo desvenda as ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, que à simples vista não se apresentam com a devida clareza.

A respeito da natureza da análise de conteúdo (RICHARDSON, 1999, p. 223-224; MINAYO, 2006, p. 308), diversas definições coincidem em que análise de conteúdo mostra-se como uma técnica de pesquisa, e como tal, apresenta as características metodológicas de *objetividade, sistematização e inferência*.

- **Objetividade:** refere-se à explicitação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa da análise de conteúdo de forma suficientemente clara para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados. Para cada momento do processo, faz-se necessário que o pesquisador tome decisões sobre como que categorias utilizar, como realizar distinção entre elas, que critérios utilizar para registrar e codificar o conteúdo. Em uma análise categorial, as diversas categorias devem cumprir os requisitos de *homogeneidade*, não misturando critérios de classificação; *exaustividade*, classificando a totalidade do texto; *exclusão*, evitando que um mesmo elemento do conteúdo seja classificado em mais de uma categoria e *objetividade específica*, quando codificadores diferentes chegam ao mesmo resultado.

- **Sistematização:** refere-se à inclusão ou exclusão do conteúdo ou de categorias de um texto de acordo com regras consistentes e sistemáticas, significando que para testar diversas hipóteses, o pesquisador deve analisar todo o material disponível, tanto aquele que apóia suas idéias quanto os que não as apóiam, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos.
- **Inferência:** é a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Considerando a descrição como uma primeira etapa da análise e a interpretação com a última etapa, a inferência é um procedimento intermediário que permite a passagem entre uma e outra. Conforme Bardin (1977, p. 41), a leitura efetuada pelo analista de conteúdo não é unicamente uma leitura “ao pé da letra”, mas antes o recolher e “trazer à tona” significados de natureza psicológica, sociológica, política e histórica.

É ainda Bardin (1977, p. 42) quem dá a definição de análise de conteúdo como sendo “um conjunto de técnicas de análise (...) visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens.”

Desta forma, pertencem ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo. Qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos através de operações que conduzem a resultados confiáveis. Desta feita, é fundamental dominar os conceitos básicos das teorias que alimentam o conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977, p. 42; TRIVIÑOS, 1987, p. 160-161).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura do primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, aponta Minayo (2006, p. 308). Todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem.

A noção de tema encontra-se ligada a uma afirmação que diz respeito a um determinado assunto, comportando um conjunto de relações e representado por palavras, frases ou expressões (BARDIN, 1977, p. 105-106; MINAYO, 2006, p. 315-316). O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, podendo ser recortado em constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem apresentar significado para o objeto analítico escolhido. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

São previstas três etapas básicas no processo de trabalho com a análise de temática de conteúdo: pré-análise, exploração do material ou descrição analítica e tratamento dos resultados obtidos ou interpretação inferencial (BARDIN, 1977, p. 95-102; MINAYO, 2006, p. 316-318; TRIVIÑOS, 1987, p. 161-162).

- Pré- Análise – Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as

relações entre as etapas realizadas e elaborar alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Podemos decompor a pré-análise nas subetapas da *leitura flutuante*, que consiste em um contato direto e intenso com o material de campo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais capaz de ultrapassar a sensação de desorganização inicial. A *constituição do corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, o que deve responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que implica no material contemplar todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que ele tenha as características essenciais do universo de estudo pretendido; homogeneidade, que tenham sido obedecidos os critérios de escolha dos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos sujeitos pesquisados e pertinência que atribui aos documentos analisados adequabilidade às respostas fornecidas aos objetivos do trabalho. A *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos* é o processo que consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Ao se falar em reformulação de hipóteses, abre-se a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou novas indagações. Ainda durante esta fase, determinam-se as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientação a análise.

- Exploração do Material – esta etapa consiste numa operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para a realização plena desta fase, o investigador busca encontrar *categorias* ou expressões ou ainda palavras

significativas em função das quais o contexto de uma fala será organizado. Apresenta-se como uma redução do texto às palavras e expressões significativas. De toda a análise surgem quadros de referências. Esta etapa consiste na codificação, categorização e quantificação das informações presentes no material e estas informações que constituem o *corpus* é submetido a um estudo orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

- Tratamento dos Resultados Obtidos – com esta fase, o estudo alcança agora sua maior intensidade. A reflexão e a intuição embasadas nos materiais empíricos estabelecem relações com a realidade social ampla, aprofundando as conexões das idéias chegando às propostas básicas de transformação nas estruturas específicas e gerais. Na interação dos materiais dentro do tipo de pesquisa proposto, não é possível deter a atenção apenas no *conteúdo manifesto* dos documentos. A análise deve ser aprofundada, tratando ela de desvendar o conteúdo latente que o material possui, abrindo perspectivas para descobrir ideologias ou tendências dos fenômenos sociais, mostrando-se dinâmica, estrutural e histórica.

4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, foram tomadas as providências necessárias para um enquadramento ético da pesquisa. Assim, lançou-se mão da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta esse tipo de estudo.

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres

que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

O estudo procurou respeitar estes referenciais, uma vez que reportando-se à autonomia de indivíduos participarem ou não da pesquisa, esta lhes foi proporcionada, quando da explicação da finalidade do estudo, a fim de que houvesse um entendimento por parte dos sujeitos pesquisados e estes exercessem, então, a autodecisão de participar da pesquisa.

A beneficência foi atingida quando consideramos que os resultados do estudo serão enviados às pessoas pesquisadas e serão divulgados às Equipes do Programa de Saúde da Família de Sobral. Também haverá publicação dos resultados em congressos e encontros e em periódicos científicos.

Sobre a não-maleficência, destacamos Palácios, Martins e Pegoraro (2002, p.169), dizendo que se entendermos o ser humano como um ser integral, biológico, psíquico, social e moral, sujeito de uma história única, singular, e portador das mais legítimas aspirações, os danos possíveis podem ser os mais diversos.

Pensadas tais questões, procurou-se evitar todos os riscos possíveis, proporcionando aos sujeitos entrevistados um ambiente seguro, discreto, onde eles pudessem expressar sem interferências suas idéias e opiniões, sendo-lhes assegurado o absoluto anonimato de sua pessoa e de suas declarações.

Por fim, a questão da justiça encontrou-se no equilíbrio entre a beneficência e maleficência, no nosso caso, para o grupo de pessoas pesquisadas, procurando atribuir-lhe um alto grau de beneficência e reduzindo a maleficência à menor ocorrência possível, tratando-as assim, de forma eqüitativa.

Para o alcance dos referenciais da Bioética neste estudo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado ao início da entrevista, a fim de obter o consentimento dos entrevistados para

as respostas às perguntas e para o uso do gravador, esclarecendo-os do anonimato a respeito de sua identidade, a retirada de sua participação a qualquer momento da pesquisa e o acesso aos resultados da mesma.

O Projeto foi enviado para submissão ao CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e obteve total aprovação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. DESCREVENDO O CENÁRIO MACRO DO ESTUDO

5.1.1. A Cidade de Sobral

A cidade de Sobral encontra-se situada na região noroeste do Estado do Ceará, distando de Fortaleza, capital do Estado 224 Km. É constituída por onze distritos, com uma área territorial de 2.129 Km², equivalente a 1,45% do território estadual.

Sobral é integrante de uma Microrregião econômica composta pelos municípios de Cariré, Forquilha, Granja, Groaíras, Irauçuba, Massapê, Miraíma, Pacujá, Santana do Acaraú e Senador Sá. Segundo o IBGE, a cidade é parte integrante da Macrorregião de Planejamento - Sobral/Ibiapaba.

Limita-se ao Norte com os Municípios de Meruoca, Massapê, Santana do Acaraú e Alcântaras. Ao Sul com os Municípios de Forquilha, Santa Quitéria, Groaíras e Cariré; a Leste com, Miraíma, Irauçuba e Canindé e a Oeste com Coreaú e Mucambo (SOBRAL, 2009, p.14).

A divisão distrital inclui Rafael Arruda, Aracatiaçu, Aprazível, Jaibaras e Taperuaba como os maiores distritos municipais em extensão, somados aos distritos de Jordão, Caracará, Bonfim, Patriarca, São José do Torto, Patos e Caioca.

O clima predominante em Sobral é Tropical Quente Semi-árido e Tropical Quente Semi-árido Brando, com temperatura média de 26° a 28°C, considerada uma das mais altas do Estado, associada a uma baixa pluviosidade, cuja média anual é de 821 mm. As altas temperaturas e a má distribuição das chuvas contribuem para o florescimento da caatinga arbustiva, vegetação predominante em 75% do território municipal.

Por estar estrategicamente localizada e possuir vias de acesso favoráveis, Sobral constitui-se em um pólo de oferecimento de bens e serviços especializados à própria Região e de escoamento da produção para

os Estados do Piauí, Maranhão e Região Norte do país. Essa influência atinge um raio de 200 Km entre as regiões administrativas de Crateús e Novas Russas.

De acordo com o IBGE, o Município de Sobral possui uma população estimada para o ano de 2009 de 182.430 habitantes, sendo 51,2% do sexo feminino e 48,8% masculino, um incremento de 17,58% em relação ao contingente populacional do ano 2000. A taxa de fecundidade específica representada pelo número de nascimentos por grupo de mil mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos foi de 59,40 para o ano de 2008 (SOBRAL, 2009, p.17-18; BRASIL, 2010b; c).

Tabela 1 – Estimativa da população residente, por faixa etária e ano, no município de Sobral, 2000-2009.

Faixa Etárias	2000		2009	
	Nº	%	Nº	%
	155.276	100	182.430	100
< de 1	3.544	2,2	3.529	1,9
1-4	14.808	9,5	14.316	7,8
5-9	17.450	11,2	18.883	10,3
10-14	18.667	12,0	18.357	10,0
15-19	16.705	10,7	18.383	10,0
20-29	27.523	17,7	35.677	19,5
30-39	21.566	13,8	26.899	14,7
40-49	13.503	8,6	20.049	10,9
50-59	9.409	6,0	11.891	6,5
60-69	6.475	4,1	7.798	4,2
70-79	3.941	2,5	4.573	2,5
80 e +	1.685	1,0	2.075	1,1

Fontes: 2000: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. 2009 IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/ P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

De 2004 a 2009 verifica-se um incremento na melhoria da qualidade dos serviços e da atenção prestada à população de uma forma geral, além da ampliação dos equipamentos sociais, melhoria da infra-estrutura urbana e habitacional, geração de emprego e renda, recuperação e valorização do patrimônio histórico-cultural. Como consequência deste trabalho, identifica-se a melhoria dos indicadores sociais e econômicos como o IDH médio de 0,699¹¹ em 2000 e PIB per capita de 8.668¹² no ano de 2006 (SOBRAL, 2009, p.21).

A economia tem apresentado nos últimos anos um crescimento acentuado do setor industrial, destacando-se as indústrias de transformação como a de vestuário, calçados, artigos de tecidos e de produtos alimentícios. Uma única fábrica de calçados, a Grendene Calçados, é responsável pela geração de aproximadamente 15 mil empregos diretos.

5.1.2. A Situação da Saúde em Sobral

Em 1997, uma nova gestão do governo municipal foi iniciada. Neste momento foi diagnosticado um quadro caótico no sistema de saúde vigente. Um dos maiores problemas identificados estava na ausência de ações efetivas na atenção primária, havendo predominância das ações na área curativa e hospitalar. Com isso podia-se perceber uma grande preocupação com a doença e com o doente, deixando lacunas nas áreas da prevenção de doenças e da promoção da saúde.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no Município de Sobral tinha como principal objetivo promover uma mudança do modelo de atenção em saúde e, como consequência, uma melhoria da qualidade de

¹¹ Por este valor, o município de Sobral possui um desenvolvimento humano médio, cujos valores vão de 0,500 a 0,799.

¹² O **produto interno bruto (PIB)** representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, sejam países, estados ou cidades, durante um período determinado (mês, trimestre, ano, etc). O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região.

vida de sua população. O princípio organizativo da ESF é a adscrição da clientela em uma base territorial, e tem como referência para prestação do atendimento a essa mesma clientela a Unidade de Saúde da Família.

Um aspecto importante desenvolvido nas unidades de saúde da ESF foi o processo de organização de serviço baseado no acolhimento. Tal processo vem buscar um olhar e uma escuta das necessidades do usuário, rompendo com as filas; ou seja, o acesso não é dado pela ordem de chegada e sim pelas necessidades dos usuários, priorizando as urgências, ao mesmo tempo em que organiza a demanda programada.

A Secretaria da Saúde e Ação Social com vistas a garantir a organização e o modelo de gestão orientado para a atenção integral à saúde aderiu ao Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, normatização vigente do SUS desde 2006 (SOBRAL, 2009, p.22).

Em 2007, com a publicação da Portaria GM.Nº04/2007 assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal/TCGM, ratificando assim a responsabilidade da gestão municipal de todos os serviços e prestadores de saúde.

A organização do sistema local de saúde de Sobral atende os princípios da hierarquização do SUS, tendo a Estratégia Saúde da Família como a principal proposta para compor a atenção básica e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema.

O Sistema Municipal de Sobral dispõe de uma capacidade instalada para a realização de serviços da atenção básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Os serviços da atenção compreendem atualmente 48 Equipes de Saúde da Família, 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 06 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família (CSF) e 05 unidades de apoio, em áreas compreendidas como territórios (Figuras 1 e 2), onde, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população, acompanham 600

a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 93,4% da população do município.

Figura 1 - Mapa da Sede de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família de Unidades de Apoio.

Figura 2 - Mapa dos Distritos de Sobral com a distribuição dos Centros de Saúde da Família e Unidades de Apoio.

Quanto à distribuição das equipes no território, o Ministério da Saúde recomenda que se obedeça aos critérios de densidade populacional, acessibilidade e influência de fatores epidemiológicos. A cobertura populacional ideal por cada equipe da Estratégia Saúde da Família é uma equipe para 3.450 pessoas e uma Unidade Básica de Saúde como estrutura física de apoio para essa equipe.

Para definição do número de Equipes de Saúde da Família e da distribuição destas no território do município de Sobral, foi elaborada uma divisão por Áreas Descentralizadas de Saúde. Essa divisão foi realizada através de um processo de territorialização, do qual participaram os agentes de saúde, lideranças comunitárias e técnicos da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde (SDSS).

O processo de territorialização compreende dentre outras atribuições, a adscrição de uma determinada população a uma unidade de saúde específica onde são consideradas características geográficas, proximidade do grupo populacional à unidade de saúde, meios de transporte que facilitem o acesso, aspectos econômicos e culturais. Além disso, há que se considerar que o território onde são geradas as demandas de saúde é ainda definido por critérios sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos (VILAROSA, 1993, p. 11; MENDES, 1999, p. 167-168).

A territorialização no Sistema Municipal de Saúde é um processo dinâmico, sendo constantemente atualizado, respondendo a própria dinamicidade do município, que sendo pólo da região noroeste do Ceará, vem passando por um processo de expansão demográfica e econômica.

Um aspecto importante observado na gestão municipal de Sobral é a aplicação do princípio da equidade na distribuição das equipes no território dentro do município. Nos bairros onde a população é mais desfavorecida economicamente e com indicadores epidemiológicos negativos, o número de equipes e profissionais de saúde é relativamente maior do que nos bairros onde a situação sócio-econômica é melhor (SOBRAL, 2009, p.22).

Pode-se destacar a incorporação de outras categorias profissionais (psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) dentro do quadro mínimo de equipes adotado no país – médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, auxiliar de enfermagem - além do intenso processo de capacitação desses profissionais, através da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, como se vê na tabela 2.

Tabela 2 – Evolução quantitativa de recursos humanos da Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral, 2008-2010.

Profissional	2008	2010
Profissionais de Nível Superior	589	629
Médico	228	236
Enfermeiro	169	190
Dentista	102	85
Fisioterapeuta	26	45
Psicólogo	17	17
Assistente Social	14	18
Farmacêutico/Bioquímico	26	27
Nutricionista	07	11
Agentes de Saúde	390	435
Profissionais nível médio	244	238
Profissionais nível elementar	398	455
TOTAL	1621	1757

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS, junho, 2010.

É importante destacar a compreensão da importância de viabilizar processos de educação permanente para os profissionais que atuam no SUS, destacadamente os pertencentes à Estratégia Saúde da Família, de modo a potencializar e promover, regionalmente, a necessária qualificação

em prol da construção do novo modelo de atenção à saúde, referem Andrade, Goya, Júnior, et al (2004, p. 20).

Principalmente por meio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, que adota o modelo pedagógico referenciado na filosofia de Paulo Freire, a construção do conhecimento em saúde parte de uma ação reflexiva sobre o processo de trabalho do profissional/aluno. A problematização possibilita uma permanente reflexão sobre a ação gerando novas ações e novas reflexões.

Andrade, Goya, Júnior (2004, p. 21) argumentam que este processo de educação permanente e interdisciplinar é possível porque existe o pressuposto básico que o espaço do serviço, território da Saúde da Família, é o *locus* privilegiado para a aprendizagem a partir da desconstrução e construção de novos conhecimentos, processos de trabalho e prática.

A partir dessa idéia, um grupo de preceptores – educadores – acompanha as unidades de saúde, em busca da transformação desse espaço de forma integrada com seus alunos, de um local de assistência, primordialmente, para um local de construção e desenvolvimento de saberes e práticas. Essa organização do processo educativo tem sido denominada *Tenda Invertida*¹³.

Nesse processo educacional, as pessoas não são treinadas, mas por meio de uma relação dialógica e participativa entre educador e educando são estabelecidas diferentes oportunidades para a construção do conhecimento. Este conhecimento envolve aspectos sociais, culturais, econômicos, relacionais, epidemiológicos e de informações de saúde.

¹³ O conceito de Tenda Invertida foi desenvolvido por Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pós-doutor pela Universidade de Montreal, Canadá e professor do Curso de Medicina/Sobral da Universidade Federal do Ceará (UFC). Consiste na mudança da relação aprendiz/mestre, onde no modelo clássico é o aprendiz que se dirige à “tenda” do mestre de ofício para a consecução do aprendizado. No novo modelo é o mestre de ofício/professor/preceptor que vai à “tendas” ou locais de trabalho/aprendizagem do aprendiz/aluno.

Na atualidade, dentro deste quadro das informações de saúde, Sobral (2009, p. 52-54) explana considerações relevantes para a compreensão da situação atual da saúde dentro do município de Sobral, podendo ser citadas:

- O município de Sobral tem vários desafios, como a elevada incidência de doenças emergentes e re-emergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, destacando-se, entre essas doenças: tuberculose, hanseníase, dengue, leishmaniose visceral, AIDS, dengue, como também doenças como a sífilis e as hepatites virais.
- Como causas de mortalidade, se destacam as mortes violentas, de elevada transcendência e gravidade, com impactos econômicos e sociais, a mortalidade infantil neonatal e ocorrência de cânceres em pessoas jovens.
- É desafio para o município de Sobral suprir a sua capacidade instalada dos recursos humanos e físicos, para atender a posição de município pólo, referencia para 54 municípios.
- Os indicadores socioeconômicos embora tenham melhorado, evidenciam desigualdades sociais com desdobramentos na saúde pública.
- Há tendência de crescimento da esperança de vida ao nascer, média de 70 anos, indicativo de aumento crescente das doenças crônicas e degenerativas.
- As causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) são responsáveis pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidos (APVP), pois matam principalmente jovens na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Salienta-se o importante impacto social, pela elevada mortalidade masculina por essas causas.
- As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos em pessoas com mais de 70 anos, particularmente as lesões cerebrovasculares e hipertensão. Já a mortalidade por doenças isquêmicas do coração, tem importância aumentada na meia idade.

- As mulheres são mais afetadas pelos cânceres de colo de útero, pulmão, estômago e mama e o homem pelos cânceres de pulmão, estômago, próstata e esôfago na mesma ordem. Os cânceres de mama, pulmão e estômago, acometem também o adulto na meia idade, com impacto nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).
- Há uma tendência de redução consistente da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia, que aponta para a concentração de esforços na redução dos óbitos perinatais.
- A expansão da cobertura da atenção ao pré-natal é um fato consolidado, com 85% das gestantes com sete ou mais consultas durante o pré-natal, no entanto a qualidade dessas consultas não correspondem ao refinamento alcançado pelo Sistema de Saúde de Sobral.
- Garantir o atendimento oportuno e integral da gestante de risco, com acesso aos serviços especializado e de média e alta complexidade, é um desafio de superação à organização da demanda da gestante de baixo risco, que faz a superlotação nestes serviços.
- As doenças imunopreveníveis tiveram grande impacto com as elevadas coberturas vacinais, mas requerem a manutenção das coberturas em níveis elevados, para não haver recrudescimento de algumas doenças. No caso do tétano acidental, a assistência ao paciente acidentado continua como fundamental na prevenção da doença e redução da letalidade.
- A AIDS e a sífilis congênita, como formas de transmissão sexual continuam com elevadas incidências.
- Das doenças transmitidas por vetores (dengue, leishmaniose visceral), se destaca a dengue pelo quadro epidêmico anual e a circulação simultânea de três vírus, elevando a incidência da forma hemorrágica, de letalidade preocupante. A leishmaniose visceral também se destaca pela expansão na sede do município.

- As doenças infecciosas e parasitárias (DIP), sensíveis às condições sociais e de saneamento, continuam como causas importantes de internação, principalmente nas faixas extremas da vida.
- A hanseníase continua em expansão, embora com ações prioritárias de controle.
- A tuberculose, associada a AIDS, se constitui como um novo desafio, principalmente para a redução do abandono e a identificação precoce dos casos. Estão como causas importantes de internações, excluídas as causas obstétricas: doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e digestivo, causas externas, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias e transtornos mentais e comportamentais.

Não fizeram parte do perfil da saúde do município de Sobral acima apresentadas as ações em planejamento familiar, mas elas estão presentes na seção Objetivos, Diretrizes e Metas do Plano Municipal de Saúde para 2009-2013 (SOBRAL, 2009, p. 58 e 65) na Meta 2 (Implantação do ambulatório de Planejamento Familiar para mulheres com riscos clínicos até dezembro de 2013), pertencentes à Diretriz 5 (*Fortalecer a Rede Municipal de Atenção à Saúde da Mulher*), do Objetivo 2 (**Fortalecer a rede de assistência especializada em saúde nos âmbitos ambulatorial e hospitalar visando garantir a integralidade da atenção à saúde, ampliação de acesso ao sistema de saúde e a resolubilidade da atenção**) e na Meta 3 (Manter as Ações de Planejamento Familiar em 100% dos Centros de Saúde da Família), da Diretriz 2 (*Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher*), do Objetivo 10 (**Reduzir a morbimortalidade decorrente dos acidentes e violências mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos**).

5.2. DESCREVENDO OS CENÁRIOS MICRO DO ESTUDO

5.2.1. Caracterização das Unidades de Saúde Pesquisadas

5.2.1.1. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Junco

A unidade que abriga as duas equipes da Estratégia Saúde da Família do Junco iniciou suas atividades em 1997, dentro da estrutura da Escola Netinha Castelo, ligada ao Rotary Clube de Sobral. O atual prédio foi inaugurado em 1999 e leva o nome de Centro de Saúde da Família Dr. Estevam Ferreira da Ponte.

A estrutura é ampla e bem dimensionada, constituindo-se de recepção, SAME, sala da gerência, sala para marcação de consultas, farmácia, sala de triagem, sala para aferição de sinais vitais, onde também é feito o procedimento de nebulização, sala de observação de pacientes, sala para aplicação de vacinas, sala de procedimentos, onde são realizados curativos, retirada de pontos e pequenas cirurgias.

Além desses espaços têm-se ainda seis consultórios onde atendem os médicos e enfermeiros da unidade, um consultório dentário com dois equipos, copa, cozinha, lavanderia, sala de esterilização e almoxarifado.

Os consultórios são equipados com maca para exames, mesa ginecológica, mesa de trabalho e cadeira para o profissional e paciente, pia com sabão e toalha de papel para higienização das mãos e banheiro exclusivo para cada sala.

A unidade de saúde é ajardinada e ampla, com boas condições de iluminação e ventilação, tanto nos espaços comuns, quanto nos consultórios. À frente dos consultórios existem pequenas salas de espera com cadeiras confortáveis para os pacientes. Existem banheiros para uso dos profissionais e pacientes. Na recepção encontra-se um quadro onde são exibidos os indicadores de saúde das equipes a cada mês. Dentre os dados exibidos, alguns encontravam-se em branco e dentre eles, o número de mulheres em planejamento familiar.

A unidade expõe em suas paredes externas e dentro dos consultórios obras de artistas locais e há um aquário na sala de nebulização. Há ainda rampas de acesso aos portadores de limitações físicas, atendendo às exigências de humanização no atendimento. Esta unidade de saúde é anexa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

A unidade de saúde do Junco possui atualmente duas equipes onde trabalham dois médicos, cinco enfermeiros, dois dentistas, quatro auxiliares de enfermagem e trinta e um agentes comunitários de saúde. Também possui uma equipe do NASF, com seis profissionais, agentes administrativos, dentre outros profissionais complementares, como motorista, auxiliar de serviços gerais e vigilantes. As duas equipes possuem 5.623 famílias e 8.201 mulheres em idade fértil.

Atende clínica geral e ginecologia uma vez na semana, sendo um atendimento desta natureza por turno, por profissional; pediatria uma vez ao mês sob preceptoria, otorrinolaringologia também uma vez ao mês sob preceptoria e psiquiatria uma vez ao mês, sob preceptoria.

Também oferece prevenção do câncer de colo do útero e de mamas, planejamento familiar, pré-natal, Dia da Mancha¹⁴, puericultura, atendimento à hipertensão, diabetes, saúde mental, tuberculose, hanseníase e o dia do adulto, que acontece uma vez por semana para cada profissional médico. Em alguns turnos da semana são oferecidas as agendas livres, quando se atende à demanda espontânea e são feitas visitas domiciliares.

O quantitativo mensal geral de consultas médicas está em torno de 327 atendimentos e de enfermagem, 960, sendo estes números uma média do ano de 2009. Dentre as ações em saúde da mulher que são contabilizadas para fins de indicadores de saúde, estão o pré-natal e a prevenção do câncer cérvico-uterino. Dentre os exames, a citologia cérvico-vaginal e a ultrassonografia obstétrica. Outros exames e consultas em saúde da mulher são realizados, mas não são contabilizados para alimentar os dados sobre

¹⁴ Dia escolhido mensalmente dedicado à avaliação clínica de usuários suspeitos de hanseníase.

saúde que vão para os níveis superiores da gestão, como a secretaria estadual de saúde e o Ministério da Saúde. Entre estes dados não contabilizados figura o planejamento familiar.

Funcionam ainda grupos de gestantes, idosos, adolescentes, grupos de caminhadas e dos rezadores. Estes grupos possuem periodicidade de funcionamento variada, dependendo da necessidade de se reunirem, à exceção do grupo de caminhada, que se encontra duas vezes por semana para a realização de atividades físicas.

5.2.1.2. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Terrenos Novos

A unidade que abriga as quatro equipes da Estratégia Saúde da Família do bairro Terrenos Novos iniciou suas atividades em 1997 em uma creche desativada e adaptada. A partir de 2002 as equipes mudaram-se para o prédio atual, projetado para funcionar como Centro de Saúde da Família Everton Francisco Mendes Mont'Alverne.

A estrutura constitui-se de uma ampla área de espera bem iluminada e ventilada, com recepção, farmácia, sala de marcação de consultas. Nesta área de espera existe um espaço para ajardinamento, que está sem uso e algumas obras de arte de artistas locais. Também nessa área encontra-se um quadro de indicadores de saúde onde são registrados os dados das equipes, mês a mês, mas está em branco o registro do número de mulheres em planejamento familiar. Existem cadeiras para a espera dos pacientes.

Outros espaços da unidade são a sala de observação de pacientes, oito consultórios onde atendem médicos e enfermeiros, um consultório dentário com dois equipos, uma sala para o NASF, sala de procedimentos onde se realizam curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos, pequenas cirurgias e verificação de sinais vitais. Também dispõe de uma sala de vacinas, sala para nebulização, onde também é realizada a coleta de material para exames em dias determinados, copa,

cozinha, lavanderia e sala de esterilização. Nas áreas comuns existem banheiros para o uso dos pacientes.

Os consultórios possuem maca para exames, mesa e cadeira para os profissionais e pacientes; pia com sabão e toalha para a higienização das mãos e armário para guardar equipamentos. Também existem obras de arte expostas dentro dos consultórios.

Atualmente, existem quatro equipes na ESF dos Terrenos Novos onde trabalham quatro médicos, seis enfermeiros, dois dentistas e nove profissionais do NASF, cinco auxiliares de enfermagem e dezoito agentes comunitários de saúde e agentes administrativos, dentre outros profissionais complementares, como motorista, auxiliar de serviços gerais e vigilantes. As quatro equipes possuem 3.830 famílias e 5.506 mulheres em idade fértil.

As equipes que integram a ESF dos Terrenos Novos atendem pré-natal, prevenção do câncer de colo uterino e de mamas, planejamento familiar, puericultura, hipertensão e diabetes, cada modalidade uma vez por semana, por profissional. Os atendimentos para tuberculose e hanseníase acontecem em momentos agendados de acordo com o esquema de tratamento. Em alguns turnos da semana são oferecidas as agendas livres, quando se atende à demanda espontânea e são realizadas as visitas domiciliares.

A média de atendimento mensal para os médicos a partir dos registros de 2009 foi de 1.588 e a de consultas de enfermagem é de 2.918, para todos os atendimentos.

Os atendimentos de preceptoria são ginecologia e obstetrícia, uma vez ao mês; psiquiatria, uma vez ao mês; a pediatria acontece semanalmente diluída por equipe.

Os grupos existentes são os de hipertensos, diabéticos, pacientes de hanseníase em tratamento ou acompanhamento de reações, gestantes, idosos e mulheres. Um grupo de adolescentes está sendo implantado.

5.2.1.3. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Pe. Palhano

O Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa, abriga duas equipes da ESF e atende ao bairro Pe. Palhano. Este Centro de Saúde iniciou suas atividades em março de 2000, na estrutura onde atualmente se encontra e onde antes era um galpão que foi reformado para abrigar de forma adequada as duas equipes que atualmente trabalham. Antes de organizar-se como ESF, funcionava, no referido galpão, um posto que fazia atendimentos gerais em saúde.

Esta unidade de saúde foi planejada e possui sala de espera, sala de triagem que funciona também como sala de reuniões para os grupos, recepção e SAME. As áreas comuns e abertas possuem ajardinamento e como nas unidades de saúde anteriores, também está decorada com obras de arte de artistas locais nas áreas externas e nos consultórios. Há um espaço, destinado à sala de situação onde o quadro com indicadores apresenta o total de mulheres que fazem planejamento familiar.

Também se encontra sala de vacina, sala de aerossol, sala para TRO, pouco utilizada para esse fim atualmente e que faz às vezes de consultório; farmácia, sala de curativo, que também é redimensionada quando há pacientes para observação e realização de pequenos procedimentos e três consultórios onde atendem médicos e enfermeiros. Além desses há um consultório dentário com dois equipos.

Um dos consultórios foi organizado para servir como sala para prevenção do câncer de colo uterino e de mamas. Há também um expurgo, sala de esterilização, copa, almoxarifado e lavanderia. Existem cadeiras para a espera dos pacientes.

Os consultórios comuns a médicos e enfermeiros possuem maca para exame, mesa e cadeiras para profissionais e pacientes, armário para guarda de equipamentos e pia com sabão e toalha para a lavagem das mãos.

O Centro de Saúde possui duas equipes de saúde da família, composta por dois médicos, cinco enfermeiros, quatro auxiliares de

enfermagem e quinze agentes comunitários de saúde, distribuídos entre as equipes. Além desses, atuam oito profissionais do NASF. Os profissionais complementares são os auxiliares de serviços gerais e vigilantes. As duas equipes possuem 2.774 famílias e 4.085 mulheres em idade fértil.

A média de atendimento calculada do ano de 2009 nas duas equipes foi de 434 para os médicos e 1.544 para a enfermagem.

Os atendimentos oferecidos compõem-se de pré-natal uma vez por semana, prevenção do câncer de colo uterino e de mamas uma vez por semana, puericultura de uma a duas vezes por semana, planejamento familiar e saúde da mulher uma a duas vezes por semana e hipertensão e diabetes uma vez por semana. Como nas unidades anteriormente caracterizadas, os atendimentos para tuberculose e hanseníase são feitos conforme agendamento, por turno e por profissional. Também são disponibilizados em alguns turnos por semana uma agenda livre para demanda espontânea e visita domiciliar.

Os atendimentos em preceptoria são de pediatria, obstetrícia, psiquiatria e otorrinolaringologia, todos uma vez ao mês.

Os grupos que estão em funcionamento são de adolescentes, que acontecem quinzenalmente na unidade de saúde, gestantes às terças-feiras na unidade de saúde e idosos quinzenalmente em espaços fora da unidade de saúde.

5.2.1.4. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Estação

A ESF Estação, denominado anteriormente de PSF Santa Casa por estar instalado em um prédio vizinho à Santa Casa de Misericórdia de Sobral, possui este nome por estar atualmente localizado próximo à Estação Ferroviária e funciona há cinco anos em uma casa adaptada, mas ainda não reformada para abrigar uma equipe de PSF, embora o início da equipe data do ano de 1997.

A unidade de saúde possui sala de espera, onde é feita a triagem e a verificação dos sinais vitais e o acolhimento após a triagem. Além disso, possui farmácia, SAME, três consultórios onde atendem o médico e a enfermagem, um consultório dentário, espaço para vacinação, pois não há uma sala específica, uma sala para a realização de pequenos procedimentos como curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos e passagem de sonda.

Não há sala para a marcação de consultas, mas um corredor, onde ao final fica a sala de esterilização, junto à copa. Não existe sala para reuniões e os banheiros são comuns para profissionais e pacientes. Também não foi observada sala de situação e existem bancos de madeira na área de espera dos pacientes.

Os atendimentos oferecidos incluem pré-natal, em um turno por semana, puericultura em um turno por semana, prevenção em um turno por semana, tuberculose e hanseníase em momentos agendados, um turno para hipertensão e diabetes, além de demanda espontânea três vezes por semana para o médico e todos os dias para a enfermagem. O planejamento familiar e saúde da mulher são oferecidos uma vez por semana.

A ESF Estação trabalha com um médico, um dentista, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, treze agentes comunitários de saúde e nove profissionais do NASF. Os profissionais complementares são vigilante e auxiliar de serviços gerais. A equipe possui 1.867 famílias e 3.142 mulheres em idade fértil.

A média de atendimentos para o médico no ano de 2009 foi de 271 atendimentos. Este baixo número de atendimentos médicos deveu-se à ausência de profissional médico durante praticamente todo o ano de 2009; apenas no mês de dezembro houve produção médica. Para a enfermagem, a média foi de 633 atendimentos mensais.

Os atendimentos de preceptorias foram de obstetrícia, ginecologia, pediatria e psiquiatria, todos uma vez ao mês.

Os grupos que funcionam na unidade são de idosos (caminhada), terapia ocupacional, que trabalham com memória e ginástica cerebral, hipertensão e diabetes, gestantes, hanseníase, com pacientes em tratamento e acompanhamento de reações, puericultura e mulheres.

5.2.1.5. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Patriarca

A ESF de Patriarca funciona atualmente em casa alugada, sem estrutura de unidade de saúde, há quatro anos, sendo que a ESF funciona há onze anos. Abriga apenas uma equipe. É uma equipe que funciona na zona rural do município de Sobral.

A estrutura compõe-se de um salão onde funciona a aplicação de vacinas, realização de curativos, retirada de pontos, nebulização, administração de medicamentos, entrega do leite, verificação de sinais vitais e marcação de consultas.

A unidade de saúde possui três salas para consultórios, sendo uma para dentista, uma para o médico e uma para a enfermagem. Possui também uma recepção, cozinha, espaço para guarda de medicamentos.

Não há sala de esterilização, sala para observação de pacientes, nem para TRO. Não foi observada sala de situação. Existem bancos de madeira para os pacientes aguardarem atendimento.

Em outro salão funciona a sala de espera e o SAME. Possui apenas um banheiro para o uso de profissionais e pacientes.

Um dos consultórios, destinado ao médico, possui maca, mesa ginecológica, mesa e cadeiras para atendimento, armário para guarda de medicamentos, biombo e negatoscópio.

A equipe atende pré-natal uma vez por semana, prevenção do câncer de colo uterino e de mamas, planejamento familiar e puericultura também uma vez por semana, tuberculose e hanseníase conforme agendamento,

hipertensão e diabetes uma vez por semana, atendimento em clínica geral a crianças, idosos e adultos, além de visitas domiciliares.

A equipe da ESF compõe-se de um médico, um dentista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe que compõe o NASF de Patriarca possui sete profissionais. Os profissionais complementares são vigilante, auxiliar de serviços gerais e motorista. A equipes possui 1.343 famílias e 2.582 mulheres em idade fértil.

A média de atendimentos do ano de 2009, para o médico foi de 191 e para a enfermagem foi de 166 atendimentos.

Apenas o grupo de hipertensos funciona na unidade, o grupo de gestantes não está funcionando e outros grupos não estão formados.

As preceptorias que atendem na unidade são psiquiatria, pediatria e obstetrícia, todas uma vez ao mês.

5.2.1.6. Caracterização da Unidade de Saúde da ESF Jaibaras

A ESF de Jaibaras iniciou suas atividades em 1997 na estrutura de unidade de saúde especialmente criada para esse fim, dentro do distrito de Jaibaras, zona rural do município de Sobral.

A estrutura da unidade compõe-se de sala para nebulização, farmácia, SAME, sala de vacinas, sala para educação em saúde e reuniões. Possui ainda quatro consultórios onde atendem médicos e enfermeiros, um consultório odontológico, sala para curativos, sala para observação de pacientes, copa, lavanderia, despensa, expurgo e sala de esterilização.

A unidade possui ainda ajardinamento e é decorada com obras de arte nas áreas externas e dentro dos consultórios. Existem cadeiras confortáveis para a espera pelo atendimento. Não foi observada sala de situação.

Os consultórios possuem maca para exames, mesa ginecológica, mesa e cadeiras para profissionais e pacientes e armário para a guarda de equipamentos.

A equipe é composta por dois médicos, cinco enfermeiros, um dentista, oito auxiliares de enfermagem e dezoito agentes comunitários de saúde. Além desses, sete profissionais do NASF integram a equipe de saúde da família de Jaibaras. Possui ainda como profissionais complementares vigilante, motorista e auxiliar de serviços gerais. As duas equipes possuem 3.135 famílias e 5.428 mulheres em idade fértil.

A equipe atende planejamento familiar quatro vezes por semana, pré-natal uma vez por semana, puericultura uma vez por semana, hipertensão e diabetes uma vez por semana e agenda livre em alguns turnos para o atendimento de clínica geral em crianças, adultos e idosos, além da visita domiciliar

O quantitativo mensal de consultas médicas para o ano de 2009 foi de 265 consultas. Para a enfermagem, este quantitativo foi de 843 consultas. As preceptorias acontecem uma vez ao mês e são as de pediatria, obstetrícia, psiquiatria e otorrinolaringologia.

Os grupos que funcionam são os grupos de idosos, na sede do distrito e pequenas localidades, com periodicidade quinzenal, grupo de gestantes, com periodicidade mensal, grupo de terapia ocupacional, com profissional do NASF para alunos das escolas com dificuldades especiais, grupo de adolescentes uma vez ao mês e grupo de puericultura uma vez ao mês. Não foi informada a existência de grupo de mulheres.

5.3. ANALISANDO AS ENTREVISTAS

O material coletado por meio das entrevistas com os profissionais de saúde, observações de campo das consultas individuais, dos momentos de grupo antes das consultas e da abordagem grupal em saúde reprodutiva pelas assistentes sociais, além da coletânea de documentos normativos sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral e do referencial teórico pesquisado são os componentes para a análise temática por meio da *triangulação*.

A elaboração desse material iniciou-se com a transcrição das gravações e a leitura das entrevistas, extraindo-se delas as questões e problemas referidos pelos profissionais e consolidados nos temas: compreensão e significado de saúde reprodutiva; condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades de planejamento familiar; desenvolvimento pelo profissional médico e pela enfermagem de nível superior das ações de planejamento familiar na Estratégia Saúde da Família; acesso da população feminina aos métodos contraceptivos; percepção pelo profissional das influências que incidem sobre a mulher na decisão contraceptiva; critérios empregados pelos profissionais para a decisão do método contraceptivo a ser adotado pela mulher; participação do profissional nos momentos dos grupos de planejamento familiar; pensamento religioso e planejamento familiar e avaliação da política de saúde reprodutiva e planejamento familiar do Município de Sobral. Inicialmente, foi traçado o perfil dos profissionais entrevistados.

Procurou-se captar os “discursos” dos profissionais de saúde entrevistados e a partir das falas, confrontadas com as observações das ações em atendimento e atitudes com as usuárias¹⁵, captar os significados

¹⁵ A população que busca as ações de planejamento familiar são, em sua maioria de mulheres, sendo raros os homens que procuram os serviços, mesmo para buscar o preservativo masculino. A rara participação dos homens também pode ser constatada nas reuniões para decisão da esterilização definitiva (vasectomia). Por isso, optou-se por tratar

que os profissionais atribuem ao trabalho nas ações de planejamento familiar e desvendar convergências e contradições entre o discurso proferido por eles e as atitudes observadas durante as consultas individuais e os grupos. Na apresentação das falas dos entrevistados estes serão identificados como “Entrevistado 1, médico; Entrevistado 2, enfermeira; Entrevistado 3, médico, etc).

5.3.1. Perfil do Grupo de Profissionais Entrevistados

O grupo de profissionais entrevistados compreendeu seis profissionais médicos, um de cada unidade de saúde da ESF selecionada para o estudo, seis enfermeiras das mesmas unidades onde trabalham os profissionais médicos, a Coordenadora da Atenção Básica à Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Sobral, a Preceptora de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral e o Coordenador de Políticas Públicas do Município de Sobral.

Dentre os profissionais de medicina entrevistados, apenas um era do sexo feminino, sendo os demais, no total de seis, eram do sexo masculino, incluído o Coordenador de Políticas Públicas do Município de Sobral, que também é médico. Os profissionais de enfermagem de nível superior eram em sua totalidade, do sexo feminino, incluída a Coordenadora da Atenção Básica à Saúde, que também é enfermeira. A Preceptora de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família é assistente social.

A escolha de profissionais médicos e de enfermagem para participarem do estudo deu-se devido a estas duas categorias profissionais estarem inseridos na proposta de saúde da família desde a sua concepção, fazendo parte da denominada equipe básica, conforme Brasil (1997, p.15; 1998, p.15; 2007b, p.19). Por seu turno, os profissionais que atuam na assistência social no âmbito das ações da Estratégia Saúde da Família foram

por “usuárias”, no feminino, os indivíduos que buscam as ações de planejamento familiar. Nos momentos em que houver presença dos homens, será destacado.

incorporados às equipes a partir da Portaria 154/GM (BRASIL, 2008, p. 38), que cria os NASF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Além disso, estes profissionais também foram incorporados devido ao caráter interdisciplinar dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família, que se processa na construção de um novo campo de conhecimento comum às diferentes categorias profissionais engajadas na Estratégia, conforme Andrade, Goya, Júnior, et al (2004, p. 18).

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. A responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008, p. 38).

As categorias que podem compor as equipes do NASF são: médico acupunturista; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008, p. 38).

A incorporação da assistência social nas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral deu-se por meio da criação das equipes de NASF. A inserção destes profissionais nas ações de planejamento familiar iniciou-se a partir do lançamento, em 2006 pela Secretaria de Saúde

do Município de Sobral da Política Municipal de Planejamento Familiar (Anexo 8.3).

Dentre as ações elencadas estava a realização de capacitações voltadas aos profissionais de assistência social para que pudessem participar de forma efetiva do protocolo para a autorização de realização de laqueadura tubária e vasectomia, juntamente com o profissional médico e de enfermagem da equipe de saúde da família.

A idade média dos profissionais médicos entrevistados é de 36 anos, tendo o mais jovem a idade de 26 anos e o mais velho 56 anos. A idade média das enfermeiras é de 31,1 anos, tendo a profissional mais jovem 25 anos e a mais velha 39 anos. Optou-se por não revelar os dados pessoais da profissional de assistência social porque como se trata de apenas uma entrevistada, a informação dos dados pessoais levaria necessariamente à identificação da profissional.

A respeito do estado civil dos profissionais, apenas um médico não era casado, sendo que os demais (seis profissionais) se declararam casados. O estado civil das enfermeiras entrevistadas também revelou um perfil de seis profissionais casadas e apenas uma solteira.

O tempo médio de formação dos profissionais médicos é de 10,6 anos, sendo o profissional com menor tempo tem 2,5 anos, e o profissional com maior tempo de formação, 30 anos. O tempo médio de formação profissional das enfermeiras é de oito anos. Duas profissionais apresentaram o menor tempo de formação com três anos e a profissional com maior tempo informou 17 anos de formação.

Sobre o tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, dentre os médicos, o tempo médio de trabalho é de cinco anos. O profissional com menor tempo de trabalho na estratégia informou 2,5 anos e o com maior tempo, 10 anos. Três profissionais informaram o seu tempo de trabalho na estratégia coincidente com o tempo de formação, ou seja, a sua experiência

de trabalho encontra-se integralmente dentro das propostas da estratégia, sendo que um deles tinha um tempo de atuação de seis anos.

Entre as enfermeiras, o tempo médio é de 7,6 anos, com o menor tempo de atuação na estratégia de 2,5 anos e o maior tempo, 12 anos. Cumpre dizer que dentre elas, quatro profissionais tiveram seu tempo de atuação coincidente com o tempo de formação.

Considerando que no estudo de Canesqui, Spinelli (2006, p. 1883), o tempo (mediano) de formação foi de 11,1 anos e que este tempo foi julgado suficiente para considerar os profissionais com experiência e relativa maturidade profissional, mas insuficiente para garantir a adequação do seu perfil à estratégia, uma vez que a formação tende a ser especializada e não generalista, pode-se considerar que com um tempo médio de formação de 10,6 anos para os médicos e de oito anos para a enfermagem e um tempo de trabalho na ESF de cinco anos para os médicos e de 7,6 anos para os profissionais de enfermagem, os profissionais médicos e de enfermagem que participaram de estudo encontram-se auferindo experiência de trabalho, estão a caminho da maturidade profissional e ainda não é possível garantir uma completa conformação dos processos de trabalho típicos da Medicina e da Enfermagem às propostas de trabalho específicas da ESF, que exige, dentre outras coisas, articulação das ações em saúde entre os diferentes profissionais e vinculação pessoal com os usuários e com a comunidade, conforme estudo de Colomé, Lima Davis (2008, 257-261), Junges, Selli, Soares, et al (2009, 939-944) e Araújo, Rocha (2009, p. 1446-1447).

Entretanto, já faz parte dos processos de reestruturação dos currículos das escolas médicas e de enfermagem a inserção precoce dos acadêmicos tanto nas discussões que envolvem saúde comunitária, atenção primária à saúde e saúde da família, quanto nas unidades de saúde, iniciando um aprendizado das dinâmicas de trabalho dentro da proposta da ESF logo nos primeiros anos de curso (BRASIL, 2004b, p. 3-6; 2006, p. 11-17; POLLAND, GREEN, ROOTMAN, 2000; BRIANI, 2001, p. 76-77).

5.3.2. Sobre a Compreensão e Significado de Saúde Reprodutiva

A questão da saúde reprodutiva, para além das definições normativas, pode ser considerada uma construção social, na medida em que permite entender o modelo de sociedade e de atenção à saúde que orientam essa construção e as práticas que a sustentam.

A busca da aplicação das definições normativas de saúde reprodutiva estabelecida pelas conferências do Cairo e de Pequim dentro do cotidiano dos profissionais de saúde leva a considerar que não existe um conceito único e acabado de saúde reprodutiva. A noção de saúde reprodutiva está fundamentada nos princípios introduzidos pelos movimentos sociais que lhe deram origem, como equidade de gênero, respeito às decisões reprodutivas das pessoas, direito universal à saúde, acesso a serviços de saúde de qualidade e abordagem integral e multidisciplinar (Jannotti, Sequeira, Silva, 2007, p. 28).

Segundo os entrevistados, saúde reprodutiva é definida como:

“... mas interessante seria o casal envolvido, dá o direito àquele casal a querer escolher quando é que eles vão querer ter um filho, de modo que quando eles quiserem ter um filho qual a melhor forma de você orientá-los para que eles tenham um filho saudável, ou seja, tenha uma gestação saudável, tenha um acompanhamento saudável para que o bebê nasça normal e também dentro da parte de saúde reprodutiva, quando você melhor indicar os métodos anticoncepcionais...” (Entrevistado 3, médico)

“Saúde reprodutiva, ela não se baseia somente como muitas mulheres pensam, só no planejamento familiar, ela é a saúde da mulher como um todo, não só da mulher como do

homem, abordando a ação psicológica, a parte reprodutora, através de DST's, prevenções, câncer de mama, está enfatizando isso e está buscando ajudar também a mulher no planejamento familiar.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Eu acho que saúde reprodutiva é um grupo de ações que a gente tenta proporcionar para as mulheres, em geral, embora hoje a procura esteja acontecendo também entre os adolescentes, são ações que a gente trabalha em torno de educação, que são grupos, que são formados na unidade, mostrando os métodos contraceptivos que nós temos.” (Entrevistada 9, enfermeira)

“Saúde reprodutiva seria, então, o casal saber que eles possuem capacidade de gerar outra vida com um futuro de qualidade e de expectativas de melhoria de vida ou de estabilidade de vida. É um direito, democracia, livre arbítrio.” (Entrevistado 14, médico)

“Acredito que é o preconceito deles, deles acharem que é para mulher, que no campo da sexualidade só a mulher é a responsável, acredito que tem esse tabu de eles acharem que elas sempre são as responsáveis para estarem buscando essa preocupação. Mas existem, não descarto, não estou generalizando todos os homens, às vezes acontece de aparecerem casais; aqui e acolá aparece um jovem interessado em tratar a companheira para algum problema que ela tenha apresentado, mas é mais difícil, a procurar das mulher é maior, até porque o numero de mulheres é maior.” (Entrevistada 13, médica)

Por estas falas, percebe-se que a maioria dos profissionais possui uma compreensão do conceito de saúde reprodutiva bastante próxima do conceito normativo, atribuindo várias ações e atividades, além do planejamento familiar, mas expressando preocupação com o componente psicológico e com a saúde da mulher.

Alguns profissionais também se reportaram à educação em saúde como fazendo parte do rol de atividades em saúde reprodutiva, embora das seis unidades pesquisadas em apenas três foram observadas reuniões sobre planejamento familiar de realização sistemática. Estas reuniões duravam de 15 a 20 minutos e as condições de realização não eram boas, como será analisado adiante.

A exceção reside nas reuniões coordenadas pelas assistentes sociais, que dispõem tempo e informações suficientes para os esclarecimentos sobre saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, como se pode ver no roteiro de Abordagem Grupal de Saúde Reprodutiva (Anexo 8.2).

Estes resultados corroboram os achados de Osis, Faúndes, Makuch (2006, p. 2486), que encontraram poucas referências a atividades educativas que enfocavam os métodos anticoncepcionais e diversos outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Nas UBS e equipes de saúde da família mencionou-se falta de material para ilustrar as palestras e distribuir às pessoas.

Da mesma forma, os profissionais também se reportaram à questão da saúde reprodutiva dos adolescentes com preocupação, pois a percepção é de que não existem ações efetivas de atenção a este segmento populacional, embora as ações em saúde reprodutiva que contemplam os adolescentes estejam presentes nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988, p. 36; 2004a, p. 39-42 e anexo 8.1), da Secretaria da Saúde e Ação Social (Anexos 8.3 e 8.4) e em consonância ao estudo de Alves;

Lopes (2008, p. 174-176). Também a ausência da participação do homem nas ações de saúde reprodutiva foi relatada acima (GALASTRO; FONSECA, 2007, p. 457-458).

Todos os profissionais reproduzem em suas entrevistas o discurso normativo, que preocupa-se com os direitos reprodutivos e em preservar os direitos que as mulheres conquistaram a terem suas necessidades específicas de atenção à saúde efetivamente atendidas.

Entretanto, as observações do cotidiano destes profissionais revelam uma realidade diferente, na qual a atenção, principalmente ao planejamento familiar não parece ser uma prioridade.

Cerca de 50% das observações de consulta individual previstas não foram realizadas devido a diversos motivos: reuniões, aulas de educação permanente, falta por doença, mudança da agenda sem aviso prévio para atender outras demanda, mudança da agenda para atender agentes comunitários de saúde, com isso, várias mulheres que estavam esperando há meia hora, 45 minutos, tinham que voltar para casa com sua necessidade contraceptiva não satisfeita, no dizer de Tavares, Leite, Telles (2007, p. 146).

Também chama a atenção não existir em nenhum dos níveis de gestão um registro específico de atendimento em planejamento familiar para fins de indicadores de saúde. A Secretaria da Saúde e ação Social do Município elaborou um quadro de Sala de Situação para registro deste indicador inclusive, mas das seis unidades observadas, em apenas uma havia o registro do número de mulheres atendidas em planejamento familiar com informações disponibilizadas ao público.

Uma profissional entrevistada definiu saúde reprodutiva como sendo:

“A saúde reprodutiva tenta fazer a questão do planejamento familiar para controle da questão populacional, porque a gente sabe que principalmente as mulheres de baixo poder aquisitivo tem mais filhos que o planejado; não planejam

mais ou menos sua estrutura familiar. Então, a gente tenta em cima disso estar fazendo o controle populacional com elas.” (Entrevistada 4, enfermeira)

Este discurso reflete as preocupações percebidas pelo Coordenador de Políticas e pela Preceptora de Serviço Social quando apontam que

“... a ação dos profissionais de saúde nas suas unidades, nas suas equipes, ela tem se voltado especificamente para poder controlar a fecundidade das mulheres, tanto é que a principal preocupação das gerentes e dos profissionais de saúde é com a esterilização definitiva das mulheres.”
(Coordenador de Políticas)

“Isso tem muita relação com a visão de que as mulheres pobres, ou que as mulheres que apresentam um comportamento de risco dentro da visão das equipes, elas vão trazer muita preocupação e muito trabalho para as equipes; isso gera uma ansiedade na equipe, que já relaciona isso com a questão da mortalidade infantil e outras questões que são cobradas, como um resultado dentro do acompanhamento da equipe na área dentro dos indicadores de saúde, como gravidez na adolescência, mortalidade infantil, elas se preocupam muito com o indicador.”
(Preceptora de Assistência Social)

Embora não presentes no discurso de todos os profissionais, esta preocupação com a manutenção de indicadores de saúde esperados pelas equipes se reflete em uma “necessidade” em evitar o nascimento de

crianças filhas de mães com problemas como drogadição, transtorno mental, situação prisional, profissionais do sexo e outros.

“Isso gera nos profissionais aquela visão que se eu conseguir que aquela mulher não tenha mais filhos vou resolver todos os problemas. Então, o profissional acha que o problema se resume a isso e não é.” (Preceptora de Assistência Social)

A maioria dos profissionais entrevistados considera necessária uma intervenção contraceptiva, muitas vezes de ordem definitiva para a resolução destes casos de manejo difícil. Segundo os entrevistados, esta decisão não é tomada por integrante da equipe específico, mas é uma decisão da equipe.

“Nesses casos especiais a gente tem quase que intervir mesmo, nos portadores de necessidades especiais. Porque a gente percebe que muitas vezes são solteiros; que já aconteceu com a gente, o caso de uma paciente com deficiência mental do ‘Campo dos Velhos’¹⁶ que um senhor, vizinho, que não era casado com ela, que não tinha nada com a pobrezinha a engravidou e então a mãe dela está criando o filho de qualquer maneira. Nasce uma criança coitada, indesejada, e vai ser criada de qualquer maneira, que foi indesejada pela avó também, que está criando.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“A gente tem mesmo, tem alguns pacientes com déficit cognitivo e que não conseguem usar certos métodos, alguns

¹⁶ Bairro da cidade.

métodos que requerem maior raciocínio, não são possíveis para esses pacientes e algumas dessas pacientes ainda estão em situações de risco, são profissionais do sexo e são pessoas que certamente se tiver, se engravidarem não farão as orientações de forma adequada, o pré-natal e a gente sabe lá com ela terá condições para criar aquele filho.”
(Entrevistado 5, médico)

“Bem nesse tipo de caso a gente costuma, a gente tem o apoio das preceptorias, dos especialistas, a gente não atua sozinho, não é uma decisão só minha como médico, mas uma decisão multiprofissional: da parte da enfermagem, assistente social, no caso os especialistas, os ginecologistas atuam, no caso de saúde mental o psiquiatra também é chamado, então a decisão nunca é feita sozinha, a decisão é multiprofissional na abordagem desses pacientes e a partir daí a gente vê a necessidade de cada um isoladamente.”
(Entrevistado 8, médico)

Esta preocupação com as situações de risco para os indicadores é compartilhada pela Coordenadora da Atenção Básica à Saúde:

“E o que eu vejo nas equipes é a preocupação de incentivar a prevenção naquelas mulheres que foram em algum momento gestantes de risco ou que hoje se configuram como mães de crianças de risco, ou por serem usuárias de drogas, ou por ter sido resistente a realizar o pré-natal. Especificamente nessas mulheres a equipe incentiva mais, vigia mais. Nós temos isso muito claro: mulheres com problemas mentais... o contraceptivo injetável, que nesses

casos é o mais utilizado, o agente de saúde vai pegar a paciente naquele dia agendado, leva na unidade, porque se ela engravidar de novo vai ser um problema para a gente. Então esse estímulo, essa busca ativa, que eu sinto falta de ter para a população toda, ela se mostra mais nessa população mais específica.”

Estes discursos podem ser entendidos a partir de uma perspectiva focaultiana de pensamento, na qual se demonstra como os temas prioritários da saúde e do bem-estar adequados para o modelo familiar burguês, de fins do século XVIII, não tardam em se transformar em demandas higiênicas de cuidados com o próprio corpo e com o espaço familiar que, repassados para as famílias pobres assumem um caráter normativo e de moralização dos costumes e dos hábitos. Converte-se, assim, a mãe em representante das demandas médico-higienistas no lar, que é o outro lado dos cuidados com a moralidade da família. Esta perspectiva perdura ainda em tempos atuais.

“... quando eu cheguei, me transferiram essas mulheres. Eu não sei como foram abordadas. Duas realmente queriam porque elas ainda eram um pouco orientadas, mas uma possui um transtorno grave. Neste caso, só a família que aceitou, porque é aquela paciente que realmente necessita de todo cuidado. Então é feito de três em três meses um anticoncepcional injetável nelas. São três que eu tenho. Quando eu cheguei já foi repassado para mim, inclusive a que possui transtorno mental mais grave, não tem filhos. De três em três meses é aplicado o contraceptivo nela e é aceito muito bem pela família. Agora, as outras duas já foi à procura mesmo, porque elas já têm filhos as duas já tem

filhos e não podem, não possuem condições de cuidar.”
(Entrevistada 9, enfermeira)

Apesar de ser uma decisão em equipe apenas esta entrevistada relatou a participação da família na decisão. Cabe uma reflexão sobre a efetivação das conquistas que os direitos sexuais e reprodutivos trouxeram, mas que parecem não terem sido ainda incorporados realmente ao cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam dentro da Estratégia Saúde da Família.

A expressão do modelo higienista e de controle das populações pobres ainda é hegemônica, confirmando os achados de Martins (2004, p. 25) na crença da “verdade científica” que conduz a medicina a acreditar que pode, ou mesmo deve, se dar o direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a “verdade” ou o discurso da “verdade científica”. Esta relação de poder fica ainda mais clara quando a prática médico-“científica” se dá nos serviços públicos junto a uma população de baixa renda. Esta, já excluída política e socialmente no dia-a-dia da cidade, além de não ter o poder financeiro, em geral não tem formação educacional adequada, não partilhando assim da mesma cultura do médico.

5.3.3. As Condições de Trabalho para o Desenvolvimento das Atividades de Planejamento Familiar

As condições de trabalho para proporcionar atendimento de qualidade em planejamento familiar ainda buscam estratégias para contornar os problemas relacionados à estrutura física e ao provimento de recursos humanos e de insumos.

5.3.3.1. Estrutura Física

Ao observar a estrutura física das unidades são encontradas duas realidades antagônicas: a primeira é a existência de unidades de saúde que passaram por um processo de reforma e reestruturação há alguns anos tornando-as, na ocasião, adequadas às necessidades de assistência à saúde, mas que agora já se ressentem de novas reformas e readequação de sua estrutura física. Outra realidade é a das unidades, principalmente da zona rural que estão com a mesma estrutura, desde antes da implantação da ESF, ou seja, estruturas físicas sem reforma há mais de 10 anos.

“... a gente ter condições de ter mais salas (falando na saúde reprodutiva), ter mais salas disponíveis para o atendimento da mulher, ou seja, sala mais especializada nesse sentido, então assim, se você for olhar no PSF do (...), praticamente nós só temos uma sala para isso e muitas vezes você está fazendo um atendimento de saúde da mulher que você precisa fazer o exame ginecológico para poder completar o exame, mas você não pode porque a sala já está ocupada para prevenção, fazendo alguma outra atividade e você fica naquele momento sem poder fazer outro exame um pouco mais aprimorado.” (Entrevistado 3, médico)

“Não tem uma sala adequada, nós não temos uma sala com banheiro quando a gente vai fazer prevenção na mulher, apenas é separado com biombo. A gente tem esperança de que nesse ano vamos ganhar um posto novo, mas já faz alguns anos que a gente espera e realmente a estrutura deixa a desejar.” (Entrevistada 7, enfermeira)

“Bem, as condições de trabalho. A primeira coisa que a gente tem como fator negativo seria a condição física que nós não dispomos de espaço adequado, então para isso a gente tem que tentar outro local, um local mais amplo que a gente fique mais a vontade para isso, porque se a gente fica aqui na unidade, como é um espaço muito pequeno, sempre vão chegando outros pacientes que podem atrapalhar.”
(Entrevistado 8, médico)

A Coordenadora da Atenção Básica partilha da mesma visão:

“A gente se depara em um mesmo consultório dois enfermeiros atendendo, muitas vezes dois enfermeiros fazendo planejamento familiar na mesma sala, o que não permite sigilo na consulta, nessa relação profissional e usuário e que também não privilegia esses espaços das ações coletivas, da educação em saúde. Então, a gente tem esses dois cenários; tem-se buscado cada vez mais estruturar nossas unidades básicas; esse ano a gente já fez isso com algumas, mas ainda existe principalmente na zona rural essa configuração de estrutura deficiente que não ajuda no processo.”

Esta realidade também é apresentada no estudo de Moura, Silva (2004, p. 1027) em relação à realização de atividades quando apontam que dois aspectos apareceram: a escassez de material de apoio e a falta de um ambiente físico adequado, constando praticamente a inexistência de áreas físicas adequadas para o desenvolvimento de atividades de orientação e informação em saúde.

Cabe aqui uma análise comparativa entre a realidade observada das unidades de saúde e a discussão sobre sistemas peritos. A confiança nesses sistemas provém da “fé” e experiência que eles geralmente funcionem da forma que é esperada que eles funcionem (GIDDENS, 1991, p.36). Neste sentido, pode-se perceber que até mesmo os profissionais que fazem parte desses sistemas expressam um descontentamento com um “funcionamento” inadequado e insuficiente, ocasionados, neste caso, por uma deficiência nas estruturas físicas voltadas ao atendimento em planejamento familiar.

Da mesma forma, por meio das observações do cotidiano dos atendimentos, os usuários expressaram, quando abordados, suas insatisfações com esses sistemas, inclusive com os profissionais de saúde, ao reagirem com descontentamento ante as desmarcações das consultas individuais, pelos motivos já elencados, pela pressa nos atendimentos, pela falta de cortesia e atenção às queixas apresentadas.

Entretanto, a maioria das consultas observadas apesar das deficiências na estrutura física e, como será visto a seguir, de equipamentos e insumos, traz a busca por um atendimento que seja, ao menos, minimamente suficiente para atender as necessidades de contracepção das usuárias.

5.3.3.2. Equipamentos e Insumos¹⁷

Os problemas encontrados no que diz respeito aos equipamentos e insumos para ao atendimento em planejamento familiar não revelam, em geral, a mesma insuficiência e inadequação no que disse respeito à estrutura física, à exceção de um entrevistado que apontou insuficiência na quantidade de equipamentos. A oferta de contraceptivos contempla a maioria dos métodos, no elenco daqueles que são corriqueiramente

¹⁷ Insumo designa um bem ou serviço utilizado na produção de um outro bem ou serviço. Inclui cada um dos elementos (matérias-primas, bens intermediários, uso de equipamentos, capital, horas de trabalho etc.) necessários para produzir mercadorias ou serviços. (HOUAISS, 2007)

disponibilizados pela rede pública. Também não foram relatados problemas quanto à quantidade dos métodos disponibilizados à população, à exceção de uma entrevistada.

“O material para a educação realmente deixa a desejar, o material didático tem muita coisa que deixa a desejar. Álbum seriado, prótese peniana, a própria capacitação da equipe em relação a alguns cuidados são algumas coisas que deixam a desejar, mas o maior entrave é realmente na orientação do serviço, como a gente pode organizar o serviço de maneira a dar uma prioridade para esse cuidado em relação à saúde reprodutiva.” (Entrevistado 1, médico)

“Comprimido, a mini-pílula e o ciclo 21; o injetável mensal e o trimestral e a camisinha e o DIU.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“... eu vejo na estrutura do PSF, como um todo, é material mesmo, o material de trabalho, ter mais equipamentos, a gente poder trabalhar, melhorar a manutenção desses aparelhos.” (Entrevistado 3, médico)

“A questão das condições são boas, mas estão faltando alguns anticoncepcionais injetáveis e isso prejudica em nosso trabalho, porque em um mês a mulher toma injeção mensal, aí no outro mês não tem o remédio, aí passa para o comprimido, passa para a injeção trimestral... Isso atrapalha o ciclo menstrual, atrapalha quem já está acostumada a tomar uma determinada medicação, passa para outra

medicação e às vezes isso acaba até influenciando na questão de engravidar porque não tem as medicações constantes.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Sim, nós temos em primeira mão, no caso, a camisinha, o preservativo masculino. Não temos o preservativo feminino aqui; temos também os contraceptivos orais, os injetáveis tanto o trimestral como o mensal; o DIU se necessitar colocar tem também pelo serviço público, mas teria que ser encaminhado para o ginecologista colocar, acho que esses são os que estão mais acessíveis a população.” (Entrevistado 8, médico)

A Coordenadora da Atenção Básica aponta que somente dois métodos não são mais disponibilizados pelo sistema de saúde por terem caído em desuso devido à própria não adesão das mulheres:

“O diafragma já não é tão aconselhado, porque a procura por ele não é tão grande. Percebemos que as mulheres tinham dificuldade em colocar; eu lembro bem dessa discussão, minha mesmo na atenção básica, enquanto enfermeira da assistência e depois a aceitação das mulheres tanto para o diafragma, quanto para o preservativo feminino não era muito grande.”

Apesar de não aparecer no discurso dos entrevistados, foi observada uma ausência de materiais de apoio para as atividades individuais e em grupo de planejamento familiar. Apenas uma enfermeira fez uso de um pequeno álbum seriado para mostrar, além dos métodos contraceptivos,

imagens dos sinais de algumas DST's, à exceção das reuniões com as assistentes sociais, em algumas unidades onde essas reuniões foram realizadas foi utilizado um meio visual para fornecer as explicações necessárias à compreensão dos usuários.

Esta realidade é constatada também no estudo de Moura, Silva (2004, p. 1027) quando apenas 34,5% dos enfermeiros entrevistados, de uma amostra de 29 afirmaram dispor de álbum seriado e 3,4% disseram que, apesar de não dispor deste recurso, tomava-o por empréstimo de outra equipe. Folhetos ou cartilhas para reforçar o aprendizado das usuárias e complementar as informações passadas no atendimento individual ou grupal estavam disponíveis em somente 13,8% das USF's em quantidade bastante insuficiente. Apenas 17,2% dos enfermeiros possuíam um conjunto demonstrativo de métodos anticoncepcionais, sendo que apenas 3,4% se encontravam expostos para a visualização da clientela; e novamente 3,4% disponibilizava modelos peniano e uterino.

Apesar das propostas das políticas de atenção à saúde da mulher em que são previstas distribuições de material de apoio para as atividades em planejamento familiar (BRASIL, 2004a, p. 16; 2005, p. 15; 2008, p. 81) e anexo 8.1 e 8.3, não foi observada a presença deste material nas unidades de saúde, e o uso nas que existiam era pequeno.

5.3.4. O Desenvolvimento pelo Profissional Médico das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família

As ações médicas dentro da proposta da Estratégia Saúde da Família contemplam um leque de atividades previstas nos documentos sobre atenção básica e saúde da família que nem sempre são concretizadas devido a uma série de razões de ordem estrutural, como visto acima e da ordem de processos de trabalho e de formação profissional específica.

5.3.4.1. Ações em Atendimento Clínico

Os profissionais médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família em geral expressam uma preocupação em oferecer um bom atendimento em planejamento familiar, a despeito das dificuldades.

“Termina ficando bem reduzido, bem focado na simples entrega do comprimido, da injeção, do preservativo. Algumas enfermeiras... eu digo enfermeiras porque elas é que realmente assumem o serviço, ficando para o médico só alguns casos mais complicados, algumas dúvidas que elas vêm tirar ou a introdução do DIU, por exemplo, que fica restrito ao médico, só o médico é que faz a abordagem do DIU, a introdução e a retirada do DIU. (Entrevista 1)

“Eu, lá na minha realidade não trabalho tanto o planejamento nesse sentido, embora tenha, eu pego uns e outros casos como uma queixa secundária, o que eu quero dizer com isso, a paciente vem com um problema primário e ao longo da conversa ela aproveita e diz: - “Eu queria aproveitar e iniciar uma contracepção, não estou me dando bem com tal método, eu queria trocar meu método ou eu queria fazer uma esterilização” - por exemplo.” (Entrevistado 5)

“... não existe um dia destinado ao planejamento familiar. No atendimento geral as mulheres que se mostram ou homens que mostram que tenham essa necessidade, que precisam realmente de um atendimento mais detalhado, ficam no atendimento mesmo geral e a partir daí nós encaminhamos, triamos para os grupos, nós fazemos tipo uma triagem

durante o atendimento, na minha parte como médico, mas o serviço de enfermagem já tem uma demanda mais organizada para a questão do planejamento familiar.”
(Entrevistado 8)

“A gente tenta deixar ela em um ambiente mais tranquilo, procura passar para ela confiança e mostrar que estamos aqui para ajudar, diante algum ato que seja ilícito, que esteja lhe prejudicando saúde ou sofrendo alguma agressão física em casa, doméstica, ou que a deixe mais exposta a alguma doença. (Entrevistada 13)

Pelos relatos acima se percebe um envolvimento dos médicos no atendimento em planejamento familiar que ainda considera como atribuição da enfermagem o atendimento cotidiano desta demanda, preferindo ficar com eles os atendimentos de casos mais complexos e específicos, ou quando a enfermagem não consegue apresentar resolutividade devido a complicações específicas da mulher ou do método.

Esta constatação também pode revelar um arranjo de trabalho em equipe, onde as atribuições seguem um fluxo de atendimento de casos mais simples pela enfermagem, como o acompanhamento mensal do uso do contraceptivo.

“Quando a gente identifica no momento do planejamento familiar alguma dificuldade, tipo assim, algum caso que a gente ache que não dá para fazer uma injeção ou enfim algum que a gente vê que precise da opinião de um médico, as meninas (enfermeiras) saem, agora é assim, saem e vão lá conversar com o médico da área dela e pede opinião, mas

não tem o momento para eles fazerem.” (Entrevistada 2, enfermeira)

A Coordenadora da Atenção Básica possui uma explicação histórica para esta realidade:

“Historicamente, desde a implantação do PSF no município deixou-se para o médico as ações de cuidar da demanda reprimida, que era a demanda doente, os enfermeiros ficaram com os Programas do Ministério da Saúde. Hoje a gente consegue ter o médico bem inserido no pré-natal, na puericultura, mas no planejamento familiar nem tanto.”

Por seu turno, a Preceptora de Serviço Social considera que

“A gente sente falta em algumas áreas que os médicos consigam ter, dentro de sua organização de serviço, o direito a ter um tempo para fazer uma anamnese adequada, que a gente sabe que essa produtividade que é exigida de número de consultas dos médicos, às vezes impossibilita isso, que eles realmente consigam fazer uma anamnese adequada e a gente observou também através de alguns relatos de residentes médicos que eles diziam que quando eles se aproximavam para ver como estava o planejamento familiar, eles descobriam situações escabrosas, de mulheres que não tinham perfil para fazer uso de método hormonal, porque tinham um quadro de risco extremo e isso nem sempre estava sendo percebido pela enfermagem. Então é

fundamental que o médico esteja junto com a enfermagem nesse suporte a essas questões clínicas, principalmente com algumas restrições ou precauções que a gente precisa ter, até para esses métodos que a gente considera tão comuns, como é o caso do método hormonal.”

A pressão que a grande demanda por atendimento médico gera conduz a este tipo de situação encontrada acima. Como o número de profissionais de enfermagem é bem maior que o de profissionais médicos, as enfermeiras assumem os riscos de estar iniciando um método como o hormonal oral, por exemplo, para aliviar esta pressão que o médico generalista do PSF sofre, ao ter que atender sob forma de pronto atendimento os casos que chegam, trazendo problemas os mais diversos. Mesmo quando existe o acolhimento¹⁸ e uma organização na demanda, é bastante comum os médicos terem que atender além do programado porque chegou um caso que não é possível esperar e que a enfermagem não possui atribuições técnicas para resolvê-lo.

O coordenador de Políticas Públicas aponta uma razão paradigmática:

“Isso aí já é um paradigma. Temos uma categoria, que se a gente fosse ‘sexualizar’ as profissões, diríamos que a medicina é uma categoria masculina, predominantemente masculina e a enfermagem é uma categoria predominantemente feminina. Então essa profissão tem um grande componente feminino e ela mesma é responsável por essas práticas intervencionistas de controle da natalidade. Por que o médico não se envolve, isso é fácil

¹⁸ O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou encaminhá-los se necessário. Consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região (MONTEIRO; FIGUEREDO; MACHADO, 2009).

responder, porque é uma questão mesmo de paradigma, da forma como epistemologicamente a medicina se constitui como profissão, que é marcadamente voltada para a cura e para o reducionismo biológico. A medicina não tem se ocupado e a própria medicina preventiva tem se manifestado de forma intervencionista, a medicina como um todo não tem se organizado no sentido da promoção da saúde, no sentido do empoderamento das pessoas.”

Estas considerações refletem outra realidade que envolve as decisões do atendimento da demanda em planejamento familiar. Apesar das políticas de promoção à saúde e de atenção primária (Anexo 8.3) para planejamento familiar no âmbito municipal, o paradigma da “verdade” médico-científica revela-se nas ações embutidas nas práticas médicas quando, eximindo-se do trabalho com as tecnologias leves, relacionais, como comunicação, acolhimento, vínculo e escuta qualificada (SANTOS, VIEIRA, 2008, p. 590; ZOBOLI, 2007, p. 320), delega para a categoria profissional que se identifica com o feminino (enfermagem) e detentora de um conhecimento menos especializado, a função de lidar com tais tecnologias.

Foi observado em relação às consultas individuais que a maioria dos profissionais médicos realmente enfocava aspectos mais voltados à cura dos pacientes. As consultas em saúde reprodutiva eram pouco voltadas ao planejamento familiar exclusivamente, imiscuindo-se nestes momentos que deviam ser exclusivos para a escuta e aconselhamento a análise de exames preventivos e a prescrição de medicamentos ou ainda a solicitação de algum outro exame, não enfocando aspectos pessoais da paciente durante o atendimento em contracepção, como já constatou Santos, Vieira (2008, p. 596).

5.3.4.2. Vinculação Pessoal com a Clientela

Um fenômeno observado na Estratégia Saúde da Família é a rotatividade dos médicos generalistas, interferindo com a vinculação pessoal e comunitária destes profissionais nas equipes, Constatado nos estudos de Campo, Malik (2008, p. 349-351) e Gonçalves, Soares, Troll (2009, p. 389).

Os profissionais médicos entrevistados, entretanto, se percebem como tendo uma boa vinculação com os usuários da Estratégia Saúde da Família, de uma forma geral. Essa percepção é encontrada nos depoimentos:

“... eu ainda não tenho, eu sei em números quantas famílias, quantas gestantes eu tenho, mas, digamos que pelo menos próximo da totalidade da minha clientela eu ainda não conheço, da minha área como um todo eu não conheço. Então, daquelas pessoas que eu já tive contato que eu conheço, eu considero ter uma boa relação.” (Entrevistado 3)

“Nessa unidade que estou agora, eu já vou para o quarto ano, então eu penso que em quatro anos eu já atingi um nível de conhecimento e de vínculo com a comunidade que me faz sentir bem próximo, essa é a verdade, me faz sentir próximo.” (Entrevistado 5)

“É, apesar do tempo pequeno eu procuro manter um vínculo com a comunidade e eu acho que é o primeiro passo, já que o tempo é curto; é durante a própria consulta na relação médico-paciente, que eu procuro manter essa relação tendo um pouco mais de tempo, na própria consulta procurando tirar todas as dúvidas, procurando me tornar realmente um

amigo do paciente, não apenas ver aquela doença em si, procurar vê-lo como um todo, ter aquela visão holística do paciente, então procuro agir dessa forma.” (Entrevistado 8)

“Eu me sinto vinculado e a comunidade também já está acostumada comigo. Algumas pessoas gostam de mim, outras não, como todo mundo. Devido a esses anos todos aqui, eu acho que conheço 99% da população e por causa da maneira de trabalhar, eu me sinto vinculado à comunidade, tanto que eu estou reformando uma casa e pretendo vir morar aqui em breve” (Entrevistado 14)

Os profissionais que estão inseridos na Estratégia e que foram entrevistados mantêm a característica de comprometimento com as propostas da atenção básica à saúde, apesar das dificuldades como o excesso de demanda, o que prejudica a qualidade do atendimento prestado à população e interfere negativamente na relação médico-paciente (GONÇALVES, SOARES, TROLL, et al, 2009, p. 386) e dos atravessamentos ideológicos do discurso higienista e da verdade médico científica, atravessamentos observados durante o trabalho de campo e constatados na insuficiente qualidade das informações oferecidas pelos médicos às usuárias, no pouco tempo disponibilizado para a escuta efetiva e aconselhamento, fruto além das pressões da demanda, de uma formação médica calcada no modelo hegemônico biomédico

É possível, desta forma, vislumbrar uma *tensão paradigmática* (ANDRADE, BARRETO, 2002, p. 169) assentada na crítica ao paradigma vigente da biomedicina e a proposta do paradigma da saúde comunitária, no sentido de um movimento de mudança no discurso de alguns profissionais médicos inseridos na Estratégia Saúde da Família, atuantes e alinhados com

a proposta, mas que ainda não dispõem das ferramentas para a efetivação destas mudanças.

Quanto ao problema da rotatividade dos médicos, ele é atestado pela existência de 18 equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral que estão sem médico atualmente. Este problema é sentido na dificuldade em encontrar profissionais para trabalhar na Estratégia. É ainda Gonçalves, Soares, Troll, et al (2009, p. 389) quem dão pistas para este cenário: a realização profissional parcial, somada ao limitado reconhecimento do médico por parte da população e de outros médicos, tem desestimulado a permanência dos profissionais no programa, gerando esta grande rotatividade e dificultando a criação de um vínculo adequado e duradouro com a população. Existem ainda a questão salarial e as condições desfavoráveis de trabalho.

Tal realidade ainda pode ser explicada por meio do conceito de sociedade de risco quando se tem situações em que a imprevisibilidade da necessidade por controle das situações da vida humana conduz exatamente ao lado oposto da racionalidade instrumental e contabilizável, o reino da incerteza, da ambivalência e da alienação (GIDDENS, 1997, p. 17). Estes resultados são decorrentes tanto da menor capacidade de resposta das sociedades através de suas instituições de proteção social quanto os fenômenos diretos de exposição ao risco que fazem aumentar as desigualdades, a marginalização e a exclusão (SANTOS, 2005, p. 164).

5.3.4.3. Vinculação com a Comunidade

A vinculação com a comunidade apresenta uma realidade mais próxima dos problemas e discussões apresentados acima quando as entrevistas mostram uma fraca vinculação comunitária por parte dos médicos.

“Não, eu apenas participei algumas vezes do Conselho Local de Saúde. A comunidade se reúne uma vez por mês para discutir a saúde do bairro, mas eu não tenho vínculo, não faço parte do Conselho, não tenho vínculo fixo com a comunidade.” (Entrevistado 1)

“Realmente não, não estou participando de nenhuma atividade no momento, tenho que me engajar um pouco mais.” (Entrevistado 3)

“Atualmente não, ano passado a gente tentou, acho que pela terceira vez, iniciar o processo de formação do conselho local de saúde. (...) Não sei, não sei se foi a metodologia que a gente aplicou, enfim, nós não conseguimos iniciar o conselho local lá, já pela terceira vez que a gente tenta, então fora essa tentativa eu não participo de nenhum outro movimento lá não.” (Entrevistado 5)

“Bem. Eu não participo. Existia, eu não estou bem a par a respeito disso, mas existia, que estou sabendo que existia um Conselho Local, mas o que eu soube que foi desativado.” (Entrevistado 8)

“Não, eu não participo de nenhum movimento de comunidade, não. Até tem, o da comunidade, mas é difícil eu participar.” (Entrevistado 13)

O estudo de Souza, Hamann (2009, p. 1327) afirma que a concepção da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos, desde o

primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde permeados pela noção de responsabilidade sanitária.

A materialização deste conceito se dá por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e de vinculação à comunidade, pelas quais o profissional assume esta responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade política, social e cultural existente no território em que vivem os usuários.

Outro aspecto a considerar nesta discussão é o sentido da valorização dos diversos saberes e práticas trazidos pela população na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito e a promoção e o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (BRASIL, 2007b, p. 28). Estas características do processo de trabalho das equipes de saúde da família ainda não foram completamente alcançadas, como observado nos relatos e nas observações do cotidiano de trabalho dos profissionais médicos.

Cumprir dizer que as dificuldades na manutenção e condução dos Conselhos de Saúde Locais, vinculados às áreas de atuação das equipes configura-se como um dificultador para a concretização da participação dos profissionais de saúde, inclusive o médico nas discussões dos problemas locais de saúde.

Esta dificuldade se expressa no estudo de Bispo Júnior, Sampaio (2008, p. 406) onde foram encontrados desinteresse e desmotivação da população com as questões coletivas. A falta de interesse dos usuários pela participação nestes espaços se relaciona à frustração da população pelo pouco poder de influência dos conselhos na condução do sistema de saúde e pelo fato de a participação ser uma atividade voluntária e não proporcionar nenhum tipo de remuneração. Desta forma, os conselhos municipais de saúde parecem existir apenas como espaço de homologação de decisões

tomadas pelos gestores, desencadeando nos conselheiros sentimentos de impotência e conduzindo a reações de desinteresse e abandono destes espaços de participação.

O depoimento da Coordenadora da Atenção Básica corrobora esta realidade:

“Em algumas equipes a gente vê uma grande rotatividade, áreas de maior risco, que possuem muitos problemas, eu vejo que os profissionais trabalham “apagando incêndios”. Todo dia a demanda é grande e não se trabalha numa perspectiva planejada e de conhecimento dos territórios.”

O excesso de demanda também é apontado como causa para a não participação dos profissionais médicos nos momentos comunitários e nas discussões sociais e políticas das áreas onde ele atua. Também pode-se apontar como causa para a não participação dos profissionais médicos as reuniões se realizarem no período noturno, mesmo que uma vez por semana ou por mês. Considerando que tendo trabalhado o dia inteiro, o profissional não sente motivação para “esticar” seu horário de trabalho participando desses momentos.

5.3.5. O Desenvolvimento pelo Profissional de Enfermagem das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família

O atendimento em planejamento familiar realizado pelos profissionais de enfermagem guardam semelhanças e diferenças com o atendimento pelo profissional médico. As semelhanças residem nestes profissionais também sofrerem com o excesso de demanda, com as inadequações dos espaços físicos e insuficiência de materiais para um melhor desenvolvimento das ações de planejamento familiar. No campo das diferenças, a indefinição das

ações que a enfermagem deve desenvolver constrói um cenário onde os profissionais assumem atribuições das outras profissões ligadas à saúde, como medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, administração, caracterizando este profissional como “polivalente”, “multifuncional”, situação mais uma vez resultado das pressões da demanda pelos mais diversos atendimentos e da ausência destas outras categorias no cotidiano da ESF.

5.3.5.1. Ações em Atendimento de Enfermagem

Por ser uma profissão que tem como proposta o cuidado nas suas mais diversas formas, as enfermeiras sentem como sua obrigação dispensar atenção e buscar solução para o problema do usuário ou ao menos encaminhá-los aos níveis de maior complexidade.

“... porque elas chegavam, às vezes a gente saia daqui onze e meia e já tinha mulher esperando para uma hora da tarde porque tinha que chegar cedo para completar as oito vagas da prevenção.” (Entrevistada 2)

“Eu sempre estou trabalhando isso, tentando conciliar com os outros programas, procuro nunca voltar as mulheres que me procuram para o planejamento familiar. Eu sempre dou um jeitinho de conversar com ela, mesmo que naquele momento eu não dispense toda aquela atenção que eu deveria, eu converso com ela e peço para que ela marque naquele dia, que naquele dia eu vou estar mais disponível para conversar com ela sobre aquele assunto e isso tem surtido efeito.” (Entrevistada 6)

“... tem a questão dos recursos humanos porque aqui na unidade só tem uma enfermeira que é enfermeira e gerente e um médico que está com a gente há um ano, mas também já está com data para sair. Então, na questão do planejamento familiar a gente tem uma proposta de estar trabalhando; tem até no cronograma, mas a gente não tem conseguido cumprir.” (Entrevistada 7)

“Eu acredito que um anticoncepcional tem que ser usado, já a colega não acredita que deve ser usado, vamos dizer, naquela idade; então acaba nessa discordância de orientações e de conduta e aí às vezes as pacientes acabam passando por todas as enfermeiras e cada enfermeira diz uma coisa, então às vezes tem essa discordância, então já atrapalha demais também, mas é porque a gente não teve esse preparo realmente.” (Entrevistada 11)

Apesar de ter sido citado por apenas uma enfermeira, a falta de uniformização nas condutas pode ser revelador da carência de treinamento e de qualificação para o atendimento. Todas as políticas de atenção ao planejamento familiar trazem esta proposta de treinar e qualificar os profissionais (BRASIL, 2004a, p. 16; 2005, p. 15; 2008, p. 81) e anexo 8.1 e 8.3., percebe-se, no entanto, que esta realidade ainda não está de fato implementada.

A construção da enfermagem como profissão da saúde parte da compreensão de que ela é atravessada por um processo histórico, social, político, cultural e trabalhista que subsidia e produz um conhecimento que permite estabelecer um modelo de profissional ainda atravessada pelos estereótipos dos papéis femininos de cuidar dos enfermos, ser carinhosa com aqueles que precisam e servir ao próximo, características inerentes ao

“espírito de servir”, características esperadas e determinadas pela profissão de enfermagem.

O estudo de Benito (2007, p. 314) aponta que a enfermagem que atua no PSF precisa ser capaz de planejar e desenvolver ações de modo a suprir estas necessidades com resolutividade. Saber resolver problemas consiste em apresentar e implementar soluções possíveis de serem realizadas de acordo com a realidade desta comunidade ou indivíduo.

Não se está com as afirmações acima querendo dizer que se deva prescindir da gentileza, cordialidade e verdadeiro espírito de solidariedade com as necessidades de saúde dos usuários, um dos objetos de reclamação por parte dos usuários durante as consultas individuais, mas esta marca tão fortemente associada à enfermagem, de ser “tudo ao mesmo tempo agora” na medida em que presta ajuda ao usuário, indefine qual o papel real desta categoria nas ações de atenção básica à saúde e de planejamento familiar especificamente, a despeito dos manuais e cartilhas normativas.

A implantação dos NASF veio atenuar este cotidiano das enfermeiras, uma vez que a chegada de profissionais específicos para atender necessidades específicas em nutrição, fisioterapia, psicologia, pediatria, obstetrícia e outras, liberou a enfermagem para atuar de forma mais consistente em suas próprias atribuições dentro do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

“A gente acha que a enfermagem é a categoria estratégica para conseguir um êxito maior nessa reorganização da política, porque de fato, somada a essa visão que o serviço social tem de melhorar, de democratizar mais essas relações, tem a visão de respeitar mais o sujeito, o usuário como sujeito. A gente precisa muito do conhecimento que a enfermagem tem, conhecimento específico da enfermagem sobre os métodos, sobre a utilização dos métodos e isso

também reforçado pelo conhecimento clínico.” (Preceptora de Assistência Social)

“Eu acho que hoje em dia, o maior responsável por isso mesmo é a demanda grande, a demanda doente e tem pouco médico para isso, e a enfermagem como tem maior número de profissionais termina dedicando-se mais a esse processo.” (Coordenadora da Atenção Básica)

As visões da Preceptora de Assistência Social e da Coordenadora da Atenção Básica enfatizam a importância da enfermagem como categoria profissional essencial na condução das ações e atividades em planejamento familiar dentro da Estratégia Saúde da Família e observado no cotidiano das equipes onde a enfermagem organiza as rotinas, conduz o acolhimento, realiza consultas individuais, organiza as reuniões de mulheres e de outros grupos populacionais e se encarrega dos registros das evoluções clínicas, de estatísticas e indicadores, reforçando esse caráter “multifuncional” da categoria.

De acordo com os estudos de Oliveira, Carvalho, Silva (2008, p. 310) esta grande quantidade de processos burocráticos revela-se como uma barreira para a consecução da qualidade e da eficiência na atuação das enfermeiras, uma vez que elas relatam que o tempo se torna escasso para operacionalizar tantas atribuições e mesmo assim prestar um atendimento plenamente satisfatório aos usuários do planejamento familiar, apesar de ser esta a meta de trabalho.

Observou-se esta realidade durante as observações de campo quando por diversas vezes o atendimento foi desmarcado devido à obrigatoriedade da enfermagem em participar de reuniões diversas, aulas de educação permanente, treinamentos, e ainda mudando as agendas sem aviso prévio

para atender agentes comunitários de saúde e outras demandas da população conforme já relatado em trecho anterior.

Cabe aqui uma reflexão sobre a organização dos processos de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família que é proposta e a realidade vivenciada pelas equipes: Haverá uma imaturidade na organização destas agendas e cronogramas de atendimento? Ou o que realmente existe é uma inadequação na proporção entre o número de famílias e a quantidade de equipes, gerando uma sobrecarga na demanda para a enfermagem, que precisa gerenciar as unidades de saúde e prestar atendimento à população?

5.3.5.2. Vinculação Pessoal com a Clientela

Da mesma forma que os profissionais médicos, as profissionais de enfermagem consideram que possuem um bom vínculo com a clientela, com as mulheres que buscam as ações de planejamento familiar. Conforme o estudo de Klock, Rodrigues, Backes, et al (2008, p.18), o cuidado de enfermagem está relacionado ao processo de informações, ao trabalho de equipe, ao envolvimento humano e à adoção de posturas profissionais responsáveis e comprometidas.

“Realmente já estabeleci um vínculo com a área que eu atendo. As mulheres me procuram, falam dos métodos anticoncepcionais que querem tomar, o que está acontecendo, como está a menstruação. Geralmente elas me procuram muito; já existe um vínculo estabelecido, eu já conheço a maioria das casas e das pessoas aqui do bairro.”
(Entrevistada 4)

“Como a gente já está aqui há muito tempo, a gente acaba conhecendo um pouco, não tão aprofundado, cada território;

a gente conhece alguns pacientes de determinadas áreas, aquelas que mais precisam de atenção, então a gente acaba conhecendo, mas é de uma forma muito precária até porque a gente às vezes não conhece a realidade da casa, então fica muito difícil; às vezes elas procuram outras enfermeiras para planejamento familiar dentro da unidade.” (Entrevistada 6)

“Para o planejamento familiar eu acho que tenho um bom vínculo com elas, de conversar, delas chegarem e falarem o que desejarem. Ou mesmo me perguntar qual o método que é melhor para elas. Então, eu considero que eu estou com um vínculo muito bom, uma abertura muito boa para elas.” (Entrevistada 9)

“... eu atendia as mulheres da minha área e elas se identificam. Tanto que quando elas procuram, marcam o retorno. Elas já marcam para você que já atendeu e elas têm certa liberdade de tirar algumas dúvidas e de perguntar. Às vezes me abordam no corredor e procuram saber novamente daquela orientação do anticoncepcional oral, quanto tempo deve passar sem tomar. E assim, o vínculo é bom, o vínculo é muito bom, das que procuram é muito bom, eu queria conquistar mais, mas das que procuram, o vínculo é muito bom.” (Entrevistada 11)

A adscrição da clientela por meio do processo de territorialização gera uma consequência benéfica para a população e para os profissionais que configura-se como o vínculo formado entre os membros da equipe e os usuários. A manutenção deste vínculo acontece principalmente devido ao

convívio dos profissionais com a comunidade e como consequência do tempo que o profissional permanece cuidando daquela comunidade.

Percebe-se que ao contrário dos médicos, os profissionais de enfermagem não estão sujeitos à mesma intensidade na rotatividade, permanecendo na mesma área por um longo período e estabelecendo vínculos mais duradouros com os usuários.

Benito, Becker (2007, p. 315) apontam que a enfermagem precisa envolver-se com o trabalho em equipe e comunidade promovendo formas educativas de ação, uma vez que o envolvimento das pessoas com sua atividade profissional torna-se fundamental não só para sua satisfação pessoal, mas também, voltadas para a satisfação do cliente e a manutenção da instituição, em termos de qualidade dos serviços.

Entretanto, o cenário observado na ESF mostrou que o discurso da vinculação corresponde à realidade, mas esbarra na sobrecarga da demanda e no desgaste físico e emocional que a enfermagem sofre devido aos muitos problemas estruturais e funcionais das unidades e equipes e pessoais dos usuários levando às atitudes observadas de pressa nas consultas, para atender outras demandas, desatenção e desinteresse quando a usuária demora-se no relato de seus sintomas e irritabilidade frente aos obstáculos para a resolução dos problemas que necessitam do acionamento de outros níveis de atenção à saúde, como, por exemplo a demora para conseguir consultas e exames especializados.

5.3.5.3. Vinculação com a Comunidade

“... a ligação maior que eu tenho é com o Conselho Local de Saúde, até porque o (nome da unidade) é muito pobre nesse tipo de movimento, quase não tem. Temos que estar buscando mesmo aquelas pessoas que tem um olhar mais

social para estar chamando para essas reuniões, para discutir, para debater, mas não há muito interesse.”
(Entrevistada 2)

“A minha participação lá (associação de moradores) é mais auxiliando com informações sobre saúde, uso de medicações, algumas palestras educativas, filmes que a gente passa sobre saúde sexual, lá na associação.
(Entrevistada 4)

“Nós aqui, infelizmente, não temos movimentos sociais, nós não temos conselhos, aqui não existe essa articulação, infelizmente, se tenta construir, mas não se consegue levar à frente, então fica difícil. Infelizmente, a população ainda não está inserida ou até mesmo nós, profissionais, não estamos inseridos dentro do nosso fazer desse controle social. A gente ainda está precisando melhorar nesse aspecto, com certeza está precisando que se trabalhe mais, pois nós não temos movimentos sociais aqui.” (Entrevistada 6)

“Não, não participo de nenhum. Nem do Conselho Local, até porque estamos sem Conselho.” (Entrevistada 9)

“Não, não participo. Na verdade assim, a gente age em conjunto com o projeto Vida que te Quero Viva, eu sou parceira, mas assim não é aquela parceria bem atuante, a parceria que a gente tem com eles é para desenvolver um

grupo de adolescentes que a gente tem aqui que está engatinhando ainda.” (Entrevistada 11)

Os depoimentos são unânimes em afirmar que a existência e a participação em movimentos sociais ou mesmo reuniões de grupos da saúde como gestantes, adolescentes, idosos, nos territórios aos quais fazem parte as unidades básicas de saúde e suas equipes pesquisadas é deficitária ou inexistente. Esta realidade repete-se em quase todos os outros territórios onde atua a Estratégia Saúde da Família. Uma explicação informal, que carece de pesquisas para ser comprovada é que existe uma desmobilização histórica da população do município pesquisado com relação às questões sociais e políticas.

Alguns estudos, como o de Coelho, Ferraz, Fanti, et al (2010, p. 121) colocam que governos e organizações sociais vem encontrando crescentes dificuldades para promover o envolvimento da sociedade no processo de tomada de decisões sobre políticas públicas e que diversos problemas tem sido apontados como a ausência de envolvimento de forças sociais ativas e a apropriação dos processos participativos por grupos de maior força organizativa.

5.3.6. Acesso da População Feminina aos Métodos Contraceptivos

Um dos direitos conquistados no campo da saúde reprodutiva foi o acesso às diversas formas de contracepção. Haja visto o processo do Cairo que induziu um novo foco ao ir ao encontro das necessidades e preferências reprodutivas de homens e mulheres como indivíduos, ao invés de atingir alvos demográficos e ou populacionais. O discurso feminista encontrou ressonância e resposta a suas reivindicações com as duas conferências (Cairo e Pequim), uma vez que não desejando ser identificado com os argumentos de controle populacional, o movimento feminista clamava pela autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos em relação à

procriação (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004, p. 159; COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006, p. 76).

“Tem sempre alguém, algum enfermeiro que é responsável por esse acolhimento, aí ela fala o desejo dela, de tomar, de utilizar algum método, aí é agendado, ou se, dependendo da situação pode ser prescrito ali na hora.” (Entrevistado 1, médico)

“Normalmente elas vêm espontaneamente, em alguns casos pode acontecer de elas irem para alguma consulta com o médico e eles conversam lá e daí em diante elas procuram os enfermeiros, mas normalmente elas vêm espontaneamente. A vasectomia e a laqueadura, elas também vêm espontaneamente, mas aí a gente agenda uma consulta para um médico para o médico avaliar, depois do médico vai para a assistente social e a assistente social faz a orientação quanto a planejamento familiar que é um dos protocolos antes de fazer o procedimento definitivo, a laqueadura, mas normalmente é assim.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“A maioria geralmente vem por demanda espontânea. Elas mesmas vêm em busca dos métodos anticoncepcionais.mas existe também aquela demanda que a agente de saúde detecta e a gente vai na casa.” (Entrevistada 4, enfermeira)

“Então, tem a demanda espontânea, tem a demanda pelo agente de saúde, tem a demanda pela menina da farmácia

quando ela vê a receita, quando ela chega lá pedindo o método sem nenhuma orientação aí elas colocam para consulta.” (Entrevistada 7, enfermeira)

“A maioria dos casos elas vêm espontaneamente, a maioria dos casos. Pouquíssimas vezes vêm encaminhadas de outros profissionais, mas a grande maioria dos casos é espontaneamente, outras vezes ainda tem as agentes de saúde.” (Entrevistado 8, médico)

Com a implantação da ESF, a atenção à saúde aproximou-se das necessidades da população. Prova disso, é a procura, por parte dos usuários dos métodos contraceptivos. Entretanto, apesar das recomendações dos manuais e documentos e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, profissional integrante das equipes básicas da Estratégia Saúde da Família, existe um componente ainda insuficientemente utilizado para aperfeiçoar as ações em planejamento familiar: a informação.

A primeira discussão, é que segundo a percepção dos profissionais da ESF, a demanda pelos contraceptivos é intensa, não existindo, porém, estudos estatísticos que indiquem, por exemplo, qual o percentual de mulheres em idade fértil contempladas por algum método. Este item é previsto na Lei do Planejamento Familiar e na Estruturação da Política de Saúde Reprodutiva do município estudado (Anexos 8.1 e 8.3), mas como não é um indicador de saúde mensurado pelos Sistemas de Informação do SUS e alimentados pela ESF, não existe uma estatística real quanto a esse componente dos indicadores de saúde.

Apesar das melhorias, a gestão também percebe outras deficiências e possibilidades:

“Eu penso que isso se deve a uma pobreza nossa em relação à questão do monitoramento e avaliação das políticas que são desenhadas. Então, esse documento (Estruturação das Políticas de Saúde Reprodutiva do município) é um documento que ainda não chegou à cabeça das pessoas que estão preocupadas com a gestão, até por uma falta de cultura de planejamento, de avaliação, de monitoramento; a gente escreve as coisas, mas não sabe se essas coisas se materializam na prática.” (Coordenador de Políticas Públicas)

“Eu vejo muitas potencialidades como eu falei pelo acesso, pela melhoria que a gente tem tido e agora eu sinto, eu acho importante quando se é feito pesquisa nesse assunto, por mim não é um assunto batido, porque como a gente vê é algo que a gente ainda precisa aperfeiçoar muito, então quando a gente vê pesquisas que venham nos ajudar nesse sentido, eu acho que tem como a gente melhorar nosso planejamento familiar.” (Coordenadora da Atenção Básica)

“A partir daí, sentimos a necessidade de, para tratar essa demanda reprimida, tentar melhorar a qualidade do atendimento, da abordagem que era feita a essas pessoas no que diz respeito a todo o direito que essa pessoa tem à informação sobre os métodos, o acompanhamento devido, orientação, retorno, utilização dos métodos antes mesmo que essa pessoa tome uma decisão com relação a métodos definitivos.” (Preceptora de Assistência Social)

Retoma-se aqui a discussão sobre acesso à informação como direito em saúde reprodutiva adquirido. Em um cenário de globalização, onde um dos componentes deste fenômeno é a informação, Santos (2005, p. 25) aprecia que nas últimas três décadas houve uma difusão global dos sistemas de produção e das transferências financeiras e a disseminação das informações e imagens através dos meios de comunicação social.

Entretanto, a difusão das informações ainda não atingiu a capilaridade desejada e não atingiu os maiores interessados em beneficiar-se das vantagens da informação: os mais desfavorecidos econômica, política, social e culturalmente. Este fenômeno, apesar de trazer em seu cerne uma forma de injustiça, não devia causar surpresa, pois é esta a outra face da globalização, a persistência da desigualdade entre ricos e pobres dentro dos países, a superpopulação, os riscos ambientais, os conflitos de natureza étnica, a proliferação de guerras civis, o crime globalmente organizado e a adoção da democracia formal como condição política para assistência aos países desfavorecidos (SANTOS, 2005, p. 26).

A discussão sobre acesso à informação também passa pela constatação que, segundo Diniz, Mello e Souza, Portella (2005, p. 53), há pressões e preconceitos por parte dos médicos que orientam para o planejamento familiar. Os profissionais de saúde brasileiros tendem a não aceitar que as mulheres tomem as decisões, especialmente se são pobres. O enfoque dado por eles é aceito sem discussão pelos usuários e vai de encontro a uma das características de trabalho da ESF, que é a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva.

“O método natural que seria a tabelinha ou então o método do muco vaginal ou do aumento da temperatura, eles requerem um ciclo menstrual muito regular e um alto conhecimento do corpo muito grande, além do nível,

digamos, cultural adequado para poder utilizar esses métodos, de modo que o território que a gente trabalha, eu penso que eles não tenham essa compreensão sobre essas possibilidades de falhas e realmente quando você tem um ciclo irregular as taxas de falhas são grandes e a gente tenta preservar, digamos, que a paciente ou que o marido consigam fazer o planejamento de forma adequada, então esses métodos naturais a gente menciona que existe, mas sempre colocando a possibilidade de falhas maiores que dos outro métodos.” (Entrevistado 5, médico)

“No nível educacional, uma paciente que não tem uma boa informação através de uma escolaridade, escolaridade baixa, realmente ela talvez não se atente bem a questão da importância do planejamento familiar, talvez ela não saiba nem o que é isso.” (Entrevistado 8, médico)

A enfermagem reproduz o discurso e as atitudes do paradigma biomédico:

Eu acho que nós, profissionais de saúde, influenciávamos muito, porque a gente via que eram mulheres pobres, com muitos filhos e que muitas vezes não usavam por ignorância mesmo. Então a gente um pouco que forçava a barra para usar uma injeção; o comprimido; na maioria das vezes era a injeção para aquelas mulheres mais socialmente pobres, que já tinham muitos filhos, que a gente via que outro filho para ela ia ser mais... Porque a gente via como eram as crianças, não eram bem tratadas, não tinham alimento, não tinham roupa, então seria mais um para ser maltratado dessa maneira. (Entrevistada 2, enfermeira)

“Eu acho que é mais pela questão da instrução mesmo. Elas geralmente não tem o segundo grau completo, só tem o primeiro grau, e é incompleto. Ela tem aquele pensamento das avós, das mães, que é para ter muitos filhos. Tem até a questão de incentivos do governo que até facilita um pouco ter mais filhos até para ajudar na renda familiar.” (Entrevistada 4)

A gestão percebe esta realidade e aponta saídas:

“Então eu não me surpreendo da medicina não participar desse processo porque a medicina não reconhece esse processo de promoção da saúde como seu objeto de trabalho e seu objeto do ponto de vista de produção e consumo e distribuição do conhecimento.” (Coordenador de Políticas Públicas)

“Os métodos comportamentais vão depender muito da observação que a mulher é capaz de fazer, da atenção que ela tem com ela mesma. Isso tem que mexer muito com a auto-estima, com o auto-cuidado, teria que ter uma abordagem interdisciplinar também nessas situações. Eu ainda vejo como um desafio também, a gente valorizar mais essa questão dos métodos comportamentais.” (Preceptora de Assistência Social)

Da perspectiva da sociologia das ausências a substituição da monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes, conforme

Santos (1999, p. 790), permite não só superar a monocultura do saber científico, como a idéia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico. A idéia central da sociologia das ausências neste domínio é que não há ignorância em geral nem saber em geral. Toda ignorância é ignorante de um certo saber e todo saber é a superação de uma ignorância particular. Essa proposta dialogical, porém, não é hegemônica entre os profissionais de saúde; o descompasso entre propostas e programas oficiais que contemplam, teoricamente, perspectivas próximas a de Santos, e a prática observada nos serviços de saúde confirmam essa afirmação.

5.3.7. Percepção pelo Profissional das Influências que Incidem sobre a Mulher na Decisão Contraceptiva

Os profissionais entrevistados apontaram motivos diferentes que influenciam na decisão contraceptiva das mulheres. Nesta exposição são apontadas razões de ordem institucional, como as dificuldades de atendimento na unidade de saúde, de ordem pessoal, que envolvem as relações conjugais e as conseqüências que um grande número de filhos impõe à saúde e ao equilíbrio financeiro destas mulheres.

“Infelizmente muitas acabam iniciando os métodos anticoncepcionais por conta própria, por influência da vizinha ou alguma coisa assim e porque não quer ir ao posto, por burocracias, por demoras nas consultas e acaba tomando por conta própria, mas as que procuram são porque geralmente querem receber de graça o medicamento e não pode comprar ou porque realmente confia na equipe e antes de começar elas querem fazer uma consulta para ser melhor indicada aos seus métodos.” (Entrevistado 3, médico)

O acesso aos serviços de saúde, aponta Cunha, Vieira-da-Silva (2010, p. 726) apesar dos progressos nas diversas áreas e das elevadas taxas de

utilização dos serviços evidenciadas nas últimas PNADs (*Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios*) ainda encontra problemas relacionados aos diversos componentes da acessibilidade aos serviços de saúde, considerada como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes.

Uma das barreiras existentes, de natureza organizacional, refere-se ao grande fluxo de usuários que acorrem aos serviços de saúde pelos mais diferentes motivos. Este grande afluxo de pessoas, somados às deficiências e insuficiências, tanto de estrutura física, disponibilidade de equipamentos e insumos, quanto de recursos humanos impõe aos usuários dos serviços de saúde grandes filas, demora no atendimento e baixa resolutividade, obrigando as pessoas a buscarem outras respostas para seus problemas, como a compra de serviços particulares de qualidade duvidosa, oferecidos a preços acessíveis para a população que dispõe de poucos recursos econômicos, geralmente em bairros da periferia das cidades e, no caso dos métodos contraceptivos, a aquisição por seus próprios meios.

“Primeiro por imposição, eu penso assim, do parceiro; vontade própria também seria uma motivação; o desejo de não ter mais filhos, seria uma motivação. Talvez para aquelas que tiveram algum parto anterior complicado, pensando em que o próximo possa ser semelhante também seria uma motivação, quer dizer condições passadas estressantes ou traumáticas, pode ser uma condição, doenças atuais na mulher que complique sua gestação, pode ser uma motivação e essas são as motivações.”
(Entrevistado 5, médico)

“Na verdade, a mulher vem mais por ver a necessidade de estar se cuidando, porque isso influencia na vida, e a mulher tem que ter mais cuidado. Elas vêm mais para se proteger contra a concepção mesmo.” (Entrevistada 13, médica)

De acordo com o estudo de Diniz, Sousa, Portella (2005, p. 84), é crescente o número de mulheres de todas as idades que explicitamente expõem que não querem mais ter filhos, que é um direito adquirido e pleno de exercício a regulação de sua fecundidade.

Durante as observações de campo pôde-se notar, principalmente por parte das mulheres mais jovens a decisão contraceptiva, motivada também por razões de saúde. Ou seja, apesar de muitas não possuírem informações técnicas suficientes sobre os métodos contraceptivos, deixando para os profissionais a escolha do método, ficou claro que elas queriam evitar uma nova concepção, principalmente as mais jovens e que possuíam alguma ocupação e se percebiam independentes. No universo das mulheres mais velhas, as observações conduziram à noção que a decisão contraceptiva estava embutida no desejo do companheiro, que estas mulheres atendiam, tanto no sentido de evitar, quanto de conceber uma nova criança.

A aspiração ao número menor de filhos, baseada nos benefícios relacionados ao acesso a bens de consumo e serviços assistenciais, submete a decisão individual a uma lógica de possibilidades: menos filhos, melhores cuidados (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006, P. 79). Essa condição para a decisão, transplantada do mundo da lógica racional, obscurece, de certa forma, os aspectos subjetivos na decisão das mulheres.

“Elas vêm em busca de fazer o controle mesmo da quantidade de filhos; elas sempre nos procuram. Quando eu cheguei aqui era partindo do primeiro filho para evitar que tenha mais filhos.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Eu não sei, eu não vejo que elas possuam essa atitude de não procurar, mas eu acho que o social também influencia muito, não só o social, mas o cultural porque existem muitas mulheres que dizem que não estão dando-se bem com o comprimido, sentindo dores de cabeça e outros sintomas. Então a gente disponibiliza outros métodos para ela, mas elas colocam que o marido não aceita a camisinha. Pode ser até mesmo influência cultural ou social delas. Pode ser mesmo por conta disso, dessa dificuldade de não estarem aceitando alguns métodos que disponibilizamos aqui.”
(Entrevistada 9, enfermeira)

“O que influencia é a dificuldade, porque ela já teve um filho, ela sabe a dificuldade, pelo menos a queixa que elas têm, o que elas trazem para a gente é isso, é a questão da dificuldade de criar os filhos, a dependência do marido, a necessidade, porque elas não podem trabalhar, porque têm que ficar em casa, têm que estar restrita ao lar para cuidar dos filhos e isso constrange muito as mulheres, então elas desejam o planejamento familiar exatamente para serem mais independentes, isso é uma das principais razões.”
(Entrevistada 11, enfermeira)

“Eu acho que as mulheres não querem mais ter filhos. Porque são elas que ficam com a responsabilidade maior dos filhos, de engravidar ou não, de serem acusadas de terem engravidado ou não e agora elas têm que trabalhar e dar atenção a seus filhos, tendo que lidar com o sentimento de culpa por não poderem dar tudo o que desejam a seus

filhos, desejos próprios não realizados, por isso elas querem evitar a gravidez.” (Entrevistado 14, médico)

“O que eu vejo é isso, as mulheres mais orientadas, que possuem mais acesso a um ginecologista, que compram seu anticoncepcional planejam muito mais do que as mulheres que não estão em classe sócio econômica tão favorável. Nós vemos pelo número de filhos mesmo, que a maioria das famílias nos bairros mais carentes de Sobral tem três, quatro filhos, algo que a gente não vê muito nas mulheres mais abastadas.” (Coordenadora da Atenção Básica)

As desigualdades sociais continuam sendo a marca dos países da América Latina. No Brasil, os programas de transferência de renda tem se mostrado como atenuantes destas desigualdades e as políticas públicas de caráter universalizante, têm se constituído como caminho imprescindível para a retirada das famílias da situação de vulnerabilidade (PIRES, 2008, p. 343).

No campo da saúde estas desigualdades relacionam-se aos fatores econômicos que é um dos componentes dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os DSS, segundo Buss, Pellegrini Filho (2007, p. 78) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população continuam a se constituir como um determinantes social da saúde

Segundo Costa, Guilhem, Silver (2006, p. 82), a justificativa teórica da redução da pobreza, em defesa da diminuição do número de nascimentos, não se concretizou. Esse equívoco fortalece o argumento de que o desenvolvimento não pode ser alcançado pela exclusão da população pobre

e de que o Estado deve oferecer alternativas contraceptivas articuladas em ações de saúde.

O argumento das dificuldades econômicas e das necessidades financeiras foi observado no discurso das mulheres durante as consultas individuais e nos momentos de grupo, tanto com a enfermagem, antes das consultas, quanto na abordagem grupal de saúde reprodutiva pelos assistentes sociais. Da mesma forma, já havia sido constatado em estudo anterior da pesquisadora sobre opções pela esterilização feminina (LIRA, 2002, p. 81-83).

De qualquer modo, é Giddens (1997, p. 95) quem coloca o argumento final que neste paradigma da modernidade muitas das atividades cotidianas tornaram-se abertas à escolha. Na verdade, as escolhas tornaram-se obrigatórias e todas as áreas da atividade social vêm a ser governadas por decisões desenvolvidas com base em exigências de conhecimento especializado. No entanto, as escolhas, mesmo as dos pobres ou desfavorecidos sofrem refração das relações de poder preexistentes e das desigualdades instaladas.

5.3.8. Critérios Empregados pelos Profissionais para a Decisão do Método Contraceptivo a Ser Adotado pela Mulher

A consolidação da ESF trouxe como consequência uma reflexão sobre a necessidade de mudança nas práticas clínicas dos médicos e da enfermagem em busca de aperfeiçoar as relações profissionais-usuários. As discussões sobre mudança nos currículos voltadas a uma prática mais intensa da saúde pública nos e a efetiva implantação em várias escolas médicas e de enfermagem das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia sem dúvida foram avanços para este campo de práticas.

No entanto, a força do paradigma biomédico, em sua própria condição de paradigma, parece pouco alterar-se mesmo diante das tentativas e

proposições. É o que nos coloca Kuhn (1998, p.107-123), quando diz que a transição de um paradigma em crise para um novo, do qual pode surgir uma nova tradição de ciência, está longe de ser um processo cumulativo obtido através de uma articulação do velho paradigma.

“A gente tem a literatura, tem tabela para isso, tem uma pontuação para isso e que vai depender se a mulher tem alguma co-morbidade, se tem diabetes, se tem hipertensão, a idade dela, a própria adesão, se está em um grupo de maior risco, pela vulnerabilidade, o número de filhos; se, por exemplo, já teve um filho, a gente pode orientar o uso do DIU, se é adolescente, a gente pode orientar o comprimido, com baixa dose de estrógeno. Vai depender da situação de cada mulher se utiliza o critério para a situação de cada mulher.” (Entrevistado 1, médico)

“Eu diria que como a maioria dos médicos, o primeiro critério que você vai utilizar é o critério clínico, é ver realmente qual o que se adequa melhor aquele paciente trazendo os melhores benefícios possíveis e os menores efeitos adversos possíveis, esse aí seria o ideal. Depois disso, além de escolher o ideal, você vai ter que saber que aquela pessoa que está a sua frente é uma pessoa que tem seus pensamentos próprios e também suas decisões próprias, não é uma máquina que você vai lá e escolhe o que você quer e coloca lá.” (entrevistado 3, médico)

“Primeiramente a gente oferece, mostra todos os métodos anticoncepcionais que tem disponível, as vantagens e desvantagens de cada um ela escolhe seu método. A gente

apenas toma uma decisão quando existem sintomas ou efeitos colaterais em alguma medicação anteriormente tomada, mas é uma decisão dela, do que ela vai querer tomar. A gente não interfere, não.” (Entrevistada 4, enfermeira)

“São basicamente as três situações: a motivação da paciente, condições biológicas ou de doenças associadas e o nível educacional a partir daí que a gente direciona.” (Entrevistado 5, médico)

“Sempre a gente procura, eu indago para que elas procurem decidir o método e sempre ressaltando o uso do preservativo que aqui está crescendo muito o número de pacientes com HIV no bairro. Então a gente sempre, eu sempre colocando para elas usarem a camisinha.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Na verdade é o desejo delas, a facilidade de saber se ela realmente vai aderir a esse método. É por isso, pela faixa etária, pela quantidade de filhos que ela já tem, se é a primeira gravidez, se ela deseja engravidar, se ela deseja ter mais filhos após isso, quanto tempo, depende da mulher. Quando a mulher pede, a gente vê qual o melhor método para ela fazer uma adesão melhor, para não haver fugas.” (Entrevistada 13, médica)

“Eu ofereço, eu mostro e digo e fica na dependência delas a decisão. Após a implantação do contraceptivo trimestral eu comecei a implantar aqui, mas tem muitas mulheres que não

gostam de utilizá-lo, pois para elas parece um alívio quando a menstruação vem mensalmente, pois é um sinal que apesar de terem tido relações, elas não engravidaram. Outro temor delas é que sem menstruar aquele sangue 'sobe para a cabeça'. Eu oriento sobre o uso mais adequado para aquela idade, sobre os efeitos colaterais, sobre a presença de obesidade. (Entrevistado 14, médico)

Nos depoimentos tomados todos afirmaram que a decisão é conjunta, profissionais e usuários participam do processo de escolha do contraceptivo, após uma explanação por parte dos profissionais dos métodos, vantagens e desvantagens do uso. No entanto, foram raras as ocasiões em que se pôde, durante as observações de campo, constatar estas práticas.

Primeiro porque é escasso o material visual para facilitar esta orientação, dificultando a compreensão por parte das usuárias dos diversos tipos de contraceptivos e consequentemente as implicações do uso.

Segundo, alguns métodos contraceptivos simplesmente inexitem nas unidades e no sistema de saúde municipal de saúde, como é o caso do preservativo feminino, do diafragma, dos espermicidas em gel e em óvulo, dos implantes intradérmicos, a pílula de uso vaginal, os adesivos transdérmicos e o SIU-LNG (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel), que é um tipo de DIU que libera o hormônio diretamente no útero (FEBRASGO, 2004, p. 16-178).

A autonomia de escolha das mulheres pelo tipo de contraceptivo que elas desejarem somente pode ser assegurada quando da existência e disponibilidade de todos os métodos para os usuários e usuárias. Na rede pública, só existem duas possibilidades de contracepção de forma oral: o comprimido de progestágeno, conhecido também como minipílula, indicado para mulheres em amamentação, mas não exclusiva e o oral combinado, que existe em diversas combinações de dosagem, mas que é disponibilizado

apenas na dosagem de Levonorgestrel 0,15mg e Etinilestradiol 0,03mg, restringindo, desta forma, as possibilidades de uma escolha mais acertada, principalmente para as adolescentes, que necessitam de dosagens hormonais mais precisas, devido à própria imaturidade fisiológica do organismo.

Os profissionais que fizeram menção a algum método comportamental, afirmaram que orientavam, mas esclareceram que a razão de não instituir o uso deles, devia-se por considerarem que as usuárias não possuíam instrução suficiente para conduzir bem o uso do método, conforme já trechos apresentados anteriormente. A gestão também se pronuncia a favor:

Eu acho que nós, profissionais de saúde, influenciávamos muito, porque a gente via que eram mulheres pobres, com muitos filhos e que muitas vezes não usavam por ignorância mesmo. Então a gente um pouco que forçava a barra para usar uma injeção; o comprimido; na maioria das vezes era a injeção para aquelas mulheres mais socialmente pobres, que já tinham muitos filhos, que a gente via que outro filho para ela ia ser mais... Porque a gente via como eram as crianças, não eram bem tratadas, não tinham alimento, não tinham roupa, então seria mais um para ser maltratado dessa maneira. (Entrevistada 2, enfermeira)

“Eu acho que é mais pela questão da instrução mesmo. Elas geralmente não tem o segundo grau completo, só tem o primeiro grau, e é incompleto. Ela tem aquele pensamento das avós, das mães, que é para ter muitos filhos. Tem até a questão de incentivos do governo que até facilita um pouco ter mais filhos até para ajudar na renda familiar.” (Entrevistada 4)

“Existe um estímulo para que essas ações aconteçam nas classes de menor renda porque é sabido da deficiência econômica dessa família, dessa mulher em estar engravidando muitas vezes.” (Coordenadora da Atenção Básica)

Embora seja uma realidade o baixo grau de instrução de grande parte da população menos favorecida economicamente, este argumento não se sustenta como justificativa para a não adoção dos métodos comportamentais. Ao contrário, depõe contra o sistema de saúde, expondo dentre outras deficiências, a deficiência das ações de educação em saúde. Quando confrontados pela impossibilidade de uso dos limitados métodos disponíveis no sistema de saúde e sem decidir assumir os enfrentamentos decorrentes da instituição de um método comportamental (informações sobre o corpo, sua anatomia e fisiologia; treinamento das usuárias para o uso correto do método escolhido; enfrentamento das dificuldades, inclusive as advindas de um cotidiano de violência, decorrentes do uso de álcool e drogas e de sujeição das mulheres), a única saída possível de anticoncepção é a saída definitiva, ou seja, a laqueadura tubária e em raros casos, a vasectomia, ferindo desta forma o artigo 9º na Lei do Planejamento Familiar.

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

A gestão se pronuncia:

“O planejamento familiar em si eu acho que ele não consegue ser concretizado pelas circunstâncias em que ele ocorre. Eu acho que hoje em dia ele se configura mais como uma distribuição de métodos contraceptivos do que o planejamento familiar em si. Pode ser que haja uma deficiência por parte das equipes de orientação quanto ao uso, o acompanhamento e o estímulo; pode ser, mas foram métodos que já foram disponibilizados em um momento e que se perderam.” (Coordenadora da Atenção Básica)

“O que se fala hoje é de uma saúde reprodutiva e de forma mais abrangente de uma saúde sexual e isso não é discutido. A sexualidade não é discutida, nem com os profissionais de saúde e muito menos com os pacientes. A sexualidade é discutida nas escolas, com os adolescentes, mas vinculada a questão das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência, ou seja, toda essa discussão, em relação a esse componente sexual, não está vinculada ao reconhecimento que as pessoas têm um direito a expressar sua sexualidade, sua expressão sexual, ao exercício de sua sexualidade.” (Coordenador de Políticas Públicas)

Neste contexto, percebeu-se que o cenário de discussão e transmissão mais efetiva das informações sobre saúde sexual e reprodutiva, direitos, métodos contraceptivos foram os momentos da abordagem grupal de saúde reprodutiva pelos assistentes sociais. Cumpre lembrar que estes momentos possuem como objetivo primordial discutir a real necessidade de uma decisão contraceptiva definitiva, uma vez que o público que mais comparece

a esses momentos são mulheres e eventuais homens que vão em busca da assinatura da assistente social como autorização final para a realização do procedimento cirúrgico.

“E aí a gente percebe que existe uma grande dificuldade ainda, por mais que a gente desde 2006 esteja batendo na tecla dessa mudança de visão dos direitos, de que a pessoa é sujeito nesse processo, de que ela tem direito a ter acesso às informações necessária, à problematização da sua realidade, para que ela, através de uma auto-reflexão tome a decisão que seja mais adequada àquele momento de sua vida.” (Preceptora de Assistência Social)

Santos (2004, p. 796) aponta a alternativa da sociologia das emergências quando ela constitui-se na investigação das alternativas possíveis no horizonte das possibilidades concretas, ampliando o presente e congregando o real amplo aos desejos futuros que o presente encerra, conduzindo a uma ampliação simbólica dos saberes, práticas e atores, de modo a identificar neles os direcionamentos de futuro para conhecer melhor as condições de possibilidade de esperança e definir as ações que conduzirão à realização dessas condições

5.3.9. Percepção pelos Profissionais se as Ações de Planejamento Familiar da Estratégia Saúde da Família Contemplam as Necessidades da População

O cotidiano de trabalho e a vivência diária oferecem aos profissionais uma visão privilegiada das rotinas e condições de trabalho. Ao mesmo tempo torna-se possível para eles conhecerem em profundidade os problemas e dificuldades para o desempenho das atribuições esperadas de cada profissional dentro da ESF. Deve-se, porém, fazer um contraponto. O mesmo dia-a-dia que favorece uma visão privilegiada da situação de saúde

do território, por permitir uma visão global das possibilidades e deficiências da população adscrita, também oblitera esta mesma visão quando o olhar “acostuma-se”, acomoda-se ao mesmo cenário, aos mesmos horizontes e após algum tempo já não é possível ver além.

“É, ainda falta muita coisa; como eu falei com a adolescência, com os adolescentes, por exemplo, existe muita coisa a se fazer ainda. Só as mulheres casadas, que já tiveram filhos, realmente para evitar o segundo filho, nós fomos muito bons. Para evitar o segundo filho, nós conseguimos fazer isso muito bem, o problema é evitar o primeiro, indesejado, uma gravidez de adolescente, por exemplo, que não é o desejo dela.” (Entrevistado 1, médico)

“Eu acho que só com um número menor de pacientes, a gente conseguirá também abranger um número maior de pessoas. Então, está a contento? Sim, para aqueles que chegam até o posto. Poderia ser melhor? Poderia, se a gente abrisse ainda mais espaço, mais divulgação para poder trazer mais gente para poder ser melhor acompanhado. Ou seja, vamos ter que abrir mais agenda. Será que vamos ter espaço para atender mais gente?” (Entrevistado 3, médico)

“Eu acho que não, eu acho que teria que trabalhar um pouco mais, disponibilizar outros métodos que a gente não tem, como o diafragma ou o espermicida. Fica difícil a gente às vezes conversar sobre isso, a mulher decidir e você dizer: - “Olha infelizmente a gente não tem.”- Então eu acho que

precisa de uma política mais fortalecida para o planejamento familiar.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Eu acho que assim, no papel é muito bonito, mas tem suas falhas durante a prática, mas se a gente realmente agarrar isso com afinco a gente consegue muita coisa e eu acho que seriam necessárias, apesar de algumas falhas acho que são suficientes.” (Entrevistado 8, médico)

“Eu acho que precisaria de uma sala reservada e elas terem esse atendimento individual porque eu acho que é direito do paciente e a gente acaba, pelo espaço físico, não tento como atender individualmente essas mulheres.” (Entrevistada 11, enfermeira)

“Sim, eu acho que contemplam as necessidades da população, em todos os âmbitos. Em termos de qualidade também, mas a questão que influencia é a falta de medicação, de profissionais disponíveis no momento. Às vezes dificulta um pouquinho a qualidade do atendimento.” (Entrevistada 4, enfermeira)

Os profissionais abordados apontaram falhas, das mais diversas naturezas, na atenção à saúde reprodutiva e do planejamento familiar. As principais dizem respeito às condições físicas e aos processos de trabalho. Serão discutidos ainda outros problemas que dizem respeito às condições físicas e os processos de trabalho dentro da ESF.

Horta, Sena, Silva (2009, p. 525) apontam que os investimentos na infra-estrutura e nas políticas públicas que permitiram a criação e a implantação da estratégia Saúde da Família não evoluíram no mesmo ritmo

da expansão quantitativa de Equipes de Saúde da Família. Considera-se, desta forma, que a ESF contribui na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas que faz-se necessário um novo olhar para enfrentar os desafios que o cotidiano das práticas em saúde coloca para a Estratégia.

Um destes desafios diz respeito aos governos, que nas três esferas de gestão não têm conseguido implantar estratégias adequadas de fornecimento dos métodos anticoncepcionais para a população. São identificados problemas em diversas etapas, como na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição, manutenção da oferta e capacitação de gerentes e profissionais de saúde. O resultado é uma oferta assistemática e insuficiente para atender a demanda, além de excludente, trazendo maior prejuízo para as mulheres oriundas camadas mais pobre e das áreas rurais. A realidade do município estudado não se mostrou diferente.

“A gente vê ainda uma parcela que não tem acesso ao conhecimento, à informação, porque devido a esse número de gravidezes não planejadas, eu imagino que talvez as mulheres não tenham acesso, não saibam que tem, não conheçam os métodos, não sei, porque ultimamente esses métodos tem aparecido e nossa população ainda está muito vinculada ao medicamento. (Coordenadora da Atenção Básica)

“O Sistema possui uma série de falhas em todos os setores de atenção à saúde. Falhas na assistência, falhas na estrutura, insuficiência de insumos, de profissionais, de equipamentos, de leitos hospitalares. Então, a gestão tem se ocupado desses problemas como um todo e determinadas políticas como a de planejamento familiar não tem grande

visibilidade dentro da gestão.” (Coordenador de Políticas Públicas)

Aos problemas estruturais somam-se os problemas de processos de trabalho, onde geralmente os profissionais justificam a dificuldade de concretização das práticas de promoção da saúde pela sobrecarga de trabalho voltado ao plano terapêutico, pela demanda excessiva e até mesmo pela resistência dos usuários (HORTA, SENA, SILVA, 2009, p. 528).

A existência de uma rotina sistematizada para a execução de tarefas dos profissionais com o intuito de atender a demanda dos usuários e suas necessidades imediatas, faz com que eles se concentrem nas práticas assistenciais com baixo potencial de inovação no serviço que se traduzam, por exemplo, em atividades promotoras de saúde.

Outros problemas no processo de trabalho das equipes segundo Ribeiro, Pires, Blank (2004, p. 442) apontam para a insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; diferentes modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho.

Além disso, comprometimento do fluxo e contra fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e desentendimentos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre a ESF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

Estes problemas foram presenciados durante as observações de campo e embora não relatados durante as entrevistas foram percebidas a existência de divergências entre membros das equipes em algumas

unidades de saúde, principalmente entre a gerência, exercida pela enfermagem e os profissionais médicos, entre a gerência e os agentes comunitários de saúde e entre profissionais e usuários, quando estes não conseguiam atendimento ou tinham o mesmo desmarcado. Todas estas situações comprometem consideravelmente o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação dessas ações programadas, uma das características do processo de trabalho da ESF.

5.3.10. Participação do Profissional nos Momentos dos Grupos de Planejamento Familiar

No início da análise do item anterior, foi argumentado que o cotidiano das equipes de Saúde da Família, ao mesmo tempo que oferece ampla visão da realidade sanitária e comunitária da área contemplada pelos serviços de saúde, arrisca-se a obliterar esta mesma visão da responsabilidade sanitária e da proposta da promoção da saúde para a população.

Um dos obliteramentos desta visão, como de outros já discutidos, diz respeito à percepção dos profissionais sobre os momentos de grupo, sobre a educação em saúde.

“Não tem como eu estar em todos os momentos. Quando é a reunião com a assistente social eu sempre procuro participar, que é o momento da laqueadura, porque no final ela faz uma orientação sobre o planejamento familiar, eu sempre procuro estar participando, mas nos atendimentos, não fico presente em todos.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“Eu gostaria de participar mais de grupos, mas realmente está faltando da minha parte eu puxar isso, eu criar um

ambiente, um horário, para eu poder disponibilizar esse horário para poder ser feito os grupos, porque assim, eu acho que melhoraria se tivesse essa parte de grupos.”
(Entrevistado 3, médico)

“Aqui não. Um dos poucos momentos que eu participei foi praticamente como colaborador, na verdade era a enfermagem que estava à frente explicando, fazendo as dinâmicas, eu estava lá para tirar alguma dúvida mais técnica com relação a doenças, com relação ao uso correto do anticoncepcional, contra-indicações absolutas e relativas, então estava lá mais como colaborador.” (Entrevistado 5, médico)

“No segundo momento vieram alguns clientes. Até no começo a gente pensou nesse grupo a gente falava mais em relação à laqueadura, quer dizer para as mulheres que queriam fazer a laqueadura. Mas aí eu disse: - “Vamos abrir pra todo mundo.” - Mas nesse grupo a gente falava de todos os métodos antes de fazer o protocolo. Mas quando foi no segundo grupo que foi acho que há um mês ou dois não teve o carro, aí alguma pessoas ficaram chateadas. Então não vamos marcar agora, só quando tiver tudo bem direitinho.” (Entrevistada 7, enfermeira)

“A gente faz muitas dinâmicas com elas, a gente tenta sempre estar inovando. Eu prefiro mais falar sobre as doenças que são sexualmente transmissíveis e expor para elas os métodos contraceptivos que nós temos.”
(Entrevistada 9, enfermeira)

“É complicado. Eu gosto mais de trabalhar individualmente. Eu acho que há uma dispersão muito grande em grupo, a gente se esforça o possível para todos ficarem atentos para o que está sendo exposto, mas infelizmente não há atenção. Tem que ter um atrativo para elas participarem daquilo, e é assim, eu não gosto por conta disso. Então eu prefiro individualmente mesmo no atendimento, na hora de um pré-natal, de uma demanda espontânea que a mulher venha a mulher procurar, então eu prefiro orientar assim. Não participo de grupo não.” (Entrevistada 13, médica)

A gestão reconhece essa deficiência:

Os grupos que a gente fazia nós não vemos mais tão presente em todas as unidades, algumas têm, mas outras são mesmo. Eu não presenciei algum grupo de planejamento familiar, são mais relatos dos gerentes e alguns colocam que dependendo do território, não existe uma adesão da comunidade, das mulheres. (Coordenadora da Atenção Básica)

“Com relação à própria organização das ações de planejamento familiar, nós tentamos motivar para que esse dia que é agendado dentro do serviço da unidade seja um dia mais rico, um dia em que a gente possa pensar de forma diferente, como algumas demandas individuais possam ser vistas como demandas coletivas, como a gente pode, ao invés de ficar no desgaste da educação em saúde individualizada e repetitiva no atendimento um a um, como a

gente pode potencializar essa atividade de educação em saúde de forma mais produtiva, de forma mais interessante, participativa em atividades coletivas anteriores a um atendimento individual.” (Preceptora de Assistência Social)

As observações de campo apresentaram uma realidade que se repetia em praticamente todas as unidades, sendo poucas as exceções. Quando esses momentos de “educação em saúde” eram realizados antes das consultas, uma expressão de alívio surgia no rosto de todos quando esse momento acabava, por parte das mulheres, que na ausência do profissional comentavam que não gostavam dessas “conversas”, pois tomavam o tempo que poderia estar sendo utilizado para elas serem logo atendidas e irem embora, pois “tinham muito que fazer” e por parte de profissional, que também encarava essa tarefa como mais uma obrigação a cumprir e queria logo atender as mulheres que “reclamavam demais e não cuidavam de sua saúde”.

Ao conversar informalmente com essas mulheres após estas palestras a maioria afirmava não gostar desses momentos, por causa do calor, do tempo que consumia e que resultava em demora para iniciar o atendimento individual e que muitas vezes elas não conseguiam resolver seu problema completamente, pois além da consulta específica em saúde da mulher, elas queriam conseguir uma consulta com o médico do posto ou com algum especialista ou pedir algum exame, embora em geral afirmassem gostar do profissional de enfermagem e achar que ele trabalhava bem e era atencioso com elas.

Esta dificuldade foi sentida pela própria pesquisadora, que não teve seus convites para os grupos focais atendidos e ao vir alguma usuária, era em número pequeno, três ou quatro, inviabilizando a realização do grupo focal, que orienta um mínimo de oito participantes para ser produtivo. Dos homens convidados, nenhum apareceu, mesmo tendo sido propostos

horários diferentes para a realização dos grupos, pela manhã, à tarde ou à noite.

Ficou também clara a ausência dos profissionais médicos. Com uma formação centrada na doença, na especialização, no ambiente hospitalar e no uso de tecnologias duras¹⁹ como parâmetro de boa qualidade médica, esses profissionais, a partir de um ideal de profissão que propicia a valorização dessas questões técnicas tendem a reconhecer essas características como de maior poder simbólico que as relacionais diante das ações cotidianas de seu trabalho e diante da sociedade.

O atual cenário de transição social exige um profissional que seja capaz de operar a identificação das necessidades locais de saúde e que articule saberes provenientes de distintos campos cujos vetores convergem na assistência. É preciso superar a compartimentalização dos saberes e colocá-los em diálogo, para que se possa evoluir da fragmentação à integralidade do cuidado.

Constituindo-se como diferencial desta realidade da educação em saúde na ESF do município estudado, encontra-se a abordagem grupal de saúde reprodutiva pelo assistente social. Por trazer uma proposta que tem se mostrado efetiva em termos de regularidade e resultados, e contemplando os objetivos dos documentos normativos do nível federal e municipal, essa abordagem tem conseguido congrega inclusive os homens.

“A gente teve um momento para fazer um alinhamento metodológico onde a gente reforçou toda a ótica, a filosofia que hoje o Ministério trabalha, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos e também pactuamos uma metodologia de abordagem grupal, com uma metodologia

¹⁹ As tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*; as tecnologias leve-duras apresentam uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador; e as tecnologias leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais entre os diferentes atores da saúde (FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, et al, 2009)

mais participativa, dentro de uma proposta mesmo de educação popular para envolver melhor as mulheres e os homens que desejam ou que manifestam algum desejo de optar pelo método definitivo. Nesses momentos percebemos uma grande dificuldade com relação às informações sobre os métodos, porque nem todas as mulheres e homens que nós abordávamos eles tinham informações sobre todos os métodos disponíveis.” (Preceptora de Assistência Social)

Apesar da motivação principal dos usuários para o comparecimento seja a consecução da autorização para laqueadura tubária e vasectomia, estas reuniões oferecem uma oportunidade para discussões mais aprofundadas sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, dirimindo tabus e mitos e questionando sobre o processo de tomada de decisão dos casais e a co-responsabilidade na escolha do método contraceptivo.

5.3.11. Pensamento Religioso e Planejamento Familiar

No campo da religião, o movimento feminista trouxe para as estruturas de pensamento das mulheres a ruptura entre o sentimento possuir seu corpo e dele dispor e as normas da religião sobre esta questão. A partir de uma visão social, o feminismo desenvolve uma crítica da cultura patriarcal, resultado de processo histórico, e não de necessidade inevitável, derivada e uma determinação biológica qualquer (NUNES, 2002, p. 520).

O resultado dessas mudanças nas concepções de sociedade, gênero, direitos e relação com as religiões, conduziram as mulheres a desejarem melhores condições de saúde para a concepção e criação dos filhos, uma sexualidade livre de violência e de doenças, qualificação profissional, emprego e renda, além do respeito à dignidade como seres humanos e usuárias dos serviços de saúde, afirma Petchesky (2005, p. 21).

Traçar uma categoria de análise sobre a relação planejamento familiar e religião

“Na prática, a gente percebe que a religião não influencia muito no método que a mulher vai utilizar; não é o principal critério que ela utiliza para escolher o método ou não ou um método ou outro.” (Entrevistado 1, médico)

“Aqui a gente não percebe muito a influência da religião na procura desses métodos. Elas já vêm decididas por algum método. A gente não percebe a influência da religião, a não ser que tenham algumas que procuram e que a gente não identifica, mas aqui não nos chega, não.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“Ainda chegam as mais antigas, ainda falam que não é do tempo delas, que não existia isso e que o normal era as mulheres terem muitos filhos, que a Igreja proibia até que evitassem filhos. Nas mais jovens a diferença é muito grande, muito grande mesmo. Não adianta a gente mentir, porque é uma coisa espalhada nos quatro cantos do mundo, que a sexualidade está exposta, seja nos meios televisivos, radiofônicos e a internet que veio para ajudar muita coisa e veio para piorar muita coisa.” (Entrevistado 3, médico)

“Na área de nossa abrangência, nós nunca vivenciamos isso, nunca, nenhuma mulher se recusou a utilizar algum método ou disse que não iria utilizar por causa de sua religião. Nós sabemos de certas religiões, que influenciam a

respeito de uso da camisinha, do contraceptivo oral, que é proibido, mas aqui nunca tivemos esse problema, não.”
(Entrevistada 4, enfermeira)

“Para o planejamento familiar, anticoncepção eu não observo a religião como um empecilho, eu nunca ouvi alguém dizendo: -“ah, doutor eu não vou usar esse método, porque minha igreja não permite.” Eu nunca ouvi falar disso, então eu penso que nesse sentido a questão religiosa não influencia, a meu ver.” (Entrevistado 5, médico)

“Não, eu acho que a religião em si não. Até hoje eu não tive dificuldade assim pela religião não, tenho mais dificuldade, no caso, principalmente no DIU dos mitos, eu acho que a maior dificuldade são os mitos que a população coloca em torno de determinados métodos, mas da religião em si, eu nunca tive dificuldade não.” (Entrevistada 6, enfermeira)

Os depoimentos dos profissionais apontam que os preceitos religiosos não se constituem empecilho para a adoção de qualquer método contraceptivo desejado pela mulher, ou pelo homem, no caso da camisinha e da vasectomia, ao menos nas áreas onde aconteceu este estudo.

A religião católica ainda é a opção religiosa da maioria dos brasileiros. Segundo o último censo (IBGE, 2010e), realizado em 2000, 73,57% dos brasileiros são católicos, sendo que no Nordeste a porcentagem é mais alta, com 84,9% de declarantes católicos no Estado do Ceará (ANTONIAZZI, 2003, p. 2). A opção por analisar a relação planejamento familiar e religião a partir do catolicismo deveu-se a não menção de outras denominações religiosas durante este estudo e por não haver preceitos formais de

interdição de regulação da fecundidade por parte de outras religiões, mesmo cristãs.

Apesar dos números e das orientações sobre a regulação da natalidade, dispostas na Carta Encíclica *Humanae Vitae* (PAULO VI, 2001, p 17-23), esta preocupação não se revelou por parte das usuárias jovens que buscavam um método contraceptivo. Apenas um depoimento aponta a preocupação das mulheres mais velhas com esta questão. Durante as observações de campo, não foi presenciada esta relação. Da mesma forma, os documentos normativos não se pronunciam a respeito de possíveis interações entre planejamento familiar e profissão religiosa.

A discussão dos direitos sexuais e reprodutivos trouxe às mulheres o reconhecimento da liberdade sexual e reprodutiva, apesar de, em meados dos anos 90 o Vaticano e seus aliados dos Estados católicos, terem formado uma aliança com os regimes islâmicos para influenciar as conferências do Cairo e de Beijing, fazendo oposição às noções de direitos sexuais e reprodutivos, aos direitos individuais e ao reconhecimento dos diferentes arranjos familiares (PETCHESKY, 2005, p. 25).

Curiosamente, a Igreja Católica, mais que qualquer outra instituição da sociedade civil, segundo Diniz, Mello e Souza, Portella (2005, p. 61) tem impactado de forma crucial e ao mesmo tempo contraditória o desenvolvimento do movimento de mulheres, oferecendo simultaneamente espaços para a organização das mulheres de baixa renda e oposição organizada e sistemática contra o movimento feminista.

5.3.12. Avaliação da Política de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar do Município de Sobral

Os profissionais de saúde que participaram desse estudo apontam alguns problemas considerados como barreiras para o desenvolvimento pleno das ações de planejamento familiar. Dentre esses problemas, a entrega dos métodos obedecendo a uma sistematização que não gera

reflexão e informação, um amplo espectro de prioridades e necessidades a atender, deficiências na estrutura física e de materiais, ausência de padronização nas prescrições do contraceptivo oral e excessiva preocupação com os indicadores de saúde que geram mais visibilidade e para os quais se exige maior vigilância.

“A política de saúde reprodutiva ainda parece ter os moldes tradicionais aqui, como a simples distribuição do método, do comprimido, essa simples distribuição, focada sempre na anticoncepção e na massificação, você entregar para a ‘massa’ aquilo ali, sem uma reflexão.” (Entrevistado 1, médico)

“Eu acho que a saúde reprodutiva fica muito focada nestas três coisas: no pré-natal, no resultado da prevenção e no planejamento familiar. O homem ainda fica aquém desses momentos. O adolescente também. Então no dia-a-dia, a gente tem que buscar muitas metas: da criança, da gestante, da tuberculose, da hanseníase, então, para essa parte do planejamento familiar a gente precisaria ter mais espaço no dia-a-dia da gente para estar aumentando os atendimentos, para fazer grupos mais bem cuidados, com mais tempo de cuidado.” (Entrevistada 2, enfermeira)

“A respeito do planejamento familiar, a questão política é boa, possui princípios bons, mas para a equipe trabalhar é preciso que se forneçam materiais para que a gente oferte às mulheres. Fora as medicações, que tem sempre que se ter todas disponíveis, os materiais educativos, livros, a

camisinha feminina, que muitas mulheres perguntam e não é oferecida à vontade.” (Entrevistas 4, enfermeira)

“Eu não observo, por exemplo, nenhuma estratégia que padronize as ações de todas as unidades que nós temos aqui, cada unidade faz do seu jeito, claro que a gente trabalha questões básicas que devem ser semelhantes: o uso de manequins, mostrando figuras, mas eu desconheço alguma política específica para a saúde reprodutiva e planejamento familiar aqui, eu nunca ouvi falar.” (Entrevistado 5, médico)

“Eu creio que poderia ser melhor porque, como eu já falei pela dificuldade de certos insumos que a gente tem. Para garantir esse planejamento familiar eu tenho que garantir o método para essa mulher, para eu poder fazer isso com ela eu tenho que ter esse método e às vezes, infelizmente a gente não tem insumos.” (Entrevistada 6, enfermeira)

“Eu acho que ela existe. Existe uma cobrança em relação a isso, a ser feita realmente essa política do planejamento familiar em Sobral, existe uma cobrança em relação a isso, mas existe também a liberdade de cada equipe de acordo com sua própria problemática, da individualidade da comunidade de trabalhar de acordo com suas necessidades, vai depender também de cada profissional.” (Entrevistado 8, médico)

“Eu acho que a saúde pública de Sobral na saúde reprodutiva teria que fazer um protocolo para a gente padronizar. Existem muitas mulheres que vêm do ginecologista que vêm com a maneira de tomar. Quando chegam aqui, nós fomos orientadas de outra maneira, já foi feito um protocolo e que às vezes apresentam divergências e deixam dúvidas. Em conversa com a farmacêutica sobre o anticoncepcional mensal, constatamos que são orientadas diferentes maneiras de tomar.” (Entrevistada 9, enfermeira)

A saúde reprodutiva possui um amplo espectro de ação, mas a gestão da saúde em Sobral está mais preocupada com números de indicadores do que são consideradas outras prioridades, como mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, hipertensão. (Entrevistado 14, médico)

A percepção de uma série de problemas estruturais, logísticos e de processos de trabalho dá a tônica dos depoimentos acima. E embora haja uma cobrança proveniente da gestão para a atenção ao planejamento familiar pelas equipes de Saúde da Família, ainda não são oferecidas condições ideais para a plena consecução das ações e atividades necessárias para um atendimento adequado ao planejamento familiar no município estudado.

Para Heilborn, Portella, Brandão, et al (2009, p. S276) a qualidade do atendimento em planejamento reprodutivo é central para a conquista dos direitos sociais das mulheres, quando favorece a autonomia sexual e reprodutiva. Entretanto, persiste a existência de importantes dificuldades para o pleno atendimento das necessidades das usuárias, concernentes ao planejamento reprodutivo, tais como a oferta contínua de todos os métodos,

melhor identificação e captação de usuárias pelos serviços de saúde, capacitação de profissionais para a educação em saúde.

A inexistência de protocolos clínicos, apontados como problema para uma correta orientação principalmente quanto ao uso dos contraceptivos orais parece criar ruídos de comunicação entre profissionais da equipe e entre profissionais e usuárias.

A gestão se pronuncia sobre isso e reconhece a deficiência:

“Hoje na gestão a gente tem uma grande deficiência de criar esses protocolos, essas rotinas para que a gente se apresente como um sistema mesmo e não que cada um faça de forma individual.” (Coordenadora da Atenção Básica)

Além disso, a ausência de uma atenção mais específica para favorecer a inserção dos homens e dos adolescentes nas ações de planejamento familiar foi percebida por um dos entrevistados.

A falta de tempo e de condições estruturais de trabalho que impossibilitam a realização das atividades propostas nas políticas de planejamento familiar de forma a consolidá-las como uma rotina das equipes, e não apenas para objetivos específicos, como é o caso da abordagem grupal pelos assistentes sociais, continua penalizando a disseminação de informações necessárias para a correta utilização e condução do uso dos contraceptivos fornecidos nas unidades de saúde.

A indefinição de contornos para o que prioridade em saúde no município estudado é apontada pela própria gestão como um problema ainda sem solução.

“Nós temos o enfoque da dengue, temos o enfoque da mortalidade infantil; trabalhamos muito com indicadores que

assustam como hanseníase e tuberculose, mas o que temos tentado mostrar para as equipes é que quando a gente não prioriza isso e não entende isso como algo que vai cuidar do básico da Estratégia Saúde da Família, que é o planejamento familiar, a mortalidade acaba vindo. Então se a gente prioriza a mortalidade, a gente prioriza o que já está no final e não trabalha enfim com esse reconhecimento das fragilidades do território.” (Coordenadora da Atenção Básica)

A excessiva preocupação com os indicadores também se constitui como um problema:

“Os argumentos que são colocados é que essas mulheres irão representar um risco reprodutivo, ou seja, se elas se reproduzirem, irão ameaçar, de certa forma, os indicadores de saúde do território onde trabalham esses profissionais de saúde, por causa do risco do aumento da mortalidade infantil. Os profissionais de saúde e a gestão possuem um medo terrível da mortalidade infantil, e por conta disso, a reboque, vem a questão que é necessária a esterilização dessas mulheres para que elas não representem um risco a esse indicador no território das equipes de saúde da família e do município como um todo. (Coordenador de Políticas Públicas)

“A nossa preocupação não deve somente ser com relação aos indicadores, temos que ter uma preocupação maior dentro de uma visão mais ampla de saúde, com relação à qualidade de vida das pessoas, à felicidade das pessoas e o que a gente observa é que quando a gente aborda essas

questões dos direitos sexuais e reprodutivos dentro dessa visão, é o direito de ser feliz, de ter uma vida sexual que seja desejada, com um parceiro escolhido e da forma que se considere mais adequada e com o direito de escolher em que momento quer ter um filho e de que forma esse filho vai fazer um sentido em sua vida.” (Preceptora de Assistência Social)

Cumpra-se dizer que esta preocupação com a manutenção de indicadores de saúde em patamares recomendados, apesar de legítima, uma vez que o não cumprimento das metas penaliza o município e as equipes, não pode ser considerada como justificativa para posicionar o planejamento familiar em níveis inferiores no elenco das diversas necessidades que as equipes precisam gerenciar.

O planejamento familiar possui particularidades e exigências que demandam tempo dos profissionais e esta preocupação em articular tempo e atendimento clínico, seja do profissional médico, seja do profissional de enfermagem; em articular prioridades e indicadores de saúde, traz como consequência a eleição de soluções mais rápidas e definitivas, como a esterilização feminina, que dentre tantos males que traz para as mulheres também conduz ao distanciamento entre elas e o funcionamento reprodutivo de seus corpos, interferindo na saúde, na sexualidade e dando lugar ao controle da medicina e da ciência sobre o corpo da mulher.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações desenvolvidas ao longo deste estudo precisam ser retomadas para que idéias finais e considerações à maneira de recomendações possam ser tecidas e componham o todo lógico e científico que este trabalho se propôs a ser desde o seu início. Para isso, traz-se ao campo de discussão as questões problematizadoras indicadas na Introdução, a fim de, ao respondê-las e contemplar a consecução dos objetivos, sustente-se a tese.

As questões problematizadoras emergiram do seguinte problema de pesquisa: **Como os médicos e enfermeiros vêm lidando em seu cotidiano com a relação profissional-usuário para o desenvolvimento das ações e atividades de planejamento familiar dentro da Estratégia Saúde da Família?**

A primeira questão foi: *Que paradigmas subjacentes dentro do campo da pesquisa social são adequados para orientar a constituição das relações e ações de planejamento familiar dos profissionais de saúde?*

Pode-se considerar que o paradigma mais evidente dentro da constituição das relações entre profissionais entre si e entre profissionais e usuários no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de planejamento familiar propostas pelos níveis federal e municipal é o paradigma biomédico.

Assentada sobre outro paradigma, o da ciência, a medicina tende a levar as práticas médicas, de forma consciente ou não, a assumir uma posição de onipotência diante das outras profissões da saúde e das condições de vida dos usuários. As suas bases, fortemente positivistas e cartesianas constituem-se em forte obstáculo para a consolidação de novas idéias, que tragam de volta à concepção de *todo*, de *uno* o homem esquartejado em sistemas e órgãos, em corpo e mente. Um novo paradigma

onde o profissional médico alie sua prática clínica à escuta e reflexão sobre e com o paciente.

A força deste paradigma atravessa todos os campos da saúde, influenciando desde a elaboração de suas políticas às práticas capilares do dia-a-dia de hospitais, unidades de saúde e dos mais diversos profissionais que escolheram ocupações ligadas a este campo.

Uma das profissões da saúde que mais reproduzem o discurso e as práticas médicas é a enfermagem. Compreendida em seu percurso histórico, a prática assistencial da enfermagem atual continua depositária da herança histórica, sofrendo como todas as mulheres o peso da dominação de uma medicina ainda majoritariamente masculina, que dita as normas e as práticas. Neste cenário a enfermagem segue repleta de contradições que influenciam de forma decisiva as suas ações e relações. Os avanços no sentido de uma mudança que faça o discurso sair do papel e dos comentários informais caminham, mas a passos lentos.

Sem pretender repetir o que já foi dito nas análises, mas considerando a forte presença deste paradigma em detrimento do paradigma da saúde comunitária que é a base da filosofia da Estratégia Saúde da Família, muitas práticas cotidianas das equipes assumem um caráter excessivamente intervencionista na vida das famílias, no sentido de que estas práticas não se configuram como geradoras de empoderamento, geradoras de autonomia e de liberdade.

Esta configuração intervencionista é mais visível principalmente nas situações de maior risco devido à situação sanitária da região Nordeste do Brasil ou por conta da escassez de médicos ou ainda da própria cultura medicalizante, baliza do paradigma biomédico, geradora de preocupações voltadas para a demanda espontânea, para o atendimento individual das pessoas, tornando a prática médica incipiente nas questões da saúde coletiva, da saúde populacional dos grandes grupos.

Outro paradigma que se evidencia nas relações profissionais e usuários na perspectiva do atendimento para o planejamento familiar é o de cunho sexista na perspectiva da desigualdade das relações de poder entre estes dois grupos e em uma perspectiva ainda mais ampla das relações desiguais entre homens e mulheres, principalmente na região Nordeste.

Partindo da noção de direitos reprodutivos e do discurso feminista, o atravessamento desse paradigma nos depoimentos dos profissionais entrevistados, tanto homens quanto mulheres transpõe na sutil, mas presente resistência aos processos de mudança, tentando preservar os modelos culturais e cognitivos, as assimetrias em relação ao exercício do poder estabelecido no grupo e o predomínio de práticas de hierarquia e de mando.

Esta resistência, que emergiu de forma inconsciente nos discursos e se evidenciou durante as observações de campo, corrobora que estes dois paradigmas imiscuem-se um no outro, tornando-se às vezes, tarefa difícil colocá-los em campos distintos. Colocar a evidência destes paradigmas, principalmente o sexista como “sutil” no discurso dos profissionais justifica-se por serem considerados “politicamente incorretos” os discursos que evidenciem tal posicionamento, embora, como dito acima, eles sejam constatados no campo das práticas dos atendimentos em planejamento familiar.

O terceiro paradigma é o que diz respeito à regulação da fecundidade, porém numa perspectiva mais voltada ao controle do nascimento de filhos do que ao usufruto dos direitos sexuais e reprodutivos. Antes do fenômeno da globalização, que trouxe em seu bojo o agravamento das condições econômicas já desfavoráveis para as camadas de baixa renda principalmente nas últimas décadas, não existia a busca por famílias menos numerosas, nem o discurso vigente de que o ideal é uma família com um número reduzido de filhos. Na constituição tradicional de família, os filhos eram uma vantagem econômica. Hoje, nos países ocidentais, filhos, ao

contrário, representam um enorme encargo financeiro para os pais (GIDDENS, 2010, p. 69-70).

Todos os documentos publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde e Ação Social do município estudado referentes às políticas de planejamento familiar trazem um alinhamento com as discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, fruto dos movimentos feministas. Entretanto, a observação do cotidiano das unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família e suas respectivas equipes, se mostraram atravessadas por estes paradigmas, que neste desiderato, assumem a condição de ideologias, na forma de instrumentos de dominação, mascarando a realidade social e legitimando a dominação econômica, social e política; criando a idéia de que estes fenômenos são naturais, esperados, normais.

A segunda questão problematizadora colocada foi: *Que categorias teóricas são essenciais à enunciação sistemática das práticas de planejamento familiar como objeto de investigação descritiva e explicativa?*

Foi feita a opção por selecionar as categorias a partir das perguntas elaboradas para o roteiro de entrevista, ajuizando que esta escolha responderia à pergunta de pesquisa.

A primeira categoria analisada disse respeito à *Compreensão e Significado de Saúde Reprodutiva*. Os profissionais entrevistados reproduziram em seus depoimentos o discurso normativo demonstrando preocupação em preservar e favorecer o exercício dos direitos que as mulheres conquistaram a terem suas necessidades específicas de atenção à saúde efetivamente atendidas. No entanto, as observações do cotidiano revelaram que a atenção ao planejamento familiar não parecia ser uma prioridade, uma vez que do total de ocasiões previstas para a observação das consultas individuais, cerca de 50 não foram realizadas devido aos mais variados motivos como reuniões e mudanças de agenda.

Resultado da preocupação com a manutenção de indicadores de saúde, tornou-se imperativa a “necessidade” de evitar o nascimento de crianças filhas de mães com problemas sociais graves, como drogadição, transtorno mental e outros. A maioria dos profissionais entrevistados considerou necessária uma intervenção contraceptiva, muitas vezes de ordem definitiva para a resolução destes casos.

Identificou-se deste modo uma expressão do modelo higienista e de controle das populações pobres atualizada sob a forma de práticas intervencionistas em saúde reprodutiva que parecem ser ainda hegemônicas e cuja discussão será retomada um pouco mais adiante.

A categoria seguinte, sobre *as Condições de Trabalho para o Desenvolvimento das Atividades em Planejamento Familiar*, dividiu-se em duas subcategorias: estrutura física e equipamentos e insumos.

Os profissionais relataram inadequações e insuficiências relacionadas à estrutura física, como o número insuficiente de salas para o atendimento e necessidade de reforma ou reestruturação dos prédios das unidades de saúde. A respeito dos equipamentos e insumos, foram poucas as necessidades relatadas pelos profissionais, mas nas observações de campo foi sentida a falta de materiais, principalmente visuais para subsidiar os momentos de orientação quando aos tipos e usos dos métodos contraceptivos.

A terceira categoria, *Desenvolvimento pelo Profissional Médico das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família* também foi desmembrada em três subcategorias: ações em atendimento clínico, vinculação pessoal com a clientela e vinculação pessoal com a comunidade.

Nas ações em atendimento clínico, os profissionais médicos expressaram preocupação em oferecer um bom atendimento em planejamento familiar, contudo, continuam a considerar como atribuição da enfermagem o atendimento cotidiano desta demanda, preferindo deixar para eles os atendimentos de casos mais complexos e específicos,

comportamento exibido devido à pressão que a grande demanda por atendimento médico gera, conduzindo a este tipo de situação em que os médicos tem que atender além do programado para não correr o risco de voltar pessoas sem atendimento.

Durante as observações de campo, constatou-se que as consultas em saúde reprodutiva eram pouco voltadas ao planejamento familiar exclusivamente. Nestes momentos que deviam ser exclusivos para a escuta e aconselhamento em planejamento familiar, também se realizava a análise de exames preventivos e a prescrição de medicamentos ou ainda a solicitação de algum outro exame, não enfocando aspectos pessoais da paciente durante o atendimento em contracepção.

Sobre a vinculação dos médicos com a clientela, os entrevistados consideraram que possuíam boa vinculação com os usuários que buscavam atendimento, apesar dos problemas observados durante o trabalho de campo e constatados na insuficiente qualidade das informações oferecidas pelos médicos às usuárias e no pouco tempo disponibilizado para a escuta efetiva e aconselhamento.

Sobre a vinculação do profissional médico com a comunidade, a maioria exibiu uma fraca relação, manifestando não participar de nenhum momento coletivo com as pessoas do território onde estava atuando. Porém esta dificuldade reside na manutenção e condução dos Conselhos de Saúde Locais, vinculados às áreas de atuação das equipes e configura-se como um obstáculo para a concretização da participação dos profissionais de saúde, inclusive o médico nas discussões dos problemas locais de saúde.

O excesso de demanda mais uma vez foi apontado como causa para a não participação dos profissionais médicos nos momentos comunitários e nas discussões sociais e políticas das áreas.

Na categoria seguinte, sobre o *Desenvolvimento pelo Profissional de Enfermagem das Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família* também se optou por subdividi-las em três subcategorias

semelhantes às da análise deste mesmo item para os profissionais médicos: ações em atendimento de enfermagem, vinculação pessoal com a clientela e vinculação pessoal com a comunidade.

Persiste uma indefinição do papel real desta categoria nas ações de atenção básica à saúde e de planejamento familiar especificamente, a despeito dos manuais e cartilhas normativas. A enfermagem é considerada categoria profissional essencial na condução das ações e atividades em planejamento familiar dentro da Estratégia Saúde da Família, importância observada no cotidiano das equipes onde a enfermagem organiza as rotinas, conduz o acolhimento, realiza consultas individuais, organiza as reuniões de mulheres e de outros grupos populacionais e se encarrega dos registros das evoluções clínicas, de estatísticas e indicadores.

A vinculação pessoal dos profissionais de enfermagem com os usuários tem sofrido prejuízos causados pela sobrecarga da demanda e no desgaste físico e emocional que as profissionais tem sofrido como consequência dos muitos problemas estruturais e funcionais das unidades e equipes e pessoais dos usuários, resultando em um rendimento profissional abaixo das potencialidades e gerando insatisfações com o trabalho e estresse.

No que diz respeito à vinculação do profissional de enfermagem com a comunidade, foi constatado que a existência e a participação em movimentos sociais e reuniões de grupos da saúde nos territórios aos quais fazem parte as unidades básicas de saúde e suas equipes segue deficitária ou inexistente, manifestando uma realidade que se repete em quase todos os outros territórios onde atua a Estratégia Saúde da Família, consequência de problemas como a ausência de envolvimento de forças sociais ativas e a apropriação dos processos participativos por grupos de maior força organizativa.

A categoria seguinte foi o *Acesso da População Feminina aos Métodos Contraceptivos*.

A percepção dos profissionais das equipes da ESF pesquisadas é que a demanda pelos contraceptivos é intensa, inexistindo, contudo informações consolidadas e atualizadas sobre o número de mulheres em uso de algum método contraceptivo, o que impossibilita uma visão geral da situação do planejamento familiar do município estudado.

O componente da informação ainda não é adequadamente utilizado para aperfeiçoar as ações em planejamento familiar, resultando em uma insuficiente difusão das informações que deveriam atingir os maiores interessados em beneficiar-se de suas vantagens: os mais desfavorecidos econômica, política, social e culturalmente. Esta realidade fere uma das características de trabalho da ESF, que é a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva.

Na categoria *Percepção pelo Profissional das Influências que Incidem sobre a Mulher na Decisão Contraceptiva*, percebeu-se que os profissionais entrevistados apontaram diferentes influências que conduzem a mulher na decisão contraceptiva, como as barreiras institucionais, materializadas nas dificuldades de atendimento na unidade de saúde e dificuldades de ordem pessoal, que envolvem as relações conjugais e as conseqüências que um grande número de filhos impõe à saúde e ao equilíbrio financeiro destas mulheres.

Este argumento traz de volta a discussão sobre o paradigma/ideologia da regulação da fecundidade por contingências de ordem econômica, deixando claro o crescente o número de mulheres de todas as idades que explicitamente expõem que não querem mais ter filhos, discurso encontrado com força entre as mais jovens.

Essa aspiração ao número menor de filhos, baseada nos benefícios relacionados ao acesso a bens de consumo e serviços assistenciais, submete a decisão individual a uma lógica de possibilidades assentadas na convicção de menos filhos, melhores cuidados Essa condição para a

decisão tem obscurecido os aspectos subjetivos na decisão contraceptiva das mulheres.

Na categoria *Crítérios Empregados pelos Profissionais para a Decisão do Método Contraceptivo a ser Adotado pela Mulher*, os depoimentos dos profissionais afirmaram que a decisão é conjunta, profissionais e usuários participam do processo de escolha do contraceptivo, após uma explanação por parte dos profissionais dos métodos, vantagens e desvantagens do uso.

No entanto, as observações de campo mostraram que a respeito dos métodos comportamentais os profissionais resumiam-se a apresentá-los, esclarecendo que a razão de não instituir o uso deles, devia-se por considerar que as usuárias não possuíam instrução suficiente para conduzir bem o uso do método.

Este cenário corrobora a constatação que excluía a possibilidade de adoção dos métodos comportamentais e a impossibilidade de uso de algum método não-comportamental, a única saída possível de anticoncepção é a saída definitiva, ou seja, a laqueadura tubária ou a vasectomia, ferindo desta forma o artigo 9º na Lei do Planejamento Familiar, decisão que depõe contra o sistema de saúde, expondo dentre outras deficiências, a deficiência das ações de educação em saúde.

A categoria *Percepção pelos Profissionais se as Ações de Planejamento Familiar da Estratégia Saúde da Família Contemplam as Necessidades da População* trouxe a discussão que o mesmo cotidiano que favorece uma visão privilegiada da situação de saúde do território, também oblitera esta mesma visão quando o olhar “acostuma-se”, acomoda-se ao mesmo cenário, aos mesmos horizontes.

Prova disso é que, mesmo apontando as falhas do sistema, os profissionais submetem-se a uma rotina sistematizada, concentrando suas atividades em práticas assistenciais com baixo potencial de inovação no serviço que se traduzam, por exemplo, em atividades promotoras de saúde. Ao longo do estudo foram poucas as referências a atividades educativas

específicas para adolescentes, realizadas em escolas, e que enfocavam os métodos anticoncepcionais e diversos outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva.

Sobre a *Participação do Profissional nos Momentos dos Grupos de Planejamento Familiar*, foi observado que nem profissionais, nem usuários consideravam produtivo estes momentos, uma vez que não havia condições estruturais favoráveis para a realização deles; problemas na organização da rotina e dos processos de trabalho também constituíram-se como obstáculos para uma adequada realização e para a consolidação desses momentos em espaços privilegiados de educação em saúde.

Na categoria *Pensamento Religioso e Planejamento Familiar*, verificou-se pelos depoimentos dos profissionais que os preceitos religiosos não se constituíam empecilho para a adoção de qualquer método contraceptivo desejado pela mulher, ou pelo homem, no caso da camisinha e da vasectomia, ao menos nas áreas onde aconteceu este estudo. Parecem ser outros os motivos que influenciam as decisões sobre planejamento familiar, não se configurando a religião como o principal deles.

Na última categoria os profissionais realizaram uma *Avaliação da Política de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar do Município de Sobral*. Além dos problemas estruturais, amplamente discutidos durante as análises, os profissionais também apontaram a inexistência de protocolos clínicos, a ausência de uma atenção mais específica para favorecer a inserção dos homens e dos adolescentes nas ações de planejamento familiar e a excessiva cobrança para a manutenção dos indicadores de saúde e a indefinição de contornos para o que prioridade em saúde.

Toda a discussão que envolve o planejamento familiar inclina a refletir sobre uma questão de sobrevivência. Sobrevivência das mulheres, ao ter que superar as inúmeras dificuldades, de toda ordem, para garantir sua sobrevivência e a de suas famílias; sobrevivência das instituições de saúde, dentro de um sistema que oferece propostas de mudança de paradigmas e

de processos de trabalho, mas que se contradiz quando não oferece condições adequadas para a atuação dos profissionais, cobrando resultados e sobrevivência dos profissionais, que precisam das instituições de saúde e agem em nome delas, mas que também desejam desenvolver-se como pessoas e cidadãos.

Ajuizou-se que o panorama das análises acima apresentado responde à segunda questão problematizadora e à terceira: *Como os paradigmas, as categorias teóricas e as ideologias operam na prática cotidiana das relações profissionais-usuários para a decisão do método contraceptivo a ser adotado?*

Da mesma forma, a triangulação utilizada para tecer as análises desta pesquisa ofereceu um horizonte amplo para a reflexão, na medida em que o domínio das políticas de saúde reprodutiva e planejamento familiar expressas nos documentos normativos do nível federal e do nível municipal, a realização das entrevistas com os profissionais médicos, de enfermagem e com pessoas-chave da gestão da saúde do município estudado e a observação do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família permitiram a este estudo alcançar o objetivo geral e os objetivos específicos propostos.

Os dados coletados e analisados nesta pesquisa permitem, até aqui, sustentar a tese de que **existe um distanciamento entre as políticas que são propostas para as ações em planejamento familiar no que diz respeito aos direitos dos usuários de escolherem o método contraceptivo que melhor se adeque às suas necessidades de contracepção e as práticas dos profissionais de saúde que lidam diretamente com estas necessidades contraceptivas dentro da Estratégia Saúde da Família.**

Algumas recomendações merecem ser feitas no sentido de oferecer propostas para a resolução dos problemas encontrados na condução das políticas de planejamento familiar e das relações entre os profissionais das equipes de Saúde da Família e entre eles e os usuários da Estratégia:

- Readequar as unidades de saúde, proporcionando condições adequadas para a realização das ações de planejamento familiar;
- Reequipar as unidades de saúde com os equipamentos e materiais necessários para promover os momentos de educação em saúde individuais e em grupo, como *kit's* com os métodos contraceptivos, álbuns ou séries ilustradas abordando os vários aspectos da saúde reprodutiva e o planejamento familiar;
- Disponibilizar para as equipes maior variedade de contraceptivos, inclusive orais, para atender também o público adolescente;
- Fortalecer os momentos de educação continuada para os profissionais, promovendo condições para o treinamento nos métodos comportamentais;
- Fortalecer os momentos de atenção grupal aos usuários nas unidades de saúde, readequando as rotinas e processos de trabalho e oferecendo condições estruturais e materiais apropriadas;
- Fortalecer a iniciativa da abordagem grupal pelos profissionais de serviço social, favorecendo uma decisão mais consciente quando da opção por um método anticoncepcional definitivo;
- Elaborar um instrumento que permita conhecer o perfil das mulheres que buscam o planejamento familiar nas unidades de Saúde da Família, permitindo também mensurar e enriquecer as informações sobre saúde reprodutiva do município.

Contudo novas investigações devem ser realizadas a fim de aprimorar os achados decorrentes da tese acima sustentada. Para tanto, as seguintes diretrizes de investigação posteriores são sugeridas:

- Investigar a percepção dos usuários a respeito das ações de planejamento familiar desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família.
- Investigar as razões da pouca participação dos usuários nos momentos de grupo em saúde reprodutiva e planejamento familiar da ESF.
- Analisar os resultados da abordagem grupal em saúde reprodutiva promovida pelas assistentes sociais do NASF.
- Traçar o perfil dos usuários que buscam a laqueadura tubária e a vasectomia no município de Sobral.
- Aprofundar junto aos usuários as relações crença religiosa e decisão pelo uso de método contraceptivo.
- Investigar junto à comunidade as razões da pouca mobilização relacionada à formação dos conselhos locais de saúde.

Essas diretrizes apontam para a necessidade de reconhecer-se a complexidade das políticas de planejamento familiar e sua inserção na Estratégia Saúde da Família, que pode ser apreendido pelas possibilidades ilimitadas da *triangulação*. Também ressalta a premência do alinhamento da pesquisa social em saúde ao comportamento crítico e à emancipação numa perspectiva democrática, pluralista e solidária. Nesse sentido, a pesquisa social deve incorporar uma racionalidade cosmopolita, comprometida com a produção de um conhecimento-emancipação, prudente em sua natureza, capaz de tornar-se um senso comum esclarecido que se oponha a todo tipo de opressão.

A finalização de um estudo de robustez teórica e investigativa como assim se mostram as teses de doutoramento, trazem a satisfação pelo dever cumprido; pela contribuição, ainda que modesta, às pesquisas em saúde pública do Estado do Ceará, objetivo da formação desta turma de Doutorado

Interinstitucional; gratidão à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pela oportunidade ímpar; a certeza que o trabalho apenas começou, pois agora se abrem novos horizontes de estudo e o imperativo de permanecer humilde, pois a realização e o sucesso pessoal somente são completos se fazemos o bem e trabalhamos para a felicidade dos que tiveram menos oportunidades que nós.

*Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou
Nada sei.*

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVOCACI. **Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro, 2003.

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 2007, 77p. (Coleção Primeiros Passos 44).

ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 11-17, jan.-fev. 2008a.

_____. Uso de contraceptivo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 170-177, mar.-abr. 2008b.

ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N.; JÚNIOR, T. M.; et al. Escola do Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Sobral (CE): uma proposta municipal para educação permanente no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 15-25, 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H. C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. de (org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 151-171.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 783-868.

ANTONIAZZI, A. As religiões no Brasil segundo o censo de 2000. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, n. 2, p. 75-80, 2003.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Saúde da família: mudando prática? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1439-1452, 2009.

ASSMANN, S. J. **A sociedade global do risco**: uma discussão entre Ulrich Beck e Danilo Zolo. Santa Catarina, jul. 2000, 10 p. Subsídios de Estudos – Centro de filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. A. Reto e a. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977, 226 p.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. Tradução de M. Lopes. São Paulo: UNESP, 1997, p.11-71.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da equipe saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 312-316, maio-jun. 2007.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, EUA, v. 23, n. 6, p. 403-409, 2008.

BODSTEIN, R. C. de A. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde**, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 273-284.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução de M. J. Alvarez, S. B. dos Santos, T. M. Baptista. Porto - Portugal: Porto Editora, 1994. 336 p. Coleção Ciências da Educação.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p. 129-144.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília, DF, 1998, 45p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília; Ministério da Saúde, 2004b, 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005, 24 p.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Programa multiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007a, 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007b, 68 p. – (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **II Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF, 2008. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 16 jun. 2010a.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em 18 de jun. de 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Tabnet-Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/a01.def>>. Acesso em 18 de jun. de 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php>. Acesso em 07 de jul. de 2010d.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao_Censo2000.pdf>. Acesso em 16 de jul. de 2010e.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 73-77, set./dez. 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO Jr. K. R. A Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 09-11, 2008.

CAMPOS, C. H. de; OLIVEIRA, G. C. de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA; IWHC; Fundação H. Boll; Fundação Ford, 2009. 124p. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo 3). Resumo Executivo.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar.abr., 2008.

CAMURÇA, S. M. S. Planejamento familiar: os direitos das mulheres e o mito do nascimento dos pobres. **Correio Braziliense**, Brasília, 19 jan., 2004. Caderno Opinião, p. 1-2.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, 100 p.

CARRENO, I; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1101-1109, 2006.

CARRENO, I; DIAS-DA-COSTA, J. S. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 40, n. 4, p. 720-726, 2006.

CARVALHO, L. E. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D.; et al. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 293-297, 2006.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Tradução de I. M. Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, 477 p.

CAVALCANTI, M. de L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1338-1340, 2009.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.

CEPIA. **As mulheres e os direitos humanos**: os direitos das mulheres são direitos humanos. Rio de Janeiro, set. 2001.

COELHO, E. de A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 345-348, maio-jun. 2005.

COELHO, V. S. P.; FERRAZ, A.; FANTI, F.; et al. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? **Novos Estudos**, São Paulo, n. 86, p. 121-139, mar. 2010.

COLOMÉ, I. C. dos S.; LIMA, M. A. D. da S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Tradução de A. Romani, R. Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004. P. 8-34.

CORDEIRO, H.; ROMANO, V. F.; SANTOS, E. F. dos; et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 365-710, 2009.

COSTA, R.; SOUZA, S. S.; RAMOS, F. R. S.; et al. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 629-637, 2008.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan.-mar. 2006.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

DESLAURIERS, J-P; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p.127-153.

DINIZ, C. S. G.; SOUZA, C. M.; PORTELLA, A. P. “Nunca como nossas mães!”: Brasil - escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas-de-casa. In: PETCHESKY, R.; JUDD, K. (Org.). **Negociando Direitos Reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas**. 1. ed. Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, 2005, v. 1, p. 53-92.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Tradução de M. T. da C. Albuquerque. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209 p.

DUBET, F. **Sociologia da experiência**. Tradução de F. Tomaz. Lisboa: Instituto Piaget, 1994, 282 p.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; et al. O programa saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, EUA, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FEBRASGO. Anticoncepção: manual de orientação. São Paulo, SP, 2004, 308 p.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, suplemento 2, p. S253-S261. 2003.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de J. E. Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de R. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1996, 295 p.

_____. **Em defesa da sociedade**. Tradução de M. E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 382 p.

_____. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de M. T. da C. Albuquerque e J. A. G. Albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, 152 p.

GALLASTRO, E. P.; FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459, 2007.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; ALMEIDA, P. C. de. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 17, n. 5. p. 639-644, set.-out. 2009.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. Tradução de R. Fiker. São Paulo: UNESP, 1991, 177 p.

_____. **A transformação da intimidade**. Tradução de M. Lopes. São Paulo: UNESP, 1993, 228 p.

_____. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. Tradução de M. Lopes. São Paulo: UNESP, 1997, p. 73-133.

_____. **Mundo em descontrole**: o que a globalização está fazendo de nós. Tradução de M. L. X. de A. Borges. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 95-124.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. de A.; TROLL, T. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 224 p.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. R. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, s. 2, p. S269-S278, 2009.

HESPANHA, P. Mal-estar e risco social num mundo globalizado: novos problemas e novos desafios para a teoria social. In: SANTOS, B. de S. (org.) **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 161-196.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. de; SILVA, M. E. O. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul-ago. 2009.

JANNOTTI, C. B.; SEQUEIRA, A. L. T.; SILVA, K. S. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 25-33, jan/dez. 2007.

JUNGES, J. R.; SELLI, L.; SOARES, N. de A.; et al. Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

KLOCK, P.; RODRIGUES, A. C. R. L.; BACKES, D. S.; et al. Vislumbrando as conexões intersubjetivas do cuidado de enfermagem. **Avances em Enfermería**, Bogotá, Colômbia, v. 26, n. 1, p. 13-21, jan-jun.2008.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. B. V. Boeira e N. Boeira. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998, 257 p.

LASH, S. A reflexividade e seus duplos: estrutura, estética, comunidade. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. Tradução de M. Lopes. São Paulo: UNESP, 1997, p. 135-206.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 50-62, 2009.

LIRA, R. C. M. **Participação masculina na opção pela esterilização feminina a partir do discurso das mulheres**: ocultamento de uma ideologia? 2002. 90 p. Monografia de conclusão de curso (Residência em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral-CE.

LIRA, R. C. M. **Suportes sociais no cuidado cultural com a regulação da fecundidade**. 2005, 173 p. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2001, 219 p.

MARINHO, L. F. B.; AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C. C. de. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S227-S239, 2009.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003-fev. 2004.

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J. D.; et al. Conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MARTINS, C. J. Foucault: sexo e verdade – o confronto político em torno da vida. **Mente, Cérebro e Filosofia**, São Paulo, 6. ed. p. 43, 2007.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009, 247 p.

MATHIEU, N.-C. Sexo e gênero. In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; DOARÉ, H. L.; et al (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009, p. 222-231.

MEDEIROS, M. Planejamento familiar: os filhos dos pobres. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21 jan., 2003. Caderno Tendências e Debates, p. 1-2.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 159-186.

MESQUITA, C. C. de. Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática. In: XIII ENCONTROS DE HISTÓRIA ANPUH-RIO: 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2008. Disponível em http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212878796_ARQUIVO_TextointegralAnpuhrj2008.pdf. Acesso em: 18 jun. 2010.

MICHEL Foucault: contra a busca do eu perdido. **Cult**, São Paulo, n. 134, p. 44, abr. 2009.

MILL, J. S. **A sujeição das mulheres**. Tradução de B. Bettencourt. Coimbra: Almedina, 2006, 226 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, 406 p.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção**: uma perspectiva sociológica. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005, 191 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. da. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

_____. da. Competência profissional e assistência em contracepção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

_____. da. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2006.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. da; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p. S279-S290, 2009.

NETO, J. L. F.; BARROS, J. S.; KIND, L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

NOGUEIRA, M. A. os direitos sociais como causas cívicas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 15-24, jul. 2002.

OLIVEIRA, T. C. de; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. da. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 306-311, mai-jun. 2008.

ORTEGA, F. Biopolíticas de saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 9-20, set. 2003-fev. 2004.

OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; MAKUCH, M. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; SOBRAL, V. R. S.; LEITE, L. M. R. et al. Enfermeira: a constituição de um modelo a partir do discurso médico. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 437-451, dez. 1997.

PALOS, C. M. C. **Vozes da cratera: representações, sentidos, significados e práticas da questão socioambiental no cenário urbano**. 2004. 237 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PALACIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. **Ética, ciência e pesquisa: desafios da bioética**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, 184 p.

PAULO VI, P. **Carta Encíclica *Humanae Vitae***: de Sua Santidade sobre a regulação da fecundidade. 9. ed. São Paulo: Vozes, 2001, 34 p.

PETCHESKY, R. P. Introdução. In: PETCHESKY, R.; JUDD, K. (Org.). **Negociando Direitos Reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas**. 1. ed. Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, 2005, v.1, p. 19-51.

PIMENTEL, A. O método de análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, 2001.

PIRES, A. Bolsa família e políticas públicas universalizantes: o caso de um município paulista. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 134, p. 341-366, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. A. Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PIRES, ÁLVARO P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p.154-211.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar-abr. 2009.

POLAND, B.D.; GREEN, L.W.; ROOTMAN, I. **Settings for health promotion: linking theory and practice**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000, 373 p.

POPE, C.; MAYS, N.. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de A. P. Farjado. 2.ed. Porto Alegre, Artmed, 2005. 118 p.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 215-253.

PRADO, M. L. do; BACKES, V. M. S.; SANTANA, M. E. de. Políticas públicas na formação em saúde: contribuição da enfermagem para superação das desigualdades regionais brasileiras. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 531-535, jul.-set. 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004.

RIBEIRO, P. de J.; BARROS, K. H. S.; REIS, R. A. dos; et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 412-419, 2008.

RICHARDSON, R. J. e cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999, 334 p.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 13-25, 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução de M. F. da S. Moreira e J. R. de A. Bonfim. 2. ed. São Paulo:Unesp, 1994, p. 109-149.

ROUSSEAU, S. Las políticas de salud reproductiva em el Perú: reformas sociales e derechos ciudadanos. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 309-331, maio-ago. 2007.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SANTOS, B. de S. Modernidade, Identidade e a cultura de fronteira. In: **pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999, p. 135-157.

_____. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989, 176 p.

_____. Por uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, B. de S. (org.) **Conhecimento prudente para uma vida decente**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005, p. 777-821.

_____. Os processos da globalização. In: SANTOS, B. de S. (org.) **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 25-102.

SANTOS, S. M. dos; JESUS, M. C. P. de; AMARAL, A. M. M. do. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, 2008.

SANTOS, M. A dos; VIEIRA, E. M. Aconselhamento em contracepção; grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 26, p. 589-601, jul-set. 2008.

SCAVONE, L. Das diferenças às desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 187-195.

SIQUEIRA, T. L. Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero. **Revista Ártemis**, João Pessoa, PB, v. 8, p. 110-117, jun. 2008.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano municipal de saúde 2009-2013**. Sobral, 2009, 72 p.

SOUZA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, sup. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, M. C. R. de; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 645-654, mar. 2009.

SOUZA, J. M. M. de; PELLOSO, S. M.; UCHIMURA, N. S.; et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.

SOUZA, K. V. A saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos em um “círculo de cidadania”. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 343-344, 2007.

SOUZAS, R; ALVARENGA, A. T. de. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 125-132, 2007.

STOTZ, E. N. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde**, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 273-284.

TAVARES, L. S.; LEITE, I da C.; TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais nos Brasil. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 139-148.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Grapel, 2000, 203 p.

TELES, M. A. A. **O que são direitos humanos da mulheres**. São Paulo: Brasiliense, 2007, 127p. (Coleção Primeiros Passos 321).

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001, 170p.

TOURAINÉ, A. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo de hoje. Tradução de G. A. Tilton. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, 261 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-173.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, 685 p.

WOITOWICZ, K. J. A luta pelos direitos reprodutivos na pauta da mídia feminista. **Fazendo gênero 8 – corpo, violência e poder**. Florianópolis, ago. 2008. 8 p. (mimeo.)

VILAROSA, F. N. DI **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**: manual de instruções. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 1993, 54 p.

ZIONI, F.; SOUZA, D. V. Pesquisa social: métodos aplicados ao saneamento. In: PHILIPPI Jr., A. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri, SP: USP/Manole, 2005. p. 599-622. (Coleção Ambiental 2).

ZOBOLI, E. L. C. P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 316-320, 2007.

8. ANEXOS

8.1. LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei entende-se 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.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à

saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde

que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

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

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o *caput* só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais,

dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#).

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no *caput* e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, *caput*, e §§ 1º e 2º; 43, *caput* e incisos I, II e III; 44, *caput* e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, *caput* e incisos I e II; 46, *caput* e parágrafo único; 47, *caput* e incisos I, II e III; 48, *caput* e parágrafo único; 49, *caput* e §§ 1º e 2º; 50, *caput*, § 1º e alíneas e § 2º; 51, *caput* e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, *caput* e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996

8.2. ABORDAGEM GRUPAL DE SAÚDE REPRODUTIVA PELO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE

LIMA, Noraney Alves - Preceptora de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

MONT'ALVERNE, Ana Lysia – Assistente Social do Serviço de Apoio ao Cidadão Sobralense.

1. Reunião com a Gerente, as Enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde da Família (CSF) para pactuação prévia do fluxo de atividades de planejamento familiar, da periodicidade e do agendamento de Abordagem Grupal. A Equipe de Saúde da Família encaminhará/agendará para cada abordagem, no máximo vinte pessoas (homens e mulheres que manifestam dúvidas ou interesse pelos métodos contraceptivos cirúrgicos).
2. Roteiro de Abordagem Grupal pela Assistente Social:
 - a) Apresentação dos participantes (Cada um diz o nome e o motivo que o (a) levou a participar deste encontro);
 - b) A Assistente Social apresenta os objetivos do encontro, considerando e/ou esclarecendo as motivações apresentadas pelo grupo;
 - c) Através de exposição dialogada aborda os Direitos sexuais e reprodutivos;
 - d) Questiona sobre o conhecimento/experiência prévio do grupo quanto aos métodos contraceptivos;
 - e) Esclarece dúvidas e desmistifica os mitos/tabus sobre o uso dos métodos;

- f) Questiona sobre o processo de tomada de decisão dos casais e a co-responsabilidade na escolha do método contraceptivo;
- g) Informa sobre a Lei de Planejamento Familiar, justificando os critérios para realização de laqueadura de trompas e vasectomia;
- h) Informa sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e esclarece sobre os possíveis riscos envolvidos nos procedimentos de laqueadura e vasectomia, assim como os exames exigidos e os trâmites do processo de encaminhamento;
- i) Identifica a necessidade de realização de estudo social abordagem individual ou de visita domiciliar para casos de maior complexidade, agendando-os;
- j) Organiza os processos, preenche formulários e solicita a assinatura dos casais presentes seguros da sua decisão autônoma e que estão dentro dos critérios exigidos pela lei;
- k) Agradece a participação de todos, informando sobre os dias e horários que estará no Centro de Saúde da Família a disposição para outros esclarecimentos e acompanhamento dos processos.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>.

8.3. ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE

Apresentação

A Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral/CE através das Coordenações de Atenção a Saúde, Controle e Avaliação e DST/AIDS e da Estratégia Trevo de Quatro Folhas propõe a Política de Saúde Reprodutiva para o Município de Sobral.

Considerando as necessidades de aprendizagem das Equipes de Saúde da Família, de reorganização da assistência à contracepção, à infertilidade e de promoção da saúde sexual e reprodutiva, foi elaborado o presente documento tendo como fundamentação os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Febrasgo.

Este documento apresenta as Diretrizes do Governo Municipal para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.

Objetivos

- ⇒ Promover o autocuidado e a maternidade e paternidade responsável.
- ⇒ Desenvolver estratégias de educação em saúde reprodutiva e sexual.
- ⇒ Garantir o direito de autonomia no planejamento familiar.
- ⇒ Implementar a assistência ao planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- ⇒ Reduzir o número de gestações não planejadas.

Estratégias

Educação permanente

- ⇒ Seminário preparatório na Preceptoria de Ginecologia e Obstetrícia para as Equipes de Saúde da Família.
- ⇒ Seminário preparatório na Residência de Saúde da Família para as Equipes dos Núcleos de Saúde Integral.
- ⇒ Manual de auto-aprendizagem em Planejamento Familiar para as Equipes de Saúde da Família.
- ⇒ Oficina de Reorganização do Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde.

Educação em Saúde

- ⇒ Atividades Educativas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família com o apoio das Equipes dos Núcleos de Saúde Integral.
- ⇒ Grupo de Planejamento Familiar, de Mulheres, de Puericultura, de Adolescentes, de Gestante, de Nutrizes e/ou Grupos Sociais existentes na comunidade, etc.

Sistematização da Assistência ao Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde

- Processo de educação no trabalho das Equipes de Saúde da Família.
- Atualização permanente, monitoramento e discussão dos dados da Sala de Situação das Unidades Básicas de Saúde.

Estudos de casos na preceptoria de Ginecologia e Obstetrícia e nas Rodas das Equipes de Saúde da Família.

- Atividades de Educação em Saúde sobre auto-estima, autocuidado, sexualidade, saúde reprodutiva, maternidade e paternidade responsável e planejamento familiar, com a utilização de metodologia participativa.
- Busca ativa de mulheres e homens em idade fértil por Agente Comunitário de Saúde.

- Abordagem Grupal, Familiar e/ou Individual sobre os métodos contraceptivos.
- Consulta para anamnese, exame físico geral, exame de mamas, exame ginecológico, análise da escolha e prescrição de método anticoncepcional.
- Preenchimento da ficha clínico-ginecológica e do Cartão de Planejamento Familiar.
- Disponibilização de métodos contraceptivos reversíveis nas Unidades Básicas de Saúde.
- Abordagem multidisciplinar de mulheres e homens que manifestam desejo de optar por método contraceptivo definitivo para informar os riscos da laqueadura tubária e da vasectomia, analisar a indicação segundo os critérios, confirmar decisão do casal e assinar termo de consentimento livre e esclarecido.

Monitoramento e avaliação

- Cartão de Planejamento Familiar para monitorar o acompanhamento.
- Monitoramento do número de gestações não planejadas através do Banco de dados da Avaliação da Utilização da Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança pelo Trevo de Quatro Folhas.
- Avaliação da Qualidade da Assistência ao Planejamento Familiar por Unidade Básica de Saúde, com base nos indicadores de prevalência do uso dos métodos anticoncepcionais e de percentual de mulheres, homens e adolescentes atendidos nos serviços de atenção à anticoncepção.

Ações Imediatas:

Objetivo:

- Iniciar o processo de estruturação da Política de Saúde Reprodutiva de Sobral/CE dia 02 de outubro de 2006.

Ações com relação às diversas estratégias propostas no plano inicial:

1. Educação Permanente da Equipe Técnica do Município: Seminário preparatório envolvendo Residência Multiprofissional e a Médica de Saúde da Família e Comunidade, equipes de Saúde da Família, Coordenação de Atenção Primária, Coordenação de Educação Permanente do Município, Coordenação dos Núcleos de Atenção Integral a Saúde, Preceptores de Área, de Enfermagem e de Ginecologia e Obstetrícia, Trevo de Quatro Folhas.
2. Assunto: Apresentação da Proposta de Estruturação da Saúde Reprodutiva de Sobral e apresentação do Guia de Auto-aprendizagem sobre Planejamento Familiar.
3. Local: Reunião de Gerentes (gerentes e Núcleo de Atenção Integral a Saúde) - Data: 27 de setembro de 2006.

Aula com Enfermeiros para Organização do Serviço – Data: 26 de setembro de 2006.

Aula de Educação Permanente dos Médicos e Residentes – Data: 26 de setembro de 2006.

4. Tarefas: Montagem do Guia de Autoaprendizagem.

Providenciar cópias dos Guias de Autoaprendizagem.

Sistematização da Assistência ao Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde.

Seminário na Rodas dos Centros de Saúde da Família:

⇒ Metas: 28 seminários no mês de outubro de 2006.

⇒ Objetivos:

Identificar as necessidades de aprendizagem das equipes da SF.

Capacitar as ESF's para a operacionalização do Planejamento Familiar.

Estimular as ações de Educação em Saúde.

Estimular o monitoramento dos indicadores da Saúde Reprodutiva na Sala de Situação do CSF.

⇒ Metodologia:

Oficina educativa na Roda do CSF

Roteiro da Oficina:

1) Levantamento das necessidades de aprendizagem.

Distribuição de tarjetas para cada profissional registrar suas perguntas; agrupamento de perguntas por subtema, por exemplo, DIU, ACO, etc.

2) Apresentação dos métodos contraceptivos, abordando aspectos como indicações, contra-indicações, modo de usar, tratamento das principais complicações e efeito adversos e os principais pontos a abordar com o cliente na demonstração do método.

3) Orientação sobre assistência a infertilidade.

Encaminhar para atendimento com preceptor de GO no CSF ou Ginecologista no CEM (Centro de Especialidades Médicas) – casais, com mulheres de mais de 26 anos de idade, com mais de dois anos de relações sexuais regulares, sem uso de método contraceptivo, com o mesmo parceiro, dando prioridade para as nuligestas.

4) Orientação sobre educação em Saúde Reprodutiva.

Como fazer: podem ser feitas abordagens grupais em sala de espera, grupo de gestante, grupo de adolescente, roda de conversa no quarteirão.

Reorganização do Planejamento Familiar nos CSF.

Organização da demanda reprimida.

Como trabalharemos a partir daí? Qual será o fluxo?

Organização da demanda reprimida.

5) Critérios eletivos:

- 1) Legislação – mais de 25 anos e dois filhos vivos.
- 2) Consentimento informado – abordagem sobre todos os métodos anticoncepcionais e aceitação esclarecida.

Organização da lista de espera:

1. Risco Clínico
2. Risco Social
3. Nº filhos
4. Idade
5. Tempo de manifestação do desejo
6. Recomendação de prioridade no atendimento pela ESF

8.4. DOCUMENTO PRELIMINAR DE CRIAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO MUNICÍPIO DE SOBRAL

Devido à elevação das taxas de mortalidade perinatal, a Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral está implantando um ambulatório de Planejamento Familiar de Alto Risco, ou seja, destinado àquelas pacientes que apresentem algum fator de risco reprodutivo.

O referido ambulatório funcionará no CEM, sob a responsabilidade do Dr. Márcio Fragoso Vieira, às terças-feiras, no horário de 10 às 13 horas. Serão agendadas 08 (oito) pacientes por turno.

As pacientes devem ser referenciadas das unidades básicas de saúde pelas equipes de PSF responsáveis, com agendamento realizado através da Central de Marcação de Consultas do Município.

O público-alvo deste ambulatório são as pacientes que se apresentem dentro de algumas das categorias abaixo relacionadas (ou por alguma outra indicação médica específica) e, ao serem encaminhadas, é obrigatório o preenchimento do motivo da consulta.

População Alvo:

Mulheres/casais em idade fértil do Município de Sobral

População Priorizada:

Mulheres/casais com risco clínico e/ou reprodutivo.

Risco Reprodutivo:

Mulheres que apresentem 01 ou mais fatores de risco relacionados a seguir.

1. Idade:

Acima de 35 anos.

Abaixo de 16 anos

2. Antecedentes Obstétricos Desfavoráveis:

Abortos

Mortes fetais e neonatais

Baixo peso ao nascer (< 2.500 gr)

Pré-eclâmpsia

Malformações congênitas

Grandes múltiparas

Cerclagem

Trabalho de parto prematuro

Restrição do crescimento intrauterino

Aloimunização

Fatores De Risco Clínico

Cardiopatias

Pneumopatias

Nefropatias

Endocrinopatias

Hemopatias

Hipertensão arterial

Epilepsia

Doenças auto-imunes

Ginecopatias

8.5. CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE

8.6. PROTOCOLO DE INTENÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO

9. APÊNDICES

9.1. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Identificação da UBS e número de ordem do entrevistado:

2. Idade:

3. Estado Civil:

4. Profissão:

5. Tempo de Formação Profissional:

6. Tempo de trabalho no Programa Saúde da Família:

- Fale-me o que você compreende por saúde reprodutiva?
- Quais as condições de trabalho para o atendimento em planejamento familiar nesta unidade de saúde?
- Quais métodos de Planejamento Familiar estão disponíveis nesta UBS?
- Como é o acesso da população feminina a tais métodos nesta UBS? (se ela procura espontaneamente ou recebe algum tipo de influência/encaminhamento)
- O que você me diria sobre o seu vínculo pessoal com a clientela? E com o bairro/território?
- Como se dá a sua participação em movimentos comunitários e sociais deste bairro/território?

- O que influenciaria a decisão da mulher de buscar uma unidade de saúde para realizar planejamento familiar?
- Quais seriam os outros caminhos/pessoas que ela busca para evitar a concepção?
- Quais seriam os critérios empregados para a decisão de qual método é mais adequado à mulher?
- Você considera que as ações de planejamento familiar no Programa Saúde da Família contemplam as necessidades da população?
- Discorra sobre sua participação nos momentos em grupo de planejamento familiar?
- O que você poderia dizer-me sobre o pensamento religioso a respeito de planejamento familiar.
- Como você avaliaria a política de saúde reprodutiva e planejamento familiar desenvolvida neste município?

9.2. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Identificação da UBS:

2. Ação observada:

- Descrição do ambiente de atendimento.
- Descrição da recepção do profissional junto à usuária.
- Apontar tópicos específicos abordados durante o atendimento.
- Abordagem do cotidiano da usuária.
- Menção de pontos relacionais, sociais, de saúde mental.
- Orientações especificamente técnicas fornecidas e como são fornecidas.
- Orientações gerais sobre saúde fornecidas e como são fornecidas.
- Posicionamentos da paciente com relação a falas, perguntas, expressão corporal e facial.

9.3. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO EM GRUPO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Identificação da UBS:

2. Profissionais participantes:

3. Número de mulheres participantes:

4. Duração da atividade:

- Descrição do ambiente da atividade.
- Descrição da recepção dos profissionais junto às usuárias.
- Descrição dos comportamentos das usuárias.
- Apontar tópicos específicos abordados durante a atividade.
- Escuta e discussão dos assuntos apresentados entre profissionais/usuárias e usuárias/usuárias.
- Orientações especificamente técnicas fornecidas e como são fornecidas.
- Orientações gerais sobre saúde fornecidas e como são fornecidas.
- Receptividade das usuárias às informações fornecidas.

9.4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Senhor (a):

Sou professora da Faculdade de Medicina de Sobral e doutoranda em Saúde Pública pela USP (Universidade de São Paulo) e estou realizando uma pesquisa científica sobre os saberes e as práticas de Saúde Reprodutiva no âmbito da Estratégia de Saúde da Família envolvendo as relações entre profissionais de saúde e usuárias dos métodos contraceptivos dentro do SUS em Sobral e como estas relações influenciam na decisão de ter ou não filhos por partes destas usuárias. Esta pesquisa destina-se à construção de minha tese de doutorado.

Os dados serão apresentados e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado seu nome. Pretendo com essa pesquisa obter informações que permitam compreender natureza das relações entre profissionais e usuários vinculados a programas de saúde reprodutiva no âmbito de equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante seu consentimento, porque o (a) senhor (a) faz parte das pessoas que estão envolvidas nesse processo. Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte da comunidade acadêmica e dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família da cidade de Sobral.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Reforço que sua colaboração e participação trarão benefícios para o desenvolvimento científico. Responder a essas perguntas não lhe trará riscos para sua saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo.

Para possíveis esclarecimentos, estou disponível na Faculdade de Medicina de Sobral (88) 3611-8000, (88) 9626-0610, (88) 8839-6971.

Atenciosamente,

Roberta Cavalcante Muniz Lira

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que versa sobre os saberes e as práticas de Saúde Reprodutiva no âmbito da Estratégia de Saúde da Família envolvendo as relações entre profissionais de saúde e usuárias dos métodos contraceptivos dentro do SUS em Sobral e como estas relações influenciam na decisão de ter ou não filhos por partes destas usuárias. Este estudo será realizado pela pesquisadora Roberta Cavalcante Muniz Lira. Compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa e sei que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral _____ de _____ de 2010.

Ciente: _____

Assinatura do Pesquisador: _____