**ANÁLISE DO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE
ACERCA DA LAQUEADURA TUBÁRIA – ESTUDO DE CASO
DE BELO HORIZONTE**

CLARICE MARCOLINO

Tese apresentada ao Departamento de Saúde
Materno-Infantil da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Doutor em saúde
pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Profª. Dra. Néia Schor

Universidade de São Paulo

São Paulo, 2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos fotocopiantes.

Assinatura: *Faustino*

Data: 23/3/2000

39497/2000 (doc)

A meus pais, com gratidão

A meu filho, com esperança

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra Néia Schor pela orientação prestada na elaboração desta tese.

A toda a equipe de saúde do Hospital Sofia Feldman, meus sinceros agradecimentos pelo acolhimento e pela oportunidade de coletar os dados.

À Profa. Dra. Márcia Regina Car pela assessoria técnica na análise dos discursos.

Aos colegas docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG, pela amizade, apoio e incentivo sem limites.

À Profa. Dra. Roseni de Sena pela colaboração neste trabalho.

Ao amigo William pelo carinho e apoio, pela formatação do trabalho e pela elaboração do resumo em inglês.

RESUMO

Este estudo, de abordagem qualitativa, teve como referencial metodológico as representações sociais e a dialética marxista. Nossa trajetória consistiu em buscar reconhecer o trabalho dos agentes da equipe de saúde que tomam a laqueadura tubária como objeto de intervenção. Partimos do trabalho da equipe envolvida com a cirurgia esterilizadora, no seu contexto de exercício cotidiano e constatamos como os agentes o operacionalizam e quais são as representações sobre o mesmo. Os dados empíricos foram obtidos através de entrevistas e observações de algumas atividades dos agentes da equipe. Foram entrevistados os nove agentes da equipe de saúde: assistente social, agente de saúde, enfermeiros, médicos e psicólogos. Os discursos foram submetidos à análise, seguindo a orientação da técnica proposta por FIORIN e adaptada por CAR. Tomamos como categorias centrais para análise os conceitos do processo de trabalho em saúde. Constatamos que, de modo geral, a equipe se caracteriza como hierarquizada. Destacamos que, no particular aspecto da tomada de decisão acerca da cirurgia esterilizadora, ocorre uma tendência à horizontalidade da equipe, dada a importância da dimensão ética da esterilização feminina, que tende a deslocar o saber do campo do conhecimento científico biomédico para o campo das ciências sociais e humanas. Entretanto, essa horizontalidade é apenas aparente, uma vez que os critérios técnicos são soberanos diante do saber prático da vida das pessoas, por ocasião das tomadas de decisões. Embora exista uma tendência para o trabalho multiprofissional, há uma espécie de recusa estratégica para a interdisciplinaridade e uma acomodação vantajosa no critério biomédico.

Descritores: Saúde da Mulher, Laqueadura Tubária, Equipe de Saúde, Tomada de Decisão

ABSTRACT

This work, qualitative in approach, used social representations and Marxist dialectic as its methodological frames of reference. Our orientation consisted of seeking to understand the work of members of a public health team who take tubal ligation as an objective of intervention. We began with the work of the team involved with surgical sterilization, viewed in the context of carrying out their work on a routine basis; we noted how the agents carry it out and what are their representations about it. The empirical data were obtained by way of interviews and observations of some of the activities of the members of the team. The nine members of the public health team were interviewed: the public welfare worker, the public health agent, nurses, doctors and psychologists. Their discourses were subjected to analysis following the technical orientation proposed by FIORIN and adapted by CAR. We took as the principal categories for analysis the concepts of the process of working in the medical sector. We observed that generally the team was characterized as hierarchical. We noted that, as to the particular aspect of deciding about surgical sterilization, the team tended to become more horizontal, given the importance of the ethical dimension of the female sterilization, which sterilization tends to shift the focus from that of scientific and biomedical knowledge to that of the social sciences and the humanities. This horizontal form is only apparent, since the technical criteria are overriding in the light of the practical knowledge of life of the persons at the time of decision-making. Although a tendency for multiprofessional work exists, there was a type of strategic refusal as to interdisciplinary action and a convenient reliance on biomedical criteria.

Key words: Women's Health, Tubal Ligation, Public Health Teams, Decision-Making

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	16
CAPÍTULO 2 – CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS, ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS E SUAS REPERCUSSÕES NO CONTROLE DA REPRODUÇÃO HUMANA.....	17
2.1 Planejamento Familiar no Brasil	27
2.1.1 Política de planejamento familiar	27
2.1.2 A mulher, o planejamento familiar e os recursos de saúde.....	31
2.2 Laqueadura Tubária: Um Pouco de sua Origem	37
CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
3.1 As Políticas de Saúde e os Modelos de Atenção à Saúde	41
3.2 Organização dos Serviços de Saúde de Atendimento à Contracepção Cirúrgica no Município de Belo Horizonte	46
3.3 O Processo de Trabalho em Saúde e a Organização do Trabalho em Saúde	51
3.3.1 Divisão do Trabalho.....	52
3.3.2 Processo de trabalho em Saúde	54
3.4 Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde.....	57
3.5 A tomada de Decisão	60
CAPÍTULO 4 – REFERENCIAL METODOLÓGICO	
4.1 Dialética Marxista.....	63
4.2 Representações Sociais	68

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

5.1	Exploração do Campo de Pesquisa.....	73
5.2	Cenário de Estudo	74
5.3	A Coleta de Dados e os Sujeitos Sociais da Pesquisa	76
5.4	Organização e Análise de Dados	77

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

6.1	Organização do Serviço de Planejamento Familiar	81
6.2	O Trabalho da Equipe de Saúde	89
6.2.1	O Trabalho da Equipe no Planejamento Familiar: Papel dos Agentes de Saúde	93
6.2.2	O Trabalho da Equipe na Laqueadura Tubária: O Aconselhamento	102
6.3	Concepções de Equipe de Saúde Acerca de Planejamento Familiar, Contracepção e Ligadura de Trompas	112
6.4	O processo de Tomada de Decisão na Laqueadura de trompas	120
6.4.1	A Escolha da Mulher na Dimensão Relacional com a Equipe de Saúde	121
6.4.2	A Tomada de Decisão da Equipe	129
	SÍNTESE	138
	BIBLIOGRAFIA	145
	ANEXOS	158

1. INTRODUÇÃO

A elaboração de uma tese bem como a escolha de seu tema é uma prática política; portanto, socialmente comprometida.

Ao longo de nossa trajetória acadêmica o nosso compromisso com a transformação da realidade da prática contraceptiva vem nos desafiando a estudar a gênese da cirurgia esterilizadora.

Como profissional do campo da saúde sempre atuamos na área de saúde da mulher, tendo desenvolvido ações com mulheres de condições socioeconômicas desfavoráveis, que moram na periferia, têm baixa renda e, em geral, muitos filhos. Em consequência dessa situação, o acesso dessas mulheres à assistência à saúde se dá através de serviços públicos oficiais ou filantrópicos.

Em nosso trabalho cotidiano junto a essas mulheres, notamos um forte desejo em submeter-se à laqueadura de trompas como forma de regular a fecundidade do casal. Impressionava-nos o quão forte era esse desejo, ao mesmo tempo que chamavam nossa atenção as dificuldades e as barreiras que elas tinham que transpor para conseguir a autorização para realizar a cirurgia. Sensibilizava-nos ouvir suas histórias de vida, seus jeitos de evitar filhos, as suas dificuldades, seus problemas do dia-a-dia, a falta de conhecimento, dentre outros.

Essas observações da prática cotidiana estavam interconectadas com uma questão polêmica, que se travava entre planejamento familiar *versus* controle da natalidade.

Apesar dessa polêmica, sempre tivemos como princípio ser favorável, não a uma anticoncepção coercitiva, mas àquela que se fundamentasse no exercício de escolha da mulher. É dentro deste horizonte que nosso trabalho em planejamento familiar sempre se pautou — voltado para possibilitar o acesso da mulher a um determinado método para controlar a fecundidade, segundo suas necessidades e condições de vida.

O planejamento familiar é o aspecto da assistência que mais nos atrai, talvez pela vontade e disposição em ajudar essa clientela que, em muitos

momentos, recorre desesperadamente a soluções não refletidas para evitar o nascimento de filhos não desejados. Muitas delas recorrem ao aborto em precárias condições e na clandestinidade. Observamos, também, que essas mulheres são muito solitárias nessa decisão, principalmente as de baixo nível socioeconômico.

O curso de mestrado, iniciado em 1991, possibilitou-nos elaborar um estudo cujo objetivo foi compreender o forte desejo das mulheres em submeter-se à laqueadura tubária.

Naquela ocasião procuramos dar voz às mulheres que iriam se submeter à cirurgia esterilizadora. Os resultados da pesquisa foram evidenciados a partir da experiência das mulheres com os métodos contraceptivos, mostrando a trajetória da mulher em direção à cirurgia esterilizadora e alguns condicionantes envolvidos nessa tomada de decisão.

Nesse processo de compreensão observamos que os profissionais da saúde têm um papel importante na tomada de decisão pela laqueadura tubária. Por essa razão, o objeto de estudo desta tese dá continuidade à busca de entendimento do processo de decisão pela laqueadura tubária, iniciado na dissertação de mestrado.

Muitas indagações foram sendo construídas ao longo deste percurso. As principais, que agora tomamos como referência para o presente estudo, são: Como os profissionais da saúde participam da decisão? Em que se baseiam para a tomada de decisão? O que pensam sobre a cirurgia esterilizadora?

O poder de influência da equipe na decisão acerca da laqueadura tubária é mais forte do que o próprio desejo da mulher, estabelecendo uma relação de desigualdade entre mulher/equipe de saúde. O trabalho caminha mais em direção à valorização das considerações elaboradas pela equipe de saúde, do que em direção às aspirações das mulheres. Embora se considere a laqueadura como direito da mulher, o acesso a essa cirurgia, depende, dentre outros fatores, da forma como a equipe ideologicamente a concebe e, como se operacionaliza o processo de tomada de decisão.

A literatura consultada sobre a laqueadura de trompas aborda questões relacionadas aos fatores determinantes ligados à decisão da mulher pela cirurgia esterilizadora; entretanto, a organização institucional e a oferta desse serviço são pouco discutidas, assim como a estruturação das equipes de saúde como base principal da organização dos serviços de planejamento familiar e seu impacto na escolha dos métodos contraceptivos, particularmente a laqueadura tubária.

A participação dos profissionais na tomada de decisão acerca da laqueadura de trompas está conformada pelos modelos político-assistenciais de cuidados à saúde, os quais permitem um certo âmbito de intervenção e, ao mesmo tempo que conformam as ações, conformam as representações que os componentes da equipe de saúde têm sobre a problemática da esterilização feminina.

A elucidação das representações que os componentes da equipe constroem e utilizam para agir nas tomadas de decisões é indispensável para compreender as suas implicações sobre a prática da laqueadura tubária.

O nosso objeto, num primeiro plano, é reconhecer as especificidades do trabalho da equipe de saúde que toma a laqueadura como alvo de intervenção, e no seu interior – num segundo plano, reconhecer como a equipe operacionaliza a tomada de decisão, em referência às representações como elementos constitutivos importantes, mas que estão compostas com as próprias condições de trabalho. Há muitos elementos envolvidos no processo de trabalho, mas nos vamos tomar para exame os acima mencionados.

O processo de pesquisa iniciou-se com a definição do problema a ser pesquisado, explicitado a partir das situações vivenciadas junto às mulheres, aos profissionais da saúde, e do aporte teórico relacionado à temática em estudo.

ROSS (1992) refere que a esterilização, tanto a feminina quanto a masculina, é o método de controle da fecundidade mais usado no mundo. Estima-se que 20,1% de casais em idade reprodutiva adotaram a esterilização (15,7% de mulheres e 4,4% de homens).

Antes de 1986, nenhum dado sobre a prevalência de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres brasileiras está disponível no Brasil. Em 1986, a Sociedade Civil Bem Estar Familiar (BEMFAM), através da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (BEMFAM, 1988), apresenta estatísticas sobre os métodos anticoncepcionais mais usados pelas mulheres brasileiras na década de 80. De um total de 65,8% das mulheres de 15 – 44 anos em união conjugal, que estavam usando(ou seus maridos) algum método anticoncepcional, 28% era de esterilização cirúrgica, 25% em uso de pílula, 5% de outros métodos, 4% de abstinência periódica, 5% de coito interrompido e 34% não usando nenhum tipo de método.

Os dados da primeira pesquisa nacional sobre métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres brasileiras mostram que, na década de 80, a esterilização já era o método mais utilizado.

Em 1996 a BEMFAM realizou outro trabalho semelhante, através da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde – PNDS, 1996 (BEMFAM 1997). Nessa mais recente pesquisa os dados estatísticos apresentados nos mostram que de um total de 76,7% de mulheres em união consensual, 70,3% usam métodos contraceptivos modernos. Destas, 40% estão esterilizadas, 21% usam pílula anticoncepcional, 4,4% usam condom, 2,4% utilizam outros métodos, e 6% recorrem a métodos tradicionais (abstinência periódica e coito interrompido). A porcentagem de 2,6% corresponde a esterilização masculina.

A Tabela 1 mostra os dados estatísticos sobre uso de anticoncepcionais nos anos de 1986 e 1996.

TABELA 1 - Percentagem de mulheres unidas de 15-49 anos usando algum método contraceptivo, Brasil 1986 e 1996

Método Contraceptivo	1986	1996
Esterilização Feminina	27,2	40,1
Pílula	25	20,7
DIU	0,9	1,1
Injeções	-	1,2
Métodos vaginais	0,5	0,1
Abstinência Periódica	4,3	3,0
Coito interrompido	5,0	3,1
Esterilização Masculina	0,8	2,6
Condom	1,6	4,4
Outros	-	0,3
Total	65,8	76,6

Fonte: BEMFAM, 1986 e 1996

Ao cotejarmos os dados das pesquisas realizadas pela BEMFAM em 1986 e 1996, verificamos que a prevalência da esterilização que era de 27% em 1986, aumentou para 40% em 1996. A idade mediana em que a mulher se esterilizava, em 1986, era 31,4 anos; em 1996, 28,9 anos, o que significa um decréscimo de 2,5 anos.

A esterilização é feita, na grande maioria dos casos (74%), por ocasião do parto, sendo que quatro em cada cinco são feitas durante a cesariana.

A esterilização é obtida, fundamentalmente, via setor público (71%), sendo que 49% em hospitais públicos e 22% em Hospital conveniado (SUS).

RUTENBERG e FERRAZ (1988) observaram que o aumento na prática contraceptiva entre mulheres casadas, impulsionado pela crescente confiança na esterilização feminina, foi a principal causa imediata no declínio da fecundidade, e consequentemente o impacto demográfico decorrente da esterilização feminina merece especial atenção.

Esses mesmos autores concluíram que apesar da limitada disponibilidade da esterilização, as taxas têm alcançado níveis suficientes para ter um impacto significativo na fecundidade do Brasil.

Hoje, a questão não é explosão demográfica, mas sim os direitos da mulher de acesso à informação e aos meios contraceptivos que respondam a suas necessidades. O declínio da fecundidade tem ocorrido, em condições precárias, principalmente às custas de esterilizações cirúrgicas e com insuficiente cobertura e inadequada ação do setor público.

O aumento da prevalência da esterilização tem sido investigado e discutido por vários autores, procurando identificar os seus determinantes. Esses estudos lidam basicamente, com variáveis do tipo, idade, paridade, número de filhos, cor, raça, nível socioeconômico, estado conjugal, tentando assim caracterizar o grupo de mulheres que se submetem à esterilização cirúrgica.

Pesquisas realizadas em outros países e no Brasil demonstram que a idade da mãe e o número de filhos são fatores que provavelmente estão associados com a escolha da esterilização (PITAKTEPSOMBATI e JANOWITZ, 1991; BERQUÓ, 1989 e VIEIRA, 1994).

“PERPÉTUO e WAJNMAN (1992) mostraram que mulheres de melhor renda esterilizam-se ao final de uma história contraceptiva em que métodos anticoncepcionais temporários foram utilizados para espaçar os nascimentos e que a esterilização pode vir a ser o método anticoncepcional ideal, após ter alcançado o número desejado de filhos. Entre as mais pobres, entretanto, a esterilização tende a ocorrer, sem que antes a mulher tenha a oportunidade de planejar e administrar o tamanho da prole. Para a classe pobre, a esterilização parece estar acontecendo num contexto restrito de possibilidades de contracepção.” (p.23)

Em países mais desenvolvidos, os métodos mais utilizados são os reversíveis (pílula, diafragma, DIU e preservativo), enquanto nos países menos desenvolvidos é a esterilização cirúrgica (ROSS, 1992).

Os dados da BEMFAM(1996) sobre prevalência da anticoncepção, nos mostram que, a maioria das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos de idade usa métodos anticoncepcionais, e dois deles são os mais utilizados, a esterilização cirúrgica e a pílula. O peso desses dois métodos nas alternativas contraceptivas mostra a precariedade de opções para a mulher brasileira.

A deficiência na oferta de métodos anticoncepcionais tem sido apontada como fator importante que influencia a alta demanda pela esterilização (PERPÉTUO e WAJNMAN, 1992; BERQUÓ, 1993).

RODRIGUES FILHO (1994), em estudo realizado em 2 municípios no Estado da Paraíba, concluiu que a esterilização parece ser influenciada mais pelas características do sistema de saúde do que pelas características socioeconômicas da população.

Os métodos anticoncepcionais estão se tornando mais disponíveis às mulheres, desde 1983, a partir da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984) no qual se inclui o planejamento familiar.

Sabemos que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (COSTA, 1994) teve uma implantação muito lenta e ainda não se pode considerar que esteja totalmente implantado, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas à saúde reprodutiva, em especial ao planejamento familiar/reprodutivo, muito embora a Constituição de 1988 reconheça o planejamento familiar como direito do cidadão. Como consequência deste reconhecimento deve o Estado promover o acesso à informação e aos meios para o exercício desse direito. Sendo assim devem estar disponíveis para os casais métodos anticoncepcionais que não prejudiquem a sua saúde, que sejam apropriados a seu momento de vida, e à fase do ciclo reprodutivo da mulher (adolescência, vida adulta, climatério).

No Brasil, estudos realizados por BERQUÓ (1982, 1989, 1993) e JANOWITZ et al (1982) apontam que o parto cesariano foi condição necessária para a esterilização pós-parto. Esse fato ocorre, principalmente, porque a esterilização, até 1997 não era promovida pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nem recomendada pelo Conselho de Medicina. Como após 3 partos cesarianos há risco para a mulher, caso uma nova gravidez ocorrer, obtém-se uma justificativa para a realização da esterilização cirúrgica feminina.

VIEIRA (1994), em estudo no qual procurou identificar fatores ligados à prevalência da esterilização cirúrgica na região Metropolitana de São Paulo, conclui que o acesso à esterilização é regulado pelo pagamento do procedimento ao médico, o que dificulta sua obtenção pelas mulheres de menor renda. Esse estudo mostrou que das mulheres que se esterilizaram, 80% pagaram diretamente ao médico; 88% das cirurgias foram realizadas durante ou imediatamente depois do último parto, 77% foi o índice de partos cesarianos encontrado para o último parto, significando que apenas 11% das cirurgias esterilizadoras foram realizadas por ocasião do parto vaginal. Dentre todas as mulheres de 15 a 49 anos, a idade média por ocasião da esterilização foi de 29,8 anos.

Essa mesma autora afirma que a privatização é a principal característica do acesso à esterilização feminina no Estado de São Paulo e acrescenta que a medicalização tem sido usada como um substituto de um planejamento familiar adequado no qual a informação deve estar disponível. O uso da esterilização pode ser visto como uma estratégia social da modernidade para lidar com a ausência de uma anticoncepção alternativa e com a ilegalidade e perigos do aborto clandestino.

De acordo ainda com VIEIRA (1994), a situação no Brasil é peculiar quando comparada a outros países da América Latina em relação à forma de disseminação da esterilização. Em países como o México e Colômbia, onde a esterilização é promovida por programas de planejamento familiar, a prevalência é de 19% e 18% respectivamente, enquanto no Brasil a prevalência é mais alta –

40% atualmente, apesar da clandestinidade, da controvérsia legal, da ausência de regulamentação e da não - promoção governamental até 1997.

Até 1997, o Estado foi responsável pela falta de regulamentação e pela clandestinidade da esterilização cirúrgica, o que dificultava que a mulher fosse devidamente informada e orientada sobre a decisão de esterilizar-se, decisão essa fundamental por motivos éticos e morais.

Até aquele ano a esterilização não era recomendada pelo Ministério da Saúde e só podia ser feita em casos em que houvesse riscos de vida para a mãe; exigia-se uma autorização consubstanciada que demonstrasse a necessidade de sua realização.

Em 1997 o Ministério da Saúde, através da Portaria número 144, incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a esterilização para homens e mulheres maiores de 25 anos ou, pelo menos 2 filhos vivos, e em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por 2 médicos.

No campo da legislação, verificamos que a lei não proíbe a esterilização, mas proíbe a mutilação física.

Ao cotejarmos o Código Brasileiro de Ética Médica em seu artigo relacionado à contracepção e o Código Penal Brasileiro, verificamos que são controversos.

O Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1990) revisto e aprovado em 1988, Cap. V, artigo 67, diz que “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método”. Outro artigo, do mesmo Código, diz que as ações médicas estão sujeitas às regras do Código Penal. Esse, por sua vez, trata o assunto em seu artigo 132, parágrafo 2, inciso III, “considera como lesão corporal grave a perda ou inutilização de membro, sentido ou função.”

O movimento feminista é o que mais tem denunciado os abusos da esterilização feminina no País.

A SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA (1994) destaca que: “embora existam setores dentro do feminismo que se mantenham firmes na perspectiva de combate à esterilização, existem também outros que propõem que as mulheres têm o direito de se esterilizar, se estão conscientes e convictas de sua decisão; que o exercício desse direito deveria ser garantido em toda a sua extensão.”

Em entrevista concedida à Revista Veja, BARROSO, 1992 refere que “a esterilização deve ser como o aborto, um direito individual. Se a mulher não gosta da pílula ou se tem alguma razão para não tomar, inclusive de ordem financeira, apela para a esterilização. É um método, que não está relacionado com o ato sexual, não depende de você lembrar ou esquecer e o custo vem de uma só vez.”(p. 8).

As posições em relação à esterilização variam desde aqueles que se mostram refratários em aceitar a esterilização no país até aqueles que consideram o desejo da maioria que quer ser esterilizada, e deve ter o exercício desse direito garantido.

A aceitabilidade da esterilização feminina é um fenômeno social importante uma vez que mostra o alto nível de motivação das mulheres em controlar a sua fecundidade.

MOLINA da COSTA (1995) apontou determinantes socioculturais e pessoais ligados à esterilização feminina como: machismo, medicalização, coerção oculta, status da mulher, mídia, falta de apoio para mães trabalhadoras, conhecimentos, atitudes e práticas acerca dos contraceptivos (desinformação, efeitos colaterais, conhecimento de contraceptivos, falta de conhecimento dos efeitos colaterais dos contraceptivos, prática contraceptiva), tamanho da família, saúde pessoal, controle de sua fecundidade, raça e abortos prévios.

O estudo conduzido por MARCOLINO (1994), sobre o processo de decisão da mulher pela esterilização cirúrgica feminina, encontrou alguns fatores

importantes na trajetória de busca das mulheres pela cirurgia esterilizadora. São eles:

A experiência com métodos contraceptivos temporários e o enfrentamento das várias dificuldades decorrentes do uso desses métodos, tais como efeitos colaterais, falhas, falta de colaboração dos companheiros e falta de conhecimento do corpo, têm levado as mulheres a submeterem-se à cirurgia.

Sentido Atribuído à Esterilização — As mulheres compreendem a esterilização como um meio mais seguro e eficaz para limitar o número de filhos. A cirurgia passa a ser vista como uma solução para vários problemas, na expectativa mais íntima das mulheres.

Recurso Definitivo — A esterilização cirúrgica tem o sentido de ser um recurso definitivo, eliminando a insegurança de uma gestação indesejada e a necessidade de se preocupar com a contracepção no seu dia-a-dia.

Recurso Último — A esterilização é um recurso último e dramático que as mulheres utilizam como uma reação às pressões exercidas sobre elas.

A Participação do Companheiro na Contracepção — Os resultados do estudo apontaram que os homens participam pouco da contracepção. Portanto as dificuldades da mulher em fazer uma contracepção cotidiana, solitária e sem a cooperação do homem têm colaborado para que as mulheres se submetam à esterilização, encerrando a vida reprodutiva, e não a sexual, através de um método radical no qual a sua responsabilidade em termos reprodutivos é quase inexistente.

O Seu Ser Mãe — As mulheres revelaram a carência de solidariedade do homem-pai, no sentido de compartilhar dessa vivência tão forte e humana que é criar um ser humano. É difícil e pesado para a mãe arcar sozinha com a responsabilidade da educação dos filhos. O fato de as mães assumirem todas as tarefas ligadas ao âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas da família produz um desgaste intenso.

A Condição Socioeconômica e o Número de Filhos - A necessidade de limitar o número de filhos é associada às dificuldades materiais de subsistência e ao desejo de oferecer melhor qualidade de vida aos seus descendentes. As mulheres alegam e reforçam que um forte motivo que as impulsionou a tomar a decisão de não ter mais filhos são as limitações impostas pelas condições econômicas.

O Novo Horizonte Existencial em Face da Esterilização Feminina — O sentido de encerrar a vida reprodutiva através da esterilização permite à mulher insinuar o seu devir. O seu novo horizonte apresenta-se cheio de possibilidades e as remete para seus projetos futuros, seu vir-a-ser. A esterilização parece estar ligada às transformações que vão se delineando na vida das mulheres e a cirurgia apresenta-se a elas como um passo para novas conquistas. A negação do corpo reprodutivo, possibilitada pela adoção da cirurgia, dá sentido a um novo corpo – o trabalhador, que entra para o mundo produtivo e assim contribui para a renda familiar.

De acordo com MOLINA DA COSTA (1995), há 3 aspectos gerais envolvidos no processo de escolha da esterilização tubária. O primeiro é o processo de tomada de decisão. O segundo são os modelos de escolha relacionados à contracepção de modo geral e o terceiro aspecto relaciona-se particularmente à decisão da mulher sobre a ligação tubária.

De acordo com esse autor alguns estudos têm sido conduzidos para clarear o processo de tomada de decisão. Os mecanismos de escolha têm sido estudados nos campos da Economia e da Psicologia. A Teoria Racional de Escolha, desenvolvida por economistas, enfatiza que a opção racional seleciona o mais efetivo meio para satisfazer a preferência dos agentes. Isso significa que o agente calcula a provável rede de benefícios para cada possível curso de uma ação e escolhe aquela que melhor satisfaz suas preferências (Heap, citado por MOLINA DA COSTA, 1995).

De acordo ainda com MOLINA DA COSTA (1995), os primeiros autores que escreveram sobre a questão da tomada de decisão na escolha da esterilização

foram Clark et al (1979) e Clark & Swicegood, 1982, que agruparam os determinantes da esterilização feminina em:

- [a] Razões para busca da esterilização (contraceptiva, coito e saúde),
- [b] Fontes de informação acerca da esterilização (material de leitura, médicos, homens e mulheres),
- [c] Pessoas que influenciam a decisão (médico, pessoal da saúde, família e amigos), e
- [d] A natureza da relação homem — mulher.

Há uma multiplicidade de fatores envolvendo a escolha da esterilização e o médicos têm um posição importante na influência dessa decisão.

Segundo VIEIRA (1994), os médicos têm um importante papel na estratégia de disseminar a esterilização, não apenas efetivamente porque são eles que realizam as cirurgias esterilizadoras, mas também porque, através das escolas de medicina e da prática diária, influenciam outros profissionais dessa área.

A opinião dos médicos tem um efeito fundamental na aceitação e no uso do planejamento familiar. Os médicos influem na elaboração das políticas e diretrizes de prestação de serviços, e, apesar das enfermeiras e pessoal de saúde proporcionarem cada vez mais serviços clínicos em contracepção e planejamento familiar, suas opiniões podem estar influenciadas pelos médicos. A opinião dos médicos, das enfermeiras de saúde pública e dos serviços de saúde pode limitar a eleição de métodos contraceptivos (NETWORK em Espanhol, 1995).

Nossa experiência como enfermeira, docente e pesquisadora nos mostrou que a esterilização, na prática contraceptiva dos serviços de saúde e no cotidiano de busca das mulheres, é uma questão polêmica e controversa. As controvérsias éticas, morais, legais, físicas e psicológicas mobilizaram-nos a estudá-la anteriormente, constituindo-se em objeto de estudo da dissertação de mestrado (MARCOLINO, 1994).

A forma como a esterilização vem sendo praticada e seu impacto na fecundidade da população brasileira merecem ser mais bem estudados. Do ponto de vista demográfico, o principal interesse em relação à esterilização é o estudo

de seu impacto na redução da fecundidade. Esses dados, entretanto, nos desafiam a buscar as questões contraditórias que nos permitem compreender a complexidade do processo bem como as suas especificidades históricas.

Tratar a esterilização cirúrgica feminina como fenômeno social, é tratá-la do ponto de vista da saúde coletiva, em que o peso do social deve ser considerado tanto quanto o peso do biológico. A opção pelo social, no dizer de LAURELL (1983), no estudo de determinado acontecimento ou fenômeno, não tem por objetivo apenas a “exploração do caráter do processo em questão, mas traz à baila o problema da articulação com outros processos sociais, o que nos remete inevitavelmente ao problema de suas determinações.”(p.138)

A temática central desta tese é o trabalho da equipe de saúde, em particular o da equipe de saúde que toma a laqueadura tubária como objeto de intervenção compreendido na dimensão do processo de trabalho em saúde. Para realizar esse estudo adotamos uma visão dialética. No desenvolvimento da investigação, a principal categoria de análise foi o processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade. A concepção histórica e materialista demonstra que cada geração transmite uma massa de forças produtivas, de capitais e circunstâncias que é, por um lado, muito modificada pela geração seguinte, mas, por outro, dita-lhe suas condições de existência e lhe imprime um desenvolvimento determinado, um caráter específico. Consequentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias.

Nesse sentido, a prática da equipe de saúde que toma a laqueadura como objeto de intervenção, será articulada a um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender às necessidades sociais.

As questões do sujeito são importantes considerando que o objeto de estudo é o trabalho, e neste, as tomadas de decisões. Acreditamos que entre o

sujeito e as condições materiais de trabalho se estabelece uma relação de mútua determinação, por isso as representações são importantes para este estudo.

Como as representações se tornam ações? A noção de “projeto”(SARTRE, 1979), como utilizada por PEDUZZI(1998), foi tomada como um conceito teórico de análise, permitindo explorar a relação entre sujeito e objeto, que está relacionada ao campo dos possíveis, em direção ao qual o agente supera sua situação objetiva, ou seja, o sujeito interioriza a realidade exterior e exterioriza um produto de síntese daquela interiorização, na posição de ação, de um devir.

Objetivos

A partir das considerações referidas anteriormente, delineamos os seguintes objetivos desta pesquisa:

Geral

Conhecer o trabalho dos profissionais que tomam a laqueadura como objeto de intervenção.

Específicos

1. Reconhecer como a equipe envolvida nesse trabalho operacionaliza a tomada de decisão acerca da laqueadura de trompas.
2. Captar as representações dos agentes da equipe no seu processo de trabalho.
3. Destacar os aspectos valorativos e os efeitos práticos desses aspectos no trabalho da equipe de saúde no processo de tomada de decisão.

2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DE ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS, ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS E SUAS REPERCUSSÕES NO CONTROLE DA REPRODUÇÃO HUMANA

Vários fatores envolvem o tema da reprodução humana, interferindo e alterando sua evolução, configurando-se num contexto demográfico, econômico e social, no qual o dimensionamento do tamanho da família está assentado. Esses determinantes são complexos e podem variar de um país para outro.

MOLINA DA COSTA (1995) aponta determinantes que afetam o controle da reprodução humana e, de forma indireta, afetam a escolha dos contraceptivos, especialmente a escolha da esterilização feminina. Esse grupo inclui determinantes macroestruturais, microestruturais, pessoais ou individuais.

Os fatores macroestruturais são responsáveis por disseminar a idéia de um controle populacional através de políticas populacionais.

Esse mesmo autor identificou determinantes macroestruturais que são da ordem econômica geral, política geral, da política do controle da natalidade, em particular, de outro movimento político que foi o movimento eugênico, além de ter destacado a importância do neomaltusianismo.

É chamado neomaltusianismo a revisão dos pensamentos de Thomas Robert Malthus, economista inglês, que defendia a tese de que a população cresceria geometricamente, enquanto os meios de subsistência aritmeticamente. Dessa forma as consequências do crescimento populacional seriam a pobreza, doença, desnutrição e morte. Malthus situava as causas da pobreza e miséria nos hábitos incontrolados de reprodução das “classes inferiores”. Hoje em dia, o enfoque dos neomaltusianos continua atribuindo ao subdesenvolvimento o extraordinário crescimento do Terceiro Mundo, que hoje representa as “classes inferiores”, cujos “hábitos incontrolados” de reprodução provocam pobreza e devem ser combatidos através de todas as formas possíveis de controle

demográfico. Os neomaltusianos concordam com Malthus em relação às consequências do crescimento populacional. Para ele, a solução era adotar medidas como adiamento do casamento e celibato, enquanto os neomaltusianos são a favor de métodos de controle da natalidade e, algumas vezes, do aborto.

O movimento de controle da natalidade, iniciado no princípio da década de 20, teve como principal motivo a liberdade da mulher. Margareth Sanger foi a principal representante desse movimento. É dito que, originariamente ela era uma ativista do movimento feminista e que gradualmente se tornou mais próxima das idéias do movimento eugênico.

A revisão bibliográfica mostrou que vários autores apontam que houve uma transformação em relação ao controle da fecundidade. Da idéia de controle da natalidade movemos para a idéia de liberdade e direitos reprodutivos (FAÚNDES, 1995, PINOTTI, 1997, ALVARENGA e SCHOR, 1998).

Na década de 60, a ameaça de uma explosão demográfica começou a tomar corpo e a solução para tal fenômeno foi a proposição do controle da natalidade a fim de evitar as consequências econômicas e sociais do rápido crescimento populacional. PINOTTI (1997) aponta algumas ações resultantes da proposta do controle da natalidade, como: ampla difusão de informações sobre contracepção e tentativa de convencer os casais a terem menos filhos; estabelecimento de estruturas especiais, preferencialmente relacionadas ao sistema de saúde, a fim de tornar os meios contraceptivos acessíveis a um número cada vez maior de pessoas; desenvolvimento de métodos contraceptivos eficientes com ênfase na qualidade; e finalmente as nações pobres foram aconselhadas e freqüentemente convencidas a estabelecer políticas populacionais (p. 9).

A política populacional é um esforço deliberado do governo nacional para influenciar níveis de fecundidade, mortalidade e migração, que inclui a política reprodutiva, a política de saúde e a política relacionada a migração e distribuição populacional.

A mensagem de que o crescimento populacional era o fator responsável pela condição de pobreza socioeconômica das pessoas e que o controle da natalidade por si só poderia revertê-lo, foi vista como uma forma de esconder problemas estruturais profundos. As diferenças na distribuição da renda entre os poucos muito ricos e poderosos e a maioria muito pobre, continuavam muito grandes.

Os programas impostos de cima para baixo não deram os resultados esperados pois não foi acompanhado de uma melhoria na distribuição de renda e nem de melhores condições sociais. Neste sentido evidências sugerem que o controle do crescimento populacional, através de campanhas políticas, programas de planejamento familiar, foi ineficiente ou provocou oposição entre importantes grupos populacionais, indicando, na década de 70, a necessidade de reavaliá-lo.

FAÜNDES(1995) identificou alterações conceituais em quatro áreas que impulsionaram o movimento do conceito de controle da natalidade para o de saúde reprodutiva. Primeiro, o controle da natalidade não é uma alternativa para o desenvolvimento. Esta mudança conceitual está baseada no discurso de John D. Rockefeller III, pronunciado na I Conferência de População em Bucareste, em 1974, quando afirmou que o planejamento familiar sozinho não era adequado. Segundo, as necessidades e desejos dos usuários devem ser levados em consideração. Este conceito foi usado em 1978 por Zedestein, então presidente do Conselho de População, quando ele argumentou sobre a importância de colocar as necessidades das pessoas no centro da atenção. Ele foi um dos primeiros a apontar que até aquele tempo – 1979 – os programas de contracepção eram dominados pela perspectiva dos cientistas, gerentes e profissionais. Ele argumentou que o livre e completo acesso aos contraceptivos era essencial para uma escolha livre, isto é, os usuários selecionam o método que melhor se ajusta às suas próprias necessidades e preferências pessoais. Terceiro, integração de serviços. Em alguns países da América Latina, as atividades contraceptivas fazem parte da atenção à saúde da mulher, por razões totalmente independentes do

controle da natalidade. No Brasil, a idéia de que as necessidades das mulheres não eram respondidas em serviços contraceptivos levou a um conceito ampliado de saúde integral da mulher. Este conceito deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Mais tarde, o movimento de mulheres e os cientistas sociais tiveram uma importante influência na ampliação da definição de cuidados integrais, passando de simples atenção aos sintomas físicos ou ações de prevenção para também incluir os determinantes sociais e psicológicos da saúde. Quarto, qualidade do cuidado. Embora ainda não se tenha uma definição muito clara sobre qualidade do cuidado, Judith Bruce, do Conselho de População, formulou, em 1989, seis importantes elementos para os serviços de planejamento visando garantir a qualidade; são eles: livre escolha de métodos de uma ampla gama; adequada informação e aconselhamento aos usuários; serviços tecnicamente competentes; interação adequada entre serviços e usuários; mecanismos de acompanhamento adequados; provisão de serviços que respondam às necessidades de saúde das mulheres.

Evoluímos de um conceito de controle da natalidade para um conceito de saúde reprodutiva.

A ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995 conceituou saúde reprodutiva “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, e que se tem a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Esta última condição implica o direito de homens e mulheres de obter informações e ter acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos por eles escolhido para a regulação

da fecundidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, e parto sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhosãos. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, o atendimento à saúde reprodutiva se define como um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar reprodutivos ao evitar e resolver problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, e não meramente a assistência social e o atendimento relativo à reprodução e às enfermidades sexualmente transmissíveis” (p.77).

O conceito de saúde reprodutiva “está nas premissas do princípio feminista, de que toda mulher tem o direito de controlar sua própria sexualidade e reprodução sem discriminação de idade, estado marital, renda ou outras considerações” (DIXON-MUELLER, 1993 p. 203).

Para essa autora, saúde reprodutiva compreende a habilidade da mulher de compreender e gozar sua própria sexualidade, através do conhecimento de seu próprio corpo, sua capacidade sexual e seus direitos sexuais; regular a sua fecundidade cuidadosamente e efetivamente, concebendo somente quando desejar e terminar uma gravidez indesejada ou manter uma gravidez a termo; permanecer livre de doenças ou mortes associadas com sua sexualidade e reprodução; apoiar e elevar a saúde da criança.

De acordo com GERMAIN e ORDWAY, 1989, citados por DIXON-MUELLER (1993), idealmente um programa de saúde reprodutiva deverá incluir: educação e aconselhamento em sexualidade, contracepção, aborto, gravidez, higiene, infecções e doenças; rastreamento e tratamento de infecções do trato reprodutivo (incluindo doenças sexualmente transmissíveis), câncer cervical e

outros problemas ginecológicos; escolha informada de métodos contraceptivos com sistemática atenção para a segurança contraceptiva; aborto seguro para falhas contraceptivas ou pelo não uso do contraceptivo; prevenção e tratamento de infertilidade; cuidados pré-natais, nascimentos supervisionados, cuidados pós-parto; serviços de saúde para crianças. A saúde reprodutiva incorpora um foco feminista de direitos humanos e coloca a segurança emocional e física da mulher no centro, ampliando o conceito na perspectiva do usuário e na qualidade do cuidado.

O conceito de saúde reprodutiva ganhou aceitação geral nos anos 80 como uma perspectiva renovada dos direitos femininos e planejamento, incorporando elementos do enfoque convencional dos serviços de saúde e planejamento familiar.

Neste sentido o planejamento familiar passa por uma transformação, transcendendo de sua definição convencional de sistema de distribuição de serviços contraceptivos para tornar-se um sistema de mais amplo alcance de liberdades e direitos reprodutivos. Dentro dessa perspectiva o planejamento familiar é uma política de direitos reprodutivos, de modo a garantir que a mulher e o homem exercitem completamente os direitos reprodutivos e fiquem protegidos contra as transgressões desses direitos e liberdades.

Para DIXON-MUELLER (1993), um programa de planejamento familiar é um programa de saúde reprodutiva construído para distribuir amplamente serviços de saúde reprodutiva e sexual de alta qualidade para todos que querem e precisam deles. O desafio de um programa de saúde reprodutiva é assegurar que um adequado monitoramento é possível dentro de um contexto de escolha individual. Não há provavelmente nenhuma droga ou dispositivo ou procedimento médico sem risco. Neste sentido, a necessidade de educação sobre os possíveis efeitos colaterais é fundamental. Um programa de saúde reprodutiva deve oferecer aconselhamento grupal e individual e programas educacionais para a clientela participante tanto em clínicas quanto em comunidades. A necessidade

de alta qualidade no aconselhamento individual ou de casais nas suas escolhas de métodos contraceptivos, incluindo informações claras sobre os possíveis efeitos é essencial para assegurar uma escolha informada e satisfação do usuário. Ouvir a voz das mulheres no desenho e na implantação de programas e políticas reprodutivas muda o processo, passando do que é imposto externamente, e portanto tecnocrático, para um que é motivado internamente e, portanto, humanístico. Um enfoque centrado na mulher começa por tentar compreender as concretas condições materiais e sociais de vida das mulheres nos diferentes contextos e o significado que a mulher atribui às suas experiências reprodutivas e sexuais.

Para PALLONI (1990), a transição demográfica vigente nos países da América Latina é decorrente da acentuada queda na mortalidade infantil e na fecundidade. O declínio da mortalidade infantil precipita a redução da fecundidade, e a mortalidade infantil não ocorre na ausência de diminuição da fecundidade. As evidências na América Latina sugerem uma forte relação entre declínio da mortalidade infantil e da fecundidade.

De acordo com GUZMÁN (1990), o que ocorreu na América Latina a partir de 1960 em matéria de reprodução pode ser considerado como uma das mudanças sociais mais importantes, com profundas repercussões no corpo social, ocorridas neste século. Superando qualquer expectativa, burlando as previsões, as famílias foram adotando novas condutas reprodutivas que têm modificado notavelmente o processo de reprodução da população como um todo. As mudanças nos padrões reprodutivos ocorreram associadas a uma série de transformações sociais, econômicas e culturais. Essas transformações, de natureza variada, ocorreram de maneira interconectada e contraditória. Dessa maneira, as tentativas de explicações para essas transformações somente permaneceram num certo nível de generalização, sem chegar realmente a apreender o fenômeno em toda a sua dimensão. Entretanto, é possível estudar as transformações sociais ocorridas nas sociedades latino-americanas que

conformam o marco social da mudança da fecundidade e que se constituem nos elementos que possivelmente podem ajudar a compreender essa transição da fecundidade. As mudanças na estrutura social são um dos elementos apontados como de fundamental importância. No início do período pós-guerra, na maioria dos países latino-americanos, predominavam estruturas sociais características de sociedades agrárias, com elevada proporção da população residente na zona rural, escassa ou nula interação cultural e física dos diferentes componentes da sociedade dominante, segregação das populações indígenas, formas de produção basicamente agrícola e artesanal, baixos níveis de instrução e altas taxas de analfabetismo.

Para alguns autores como COSTA e PINTO, 1989; CARVALHO e WONG, 1990; e GUZMÁN, 1990, estudos recentes sobre as sociedades latino-americanas mostram que estas têm experimentado profundas transformações em suas estruturas de classe, que se traduzem em grande mobilidade social, geográfica e educacional. Esta mobilidade expressou-se principalmente na diminuição da PEA agrícola, no aumento dos estratos de trabalho não manual e na participação crescente da mulher na atividade econômica remunerada. A população urbana cresceu rapidamente em consequência da enorme migração proveniente do campo e dos níveis de educação que se elevaram notavelmente.

Simultaneamente, houve um desenvolvimento dos meios de comunicação de massa e das redes de informação e transporte dentro dos países e entre os países.

Essas transformações foram produzidas pela penetração e difusão crescente de formas capitalistas de produção e consumo que afetaram a vida da maioria das pessoas. Esse marco de desenvolvimento nos países legitimou-se na busca de melhores condições de saúde, educação e moradia. A educação aparece como elemento fundamental para alcançar as expectativas de melhores condições de vida e acesso aos bens e serviços de uma sociedade moderna.

Para que uma nova conduta social estenda-se ao conjunto da sociedade deve haver uma forte motivação para mudança, e os meios para torná-la efetiva devem estar disponíveis. As mudanças sociais ocorridas nos países da América Latina criaram a base para o declínio da fecundidade e as motivações para o controle da mesma.

Vários fatores atuaram de forma simultânea e complementar para a redução da fecundidade, como a melhoria nos níveis educacionais, a implantação de programas de planejamento familiar, a utilização de meios de comunicação de massa para difundir ideais sobre tamanho de família, o movimento emancipatório das mulheres em relação ao trabalho, à reprodução e à sexualidade. A grande revolução sexual dos anos 60 criou um marco que possibilitou uma consciência de separação entre reprodução e sexo.

Para CARVALHO e WONG (1990), a transição da fecundidade no Brasil ocorreu com uma rapidez inédita, chegando em níveis inesperadamente baixos. O declínio decididamente acelerado da fecundidade iniciou-se pouco antes do início de 70. Nessa década a taxa de fecundidade total que era de 5,8 filhos por mulher passou para 4,3 em 1980 e atingiu uma taxa próxima de 3,5 em 1990, chegando a 2,5 filhos por mulher em 1996.

A queda da fecundidade representa uma ruptura marcante com os padrões reprodutivos prevalentes no Brasil durante muitos anos. Neste sentido, torna-se importante entender essa mudança e seu papel dentro da dinâmica populacional, uma vez que os padrões de mortalidade tendem a se estabilizar e não devem afetar com intensidade a evolução global da população brasileira.

CARVALHO e WONG (1990) apontam que a transição da fecundidade no Brasil, considerada em sua recente tendência, parece ser uma resposta tanto às condições históricas determinadas pelo processo de proletarização e urbanização peculiares ao terceiro mundo — onde nem sempre tais mudanças significam progresso social — como às diversas conjunturas pelas quais vem passando o país. A crise dos anos 80 deve ter precipitado mais ainda a diminuição da

fecundidade, da qual os determinantes mais próximos seriam a difusão da necessidade de controle do tamanho da família e o acesso totalmente facilitado a métodos anticoncepcionais eficazes. Mudanças nos padrões reprodutivos estão imersas em uma série de transformações sociais, econômicas, culturais e políticas. Os métodos anticoncepcionais ocupam papel importante na adoção de novos padrões reprodutivos.

BARROSO (1992) afirmou, em entrevista à Revista Veja (1992), que o crescimento econômico não está ligado a crescimento demográfico e que o que se coloca hoje em termos de planejamento familiar é para garantir bem-estar à população, benefícios sociais, qualidade de vida e, principalmente para assegurar o direito reprodutivo. É uma visão ética e não apenas geopolítica.

Em relação ao aspecto da migração, BARROSO (1992) acrescenta que “a direita dos países ricos já tratou a alta taxa de natalidade dos países pobres como uma questão de segurança nacional. Temia-se que o Terceiro Mundo fosse um útero em potencial de guerrilheiros. Hoje o desequilíbrio entre as populações gera outro tipo de preocupação: a invasão dos seus territórios por migrantes. A situação pode ficar insustentável para ao Primeiro Mundo, ou ele estabelece um Muro de Berlim nas suas fronteiras, ou ele se transforma com a migração maciça de pessoas do Terceiro Mundo (...) na Europa e nos Estados Unidos, existe toda uma reação conservadora, racista inclusive, de medo desse crescimento” (p. 10).

2.1 Planejamento Familiar no Brasil

2.1.1 Política de Planejamento Familiar

Para CANESQUI (1987), o debate sobre as políticas de reprodução humana na América Latina e no Brasil, instaurado a partir da década de 60, tinha como eixo fundamental a preocupação com a explosão demográfica. De acordo com a posição neomaltusiana, o excessivo aumento populacional teria o efeito de ser um obstáculo ao progresso e ao desenvolvimento.

BARROSO e BRUSCHINI (1989) observam que naquele período, o governo americano tentou condicionar sua ajuda econômica, à América Latina, a medidas que visassem deter uma possível explosão demográfica. O fato de essas medidas de controle da natalidade serem apresentadas como uma exigência para a assistência econômica, impondo-se de cima para baixo, sem consultas à opinião pública, fez com que o governo brasileiro concluísse que se tratava de uma séria ameaça à autonomia nacional, representando uma intromissão nos assuntos internos do País. Até então a idéia de uma grande população não era um problema, mas sim, um recurso importante, tanto em termos econômicos como estratégicos.

Talvez o mais importante grupo de pressão contra o apoio governamental ao controle da natalidade tenha sido a Igreja Católica Apostólica Romana. A igreja argumentava que o controle da natalidade não solucionaria os problemas do subdesenvolvimento e da pobreza e que cada casal tinha o direito de escolher o tamanho de sua família, sem interferência do Estado. Opinava ainda que o Brasil deve evitar render-se às pressões estrangeiras para limitar sua população.

No Brasil, a Igreja Católica sempre foi contra qualquer espécie de interferência na reprodução humana, mas agora, devido à teologia da libertação, ela está mudando o seu enfoque, mudando de opinião e discutindo questões relacionadas ao planejamento familiar (MOLINA DA COSTA, 1995). Ainda na opinião desse mesmo autor a Igreja Católica, estava mais preocupada com o

aborto e não via a esterilização como pecaminosa, aceitando-a para evitar um mal maior. Isso tem sido objeto de um amplo debate na Igreja.

Segundo ainda BARROSO e BRUSCHINI (1989), na década de 70 o governo brasileiro não desenvolveu um programa oficial para restringir o crescimento da população, em virtude da resistência de suas várias forças de sustentação, inclusive as integrantes do poder militar. Com tantas pressões, o governo não tomou uma decisão e essa posição de não intervenção permaneceu ao longo dos anos 70.

De acordo com SILVA (1986),” a adoção do planejamento familiar foi repudiada por vários setores da sociedade brasileira, por isso os rumos da política demográfica apresentam dubiedade tanto nas declarações oficiais, quanto nas ações cotidianas (...) O poder do veto anticontrolista sempre foi muito forte, o que tem forçado a que o governo opte sempre por uma política implícita, isso porque os custos políticos de uma política explícita de planejamento familiar são muito altos; com isto o governo não entrou no planejamento familiar, mas abriu espaço para que instituições privadas agissem livremente” (p. 15).

A falta de uma política de população no Brasil criou espaço para que as Organizações não-Governamentais (ONG's) conduzissem a sua própria política de população.

O governo foi negligente e não teve nem proposta nem responsabilidade pela alta demanda de planejamento familiar. O que aconteceu, na prática, foi um programa de controle da natalidade conduzido por organizações voluntárias com conexões internacionais (CORREA, 1987).

A atuação das organizações não-governamentais ocorreu devido a falta de uma política nacional de planejamento familiar.

De acordo com MOLINA DA COSTA (1995), muitos autores concordam que a negligência do governo foi um importante determinante no abuso da esterilização feminina.

SILVA (1986) assinala que em 1965, por ocasião da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, foi fundada a Sociedade Civil Bem - Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), entidade criada pela International Planned Parenthood Federation—IPPF, agência internacional financiada em grande parte pelo governo dos Estados Unidos. A BEMFAM foi fundada com dois objetivos principais: implantar um programa piloto demonstrando a viabilidade do planejamento familiar e, principalmente, atuar como um grupo de pressão em prol de um programa oficial em larga escala.

A BEMFAM passou a fornecer serviços gratuitos de planejamento familiar através da distribuição comunitária de pílulas e da instalação de clínicas. Ainda na década de 70, instalaram-se outros órgãos não governamentais com propósitos semelhantes aos da BEMFAM, destacando-se o Centro de Pesquisas Aplicadas Integradas à Mulher e à Criança (CPAIMC) e o Centro de Pesquisas da Bahia.

Até 1973 a BEMFAM, que considerou o nordeste do Brasil como área prioritária, atuou através de clínicas totalmente financiadas pela instituição. Depois começou a fazer adeptos no setor público, porque ela não tinha infraestrutura, nem poder. Começou a fazer acordos com os estados e municípios (BARBOSA, 1989). A BEMFAM começou em 1973, no Rio Grande do Norte, e em 1991 já estavam em 14 Estados.

CANESQUI (1984) ressalta que a BEMFAM apresentou um modelo de assistência inspirado em uma visão ideológica que privilegiava os aspectos biológicos da reprodução. Este posicionamento difundia métodos anticoncepcionais de alta tecnologia e pretendia fazer o planejamento familiar assumir um caráter de medida de saúde pública, ao utilizá-lo como uma arma na cruzada contra o aborto provocado.

Segundo FERRARI (1985), a década de 70 marcaria, porém, uma reviravolta no enfoque do planejamento familiar no Brasil. Tanto o governo, como o episcopado (após a divulgação da encíclica “*Humanae Vitae*”),

abandonaram suas posturas antinatalistas e encararam a questão do controle da natalidade de forma mais liberal. Surgiu, então, a formulação da paternidade responsável pela qual, sob o nome de planejamento familiar, o controle reprodutivo era colocado como uma decisão dos casais a respeito do número desejável de filhos e da utilização de métodos anticoncepcionais. As correntes controlistas, por sua vez, encararam a paternidade responsável como estimuladora do controle da natalidade no País.

Esse novo modo de tratar a questão deslocou a controvérsia para a área da saúde pública e o planejamento familiar passou a ser entendido como um serviço de saúde que responde ao direito do cidadão.

ALVARENGA (1992) assinala que “é notadamente a partir dos anos 80 que a discussão sobre a política da reprodução humana é publicamente problematizada em termos de duas tendências típicas, que envolvem segmentos do Estado e da sociedade civil. O Estado, de um lado, perfila em seu interior, duas propostas qualitativamente diferentes para o setor, uma de planejamento familiar, fundada em preceitos médicos e de política de saúde pública e, outra de controle da natalidade, com seus pressupostos demográficos e de política populacional; por outro lado, essas duas tendências, como manifestações de interesses de classes no setor, inscrevem-se num espaço de luta intra Estado (com adesões diferenciadas entre Ministérios, Câmara de Deputados e Senado Federal) e entre Estado e Sociedade Civil, com destaque, para esta última, das associações de classe e de movimentos populares” (p. 145)

ALVARENGA e SCHOR(1998), apontam que a partir de 1994, em nível da mídia, uma nova conjuntura redefine a discussão, centrando-se não mais na polêmica em torno da questão, planejamento familiar *versus* controle da natalidade, mas em questões específicas, mas também polêmicas, em torno da

discriminização e legalização do aborto e a regulamentação, pelo Estado, da esterilização feminina e masculina como método reconhecidamente oficial a ser ofertado pelos serviços do Sistema Único de Saúde. Essa nova conjuntura tem como base as discussões ocorridas por ocasião da Conferência do Cairo 94 sobre direitos reprodutivos.

2.1.2 A Mulher, o Planejamento Familiar e os Recursos de Saúde

“A preocupação com a regulação da fecundidade acompanha a trajetória da cultura humana (....) O condom é provavelmente o mais antigo método anticoncepcional, tendo sido utilizado há 3000 anos pelos egípcios” (XAVIER; ÁVILA e CORREA, 1989).

No Brasil, a contracepção toma impulso na década de 60 e coincide com a descoberta do hormônio sintético para fins de contracepção. É também nos anos 60 que o feminismo focaliza, com muita ênfase, a questão reprodutiva. Feminismo e contracepção emergem juntos do tecido emaranhado em que se reordenam poderes, saberes e espaços de resistência (XAVIER, ÁVILA e CORREA, 1989, p. 213).

Como já mencionamos anteriormente, a formulação da paternidade responsável deslocou a questão do planejamento familiar para a área da saúde, e o movimento feminista ocupou papel importante nessa nova estruturação. O movimento feminista, que em meados da década de 70 adquiriu maior força, preocupou-se com os problemas causados às mulheres pela prática do aborto clandestino, como consequência, em parte, da falta de acesso a meios contraceptivos seguros. Defendendo o direito da mulher dispor de seu próprio corpo, ampliou o debate em torno do planejamento familiar, enfatizando-o, porém, como opção do casal.

O feminismo é o principal acontecimento que gerou um novo discursar feminino, em que a mulher estabeleceu novos horizontes para caminhar em direção às transformações nas concepções culturais dominantes sobre a mulher.

As mudanças na situação da mulher, principalmente com a crise recessiva, conduziram a uma mudança na estratégia de sobrevivência, o que resultou em um planejamento familiar espontâneo, porém o “ governo nunca assumiu um programa de planejamento familiar porque ele não está preocupado com a superpopulação e ainda prevalece o raciocínio nacionalista dos anos 60, que acreditava que o povoamento de todo o território nacional é medida de proteção (...) A questão que se coloca hoje, quando se fala em planejamento familiar é de garantir o bem estar à população, benefícios sociais, qualidade de vida e, principalmente, assegurar o direito reprodutivo. É uma visão ética e não apenas geopolítica” (BARROSO, 1992, p. 10).

Entre as transformações estruturais e mudanças culturais que condicionaram o desejo de uma familiar menor, quatro fatores interligados entre si são considerados relevantes. De acordo com BARROSO (1987), esses determinantes são: a urbanização, a proletarização da força de trabalho rural, o trabalho assalariado da mulher e a expansão dos meios de comunicação. A urbanização, ocorrida no Brasil na década de 70, é apontada pelos demógrafos como um dos principais fatores ligados à Transição Demográfica.¹

O modo de vida urbano é cada vez mais incompatível com uma família numerosa. A partir de 1970, a agricultura passou por um processo profundo de transformação; o homem rural foi praticamente expulso de suas terras, ficando cada vez mais difícil sustentar uma família numerosa.

A participação feminina no mercado de trabalho cresceu muito nos últimos vinte anos. A necessidade de aumentar a renda familiar e a alocação do tempo dos pais, principalmente das mães, nas diversas atividades criadas pelo desenvolvimento, levam à incompatibilidade com a criação dos filhos.

¹ Transição Demográfica é a passagem de níveis elevados de natalidade e mortalidade, com altas taxas de crescimento para baixo níveis, com crescimento zero. Na população brasileira, a transição demográfica iniciada em torno dos anos 50, deverá estar concluída cem anos depois, quando se tornará uma população estável em torno de 250 milhões de pessoas (PATARRA, 1995 p.61).

Os meios de comunicação de massa também sofreram uma grande expansão nas últimas décadas. A televisão divulga, embora não explicitamente, um modelo de família pequena; atua promovendo estímulos ao consumismo que estão fora do alcance de uma família numerosa. Em relação à divulgação do planejamento familiar pela mídia, a Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste – PSFNe, 1991(BEMFAM, 1993), mostra que aproximadamente 30% das mulheres entrevistadas verbalizaram ter assistido a alguma mensagem sobre planejamento familiar, sendo que essa porcentagem foi maior nas áreas urbanas. No total, a televisão mostrou maior audiência que o rádio, este foi o mais citado pelas mulheres com menor nível de instrução e pelas moradoras de áreas rurais.

Até este momento nossa intenção foi mostrar alguns aspectos que compõem a interface do controle da reprodução. É nesse contexto que a mulher brasileira, recorrendo aos serviços de saúde que nele se inserem, busca a regulação da fecundidade do casal.

Em 1978, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil elaborou as Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivos, Obstétricos e de Infertilidade, do Programa Materno-Infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978), plano esse que surgiu em consequência da discussão, na sociedade brasileira, sobre a necessidade do planejamento familiar como um direito à saúde – tendência reforçada pelo movimento feminista.

Essas normas foram elaboradas pela Comissão de Perinatalogia, constituída em 1977 pelo Ministério da Saúde e assessorada por membros da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Sociedade Brasileira de Pediatria, da organização Pan-Americana de Saúde-OPS e da Fundação Hospitalar do Distrito Federal – Brasília, de oito universidades brasileiras, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, da Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição em Saúde e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. O trabalho da comissão consolidou a integração das atividades de planejamento familiar nos programas materno-infantis, tendência

que se apresentava tímida no início dos anos 70 e que, em finais de 80, tendiam a explicitar-se em relação aos meios anticoncepcionais, naturais, químicos e mecânicos(CANESQUI,1987).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1978), o conceito de risco gestacional foi definido mediante fatores permanentes e transitórios, com peso de patologias graves e dos riscos estatísticos referentes a idade da mulher, paridade, história de cesáreas, abortos, partos prematuros, neonatos de baixo peso e mortes perinatais, que quando combinados a outras patologias resultava na classificação de pacientes portadoras de risco permanente ou transitório. Daí prescreviam-se tratamentos específicos e orientação à anticoncepção. A inclusão do risco estatístico, especificamente de paridade acima de 5, deixava implícita certa preocupação com o controle da fecundidade.

Na década de 80, a redemocratização do país representou um marco fundamental no que se refere às reivindicações e algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984), concebido em 1983 e regulamentado em 1986, resultou do esforço de profissionais da saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do próprio Ministério da Saúde, no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde da mulher.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado segundo proposta do Ministério da Saúde de incluir entre suas ações o planejamento familiar. Esse programa representa uma ampliação da assistência à saúde da mulher, segundo uma visão holística. Em 1987, o Ministério da Saúde, através do PAISM, incorporou definitivamente as atividades de planejamento familiar como uma das prioridades no atendimento à saúde das pessoas.

De acordo com BERQUÓ (1993), a “Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, criada em 1987, teve também origem na articulação de feministas, de profissionais da área da

saúde e do Ministério da Saúde, constituindo-se em órgão de deliberação coletiva de caráter técnico-consultivo com atribuições de fazer amplo diagnóstico da situação da reprodução humana no País, não só do ponto de vista da saúde, mas em seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, éticos e políticos, e de oferecer ainda subsídios para a proposta de uma política para o setor saúde na área da reprodução” (p. 2).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) vem proteger o direito à saúde da mulher em seu Artigo 226, parágrafo 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”.

O movimento feminista foi um acontecimento que gerou muitas organizações voltadas para os direitos da mulher em geral e para os direitos reprodutivos, em especial. Criou-se a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos que, junto com outras Organizações não Governamentais (ONG's), passou a ocupar um espaço para garantir um esforço de reflexão, de agilização de informações e de conhecimentos que permitissem desenvolver ações políticas voltadas para a cidadania da mulher.

Em 1991 surgiu a Comissão de Cidadania e Reprodução, como o canal que conjuga as preocupações e os esforços de diferentes setores – acadêmico, legislativo, jurídico, de saúde e da sociedade civil – no sentido de zelar e garantir o direito à cidadania na área da saúde reprodutiva.

Apesar da atitude oficial do governo sobre o planejamento da reprodução humana, a acessibilidade aos métodos contraceptivos não é concreta. O sistema público de saúde não os oferece para que os casais possam fazer sua opção. Para a grande maioria da população, há um horizonte pequeno de possibilidades no sistema oficial de saúde, levando-a a recorrer a serviços alternativos em busca de

uma solução para a questão do controle da fecundidade. De modo geral, nos serviços conveniados, não há interesse em manter métodos temporários. A contracepção parece ainda controlada por interesses que privilegiam métodos de estrito controle médico e alta tecnologia, como a pílula e a esterilização.

2.2 Laqueadura Tubária: Um Pouco de sua Origem

A esterilização feminina é um procedimento cirúrgico em alguma parte do sistema reprodutivo feminino. Embora cirurgias de reversibilidade venham ocorrendo, é ainda considerada irreversível, definitiva, porque elimina a possibilidade de procriação futura.

A técnica mais comum da esterilização feminina é a laqueadura tubária, que implica bloqueio das trompas de Falópio. É usualmente realizada ocluindo as tubas com ligaduras como clips, anéis ou eletrocoagulação. Há muitas técnicas diferentes de esterilização. Alguns métodos são mais danosos que outros (MOLINA DA COSTA, 1995).

Os métodos de oclusão tubária mais empregados são os de Pomeroy, Madlener, Uchida e Irving. A técnica de Pomeroy é a mais largamente utilizada.

As formas de acesso às tubas são a minilaparotomia (pequena incisão abdominal) ou laparoscopia (punctura).

Embora a ligadura, teoricamente, não seja considerada um método anticonceptivo, na prática, contingente cada vez maior de mulheres vem adotando esse procedimento como forma de evitar a gravidez.

De acordo com JONES e JONES (1990) a anticoncepção é a abstinência temporária da fecundidade, em contraste com a esterilização, que é a profilaxia permanente da fecundidade.

A maior parte dos estudos relacionados ao tema tratam a esterilização como um método contraceptivo irreversível. Segundo ainda JONES e JONES (1990), a esterilização de um dos parceiros tornou-se um método aceito de anticoncepção absoluta quando a família está completa, quando há indicação socioeconômica ou de saúde materna.

A esterilização tubária é uma cirurgia relativamente nova. Foi James Blundell, de Londres, em 1823, o primeiro a propor a esterilização tubária como forma de evitar repetidas cesáreas. Embora ainda não se saiba ao certo se ele foi o primeiro a realizar tal cirurgia, BORDHAL (1985), refere que “Blundell’s

description of the operation is so precise that it is difficult to imagine that he did not perform it himself". O mesmo autor continua dizendo que "Thus, in May 1880, Samuel Lungren, an Ohio physician, performed the first reported tubal sterilization with a strong silk ligature about one inch from their uterine attachment" (p. 18).

O abuso pelos nazistas da esterilização masculina e feminina durante o período de 1933-1945 foi sucedido de desaprovação geral do método em alguns países, principalmente na Europa Oriental. De acordo com Potts e Diggory, citado por MOLINA DA COSTA (1995), é por causa do abuso nazista que a esterilização continua ligada à história do movimento eugênico.

De acordo ainda com BORDHAL (1985), o planejamento familiar foi introduzido com uma indicação para a esterilização feminina por Baird e seus colegas em Aberdeen, nos anos 30. Criticado por suas práticas liberais, o pré-requisito por ele estabelecido para a esterilização era que a mulher estivesse próxima dos 40 anos e tivesse 8 filhos ou mais.

Nos finais dos anos 60 e início dos anos 70, houve um aumento expressivo no número de cirurgias esterilizadoras voluntárias, refletindo mudanças na atitude em relação ao controle da fecundidade (BORDAHL, 1985). Nos EUA, a partir de 1907, houve indicação eugênica da esterilização. Embora a indicação protetiva, no sentido de proteger a vida e a saúde das mulheres contra uma futura gravidez, tivesse sido recomendada pelos seus pioneiros, Blundell e Lungren, a indicação eugênica dominava os primeiros anos do século XX.

A endoscopia foi uma invenção que fez evoluir a esterilização tubária ao longo dos anos. Miculicz-Radecki e Freund, citados por BORDAHL (1985), foram os primeiros a usar a histeroscopia para a esterilização tubária.

Segundo ainda Bordahl, foi o americano Anderson, de acordo com a literatura inglesa, o primeiro a propor a laparoscopia para oclusão tubária.

O amplo uso da esterilização se deve parcialmente ao desenvolvimento da tecnologia em esterilização e do status legal dessa cirurgia.

Nos Estados Unidos e Europa a “regra 120”— a idade da mulher multiplicada pelo número de filhos deveria ultrapassar 120— foi praticada em alguns hospitais; assim como a idade da mulher e a de seu marido multiplicadas pelo número de filhos. Ambas refletem atitudes pessoais de médico, ao invés de estritos critérios médicos.

A introdução de novas tecnologias, simples, segura e eficaz, nos anos 70, elevou esse procedimento como um dos métodos contraceptivos mais usados no mundo (OMS, 1993).

No Brasil, até 1997, a esterilização não era recomendada pelo Ministério da Saúde e só podia ser feita em casos em que houvesse riscos de vida para a mãe, exigindo uma autorização consubstanciada que demonstrasse a necessidade de sua realização.

Em 1997 o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 144, incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a esterilização para homens e mulheres maiores de 25 anos ou com pelo menos 2 filhos vivos, e em caso de risco de vida para a mãe ou para o filho, testemunhado em relatório escrito e assinado por 2 médicos.

Instrui que se deve:

- observar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia;
- propiciar à pessoa serviço de regulação da fecundidade, e
- proporcionar aconselhamento por equipe multidisciplinar desencorajando a esterilização precoce.

A mesma Portaria institui critérios para o credenciamento de hospitais que farão os procedimentos de laqueadura de trompas e vasectomia. Esses hospitais devem comprovar a existência de médico capacitado para a realização das cirurgias e deve oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis.

A laqueadura tubária e a vasectomia são de notificação compulsória e fazem parte do Banco de Dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).

Para ALVARENGA e SCHOR(1998) “embora essa lei represente, pelos princípios que a embasam, um avanço no campo da Saúde e dos Direitos Reprodutivos, uma vez que mulheres e homens passam a ter direito e acesso à laqueadura e à vasectomia, respectivamente, através do SUS, o fato a destacar é o de que, pelos interesses controlistas que sempre viram na esterilização cirúrgica estratégia privilegiada para o controle da fecundidade, a questão da vigilância para que a mesma não se caracterize como exclusiva das camadas pobres e se transforme em método preponderante, como já o é por ocupar atualmente o segundo lugar, é desafio fundamental para o movimento feminista”(p.107)

CAPÍTULO 3 — FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 As Políticas de Saúde e os Modelos de Atenção à Saúde

De acordo com PAIM (1994), modelo assistencial é o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Os modelos assistenciais são decorrentes das diversas políticas de saúde.

Ainda de acordo com PAIM (1994), são três os modelos assistenciais: o modelo assistencial sanitarista, o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial alternativo — SUS.

Para MENDES (1996), o sistema de saúde brasileiro, transitou do sanitarismo campanhista — início do século até 1965 — para o modelo médico-assistencial privatista até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS.

Os determinantes dos modelos assistenciais têm regulação econômica de um lado, e de outro, a concepção de saúde que perpassa na sociedade, num determinado momento histórico.

MENDES (1994) analisa a coexistência de dois modelos assistenciais distintos que expressam diferentes políticas de saúde: o da assistência médica privatista e o da reforma sanitária. O primeiro segue os pressupostos do projeto neoliberal — Estado mínimo e livre mercado como instância reguladora; o segundo alicerça-se no princípio da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. No modelo médico-assistencial privatista, o mercado organiza a produção e distribuição de serviços de saúde. Os serviços são distribuídos a partir de uma demanda potencial, de um mercado. Investe-se onde há possibilidade de lucro e em modalidades de serviços que propiciem retorno financeiro mais rápido.

No Brasil, de acordo com PAIM (1994), o modelo médico-assistencial privatista só conseguiu expandir-se significativamente depois que o Estado resolveu intervir no mercado, objetivando estender e até mesmo universalizar a assistência médico-hospitalar. Essa intervenção se deu principalmente, no

financiamento e na compra de serviços do setor privado. O mesmo autor continua dizendo que, historicamente, a expansão dos serviços de saúde ocorreu através do fenômeno da “medicalização” da sociedade, cuja lógica na organização da atenção é o atendimento individual, curativo e centrado em procedimentos racionais do ponto de vista do mercado. Essa medicina especializada tem um custo elevado.

A expansão de serviços de saúde pretendida pelo Estado, gerou a necessidade de comprar serviços de saúde do setor privado, fato que gerou uma das maiores crises que o setor saúde enfrenta, a *crise financeira*. Gerou também uma *crise de eficácia*, pois não houve impacto nos problemas de saúde da população e uma *crise de legitimidade*, uma vez que a distribuição dos benefícios é desigual entre os usuários (PAIM, 1994).

Essa crise impôs a elaboração de um projeto assistencial alternativo — o SUS. Neste modelo, os serviços de saúde estão voltados para as necessidades de saúde, e os problemas devem ser identificados na comunidade, mediante estudos epidemiológicos, que orientam uma oferta organizada, definida em nível local, e não um atendimento à demanda espontânea.

Para entender a natureza desses modelos, impõe-se a necessidade de percorrer, embora de forma breve, a trajetória do sistema de saúde brasileiro.

O modelo sanitista que, como já dissemos anteriormente, prevaleceu até os anos 60, tem uma concepção fundamentada na teoria dos germes, tendo como base o modelo explicativo monocausal, no qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre o agente e o hospedeiro. Por esta razão a base de atuação, naquela época, se concentrou em medidas de barreira que quebrassem a relação agente/hospedeiro. O que se exigia então era o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações. Essas medidas estiveram presentes enquanto a economia brasileira foi dominada por um modelo agro-exportador, baseado na economia cafeeira. (MENDES, 1999)

De acordo com MENDES (1994), a partir da metade da década de 60 prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista. Devido ao processo de industrialização crescente que o Brasil vivenciou naquela década, o pólo dinâmico da economia deslocou-se para os centros urbanos gerando uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Assim o objetivo era não mais de sanear os espaços por onde circulavam as mercadorias, mas atuar sobre o corpo trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade reprodutiva. Em 1966, ocorreu o momento institucional da consolidação do modelo médico-assistencial privatista – com a criação do INPS. Em 1975, a Lei 6.229 institucionalizou o modelo médico assistencial privatista, separando as ações de saúde pública das de atenção à saúde das pessoas. Em 1977, foi criado o INAMPS. As mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir da década de 80, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. No período de 80-90, o país atravessou uma crise econômica intensa, expressada por deterioração da situação cambial, aceleração inflacionária, recessão e ruptura do padrão de crescimento, e passou ao mesmo tempo por um processo de redemocratização que teve repercussões profundas nos modelos de assistência à saúde.

Para MENDES (1996) “esse pano de fundo econômico e político determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro” (p. 61).

A proposta internacional de Atenção Primária à Saúde, nos anos 70, traduziu-se na elaboração de muitos projetos de medicina comunitária como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento — PIASS.

Os primeiros anos da década de 80 foram marcados pela crise da Previdência Social, levando à criação do CONASP, que propõe o Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência e Assistência Social. O

plano do CONASP propôs a Integração das Ações de Saúde (AIS), que foi implantada em 1983.

Em março de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, o evento político-sanitário mais importante da década, constituindo-se no ápice de formação político-ideológica do projeto de reforma sanitária brasileira.

De acordo com MENDES (1994), “a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do Estado, que objetiva a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (p. 42).

A Constituição de 1988 incorporou o conjunto de princípios e diretrizes da reforma sanitária. O Sistema Único de Saúde veio a ser regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

No final da década de 80 com a criação do SUS concretizou-se um sistema plural de saúde composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva, e o subsistema público—SUS (MENDES, 1996). Assim se consolida o projeto neoliberal da saúde.

Segundo ainda MENDES (1994), “o problema do enfoque neoliberal é que a descentralização dá-se num contexto de uma proposta de diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo. Cada vez fica mais claro, contudo, que o problema central do neoliberalismo não reside no tamanho do Estado, mas

sim na liquidação da capacidade de regulação e arbitragem do poder político do Estado derivado da vontade soberana do povo. Disso resulta o impedimento das correções e desequilíbrios resultantes do mercado. Em outros termos, o impedimento de que a lógica resultante do exercício do poder econômico seja corrigida pela lógica derivada da soberania popular, expressada pelo poder político” (p.51).

Dos três subsistemas acima citado, o subsistema da atenção médica supletiva é o que detém a hegemonia. Ele está conformado por cinco modalidades assistenciais principais, medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. Este subsistema tem como objeto a doença e suas seqüelas. É um subsistema de atenção médica e não de saúde como adverte Eugênio Vilaça Mendes. O subsistema público, ao qual compete atender a grande maioria da população brasileira, algo em torno de 120 milhões de brasileiros, está composto por serviços estatais e por serviços privados, que estão pactuados com o Estado e recebem recursos públicos para prestação de assistência à saúde. Os serviços conveniados ou contratados que permaneceram nesse subsistema são os que representam, dentro do setor de prestação de serviços de saúde, os segmentos, tecnologicamente mais atrasados. O sistema público tem uma subdivisão em estatal e privado.(MENDES, 1999)

E mais uma vez para citar as contribuições de Eugênio Vilaça Mendes para a compreensão acerca do sistema de saúde do Brasil, finalizamos com a seguinte citação, “cresce a consciência de que a crise da saúde nada mais é que expressão fenomênica de causas mais profundas que têm raiz no modelo de atenção vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano. Sair da crise, pois, necessariamente, implica transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão da produção social da doença” (MENDES, 1996; p. 66-67).

3.2 Organização dos Serviços de Atendimento à Contracepção Cirúrgica no Município de Belo Horizonte

CAMPOS(1994), ao analisar a consolidação de serviços de saúde no período de 1974 – 1984, aponta que um dos fenômenos que se deve destacar é o da ampliação de bens e serviços de saúde, ocorrido no Brasil, o qual DONNANGELO(1979), analisa sob a denominação mais geral de “medicalização”, termo que a autora tomou emprestado de Ivan Illich. A autora indica que essa extensão teria ocorrido através de uma ampliação da produção de serviços privados que contaram com financiamento do Estado. Além de apontar que esta extensão se deu de forma desigual, conforme a classe social a que se destina a prática médica, demonstrou também que a expansão ocorreu tanto através de extensão do cuidado médico individual como das ações coletivas, e tanto do ponto de vista quantitativo — aumento da produção de atos e serviços — como da perspectiva da ampliação normativa do saber médico sobre a vida e o trabalho das pessoas.

As transformações ocorridas no campo das políticas públicas para a área da saúde, no período de 60-90, foram significativas. Um sistema sustentado por fundos públicos e, no entanto, altamente privatizado, tornou-se hegemônico nesse período, encarregando-se de atender à demanda contraceptiva que emergiu fortemente. Essa talvez tenha sido uma das razões que fizeram com que a prática contraceptiva se centralizasse em pílula e esterilização, como métodos de alta tecnologia e alta eficácia, tornando esses os métodos preferenciais para a regulação da fecundidade dos casais(POTTER e CAETANO,1996).

A contracepção parece ainda controlada por interesses que privilegiam métodos de estrito controle médico e alta tecnologia, como é o caso da pílula e da esterilização feminina.

Em Belo Horizonte, os serviços de saúde – SUS estão municipalizados na forma de gestão plena há cerca de 2 anos. A rede de serviços se constitui de unidades básicas de saúde e hospitais contratados e conveniados.

Para atender à saúde da mulher, a rede básica está organizada de acordo com os princípios do PAISM e da Assistência ao Planejamento Familiar.

A Lei Municipal nº. 6754/94 instituiu o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva, cujas diretrizes principais são:

- garantia do direito à informação e liberdade de opção;
- acesso a todas as opções anticoncepcionais ou tratamento de infertilidade;
- atendimento por equipe multidisciplinar;
- acompanhamento sistemático do usuário;
- garantia de prestação de serviços médicos, psicológicos e assistenciais;
- distribuição de medicamentos e instrumentos relacionados à concepção e anticoncepção.

Quanto à contracepção cirúrgica, a lei permite acesso à vasectomia, à laqueadura de trompas ou outro método cientificamente aceito e prescreve algumas medidas regulamentadoras/normatizadoras, como:

- a solicitante dever ter 30 anos ou mais, a não ser que a gestação represente risco de mortalidade materna;
- a cirurgia não deve implicar risco para a saúde;
- pede-se termo de solicitação com pareceres favoráveis do médico, do psicólogo e do assistente social.

Recomenda que os servidores da assistência à saúde reprodutiva desencorajem a contracepção cirúrgica precoce e ainda:

- forneçam informações sobre os riscos cirúrgicos e a impossibilidade de reversão do método contraceptivo a ser utilizado, mediante documento escrito e firmado;
- esclareçam que a intervenção cirúrgica deve ser feita no período compreendido entre 30 a 60 dias após a assinatura do

consentimento voluntário, cabendo à Secretaria Municipal emitir guias de internação hospitalar para a rede conveniada do SUS;

- realizem a contracepção cirúrgica na rede hospitalar pública.

Instrui ainda que o consentimento voluntário não pode ser feito durante ou logo após o parto; após interrupção da gravidez; sob efeito de álcool ou drogas; em estado emocional alterado e por pessoa com incapacidade mental temporária ou permanente.

Segundo informação da coordenação da Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde, o serviço de Planejamento Familiar funciona em todas as unidades básicas de saúde e dispõe de todos os métodos contraceptivos temporários e faz encaminhamentos para ligadura de trompas e vasectomia.

As unidades básicas de saúde contam com uma equipe mínima de médico ginecologista, enfermeira e auxiliar de enfermagem para a atenção à saúde da mulher, incluindo o planejamento familiar. Outros profissionais se agregam à equipe, como assistente social e psicólogos, desde que a unidade conte com esses profissionais.

Existem duas maneiras pelas quais as mulheres de segmentos sociais mais desfavorecidos podem obter a salpingotripsia bilateral através do SUS/BH. A primeira delas é através das unidades básicas de saúde, com posterior encaminhamento para os hospitais conveniados e contratados da rede do SUS. A outra é através dos próprios hospitais que possuem serviços de ginecologia e fazem a salpingotripsia bilateral.

A mulher deve se inscrever em um Centro de Saúde ou no serviço de ginecologia que tenha Programa de Planejamento Familiar, para que possa ter informação e acesso a métodos reversíveis. Se após isso, a mulher mantiver sua opção pela laqueadura de trompas, a equipe de planejamento familiar faz uma avaliação e prioriza os casos de acordo com as prioridades estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Lei 67544/1994.

A mulher solicitante e seu companheiro deverão assinar um documento de “Solicitação para Contracepção Cirúrgica”, afirmando que ela deseja voluntariamente submeter-se à contracepção cirúrgica, e que tem conhecimento sobre os outros métodos contraceptivos que estão disponíveis no centro de saúde onde foi atendida, os quais lhes foram ofertados; que está consciente de que a contracepção cirúrgica é um método definitivo, e que as tentativas de reversão não têm sucesso garantido e nem são oferecidas de modo rotineiro; que está consciente de que toda e qualquer cirurgia tem seus riscos operatórios; que está consciente de que, ocasionalmente, este método pode falhar; que está consciente de que com a cirurgia estará interrompendo sua fertilidade, que caso contrário poderá prolongar-se por vários anos.

Além dessa declaração, a Solicitação de Contracepção Cirúrgica inclui dados sobre idade do casal, número de gestações, partos vaginais, cesáreas, abortos, números de filhos vivos, métodos utilizados e seus efeitos, e patologias associadas.

A equipe do Centro de Saúde também declara ser favorável à realização da cirurgia e preenche um laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar(AIH).

Durante o período de sessenta dias o casal deverá utilizar-se de um método reversível provisório e, após esse tempo, deverá solicitar junto ao Centro de Saúde providências para internação hospitalar para realização da cirurgia.

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte estabelece prioridades para a realização desta cirurgia em função do teto financeiro destinado às cirurgias eletivas. Essas prioridades são as seguintes:

- Pacientes com patologias que contra-indiquem ou a ponham em risco, caso uma nova gravidez ocorra.
- Idade acima de 30 anos.
- Mulheres com mais de 3 filhos.

A equipe poderá ser favorável à realização da cirurgia no momento do parto, em gestantes que preencham os critérios, com necessidade comprovada por cesareanas sucessivas anteriores – duas ou mais, ou ainda quando a mulher for portadora de doença de base, e a exposição a um segundo ato cirúrgico ou anestésico represente maior risco para a saúde. Neste caso a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Nos hospitais contratados ou conveniados com o SUS que têm serviço de atendimento à mulher, as mulheres seguem a mesma rotina dos centros de saúde, exceto para a emissão do laudo de AIH. Nesses casos, as mulheres devem obtê-la na Junta de Liberação para emissão de AIH.

Conforme observado nos principais hospitais que realizam salpingotripsias bilaterais, o processo de aconselhamento, do qual participa a equipe multidisciplinar envolvida com o processo de decisão pela cirurgia esterilizadora, utiliza uma abordagem pedagógico-educativa que inclui a apresentação do processo de concepção e da contracepção e os métodos utilizados, com especial enfoque para a contracepção cirúrgica ocasião em que a irreversibilidade é fortemente enfatizada. Os dados psicossociais são obtidos com especial ênfase para o relacionamento do casal, o preparo psicológico para submeter-se à cirurgia e a concordância do companheiro. Verificam-se também os critérios legais e/ou institucionais que orientam a autorização para a realização da cirurgia. Caso a cliente não se enquadre nesses critérios ela não está autorizada a fazer a cirurgia, entretanto se a mulher insistir a equipe multidisciplinar promove uma discussão para reavaliar a solicitação.

Os hospitais que realizam as cirurgias estão obrigados a emitir notificação por ocasião da realização da salpingotripsia bilateral.

3.3 Processo de Trabalho em Saúde e a Organização do Trabalho em Saúde

MARX(1983, p.149) define trabalho como “um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças materiais de seu corpo, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.”

O trabalho constitui uma mediação entre o homem e a natureza, mediação esta que produz transformações tanto na natureza, quanto no homem; isso significa que a natureza se transforma, mas o trabalhador também.

Uma das características centrais do trabalho do homem é a intencionalidade. Esse trabalho é uma atividade consciente e racional(MARX,1987; NOGUEIRA,1997). Antes de executar seu trabalho, o homem traz em mente um projeto. Isso permite-nos entender a razão da separação entre os momentos da concepção(projeto) e os da execução do trabalho. No primeiro momento do processo de trabalho - o projeto intelectual, fixa-se a *finalidade* do trabalho e, no segundo - o trabalho manual, opera-se com *instrumentos* sobre o *objeto de trabalho*.

Os elementos básicos do processo de trabalho, segundo definição de MARX, são: a atividade adequada a um fim – o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho – o objeto de trabalho; e os meios ou instrumentos de trabalho(MARX, 1994, p.202).

O processo de trabalho caracteriza-se, então, por ser uma ação determinada por uma *finalidade*, na qual o homem, através do seu *trabalho*, transforma um *objeto* em um *produto*, utilizando-se de *instrumentos de trabalho*.

O objeto e os instrumentos de trabalho são determinados pela finalidade e, conseqüentemente, pelo produto elaborado na mente do trabalhador. O objeto e os instrumentos de trabalho são denominados de meios de produção que, no sistema capitalista, pertencem aos empresários, industriais, etc.

PEDUZZI(1998, p.23) acrescenta que “ a finalidade presente em todos os elementos constituintes do processo de trabalho significa a interiorização produtiva da necessidade humana, ou seja, que as necessidades transformadas em finalidades conduzem todo o transcorrer do processo”.

A dinâmica intrínseca do processo de trabalho só é possível graças ação do agente, e, como bem esclarece PEDUZZI(1998, p.24), “o próprio sujeito e seus projetos transformam-se no exercício do trabalho, assim como introduzem mudanças nos processos operacionalizados no cotidiano, exercendo certa autonomia nas intervenções técnicas e nas situações que se apresentam. Não está completamente aprisionado em um conjunto de normas operacionais, mas interfere sobre o modo como serão efetivadas”.

3.3.1 Divisão do Trabalho

Marx também desenvolveu estudos relacionados à divisão e cooperação do trabalho. Essa divisão se dá na forma de divisão geral do trabalho e divisão manufatureira.

A divisão geral do trabalho distingue os produtores nos diversos ramos do trabalho, como por exemplo, agricultura, manufatura, comércio, dentre outros. BRAVERMAN(1987) denomina-a como divisão social do trabalho, e ela é inerente às mais diversas formações econômicas.

A divisão manufatureira aparece no modo de produção capitalista, sendo introduzida com a manufatura.

Na fase de transição do feudalismo para o capitalismo, aparecem as manufaturas. As indústrias manufatureiras empregavam muitos artesãos que passavam a trabalhar de maneira especializada, ou seja, com tarefas divididas,

produzindo mais depressa e em maior quantidade. Com a manufatura, o trabalhador, que antes dominava todo o processo de produção, passa a dominar somente uma parte desse processo, perdendo a noção do todo. Com isso o trabalhador limita o seu potencial, reduzindo e parcelando seus conhecimentos e habilidades. Com o parcelamento do trabalho, o produto se apresenta ao trabalhador, não mais como gerado pelo seu trabalho, mas sim pelo trabalho dos outros(CAPELLA et al. 1988).

A divisão do trabalho dentro de um mesmo processo de produção é chamada de divisão técnica do trabalho. Segundo BRAVERMAN(1987), a divisão técnica é o parcelamento dos processos utilizados para produzir um determinado produto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores. Na divisão técnica do trabalho, o trabalhador não produz nenhum produto por completo, ele participa de etapas do processo. O que cada trabalho especializado produz é apenas uma parte do produto final. Só este, que é o resultado de um trabalho coletivo constitui-se em mercadoria, isto é, em valor de uso permutável no mercado. A divisão técnica do trabalho, no modo de produção capitalista, introduziu o parcelamento de um mesmo processo de trabalho, a complementaridade e a interdependência entre os trabalhos especializados em uma mesma área de produção. Cada trabalhador passa a fazer uma parte do processo de trabalho.

“Assim surgem as várias profissões, em que cada trabalhador passa a dominar, a ser especialista em determinado trabalho. Porém, os vários trabalhadores não trabalham isoladamente, e sim de forma complementar. O trabalho passa a ser coletivo ou cooperativo. Por ser coletivo, os homens estabelecem relações entre si, o que caracteriza o trabalho como prática social.” (GELBCKE, 1999, p. 164)

A distribuição das diferentes tarefas que os indivíduos desempenham na sociedade (tarefas econômicas, ideológicas ou políticas), realizam-se em função da situação que eles têm na estrutura social. A isto denomina-se divisão social do

trabalho. Essa divisão social do trabalho começa historicamente com a divisão entre trabalho manual e intelectual. A este último só tinham acesso indivíduos que provinham das classes dominantes. No processo de produção capitalista, intervêm, por exemplo, operários especializados, técnicos e engenheiros desempenhando diferentes funções. A distribuição dos indivíduos da sociedade nessas diferentes tarefas não depende de critérios técnicos puramente (melhores aptidões, maior preparo), mas de critérios sociais. São as relações sociais de produção, que determinam esta divisão social do trabalho (HERNECKER, 1983).

3.3.2 Processo de Trabalho em Saúde

De acordo com NOGUEIRA(1997), o trabalho em saúde é um trabalho geral, que, de um lado, tem características iguais a outros processos de trabalho de qualquer setor da economia, sendo, portanto, susceptível de uma análise macroeconômica como a elaborada por Marx. Por outro lado, se diferencia do processo de trabalho da indústria, primeiro porque se fundamenta numa forte inter-relação pessoal, e segundo porque esse serviço se realiza sobre pessoas e não sobre objetos como acontece na indústria e, mais, o consumir é parte do processo de trabalho, há uma participação ativa do consumidor ou da clientela, ela é co-participe do processo.

O trabalho em saúde é marcado por uma direcionalidade técnica que é inerente a qualquer processo de trabalho humano. A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, pois congrega categorias que procuram agir compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos.

Há outras duas particularidades do trabalho em saúde: a integração entre seus aspectos manual e intelectual, ou seja, quem detém a direcionalidade técnica também “põe a mão na massa”. A outra característica é a fragmentação dos atos técnicos. O usuário sela um pacto de cientificidade, raciocinando mais ou menos assim: “aceito que essa multiplicidade de atos, cujas razões e objetivos

específicos desconheço, terá um resultado positivo sobre meu estado de saúde” (NOGUEIRA, 1997).

“Atualmente uma das características mais relevantes do processo de trabalho em saúde é a crescente coletivização dos agentes prestadores destes serviços, ou seja, um número elevado de profissionais atuando nesta área, levando ao aparecimento de um trabalho associado em regime de cooperação, quer numa unidade isolada (clínica, hospital), quer numa série hierarquizada de serviços (postos de saúde, policlínicas de referência).” (GELBCKE, 1999, p. 166)

O médico desempenhava todos os momentos do processo de trabalho, relacionados ao diagnóstico, à terapêutica e muitas vezes à assistência. Com a complexidade do conhecimento e ampliação da infra-estrutura institucional – surgimento do hospital, outros trabalhadores foram se agregando a este trabalho, que passou a ser coletivo

A divisão do trabalho no setor saúde gerou várias subdivisões, constituindo-se em uma ampla gama de trabalhadores parciais e especializados, que vai desde o médico, passando por profissionais universitários da saúde, pela enfermagem que também se subdivide em várias categorias profissionais como: enfermeiros, técnicos e auxiliares, até pessoal treinado em serviço. Além da divisão há uma desvalorização social desigual dos trabalhadores da área da saúde, ocorrendo uma elitização do trabalho do médico.

“O conhecimento médico clínico tem sua gênese no final do século XVIII, no mesmo momento social da transformação do hospital em local de cura. Essas novas necessidades sociais emergiram com o capitalismo. O modelo clínico emerge com o capitalismo para dar conta das necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas. A clínica se instrumentaliza com o saber anatomofisiológico para recortar seu objeto de trabalho e apreendê-lo, ou seja, o corpo doente, a doença”(ALMEIDA E ROCHA, 1997, p.19).

“o agente que histórica e socialmente preside este processo é o médico, que através dos meios do trabalho, do saber da clínica,

permite manipular, conhecer e restaurar o objeto de trabalho médico, que é o corpo, a fim de atender a esta finalidade, produzindo recuperação(...) Como no trabalho, em geral, a concepção se separa do momento da execução, também na saúde haverá esta divisão nos momentos mais intelectuais e mais manuais. Caberá ao médico a apropriação do momento mais intelectual (diagnóstico e terapêutica), tornando-se o agente hegemônico deste processo. As outras práticas que se agregarão serão igualmente necessárias, mas como os homens reproduzem as estruturas de classe social no trabalho, o médico garantirá o espaço de poder sobre o conjunto dos outros trabalhos.”(ALMEIDA E ROCHA, 1997,p. 20)

A enfermagem como parte desse processo de trabalho é então parte do trabalho médico, mas não do profissional médico. A prática médica está subordinada, segundo as fundamentações de Donnangelo e Pereira (1979), às necessidades da articulação das práticas na divisão social do trabalho.

Apesar de o médico deter um espaço de poder, cada profissional exerce suas atividades de forma autônoma. A enfermagem, apesar de ser autônoma e ter sua finalidade de trabalho, é pouco reconhecida como tal. GELBCKE(1999, p. 169) esclarece que “quando o cuidado é prestado àqueles que estão doentes, há uma relação de complementaridade à ação do médico, que para alcançar a finalidade do seu trabalho — tratamento, e atuar sobre o objeto do seu trabalho — a doença que acomete os seres humanos, necessita do trabalho de outros no que se refere ao diagnóstico e terapêutica, que subsidiem o ato médico e, por conseguinte, contribuam para a cura da doença”

Há, portanto, um trabalho coletivo e de complementaridade, sendo que todo e qualquer processo de trabalho na área da saúde requer parceria no que se refere ao trabalho intelectual e manual.

“A enfermagem clínica/hospitalar tem como objeto de trabalho o corpo/mente dos indivíduos que passa a ser objeto da atividade de cuidar(...). A enfermagem que atua nos postos/ambulatórios tem como objeto indivíduos/grupos sociais doentes ou sadios, numa concepção de doença enquanto fenômeno coletivo, utilizando a epidemiologia como instrumento de trabalho e por finalidade a promoção e prevenção de doenças, visando o controle de doenças na população”(GELBCKE, 1999, p.173)

Em relação à divisão do trabalho em saúde, PEDUZZI(1999, p.30) acrescenta que “um certo conjunto de trabalhos especializados, tais como odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e enfermagem, vai se conformando historicamente em torno de um saber predominantemente biológico, tomando para si recortes diversos de apreensão e de intervenção no “corpo”. Porém, há um conjunto de trabalhadores especializados, cuja origem dos respectivos campos é alheia a área biológica e encontra-se no âmbito das ciências sociais ou humanas, como é o caso da psicologia e do serviço social.” Acrescenta ainda que de acordo com MENDES-GONÇALVES(1992, p.40-41), “esse segundo grupo tende mais facilmente a entrar em conflito com a orientação individualizante e biologizante da concepção da “doença”, devido aos seus específicos aportes sobre os fenômenos sociais e emocionais, no entanto, termina por orientar seu trabalho sobre a normatividade médica, mostrando a abordagem individualizante”.

3.3.1 Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde

O modelo predominante de organização das práticas, assim como as ações de planejamento e as ações assistenciais que o viabilizam, reflete e traduz as políticas de saúde.

A análise dos dados empíricos se configurou em trajetos inusitados e nos obrigou a lançar mão do conceito de tecnologias em saúde, conforme concebido

por MENDES-GONÇALVES (1994), como forma de dialogar com os dados empíricos e iluminar o fenômeno em estudo.

Tecnologia, para MENDES-GONÇALVES (1988), “não é simplesmente ‘coisas em si’, externas aos processos em que poderiam vir a ser utilizadas, em princípio indiferentes às características estruturais das sociedades nas quais essa utilização poderá se dar” (p. 7) “Tecnologia, portanto, refere-se a ‘coisa em si’ com potência produtiva, descoberta e liberada pela Ciência, e cujo melhor uso é uma questão de racionalidade administrativa e organizacional (gerencial)” MENDES-GONÇALVES, (1988; p. 10).

“Tecnologia é um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” MENDES-GONÇALVES, (1994; p. 32).

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde elabora a forma de organização interna das práticas de saúde.

Neste estudo, utilizamos tecnologia como categoria interpretativa dos dados empíricos, assim como também os estudos já realizados por outros pesquisadores, especialmente aqueles relacionados à temática aqui discutida (PEDUZZI, 1998; FERREIRA, 1997; LANA & ROCHA, 1997, ALMEIDA e cols., 1997).

A utilização dessa categoria de análise permitiu conhecer as tecnologias e saberes (instrumentos de trabalho) que organizam o processo de trabalho da equipe de saúde acerca da decisão sobre a laqueadura tubária.

Os instrumentos de trabalho e as formas de ação são uma decorrência da apreensão do objeto de trabalho em saúde.

MENDES-GONÇALVES (1994) analisa dois modelos tecnológicos complementares: o clínico e o epidemiológico, mostrando a primazia do modelo biomédico. “Uma das características mais importantes da concepção do objeto elaborado pela profissão médica — a clínica — é uma individualização do normal

e do patológico do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo”.

O mesmo autor continua dizendo que “o conhecimento da saúde e da doença em sua dimensão coletiva, acha-se codificado, em termos de seu procedimentos operativos, e acumulado, em termos de seus resultados, basicamente na Epidemiologia” (p.67).

De acordo com PEDUZZI (1998), “vários autores apontam a predominância da abordagem individual e clínica às necessidades de saúde, centrada de forma segmentada, nos indivíduos, nos saberes tecnológicos e nas instâncias de atenção médica, e assinalam a necessidade de superação desse modelo assistencial pela articulação de intervenções de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos usuários e agentes do trabalho” (p. 78).

CAMPOS (1996), ao discutir a questão da subjetividade e administração de pessoal retoma a problemática da alienação, relacionada aos trabalhadores da saúde, mostrando que o trabalho excessivamente parcelado das modernas instituições, tem afastado o trabalhador de sua “obra”. As conseqüências desse afastamento tem sido extremamente negativa. Dentre elas, a desresponsabilização pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade, são as mais preocupantes. Sugere um modo de comprometer os trabalhadores com a missão e com os projetos institucionais, como forma de restaurar a ligação dos trabalhadores com a “obra”. Discute que, em relação ao trabalho clínico, há necessidade de garantir maior vínculo entre profissionais e pacientes. Sugere a idéia De que profissionais da saúde se responsabilizarem por um determinado número de casos, incluindo a busca externa de apoio, interconsultas, internação, exames complementares e intervenções terapêuticas pontuais.

Reforça que, no caso da clínica, o “vínculo” poderia ser usado como dispositivo desalienador e, no caso da saúde pública, os mecanismos acionados

para religar equipes de saúde com a obra poderiam ser a adoção de sistemas de trabalho por compromisso, a partir do diagnóstico de necessidades, dos riscos e das condições técnicas, definir-se-iam programas de intervenção com prazos e metas. Acrescenta também que a recompensa salarial poderia ser feita combinando salário-base com remuneração variável, conforme o cumprimento de metas previamente negociadas. Ainda CAMPOS (1996) sugere a aplicação de conceitos de “campo” e “núcleo” ao planejar, seja a formação ou a prática profissional em saúde. Por “núcleo” entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. Por “campo” ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades, como, por exemplo, todo o saber básico sobre o processo saúde-doença, noções sobre política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde” (p. 248).

3.5 A Tomada de Decisão

Propusemo-nos investigar as representações que os profissionais têm sobre laqueadura tubária, tendo como pressuposto que estas tomam parte do processo de decisão. As condições objetivas de trabalho influenciam as tomadas de decisão e as representações se compõem com essas condições nas tomadas de decisões. As representações que os agentes da equipe têm sobre a laqueadura orientam suas ações.

Esta pesquisa teve como referência os estudos e as críticas elaboradas por LEITÃO (1995, 1997), por considerarmos a sua proposta mais adequada ao propósito de nosso estudo.

Segundo LEITÃO (1997), a tradicional abordagem positivista-funcionalista da teoria da decisão levou ao esgotamento e reificação do fenômeno, propiciando um reconhecimento da necessidade de mudança de enfoque, para uma visão compreensiva da decisão capaz de permitir sua apreensão global.

O autor critica o paradigma positivista dizendo que o “cognitivismo descritivo tem analisado os fatores componentes do processo, estabelecendo causalidades, quando, ao contrário, uma visão abrangente absorve todas as formas de relação que identificam a dependência mútua existente entre elas. Isso implica que fatores como custos, cultura organizacional, interesse pessoal ou personalidade do decisor, em si mesmos, pouco valem para a compreensão de um fenômeno em que as partes se condicionam mutuamente” (LEITÃO, 1997; p. 94).

O autor considera a decisão um fenômeno psicossocial, desenvolvido nos planos cognitivo, afetivo, interagindo em um processo complexo e dinâmico e que requer, para a sua apreensão, um enfoque metodológico, necessitando portanto de um novo arcabouço teórico capaz de apreender a sua totalidade.

Ao repensar um novo paradigma para o estudo das decisões, o autor busca, dentre outros, em Capra os fundamentos para embasar sua nova visão. Capra, ao fazer um paralelo entre a física e o taoísmo, diz que “a mais importante característica da visão oriental do mundo está na consciência de unidade, e inter-relação de todas as coisas e eventos. É uma visão que não separa, por exemplo, cognitivo e afetivo, como faz o cartesianismo da teoria administrativa vigente, dominada pela absoluta hegemonia da razão instrumental e objetiva, que exclui o sujeito do pensar/agir humano” (LEITÃO, 1997; p. 94). O mesmo autor ainda acrescenta a idéia da unidade intelecto-emoção descoberta e relatada por Goleman (1996). Para demonstrar a relação cérebro emocional e racional ele cita Goleman (1996; p. 23). “(...) o emocional e o racional operam em estreita harmonia na maior parte do tempo, entrelaçando seus modos de conhecimento para nos orientar no mundo. Em geral há um equilíbrio entre as mentes emocional e racional, com a emoção alimentando e informando as operações da mente racional, e a mente racional, refinando-a, e, às vezes, vetando o insumo das emoções (...)”.

Ao rever a natureza do fenômeno da decisão o autor aponta para a necessidade de se estabelecerem formas de abordá-la coerentes com uma nova visão. “No campo da administração, essa revisão de postura requer o re-exame dos pressupostos da natureza das organizações, ou seja, dos processos vivos que as originam (ontologia), o que altera a natureza do conhecimento sobre o que se estuda (epistemologia), e a forma de estudá-lo (metodologia) (...) o ponto de partida para essa revisão está na reformulação de nossos processos de conhecer e pensar. Inclusive porque para entendermos como decidimos, precisamos saber como conhecemos, pensamos e sentimos a respeito da realidade que nos cerca” (LEITÃO, 1997; p. 98).

O autor critica a viabilidade do “homem objetivo” dos modelos decisórios e diz que “os homens não são racionais objetivos, como propõe o “management science”, mas escrutinam o ambiente e organizam aquilo que são capazes de perceber de acordo com suas intenções, valores, sentimentos, etc.” (LEITÃO, 1997; p. 101). O autor ainda afirma que, por esta razão, precisamos saber como os gerentes constroem *representações* para entendermos como decidem estrategicamente; propondo uma mudança de paradigma, para o interacionismo, utilizando o conceito de *representações sociais*, conceito este já anteriormente proposto por outros autores.

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Dialética Marxista

Para tratar do objeto de estudo optamos por uma abordagem qualitativa. Aproximamo-nos do método dialético porque acreditamos que entre o sujeito e as condições materiais se estabelece uma relação de mútua determinação.

Vamos utilizar os estudos marxistas que dão contribuições importantes no âmbito dos processos de trabalho em saúde. Como forma de melhor explorar o nosso objeto vamos também incorporar autores que têm estudado as representações dos sujeitos, mas que não são necessariamente marxistas.

Além disso vamos trabalhar com a noção de Projeto(SARTRE,1979) estabelecendo relações entre representações e ações, o que nos possibilita apreender que diante de uma realidade objetiva, que determina o sujeito, este é capaz de influir de volta na realidade.

“Afirmamos a especificidade do ato humano, que atravessa o meio social, conservando-lhe as determinações e que transforma o mundo sobre a base de condições dadas. Para nós, o homem caracteriza-se antes de tudo pela superação de uma situação, pelo que ele chega a fazer daquilo que se fez dele, mesmo que ele não se reconheça jamais em sua objetivação”(SARTRE,1979, p.78)

MINAYO (1992), tecendo considerações sobre a abordagem qualitativa, aponta que,

“a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados”. Afirmar ainda que quanto aos significados, “a análise dialética os considera como parte integrante da totalidade

que deve ser estudada tanto a nível das representações como das determinações essenciais” (p.11-12).

Esse entendimento orienta a nossa aproximação à dialética marxista, permitindo obter dados a partir de uma realidade empírica. É dentro desta visão que procuramos fazer a decomposição (análise) e recomposição (síntese) do objeto de estudo.

Para decompô-lo, partimos de uma visão de conjunto que nos permitiu descobrir a estrutura da realidade, que só pode ser começada com base em uma visão de conjunto, mesmo precária; entretanto, é necessária uma certa compreensão que antecede a própria possibilidade de aprofundar o conhecimento das partes. Assim buscamos essa visão, conforme já apresentada, a partir de estudos teóricos e de nossa experiência de trabalho.

Segundo MINAYO(1992), “para a dialética marxista, o conhecimento é totalizante e a atividade humana, em geral, é um processo de totalização, que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada. Cada objeto percebido, observado e elaborado pelo homem é parte de um todo, e precisamente este todo não percebido explicitamente é a luz que ilumina e revela o objeto singular, observado em sua singularidade e no seu significado” (p. 64).

De acordo com KONDER (1981), “para conhecer as totalidades em que a realidade está efetivamente articulada, o pensamento dialético é obrigado a um paciente trabalho: é obrigado a identificar com esforço, gradualmente, as contradições concretas, as mediações específicas que constituem o tecido de cada totalidade, que dão vida a cada totalidade” (p. 36).

Para KOSIK (1976), “as coisas não se mostram ao homem diretamente tal qual, e como o homem não tem a faculdade de ver as coisas diretamente na sua essência, a humanidade faz um “detour” para conhecer as coisas e sua estrutura. O todo não é imediatamente cognoscível para o homem, embora lhe seja dado

imediatamente em forma sensível, isto é, na representação, na opinião e na experiência. Portanto, o todo é imediatamente acessível ao homem, mas é um todo caótico e obscuro. Para que possa conhecer e compreender este todo, para torná-lo claro e explicá-lo, o homem tem que fazer um “detour”: o concreto se torna compreensível através da mediação do abstrato, o todo através da mediação da parte” (p. 30).

Como foi dito anteriormente, os fenômenos não se mostram a nós de imediato. Eles estão na realidade, mas esta é insuficiente para explicá-los. Precisamos nos debruçar sobre determinado fenômeno e, para inquiri-lo, usamos uma determinada maneira de apropriar-nos desse fenômeno. Escolhemos o método dialético como maneira de ir à coisa mesma — análise e retornar à ela — síntese.

A dialética é o estudo das contradições na própria essência das coisas. A contradição é a essência da dialética. Esse princípio ensina que a transformação das coisas se dá pelo acúmulo de elementos. O método dialético fundamenta-se em princípios (totalidade e desenvolvimento); leis (unidade e luta dos contrários, conversão da quantidade em qualidade, negação da negação) e categorias (o singular, o particular e o geral, o conteúdo e a forma, a essência e o fenômeno, a causa e o efeito, a necessidade e a causalidade, a possibilidade e a realidade). A dialética olha a natureza como um todo unido e coerente, em que os objetos e os fenômenos, estão ligados organicamente entre eles, dependem uns dos outros e condicionam-se reciprocamente. A unidade material dos objetos, fenômenos e processos é a base da totalidade, o que significa que o aparecimento de um objeto ou fenômeno, a sua mudança e a passagem para um estado qualitativamente novo, só são possíveis em interligação com outros sistemas materiais. Para a dialética, a natureza se apresenta em estado de movimento e transformação perpétuos, de renovação e desenvolvimentos incessantes, em que sempre nasce e desenvolve-se qualquer coisa, desagrega-se e desaparece qualquer coisa. É por esta razão que o método dialético exige que os acontecimentos, eventos ou fenômenos sejam

considerados não só do ponto de vista das suas relações condicionantes recíprocas, mas também do ponto de vista do movimento, da sua transformação, do seu desenvolvimento, do ponto de vista de seu aparecimento e desaparecimento. Para o método dialético, o que importa não é o que parece estável num dado momento, mas o que começa já a decair; o que importa é o que nasce e se desenvolve, mesmo se, num dado momento, a coisa parece estável, pois segundo esse método, nada é mais vulnerável do que aquilo que nasce e se desenvolve. A mais importante exigência da dialética materialista, como método é o exame dos objetos de estudo na sua ligação universal, interação mútua e condicionabilidade mútua. O estudo dessas ligações permite conhecer as propriedades e particularidades do objeto, que não se percebe diretamente. Outra exigência do método dialético-materialista é a necessidade de examinar os objetos e fenômenos da realidade no seu movimento, no processo de mudança e desenvolvimento ininterruptos. As leis da dialética têm uma importância excepcional para o conhecimento. Elas estabelecem as ligações e relações estáveis, indispensáveis e essenciais dos fenômenos da realidade, são uma expressão da ligação e do desenvolvimento geral. As leis da dialética materialista são: Lei da unidade e luta dos contrários; Lei da transformação da quantidade em qualidade; Lei da negação da negação. (KONDER, 1981, GADOTTI, 1983, KRAPÍVINE, 1983, OLIVEIRA, 1988, SAUPE, 1991)

Para OLIVEIRA (1988), a lei da unidade e luta dos contrários “explica porque o mundo material continuamente se transforma, como e por que surge o desenvolvimento. A dialética materialista encontra nas contradições internas inerentes à matéria, a gênese desse movimento” (p. 85). As forças internas de um objeto ou fenômeno que se excluem mutuamente, mas que não podem existir uma sem a outra, são os contrários. A reciprocidade da ligação entre os contrários determina a contradição. A interação entre os contrários determina tanto a sua unidade como a sua oposição. Enquanto a unidade é relativa e temporária, sendo frequentemente interrompida no curso do desenvolvimento, a oposição é absoluta e constante. O descobrimento dos aspectos contraditórios nos fenômenos que

estudamos é fundamental para a sua superação. O estudo do objeto sob o ponto de vista da unidade e luta dos contrários, que lhe são inerentes, é uma premissa obrigatória do conhecimento da realidade. A dialética parte do princípio de que os objetos e os fenômenos da natureza encerram contradições internas, pois todos eles têm um lado negativo e um lado positivo, um passado e um futuro, todos eles têm elementos que desaparecem ou que se desenvolvem; a luta destes contrários; a luta entre o velho e o novo, entre o que morre e o que nasce, entre o que se desagrega e o que se desenvolve, é o conteúdo interno do processo de desenvolvimento da conversão das mudanças quantitativas em mudanças qualitativas.

De acordo com OLIVEIRA (1988), a lei da passagem das transformações quantitativas a novos estados qualitativos “explica como se processa o desenvolvimento, qual o movimento realizado e o seu mecanismo. Descreve-o como um processo onde se sucedem transformações quantitativas, por força das contradições internas. Estas, por serem quantitativas, ocorrem dentro dos limites dados de uma qualidade ou característica essencial do objeto, sem alterá-la. A uma certa fase do desenvolvimento são substituídas por uma alteração súbita, um salto qualitativo, onde se modificam as características essenciais do objeto em questão, assim como a relação recíproca deste com outros objetos”(p. 85-6).

GADOTTI (1983) refere que “o exemplo clássico é o da água: quando está ao lume a temperatura eleva-se progressivamente, elevação que constitui uma variação quantitativa; mas vem o momento em que, permanecendo a temperatura constante, se produz um fenômeno qualitativamente diferente, o da ebulição.”(p. 26)

A lei da negação da negação representa o processo de substituição do velho pelo novo.

O processo natural de aparecimento do novo e de morte do velho, de substituição do velho pelo novo com a conservação simultânea no velho, que se encontra na fase de eliminação, dos aspectos positivos e indispensáveis para o desenvolvimento posterior, manifesta-se na lei da negação da negação e no princípio da negação dialética. Por isso a negação dialética, isto é, a substituição do velho pelo novo, caracteriza-se pela hereditariedade.

A principal tarefa da ciência consiste em revelar a essência dos objetos, processos e fenômenos.

Para KRAPÍVINE (1983), a essência é íntima e inacessível à observação direta, só pode ser conhecida através da especulação abstrata. O fenômeno é a forma de manifestação da essência, expressando o que é singular e externo, superficial e mutável nas coisas. Age diretamente sobre os órgãos dos sentidos do homem e reflete-se neles. A essência e suas manifestações não coincidem, mas como a essência e o fenômeno estão interligados e a essência se manifesta em fenômenos, ela é cognoscível. O conhecimento científico parte sempre do fenômeno para a essência, dos aspectos externos das coisas para a compreensão de suas conexões internas. A essência não abrange na íntegra o fenômeno, e o fenômeno não reflete a essência de forma perfeitamente adequada. Se a essência é algo geral, o fenômeno é singular, manifesta apenas um determinado momento da essência; se a essência é algo profundo e interno, o fenômeno é externo, mais rico e expressivo; se a essência é algo estável e indispensável, o fenômeno é mais passageiro, variável. A análise dialética permite evidenciar as contradições, fazendo mostrar a essência do fenômeno em estudo.

4.2 Representações Sociais

A revisão sobre representações sociais permitiu-nos aprender suas várias abordagens: sociológica, filosófica, psicológica e psicossocial, e entendê-las como mediações entre o sujeito e o contexto social; como construções coladas ao tecido social. As representações sociais são um fenômeno mediador entre o indivíduo e a sociedade. Neste sentido as representações permitem uma

aproximação dos significados atribuídos pelos sujeitos às práticas sociais e as suas relações nessas práticas.

MINAYO (1995) apresenta o conceito das representações sociais segundo alguns autores da sociologia clássica. Dentre eles, ela destaca Durkheim, Marx e Weber.

Para essa autora, representações sociais “é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO, 1995 p. 89).

A autora segue apresentando a abordagem dos 3 autores da sociologia clássica, comparando-os.

Durkheim foi reconhecido como o primeiro autor que trabalhou o conceito de representações sociais, denominadas por ele de representações coletivas. Na concepção desse autor é a sociedade que pensa, e as representações não são, necessariamente, conscientes do ponto de vista individual. Durkheim buscava enfatizar a especificidade da primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual, concebendo que as representações sociais impõem-se aos indivíduos.

De acordo com FARR (1995) existe uma clara continuidade entre as representações coletivas de Durkheim e o estudo mais moderno de Moscovici sobre representações sociais.

Moscovici resgata esse conceito e reelabora-o como teoria, no campo da psicologia social. A Teoria das Representações Sociais constitui, de certo modo, o coração da psicologia social. Quando Moscovici resgatou o conceito sociológico de representação social para a psicologia social, ele possibilitou recuperar um sujeito que, através de sua relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo, como a si próprio. Entretanto Moscovici percebeu que a força do coletivo encontra sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificada, mas abre-se permanentemente para os esforços dos sujeitos sociais, que

o desafiam e, se necessário, o transformam (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995).

Na sociologia compreensiva de Max Weber, “ a vida social — que consiste na conduta cotidiana dos indivíduos — é carregada de significação cultural. Essa significação é dada tanto pela base material como pelas idéias, dentro de uma relação adequada em que ambas se condicionam mutuamente” (MINAYO, 1995, p. 95).

Em Marx, as representações sociais dizem respeito à relação entre as idéias e a base material.

“A categoria chave, em Marx, para tratar do campo das idéias, é a de consciência. Para ele, as representações, as idéias e os pensamentos são o conteúdo da consciência que, por sua vez, é determinada pela base material” (MINAYO, 1995, p. 98). Apesar de defender a anterioridade da vida material sobre as idéias, ele vê esses dois elementos numa relação dialética.

É importante lembrar que a obra de Marx (1818-1883) antecede à de Weber (1864-1920). Max Weber enfatiza as idéias e as suas relações com a estrutura socioeconômica e política, em oposição às representações sociais de base material em Karl Marx.

Lefebvre, filósofo e sociólogo francês, analisa a questão da representação e dá a sua contribuição na teoria crítica das representações.

Para LUTFI e cols (1996), “Lefebvre retoma a importância histórica e metodológica das mediações. Preocupa-se com o que bloqueia o processo histórico e com o que possibilita a sua realização. É desse ponto de vista que as representações, como mediações, se constroem como objeto do conhecimento, porque Lefebvre reconhece-lhes a força, naquilo que impedem e no que permitem, o possível” (p. 88). Ele discute o conceito de representações em Marx e refere que à medida que ele vai deixando de falar em representações, vai substituindo esse conceito pelo de ideologia, sem explicar os motivos da mudança (LUTFI e cols, 1996).

Para Marx o termo ideologia tem conotação negativa e relaciona-se a mentiras, mentiras de classe; e ele propõe superá-las, descobrindo-as e depois destruindo-as, em primeiro lugar pela teoria e depois pela prática revolucionária. (MARX, 1989)

Para superar as representações-ideologias, Marx e Lefebvre tomam caminhos diferentes.

Para Lefebvre, a representação não é aparência reificada, como para Marx, mas substituindo coisas, produtos, obras, relações, acaba se tornando socialmente concreta. “Elas não são nem falsas, nem verdadeiras, ao mesmo tempo, falsas e verdadeiras: verdadeiras como resposta a problemas ‘reais’ e falsas na medida em que dissimulam objetivos ‘reais’” (Lefebvre apud LUTFI e cols, 1996, p. 95).

Na teoria crítica das representações, Lefebvre coloca a questão de sua não destruição, na medida em que não é possível viver e compreender um situação sem representá-la, e propõe que a teoria deve expor o poder da representação no mundo contemporâneo, deslindar os mecanismos de sua produção e permanência, e ao fazê-lo anunciar um pensamento novo e ativo já em marcha (LUTFI e cols 1996).

Ao nosso ver, Lefebvre lida dialeticamente com a questão das representações, permitindo-nos compreendê-la, não apenas nos momentos em que bloqueiam, enrijecem e tolhem a vida, mas, também naqueles em que orientam em direção ao possível. Para ele, o poder das representações está também em seu anúncio do porvir, portanto na representação do possível e da superação.

Procedemos ao nosso estudo com referência às representações, entendidas — ao nosso ver — como mediações entre as práticas sociais e o sujeito, e particularmente como representações do possível.

O encontro de Nietzsche e Lefebvre traz importante contribuição para a teoria da representação ao tratar a questão da linguagem. Para Nietzsche, a linguagem nasce socialmente e transmite opiniões e representações. É uma construção que se realiza a partir do imediato, das atividades práticas, das sensações, dos impulsos, da memória, do corpo, das relações espontâneas. As

representações atravessam a linguagem; são fatos de fala e de prática social (LUTFI e cols, 1996). Para Nietzsche, representar é colocar em perspectiva e valorar ao mesmo tempo; para que algo seja valorado é preciso estar representado.

Para MINAYO (1992:174), a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem, “a palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” (Baktin, citado por MINAYO, 1992, p. 174-5). Essa mesma autora afirma que “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de tramas para as relações sociais em todos os domínios.(....) A palavra é a arena onde se confrontam interesses contraditórios, veiculando e sofrendo a luta de classes, servindo ao mesmo tempo como instrumento e como material. Pela sua vinculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa”.

5. METODOLOGIA

5.1 Exploração do Campo de Pesquisa

O percurso metodológico construído foi o resultado de sucessivas aproximações com o problema, com o método, e com as possibilidades concretas de poder verificar os pressupostos delineados para a pesquisa.

Anteriormente à escolha do local e do grupo de pesquisa foi feito um trabalho que buscou identificar e compreender a dinâmica de funcionamento do planejamento familiar nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, enfocando a laqueadura de trompas e a trajetória das mulheres que procuram esse serviço e desejam submeter-se a essa cirurgia.

Essa atividade visou uma aproximação sucessiva do objeto de estudo e ajudou a definir as possibilidades concretas de pesquisa, cujo desafio foi estudar a laqueadura tubária inserida na assistência à saúde da mulher e compreender o trabalho realizado pela equipe de saúde envolvida com a laqueadura tubária.

Fizeram parte da exploração de campo, o Serviço de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da UFMG, o Ambulatório de Planejamento Familiar da Maternidade Odete Valadares, o Serviço de Planejamento Familiar do Hospital Sofia Feldman, o Centro de Saúde do Bairro São Paulo e a Junta Liberadora de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) do Distrito Sanitário Centro Sul da cidade de Belo Horizonte.

A aproximação dos serviços de saúde que trabalham com o planejamento familiar contribuiu para o aprimoramento do instrumento de coleta de dados e facilitou a posterior pré-testagem do mesmo em alguns profissionais da equipe de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da UFMG.

O Hospital Sofia Feldman foi a instituição escolhida para realizar o estudo. A escolha dessa instituição se deveu ao fato de que nela existe uma situação favorável para a realização da pesquisa. Além disso, outras características tiveram um papel importante na escolha desse local, como a existência de uma equipe multiprofissional envolvida com a esterilização e que

possui um conjunto de experiências e expressões capazes de atender o desejo de estudar o trabalho realizado pela equipe de saúde, acerca do planejamento familiar, da laqueadura de trompas e do processo de decisão sobre a cirurgia esterilizadora. Os vínculos anteriores, já estabelecidos com a instituição, também facilitaram, sobremaneira, a entrada da pesquisadora no campo de pesquisa.

5.2 Cenário do Estudo

A Fundação de Assistência Integral à Saúde—FAIS/Hospital Sofia Feldman é uma entidade filantrópica não – governamental, sem fins lucrativos, situada no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. A instituição tem como missão prestar assistência integral à saúde da comunidade, principalmente na área materno-infantil, incluindo o planejamento familiar.

Na assistência à saúde da mulher são oferecidos o pré-natal, a assistência ao parto e puerpério, o planejamento familiar, a prevenção de câncer do colo, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o incentivo ao aleitamento materno.

O Planejamento Familiar é feito por uma equipe multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais, ginecologista/obstetra, enfermeira, assistente social, psicólogos, técnicas de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde. Preferencialmente, o atendimento é realizado com o casal, objetivando a escolha de um método que seja do consenso de ambos.

Os usuários que buscam o serviço, em um primeiro momento, são encaminhados para uma palestra educativa, realizada em grupo. O conteúdo dessas palestras inclui discussões sobre o conceito de Planejamento Familiar, aparelho reprodutor feminino e masculino, métodos contraceptivos, mitos, tabus e sexualidade.

A partir dessa palestra, o usuário já pode escolher o método que irá usar e já sai do serviço com a opção feita. Os clientes que fazem a opção por métodos definitivos (ligadura de trompas e vasectomia) devem obedecer aos critérios,

normas e rotinas estabelecidas por essa instituição. Os casos são discutidos em reuniões da equipe multidisciplinar nas situações em que algum membro da equipe tenha dúvida sobre a concessão da autorização para a realização da cirurgia.

As salpingotripsias bilaterais são financiadas pelo SUS e através de doações à Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF). As guias de autorização para cirurgia através do SUS são em número reduzido e atendem praticamente somente aos casos com indicação médica.

A contribuição solicitada pela ACAU/HSF está entre 01 e 02 salários mínimos para as salpingotripsias bilaterais e 01 salário mínimo para a vasectomia.

O serviço de planejamento familiar do hospital está baseado na Constituição da República Federativa (BRASIL 1988), Constituição de Minas Gerais (1989), na Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte (1990), no Código de Ética Médica (1990), Lei Municipal nº 6754 (1994), a qual institui o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva, e em fase de adequação à Portaria no. 144 de novembro de 1997 do Ministério da Saúde. Solicita-se ainda uma autorização para a realização da contracepção cirúrgica – “Consentimento Informado”.

O Hospital Sofia Feldman desenvolve ações educativas, que orientam os casais quanto aos métodos contraceptivos, bem como coloca esses métodos à disposição da clientela. Para as mulheres que desejam submeter-se à cirurgia esterilizadora, o hospital conta com a equipe multidisciplinar que se encarrega de dispensar-lhes a atenção necessária. Esse serviço realiza, no mínimo, um atendimento individual para a mulher ou para o casal, ocasião em que são colocados os critérios estabelecidos para a realização de métodos definitivos. Com relação à clientela, os critérios são os seguintes:

- possuir maturidade e estar consciente da decisão,
- ter idade acima de 21 anos,

- apresentar estabilidade no relacionamento conjugal,
- apresentar paridade satisfeita,
- ter indicação médica e desejo (voluntariedade),
- ter um espaçamento de pelo menos 2 anos entre um filho e outro, e
- ter vivência com os métodos contraceptivos temporários.

5.3 Coleta de Dados e Sujeitos Sociais da Pesquisa

Após definir o local e o grupo de coleta de dados, fomos várias vezes ao campo de pesquisa com a finalidade de estabelecer os primeiros contatos com os entrevistados, apresentando a eles a proposta de trabalho de pesquisa e estabelecendo as relações necessárias para a posterior coleta de dados. Verificamos também a disponibilidade de cada um em participar da entrevista. Houve acolhimento e adesão por parte de todos os membros da equipe. Os sujeitos sociais da pesquisa ficaram constituídos por todos os membros da equipe de saúde: 2 psicólogos, 1 assistente social, 3 enfermeiras, 2 médicos e uma agente de saúde, num total de 9 sujeitos (Anexo B).

A observação foi uma técnica auxiliar utilizada com a finalidade de ampliar as perspectivas de compreensão do objeto de estudo. Será utilizada de forma complementar, na análise de dados, para explicitar alguma passagem, em particular.

O roteiro de observação constou de dois pontos básicos: acompanhamento das ações ou atividades que os profissionais desenvolvem com as mulheres que querem submeter-se à esterilização e observação do conteúdo dessas ações.

Foram feitas observações dos atendimentos realizados pela psicóloga, pela assistente social dirigidos à mulher que deseja submeter-se à ligadura de trompas; foi observado a discussão da equipe de casos de algumas mulheres que solicitaram a cirurgia esterilizadora e também de um grupo educativo sobre planejamento familiar conduzido pela agente de saúde.

A entrevista foi o principal instrumento utilizado, visando apreender o ponto de vista dos entrevistados sobre o objeto da pesquisa.

O roteiro de entrevista (Anexo A), constou de 2 partes. Na primeira, foram levantados dados que identificaram o perfil do grupo de profissionais da equipe de saúde envolvida com a laqueadura de trompas. A segunda parte constou de perguntas abertas de modo a permitir a manifestação dos entrevistados sobre o objeto de estudo em relação à realidade empírica. As questões norteadoras da pesquisa foram conduzidas no sentido de ampliar e aprofundar a comunicação entre entrevistado e entrevistador. Neste sentido o roteiro foi utilizado como um guia, o que permitiu ser adaptado a cada situação de entrevista e condições de trabalho.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo. Foi solicitado permissão para gravar e não houve recusa por parte de nenhum profissional.

Os discursos foram gravados e transcritos pela pesquisadora e se constituíram no material de análise.

5.4 Organização e Análise de Dados

A análise dos depoimentos foi orientada pela Análise de Discurso.

Com base em MINAYO (1992), o quadro epistemológico da análise do discurso, trabalha a linguagem, que de acordo com Michel Pêcheux — filósofo francês e criador da análise de discurso — articula 3 regiões do conhecimento: [a] o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações, estando incluída aí a ideologia; [b] a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; [c] a Teoria do Discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos. A mesma autora segue dizendo que Pêcheux adverte para o fato de que essas 3 regiões do conhecimento estão perpassadas ainda por uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica para explicar o caráter recalcado na formação do significado.

Orlandi, citada por MINAYO (1992), ressalta que a “análise de discurso é como um ponto de vista próprio de olhar a linguagem como unidade significativa e pragmática; o texto é tomado enquanto unidade significativa e pragmática, portador do contexto situacional expresso pelos sentidos. Na análise de discurso, incorpora-se, na compreensão do texto, suas condições de produção” (p. 212).

De acordo com FIORIN(1998), “o discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases) usados pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização do psico-físico-fisiológico do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem tem a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso” (p. 11).

É um eu quem realiza o discurso, porém de forma contextualizada.

Ainda para esse autor o discurso é estruturado e por isso temos que diferenciar uma sintaxe e uma semântica no seu interior. A sintaxe discursiva compreende os processos de estruturação do discurso e a semântica abarca os conteúdos que são investidos nos moldes sintáticos abstratos. O discurso pressupõe 2 campos, o da manipulação consciente, ou seja a sintaxe discursiva, e o da determinação inconsciente, que se refere à semântica discursiva. O conjunto de elementos semânticos habitualmente usado nos discursos de uma dada época constitui a maneira de ver o mundo numa dada formação social. A semântica discursiva é o campo da determinação ideológica propriamente dita. Por isso cada formação ideológica corresponde a uma formação discursiva, que é o conjunto de temas e figuras que materializa uma dada visão de mundo.

Um dos objetivos deste estudo é de captar as representações, as idéias que os agentes da equipe têm sobre o objeto de estudo. Como não existem idéias fora do quadro da linguagem, buscou-se apreender as facetas do objeto estudado a partir da linguagem.

Para se conseguir as finalidades, o texto deve ser submetido a várias operações classificatórias, simultaneamente semânticas, sintáticas e lógicas

Seguindo a orientação da técnica proposta por FIORIN e SAVIOLI (1991) e adaptada por CAR (1993; 1999), os discursos foram decompostos, buscando-se encontrar as figuras e os temas presentes em cada um deles.

Para FIORIN (1997; p. 65), “figura é o termo que remete a algo do mundo natural: árvore, vaga-lume, correr, brincar, vermelho, quente, etc. Assim, a figura é todo conteúdo de qualquer língua natural ou de qualquer sistema de representação que tem um correspondente perceptível no mundo natural. Tema é um investimento semântico, de natureza puramente conceitual, que não remete ao mundo natural. Temas são categorias que organizam, categorizam, ordenam os elementos do mundo natural: elegância, vergonha, raciocinar, calculista, orgulhoso, etc.”

Para ordenar os dados segundo a orientação desses autores, inicialmente fizemos várias leituras dos discursos, tentando familiarizar-nos com o texto, buscando apreender os temas subjacentes aos discursos. Num segundo momento, voltamos a ler o texto, desta vez, assinalando todas as figuras. Em seguida estabelecemos o encadeamento entre temas e figuras. No passo seguinte fizemos a recomposição, através de “frases temáticas”, que sintetizam os temas e subtemas do discurso em sua totalidade (Anexo C). Finalmente sintetizamos as frases temáticas, agrupando-as e categorizando o material empírico (Anexo D).

Para GOMES (1996) “a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns, ou que se relacionam entre si. Neste sentido trabalhar com elas, significa agrupar elementos, idéias, ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (p. 70).

Nesta pesquisa as categorias foram estabelecidas com base na coleta de dados, portanto, são categorias empíricas.

As categorias empíricas estabelecidas a partir da análise dos discursos foram examinadas à luz do contexto de prática e ação, ou seja, da dinâmica da

base material da prática e das categorias analíticas, que “têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.” (MINAYO, 1992, p.94)

As categorias analíticas, tomadas a partir do quadro teórico de referência foram: divisão do trabalho, complementaridade, interdependência, tecnologias(saberes e instrumentos) e modelos de atenção à saúde.

Dessa forma promovemos uma articulação com o quadro teórico de referência, respondendo às questões de pesquisa com base nos objetivos. Ressaltamos que a análise do discurso só finaliza na análise do material empírico, que a seguir apresentamos.

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

6.1 Organização do Serviço de Planejamento Familiar

A compreensão da organização do serviço de planejamento familiar da Instituição pesquisada requer que retomemos o contexto histórico de surgimento dessa Instituição como prestadora de assistência à saúde da mulher e da criança.

A Instituição surgiu a partir de um movimento comunitário e iniciou suas atividades em finais da década de 70. Nessa mesma época já se discutia o planejamento familiar na sociedade brasileira, embora, como questão controversa, já era encarado como um direito à saúde – tendência reforçada pelo movimento feminista e que se consolidou na década de 80, com a elaboração do PAISM em 1983, e com a Constituição Brasileira em 1988.

Foi nesse contexto que a Instituição pesquisada surgiu, para prestar, predominantemente, atividades dirigidas à saúde da mulher e da criança, incluindo o planejamento familiar. Quanto a este último, o planejamento familiar, trata-se de um dos serviços pioneiros e de referência para a população de Belo Horizonte.

Na década de 80, poucas instituições de saúde ofereciam serviços públicos de planejamento familiar, incluindo as várias opções contraceptivas.

Vejamos uma frase temática onde um dos nossos entrevistados comenta esse fato histórico.

- *Por longos anos somente quatro instituições em BH tinham clínicas de planejamento familiar organizadas que ofereciam todos os métodos contraceptivos. (E6-3)*

FERREIRA (1997) assinala que até meados da década de 80 eram fortes os argumentos controladores da natalidade, relacionando pobreza, miséria, marginalidade e delinquência com o crescimento populacional.

Nessa mesma época o Estado já apresentava formas de intervenção, alegando as conseqüências indesejáveis para a saúde da mulher relacionadas à multiparidade e ao pequeno espaçamento entre os filhos. Esta tendência aparece

nas Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivos, Obstétricos e da Infertilidade do Programa Materno-Infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978). Nesse documento ficou definido o conceito de risco gestacional, cujos critérios acenavam para uma preocupação com o controle da fecundidade.

Na década de 80, a incipiente ação do Estado no grupo materno-infantil convive com uma ação forte e intervencionista de organismos internacionais controladores como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM), a Pathfinder Found, entre outras.

Isso gerou um amplo debate na sociedade, com a mobilização e discussão em muitos segmentos organizados da população em torno da polêmica, controle da natalidade *versus* planejamento familiar.

O reflexo dessas discussões repercutiu na Instituição ora pesquisada, tendo sido alvo de críticas e distorções por parte de alguns segmentos da sociedade. Essa situação tende a amenizar-se com a elaboração do PAISM, em 1983, que incorporou a discussão do movimento de mulheres, profissionais da saúde e técnicos do Ministério da Saúde. Em 1987, o PAISM, incorporou o planejamento familiar como uma das suas ações básicas.

Pudemos perceber uma evolução do conceito de tendência controlista, para um conceito de saúde reprodutiva. DIXON-MUELLER (1993) assinala que o conceito de saúde reprodutiva está nas premissas do princípio feminista. Esse conceito ganhou aceitação geral nos anos 80 como uma perspectiva renovada dos direitos femininos. Dentro dessa perspectiva o planejamento familiar é uma política de direitos reprodutivos, de modo a garantir que a mulher e o homem exercitem completamente os direitos reprodutivos e fiquem protegidos contra as transgressões desses direitos e liberdades.

As transformações operadas neste campo permitiram à Instituição pesquisada passar de alvo de críticas para instituição-referência para treinamento em atividades relacionadas à saúde reprodutiva.

O desempenho das atividades relacionadas à saúde reprodutiva foram, particularmente, fortalecidas com a criação, em 1987, do Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS) com o objetivo de descentralizar e redefinir as atribuições entre os níveis Federal, Estadual e Municipal. Essas medidas geraram mais recursos financeiros para a área da saúde pública, possibilitando assim um maior investimento nessa área. Através dos recursos financeiros do SUDS foi possível ampliar a rede de unidades básicas nos Estados e Municípios.

Foi também através dos recursos financeiros do SUDS que a Instituição pesquisada conseguiu se fortalecer e continuar prestando serviços de saúde à comunidade.

Apesar de o planejamento familiar ter sido incorporado ao PAISM desde 1987, o acesso aos vários métodos contraceptivos não vem ocorrendo de modo satisfatório, conforme relatado pelos agentes da equipe de saúde deste estudo.

Em 1994 a Prefeitura de Belo Horizonte, através de uma lei municipal, instituiu o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva, implantando amplamente a assistência à clientela nesta área, em todos os centros de saúde da rede municipal.

Os entrevistados do nosso estudo relatam que atualmente o planejamento familiar e a contracepção estão mais disponíveis e acessíveis à população, mas ainda têm apresentado problemas no atendimento da demanda para métodos temporários e definitivos.

As frases temáticas a seguir referem-se a esta avaliação.

- *A demanda deste serviço de planejamento familiar diminuiu porque a instituição começou a cobrar uma taxa e também porque o planejamento familiar e os vários métodos contraceptivos tornaram-se disponíveis e acessíveis em quase todos os centros de saúde da Prefeitura de BH, a partir de momento que a prefeitura assumiu o planejamento familiar. (E6-2)*
- *Os serviços públicos tanto do Estado quanto da Prefeitura têm apresentado problemas no atendimento da demanda para os métodos temporários e definitivos. (E2-10).*

A organização da assistência à saúde da mulher tanto das unidades de saúde do Município de Belo Horizonte, quanto da Instituição pesquisada estão fundamentadas na Constituição da República Federativa do Brasil (1988), no Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva (Lei Municipal de 1994) e no PAISM(1983). A assistência ao Planejamento Familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) normatiza as ações de saúde neste âmbito e ressalta que “a atuação dos profissionais da saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no artigo 26, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos ou casais” (p. 9).

Os nossos entrevistados mencionaram que a filosofia institucional e da clínica de planejamento familiar tem por desafio colocar todos os métodos contraceptivos disponíveis e aprovados pela legislação brasileira a todas as mulheres/comunidade que buscam o serviço, com o propósito de garantir o direito de livre escolha.

As frases temáticas abaixo mostram esse propósito.

- *A filosofia institucional de planejamento familiar, desde a sua fundação, tem por desafio colocar todos os métodos contraceptivos à disposição da comunidade. (E3-1)*
- *A filosofia da clínica de planejamento familiar é oferecer todos os métodos contraceptivos disponíveis e aprovados pela legislação brasileira a todas as mulheres que buscam o serviço, com o propósito de garantir o direito de livre escolha. (E6-1)*

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) orienta que se deve indicar e/ou fornecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no Brasil, amparados por normas éticas e legais e que, no contexto da Assistência Integral à Saúde da Mulher, a assistência ao planejamento familiar deve ser organizada para atender às reais necessidades da população feminina e masculina em idade fértil, através

da utilização dos conhecimentos técnicos científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis.

Os métodos constantes da publicação do Ministério da Saúde (1996) são: [a] Métodos Naturais (Método de Ogino-Knaus ou calendário ou tabelinha, Método da Temperatura Basal Corporal, Método da Ovulação ou Billings e Método Sinto-Térmico); [b] Métodos de Barreira (preservativo, diafragma e espermaticida); [c] Anticoncepção Hormonal (pílulas combinadas ou minipílula); [d] Anticoncepção Hormonal Injetável (com progestagênio isolado ou combinado); e [e] Dispositivo Intra-uterino (DIU). Indica ainda a anticoncepção em fases específicas, tais como anticoncepção pós-parto e pós-abortamento, na adolescência, na pré-menopausa e anticoncepção de emergência.

Na Instituição pesquisada as atividades de planejamento familiar são realizadas como parte das atividades de assistência integral à saúde da mulher.

Os nossos entrevistados nos relataram que esse serviço faz exame clínico e ginecológico, com prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, fornece “pílula”, insere DIU e acompanha sistematicamente a clientela atendida agendando retornos de seguimento de acordo com o método em uso.

- *O serviço de planejamento familiar fornece pílula anticoncepcional, orienta seu uso e agenda retorno; insere DIU e faz as orientações necessárias. (E7-1)*
- *A cliente/mulher atendida no planejamento familiar faz exame clínico e ginecológico e prevenção de câncer cérvico-uterino. (E4-5)*
- *Os retornos de seguimento da clientela são agendados de acordo com o método em uso. (E6-10).*
- *As mulheres que são atendidas no serviço de planejamento familiar, que solicitam ligadura, são encaminhadas ao serviço psicossocial para avaliação e autorização da cirurgia (E8-6).*

A ligadura de trompas e a vasectomia são os métodos cirúrgicos de que Instituição dispõe. Embora não conste da Assistência ao Planejamento Familiar

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), é a ligadura de trompas o método contraceptivo mais usado pelas mulheres brasileiras em idade fértil. Na Instituição em estudo, esses dois métodos são ofertados como alternativas contraceptivas na assistência ao planejamento familiar do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) instrui que a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, dois tipos de atividades: as educativas e as clínicas, que devem ser desenvolvidas de forma integrada e promovendo a interação dos membros da equipe de forma a permitir a participação dos agentes da equipe em ambas as atividades, de acordo com o nível de responsabilidade adquirido.

As atividades educativas do planejamento familiar são realizadas por todos os agentes da equipe, ocorrendo na forma de livre demanda e incluindo a participação da mulher em pelo menos uma palestra educativa.

Vejamos uma frase temática que aponta essa forma de organização da assistência.

- *A demanda livre para “orientação” do planejamento familiar inclui a participação da mulher em pelo menos uma palestra. (E1-2)*

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996), as ações educativas devem, preferencialmente, ser realizadas em grupo, precedendo à primeira consulta médica, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual.

A ação educativa individual sobre contracepção é uma atividade que vem ocorrendo com frequência na Instituição pesquisada devido à queda da demanda.

Vejamos:

- *Houve modificações na estrutura de funcionamento do serviço devido à queda da demanda. Ocorrem mais orientações individuais sobre planejamento familiar e contracepção do que palestras em grupos. (E8-1)*

A pesquisadora participou como observadora de uma ação educativa conduzida pela psicóloga, junto a uma mulher que queria submeter-se à cirurgia esterilizadora. Após a atividade educativa, a mulher abandonou a idéia da cirurgia.

Como pudemos verificar, embora o programa de assistência à saúde da mulher e o planejamento familiar, como uma de suas atividades, venha sendo desenvolvido segundo normatização proposta pelo Ministério da Saúde, poderia ainda ser ampliado garantindo ações relacionadas às DST/AIDS, à sexualidade e à mulher na terceira idade.

O PAISM é um dos instrumentos técnicos de guia para a organização da assistência à saúde da mulher e do planejamento familiar. Os nossos entrevistados também mencionaram o financiamento e a demanda como reguladores dessa organização.

Os entrevistados informaram que a demanda pelo planejamento familiar vem diminuindo há mais ou menos 3 anos. Essa diminuição ocorreu devido à oferta de serviços de planejamento familiar pelos postos de saúde, e à cobrança de taxas, em vista da não sustentação dessas ações pelo SUS. A queda da demanda resultou em modificação na estrutura de funcionamento do serviço.

MEDICI (1994) assinala que “os valores pagos pela prestação dos serviços realizados pelos estabelecimentos públicos e privados, através das AIH, tem caído ao longo dos anos, encontrando-se muito aquém do que deveria ser pago para cobrir os custos das principais enfermidades do país” (p. 48).

A cobrança de taxas foi uma forma que a instituição encontrou para cobrir os custos das ações de saúde por ela prestadas.

Os agentes da equipe mencionaram que os métodos contraceptivos mais procurados são contraceptivo oral, DIU, preservativo e laqueadura de trompas. O diafragma e os métodos naturais, como Billings, por exemplo, são pouco ou quase nunca procurados. Embora o preservativo seja de uso masculino, a procura é feita pela mulher. A demanda pela laqueadura vem diminuindo, enquanto a

vasectomia vem aumentando. Segundo alguns profissionais, esse fato deve-se a uma maior acessibilidade e confiabilidade do homem na vasectomia.

A laqueadura de trompas e o DIU envolvem pagamento pelo procedimento. A laqueadura é feita mediante pagamento particular ou via SUS. A realização do método definitivo através do SUS está em processo de transição com relação à autorização do financiamento do procedimento. De acordo com os entrevistados a liberação para internação até há pouco tempo era muito difícil; hoje está se tornando mais fácil porque as juntas de concessão de Autorização de Internação Hospitalar estão “mais liberais” em relação a seus critérios.

Vejam algumas frases temáticas que apontam aspectos relacionados à demanda e ao financiamento.

- *A demanda pelo planejamento familiar vem diminuindo, há mais ou menos 3 anos, devido à cobrança de taxas em vista da não sustentação dessas ações pelo SUS e também porque os postos de saúde começaram a ofertar serviços de planejamento familiar. (E3-3)*
- *A laqueadura de trompas sofreu uma queda acentuada nos últimos anos devido a uma maior acessibilidade aos métodos temporários de planejamento familiar e ao aumento das vasectomias. (E3-4)*
- *Houve modificações na estrutura de funcionamento do serviço devido à queda da demanda. Ocorrem mais orientações individuais sobre planejamento familiar e contracepção do que palestras em grupos. (E8-1)*
- *De acordo com o psicólogo, a demanda para vasectomia vem aumentando consideravelmente. (E8-3)*
- *O serviço faz ligadura de trompas mediante pagamento particular, ou encaminha para o SUS. (E7-2)*
- *A realização de método definitivo através do SUS está em processo de transição sobre a autorização do financiamento do procedimento. (E2-4)*
- *O acesso aos métodos definitivos é diferenciado entre aqueles que podem pagar e os que dependem do SUS para financiá-los (E2-9).*

- *De acordo com a enfermeira a liberação de autorização para internação hospitalar para a laqueadura até pouco tempo era muito difícil, hoje está se tornando mais fácil porque as juntas de concessão de autorização de internação hospitalar (AIH) estão mais “liberais”. (E7-10)*

6.2 O Trabalho da Equipe de Saúde

A atenção à saúde da mulher em geral, o planejamento familiar e a contracepção cirúrgica em particular, constituem-se em projetos a serem desempenhados pela equipe de saúde.

As frases temáticas abaixo mostram essa forma de organização do trabalho. Vejamos:

- *O planejamento familiar funciona com uma equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de saúde e técnica de enfermagem (E4-1).*
- *O médico atua como coordenador da equipe e como cirurgião realizando salpingotripsias e fazendo inserção de DIU (E6-11).*

Retomando as referências sobre o processo de trabalho em saúde, verificamos que, na organização geral do trabalho da equipe, o médico detém um espaço de poder, na medida em que se posiciona como coordenador da equipe de saúde da mulher, e os outros profissionais se agregam à equipe, caracterizando-se esta como uma equipe hierarquizada. A centralidade está no trabalho médico, visto que a ele cabe a ação diagnóstica e terapêutica. O trabalho dos demais profissionais constituem-se em um trabalho complementar, interdependente e às vezes articulado. A conjugação dos trabalhos amplia as possibilidades de reconhecimento de atenção às necessidades de saúde das mulheres/casais usuários.

A interdisciplinaridade é extremamente necessária para a Saúde Pública, dada a complexidade de seu objeto (GOMES e DESLANDES, 1994).

PEDUZZI (1998) assinala que “o objeto do conhecimento e intervenção da área da saúde é intrinsecamente complexo, pois apresenta, concomitantemente, expressões sociais, emocionais, afetivas e biológicas, traduzindo condições sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos” (p. 62).

Para CAMPOS (1997) a crescente especialização dos vários profissionais que lidam na área da saúde vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação ao resultado de suas práticas. Uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção—seja ela de ordem diagnóstica ou terapêutica — ninguém poderia, em tese, se responsabilizar pelo resultado global do tratamento.

Esse autor aponta ainda que a constituição de equipes multidisciplinares tem sido uma recomendação freqüente para tentar resolver o problema da fragmentação e da desresponsabilização. O mesmo autor enfatiza, entretanto, que essa recomendação, na prática concreta, tem seus problemas.

Testa (1995), citado por PEDUZZI (1998), conceitua equipe de saúde como uma “organização que reconstrói a unidade perdida por meio de sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes, unidade que se refere ao trabalho social, cujo objetivo é a atenção à saúde.

Até aqui mostramos como é a organização do trabalho da equipe em geral. Agora queremos nos aproximar de um outro aspecto da organização do trabalho da equipe, que ocorre em torno da decisão sobre a aprovação da cirurgia esterilizadora.

A literatura refere que a comunicação e o diálogo são instâncias fundamentais para a integração de atividades. Esse diálogo entre os profissionais contempla a dimensão técnica relacionada às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade da prestação de cuidados, e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal, mas preocupa-se em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja da mesma área de atuação, seja de outras.

As frases temáticas extraídas dos discursos dos depoentes mostram aspectos do trabalho em equipe, relacionado à comunicação e à interação entre os agentes.

- *Os profissionais envolvidos na equipe de planejamento familiar têm interesse e dedicação (E9-4)*
- *A equipe multiprofissional reúne-se uma vez por semana para discutir, avaliar e tomar decisões sobre pedidos de ligadura que o serviço psicossocial tenha dúvidas em relação a autorização (E8-8)*
- *A qualidade do trabalho da equipe multiprofissional envolvida com a vasectomia e ligadura de trompas difere de outros de maneira geral, porque leva em consideração muitos outros aspectos além dos critérios idade e número de filhos (E9-5)*
- *As discussões da equipe envolvem a reflexão sobre os papéis da mulher na sociedade, em particular a dependência financeira do homem e de ir além das questões da maturidade (E2-11)*

Verificamos que, além de cumprir o propósito de tomar decisões sobre pedidos de ligadura, a equipe aponta outros aspectos que indicam a superioridade do trabalho em equipe, na medida em que estimula a criatividade e o intercâmbio de idéias. Os profissionais mostraram interesse e envolvimento com a tarefa de discutir e avaliar as solicitações de esterilização tubária. Ao colocarem, como horizonte, a ampliação do objeto de intervenção para além da esfera biológica, nossos entrevistados, visam a multidimensionalidade do objeto de trabalho de cada área profissional e à possibilidade de rearticulação dos trabalhos especializados. Esta última começa apenas ser vislumbrada pela equipe, uma vez que não foi mencionada como objetivo do trabalho coletivo.

Para CAMPOS (1997), a organização parcelar do trabalho desvincula os profissionais do produto final que se pretende alcançar em um projeto ou programa, que vise promoção, prevenção ou reabilitação da saúde. “O

trabalhador encontra-se, portanto, separado de sua “obra”. Na saúde é preciso reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho” (CAMPOS, 1997).

Para que se realize tal orientação, é preciso envolver todos os participantes no “projeto”, de modo que passem à condição de sujeito, reconhecendo-se como parte da “obra” ou do seu trabalho.

É fundamental a constituição e coordenação de uma equipe multiprofissional unificada e comprometida com um plano de trabalho. Esse projeto assistencial constitui uma referência para a equipe de trabalho que o elaborou.

A observação de campo permitiu à pesquisadora participar e um desses fóruns de discussão, constatando que esta é uma oportunidade que os membros da equipe têm para se expressarem e construírem um espaço que possibilita a elaboração de um projeto comum, mas é preciso aproveitar melhor esses momentos, no sentido de construir um projeto assistencial comum a partir de interações e trocas.

Os agentes participantes da equipe têm ido além dos aspectos biomédicos da atenção à saúde da mulher e do planejamento familiar, permitindo uma aproximação que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde nesta área. Assim, no caso da decisão pela laqueadura tubária, e somente neste caso particular, o modelo hierarquizado de trabalho em equipe parece não ser o modelo nuclear, onde o trabalho do médico é o centro e os demais são periféricos. É fundamental que essa equipe organize seu processo de trabalho a partir de um projeto assistencial comum, uma vez que as condições que propiciam a integração dos trabalhos especializados estão dadas e apoiadas pela organização do serviço.

Entretanto, a oportunidade comunicativa que ocorre nas reuniões, uma vez por semana, não está sendo aproveitada em toda a sua potencialidade no sentido de construir um projeto de trabalho coletivo, cujo objetivo é a atenção à saúde da mulher. A equipe avança no sentido de ser um grupo interativo, mas, de forma ainda tímida, porque, mesmo tendendo à horizontalização, é a racionalidade

biomédica ainda nuclear na decisão, haja vista o valor das regras técnicas, como adiante examinaremos. Esse destaque é importante porque, como veremos a seguir, na discussão sobre o trabalho dos agentes da equipe, este se caracteriza como hierarquizado.

6.2.1 O Trabalho da Equipe no Planejamento Familiar: O Papel dos Agentes da Equipe de Saúde

A compreensão do processo de trabalho da equipe de saúde no planejamento familiar e, particularmente na laqueadura de trompas, requer que anteriormente façamos uma articulação entre os modelos que organizam o trabalho em saúde, o trabalho dos diferentes profissionais e o trabalho da equipe

Como mencionamos anteriormente, MENDES-GONÇALVES (1994) identificou dois modelos que organizam o trabalho em saúde: o modelo clínico e o modelo epidemiológico. O autor analisa-os como modelos tecnológicos complementares e não excludentes, mostrando porém que o modelo biomédico sobressai. O modelo clínico recorta a doença como uma alteração morfológica e/ou funcional e destina-se a recuperar a força de trabalho, numa concepção de doença como fenômeno biológico-individual. O modelo epidemiológico trata a doença como fenômeno coletivo. Este último “traz dentro de si uma contradição complexa: a doença enquanto fenômeno coletivo, pode ser tomada como natural ou social.” (LANA e ROCHA, 1997; p. 116). Essa distinção é fundamentalmente importante uma vez que as consequências das práticas de saúde de um e de outro são completamente distintas. As formas de apreensão do objeto de trabalho em saúde são distintas nos modelos clínico e epidemiológico. Disso resultam diferentes formas de ação.

Para melhor compreendermos o processo de trabalho na assistência à saúde da mulher, será necessário articulá-lo à política de saúde, especialmente aos programas de saúde dirigidos à mulher – Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher (PAISM) e ao planejamento familiar, que orienta a assistência à saúde nessa área.

Como também já dissemos anteriormente, o PAISM foi concebido em 1983 e regulamentado em 1986 e resultou de um esforço conjunto de profissionais da saúde, movimento de mulheres e técnicos do Ministério da Saúde, no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde da mulher. Em 1987, o Ministério da Saúde, através do PAISM, incorporou definitivamente as atividades de planejamento familiar à saúde das pessoas.

A organização de movimentos sociais, como o movimento de mulheres, que se instalou no país a partir da década de 80, inseriu uma nova forma de fazer política envolvendo segmentos marginalizados da população, os quais apresentaram suas demandas específicas relacionadas com as suas condições concretas de vida. (FERREIRA, 1997). Neste sentido o PAISM se constitui numa elaboração resultante das reivindicações das mulheres no que diz respeito a seus direitos de cidadãs.

As ações básicas de assistência integral à saúde da mulher envolvem o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e ao puerpério. Posteriormente foram sugeridas ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade; estando padronizadas as ações, condutas e procedimentos.

É dentro desta concepção que o serviço de saúde em estudo desenvolve seu trabalho de atenção à saúde da mulher e ao planejamento familiar. O conjunto de ações é desenvolvido por uma equipe de saúde, mas não em equipe. A partir da análise das entrevistas, depreendemos que o trabalho se organiza de forma parcelar e cada trabalho está relacionado a um produto final – atenção à saúde da mulher e ao planejamento familiar.

Vamos examinar como cada um vê seu trabalho e o conjunto e, como estes se expressam no processo de trabalho.

A centralidade no trabalho médico permanece, visto que a ele cabe a ação diagnóstica, terapêutica, cirúrgica e de coordenação da equipe.

As frases temáticas a seguir mostram atividades desenvolvidas por esse profissional da equipe.

- *O médico atua como coordenador da equipe e como cirurgião realizando salpingotripsias e fazendo inserção de DIU. (E6-11)*
- *Na consulta médica, são reforçados pontos sobre o método escolhido, sobre a ativação do método e dadas orientações sobre o sistema reprodutivo. (E6-8)*

O trabalho dos demais profissionais se constitui num trabalho complementar, interdependente, delegado em graus de complexidade diferentes, ora integrado, ora desarticulado.

Para que o médico execute o seu trabalho de diagnóstico, de terapêutica e de intervenção, ele necessita do trabalho de outros.

Observamos que o trabalho do médico e da enfermeira estão predominantemente direcionados pelo modelo clínico.

O principal instrumento de trabalho da enfermeira no planejamento familiar é a *consulta de enfermagem*, que é de livre demanda. As enfermeiras entrevistadas relataram que fazem prescrição de métodos contraceptivos, orientam e fornecem o método escolhido pela clientela, principalmente o preservativo e a pílula; fazem inserção de DIU; revisão de DIU e de laqueadura tubária; prevenção de câncer de colo do útero e de mamas; orientam a importância do controle periódico e esclarecem dúvidas de maneira geral.

As frases temáticas a seguir evidenciam o trabalho desempenhado por elas.

- *A consulta da enfermeira para o planejamento familiar é de livre demanda e inclui entrega de camisinha, colocação de DIU, encaminhamento para palestras, orientação sobre o método escolhido, esclarecimento de dúvidas e de questões organizativas. (E1-1)*

- *No planejamento familiar, a enfermeira faz orientação individual, consulta de enfermagem com prescrição de métodos, inserção de DIU, prevenção de câncer de colo e mamas, atende retornos e revisões de DIU, laqueadura e de outros métodos. (E4-9)*
- *A enfermeira realiza atendimento individual de mulheres, fornecendo e orientando o método escolhido (pílula ou preservativo); fazendo revisão e retirada de DIU; coletando material para prevenção de câncer do colo de útero e orientando a importância do controle. (E7-4)*
- *A enfermeira participa das discussões na equipe de planejamento familiar. (E7-5)*

Verificamos que a assistência de enfermagem no planejamento familiar é uma assistência individualizada que tem como único objeto o corpo anátomo-funcional; aproxima do trabalho médico, adquire valor e libera o médico para atividades de diagnóstico e tratamento, ou seja, libera o médico para atividades mais complexas. Outras vezes a consulta de enfermagem é representada como forma de ampliar a cobertura assistencial do planejamento familiar como aponta um dos entrevistados.

- *O enfermeiro, fazendo o planejamento familiar clínico, tem permitido maior acessibilidade da população aos métodos contraceptivos (E3-1).*

Há uma racionalização do trabalho de assistência à saúde da mulher separando as atividades em graus de complexidade, o que permite que a oferta de determinadas ações possa ser ampliada a um custo menor, graças à delegação de funções.

Apesar de a enfermeira realizar, em parte, um trabalho complementar, e buscar um atendimento integral, muitas vezes, a assistência por ela prestada não é bem aceita pela comunidade, que, muitas vezes, se opõe a certas atividades por ela realizadas, como a inserção de DIU.

PEDUZZI (1998) ressalta que “o modelo biomédico coloca o saber não médico como algo periférico e ideologicamente instala uma hierarquia de valores que faz crer como saber periférico, como saber desprovido de tecnicidade.” (p. 172). Notamos que isso repercute em nível da comunidade

Segundo FERREIRA (1997), “em um modelo assistencial em que as ações coletivas sejam prioritárias, a consulta de enfermagem talvez seja instrumento essencial de trabalho, para complementar, no plano individual, outras ações coletivas que estejam sendo desenvolvidas, como os grupos de reflexão sobre saúde e cidadania feminina, as ações coletivas para a diminuição da violência contra a mulher, as ações de vigilância epidemiológica e tantas outras de intervenção não circunscritas à dimensão física dos serviços de saúde” (p.215).

Os agentes da equipe, como os psicólogos, a assistente social e a agente de saúde realizam, predominantemente, atividades voltadas para a saúde como fenômeno coletivo do processo saúde – doença.

Os psicólogos atuam na assistência à saúde da mulher desenvolvendo *curios ou grupos de gestantes*, cuja temática é o planejamento familiar e a contracepção; oferecem também orientação sexual para mulheres que vão se casar. Fazem *palestras no puerpério* incluindo, entre outros assuntos, o planejamento. Fazem *palestras sobre planejamento familiar e AIDS para escolares de primeiro grau* nas escolas da região.

Vejamos algumas frases temáticas dos entrevistados que apontam as atividades desenvolvidas pela assistente social e pelos psicólogos.

- *A psicóloga faz palestras para puérperas incluindo, dentre outros, o planejamento familiar e contracepção. (E9-6)*

- *A psicóloga desenvolve trabalho com grupo de gestantes no ambulatório, orientando-as de acordo com as necessidades e interesses e sempre inclui o planejamento familiar. (E9-7)*
- *O psicólogo participa do curso de gestantes e orienta sobre planejamento familiar. (E8-14)*
- *O serviço de psicologia tem feito orientação sobre contracepção e orientação sexual para mulheres que vão se casar. (E8-17)*

A agente de saúde atua no serviço e na comunidade. No serviço ela faz *entrevista* com a clientela cuja finalidade é coletar dados relacionados à vida e à saúde familiar e reprodutiva da mulher. É a etapa de identificação do atendimento individual. A agente de saúde também faz *palestras e orientações no serviço e na comunidade* sobre planejamento familiar, com demonstração de métodos contraceptivos, suas vantagens, desvantagens e orienta sobre aleitamento materno e higiene.

Vejamos as frases temáticas que mostram essas atividades:

- *A agente de saúde faz entrevista com a mulher, preenchendo uma ficha com dados relacionados à sua vida e saúde familiar e reprodutiva e sobre sua ocupação; faz palestras e orientações na comunidade. (E5-3)*
- *A agente de saúde faz visita domiciliar e orienta grupos de gestantes na comunidade sobre aleitamento materno, planejamento familiar, informações sobre os serviços que oferecem o planejamento familiar, demonstração dos métodos contraceptivos, suas vantagens e desvantagens, sobre higiene e outros assuntos de interesse da comunidade. (E5-7)*

O trabalho da assistente social e dos psicólogos apresentam pontos de articulação, tanto que eles se colocam como trabalhadores do setor Psicossocial, cuja função, dentre outras, é *avaliar e definir a realização do procedimento da laqueadura/vasectomia*, ou encaminhar para avaliação da equipe de saúde. Como foi dito anteriormente, o serviço Psicossocial tem o poder de decidir sobre a

aprovação da cirurgia esterilizadora. Isso não significa que a avaliação que precede à aprovação da cirurgia seja feita somente pelo serviço Psicossocial. Na maioria das vezes é encaminhado por outros profissionais e quando há dúvidas sobre a aprovação da cirurgia o caso é discutido com a equipe de saúde.

Como membros da equipe de saúde os psicólogos avaliam homens e mulheres que querem se submeter à vasectomia ou ligadura de trompas, verificando os aspectos relacionados ao campo do emocional, principalmente quanto à maturidade emocional para encerrar a vida reprodutiva; atuam também de forma preventiva levantando situações que pressionam a mulher para fazer ligadura, como, mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido.

Vejamos algumas frases temáticas que apontam as atividades relacionadas à ligadura de trompas e vasectomia, desenvolvida por esses dois profissionais.

- *No setor psicossocial a assistente social e/ou o psicólogo avaliam e definem a realização do procedimento de laqueadura/ vasectomia ou o encaminhamento para a equipe. (E2-1)*
- *Como membro da equipe de planejamento familiar, a psicóloga desenvolve um trabalho de ficar na escuta das questões relacionadas ao campo do emocional, principalmente quanto à maturidade emocional para encerrar a vida reprodutiva, tanto de homens quanto de mulheres que desejam submeter-se à cirurgia esterilizadora. (E9-9)*
- *O psicólogo atua de forma preventiva levantando situações que pressionam a mulher para fazer a ligadura como, mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido. (E8-13)*
- *O serviço de psicologia faz uma avaliação das mulheres que desejam fazer a ligadura de trompas. Em caso de dúvidas envia para o serviço*

social para uma reavaliação. Outras vezes ainda o caso necessita discussão na equipe multidisciplinar para posterior tomada de decisão. (E8-19)

A observação direta da pesquisadora na palestra feita pela agente de saúde, para um grupo de mulheres e homens, permitiu verificar o conteúdo e a forma das informações veiculadas. As mulheres permaneceram a maior parte do tempo como ouvintes. Os métodos anticoncepcionais foram apresentados seguindo uma lógica de objetividade: o que são, as vantagens e desvantagens em relação ao seu uso. Em resumo foi dada uma informação panorâmica de todos os métodos chamando a atenção para os mais usados. A palestra foi feita, quase todo o tempo, na forma de transmissão de conhecimento e informações. Apesar do esforço da agente de saúde em incluir as experiências das mulheres e homens, isso só ocorreu no final, não permitindo assim uma discussão que partisse das suas experiências com a contracepção.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) enfatiza que é fundamental que as palestras educativas tenham um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência das próprias mulheres. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa.

Observamos o interesse com que os homens participaram das discussões falando sobre a sua experiência e expectativas em relação à contracepção. Apesar de os homens terem se mostrado interessados na discussão, a participação deles ainda é pequena, por esta razão é necessário criar mecanismos que incentivem sua participação. A forma como os serviços estão organizados reforça o papel da mulher como única responsável pela contracepção.

É importante ressaltar que a implantação do PAISM não ocorreu dentro da perspectiva reivindicada pelos grupos organizados de mulheres. Após ter sido normatizado, as ações não estão sendo desenvolvidas de modo que se apreendam as concretas condições materiais e sociais de vida das mulheres, nos diferentes contextos. Essa perspectiva não foi tomada pelos agentes de saúde, o que a torna

como algo imposto e, portanto, tecnocrático, diferente da proposição humanística reivindicada pelo movimento de mulheres.

Observamos, no entanto, que apesar de o modelo não superar o recorte biológico sob o qual a mulher é concebida, há trabalhos que representam uma postura mais humanística, apontando para transformações. Há núcleos de resistência que mostram que alguns trabalhos tendem a se processar de forma diferenciada, como, por exemplo, o trabalho de aconselhamento e orientação que a equipe realiza com a mulher que solicita laqueadura de trompas, quando se procura abordar a mulher em seu contexto de vida e trabalho. Apesar de este trabalho ser realizado pela equipe, a observação de campo permitiu verificarmos que ele é, mais frequentemente, realizado pelos psicólogos e assistente social. Relembramos que conforme já apontamos, MENDES-GONÇALVES(1992, p. 40-41), refere que esses dois campos, o das ciências sociais e humanas e o da sociologia, tendem mais facilmente a “entrar em conflito com a orientação individualizante e biologizante da concepção da “doença”, devido aos seus específicos aportes sobre os fenômenos sociais e emocionais, no entanto, termina por orientar seu trabalho sob a normatividade médica, mantendo a abordagem individualizante”.

Percebemos que há então tensões entre os membros da equipe no sentido de buscar ampliar o campo de ação da saúde da mulher para além do âmbito da concepção biologizante, incluindo abordagens do âmbito das ciências sociais ou humanas. Mas, para que mudanças no modelo venham a ocorrer, é necessário um movimento consciente dos profissionais.

Observamos, então, que, apesar de a equipe ter uma tendência à horizontalidade, esta é apenas aparente, porque ela continua trabalhando, apesar de algumas resistências, no modelo biomédico e não chega a argüir sua racionalidade.

6.2.2 O Trabalho da Equipe na Laqueadura Tubária: Aconselhamento

A literatura que aborda o aconselhamento no planejamento familiar assinala que a sua finalidade é ajudar a cliente a tomar uma decisão livre, informada e ponderada em matéria de planejamento familiar. Além de facilitar a informação sobre métodos contraceptivos, o conselheiro tem que centrar-se na decisão da cliente. O aconselhamento é particularmente importante no caso da esterilização por tratar-se de um método cirúrgico que tem efeito permanente. Essa é a orientação seguida pela equipe multiprofissional pesquisada.

Vejamos algumas frases temáticas que mostram essa forma de desenvolver o trabalho.

- *A função do profissional é colocar todas as questões que envolvem a laqueadura para que a mulher possa refletir e tomar uma decisão consciente e amadurecida. (E8-26)*
- *A psicóloga não indicaria a ligadura para ninguém, mas ajuda a pessoa a tomar decisões através de informações, troca de idéias, numa relação de ajuda para que o outro possa tomar a própria decisão de maneira tranqüila e saudável. (E9-19)*

Esclarecer a mulher quanto a assumir os riscos e conseqüências da cirurgia esterilizadora depois que ela já está informada e orientada, parece ser palavra de ordem no trabalho da equipe envolvida com a esterilização cirúrgica. O aconselhamento é a atividade que garante um suporte para a tomada de decisão da mulher.

Vejamos algumas frases temáticas que apontam essa diretriz.

- *A mulher deve submeter-se à laqueadura de trompas somente após estar esclarecida e ciente sobre a cirurgia, bem como disposta a assumir os riscos que podem advir da mesma. (E6-16)*
- *Os profissionais de saúde devem evitar que a mulher tome decisões precipitadas sobre a cirurgia esterilizadora, orientando-a sobre os riscos e as conseqüências da cirurgia. (E6-14)*

- *A mulher ou o homem devem estar tranquilos, conscientes, bem informados e emocionalmente amadurecidos sobre decisão pela ligadura ou vasectomia para evitar problemas posteriores. (E9-14)*

Graças ao aconselhamento pode-se evitar ou cancelar decisões equivocadas de clientes mal informadas, ou tomadas em circunstâncias difíceis.

A frase temática extraída de uma das entrevistas mostra essa possibilidade.

- *O psicólogo já se deparou com situações na qual, após o atendimento, a pessoa desistiu da laqueadura. (E8-12)*

O aconselhamento representa um espaço para a comunicação cliente-membro da equipe, onde tanto o cliente quanto o agente escutam e falam.

Um dos objetivos percebidos pela pesquisadora durante o acompanhamento do trabalho de aconselhamento é a identificação de mulheres que poderiam mudar de atitude depois de haver sofrido a intervenção. Essa diretriz é perseguida a quase todo momento pelos agentes da equipe multiprofissional.

O arrependimento ou outras reações negativas sobre a esterilização feminina estão vinculados a vários fatores que terão que ser esclarecidos com a cliente antes de se proceder ao ato cirúrgico.

A Association for Voluntary Contraception (1990), citada pela OMS (1993), enfatiza a necessidade de considerar algumas características das clientes que induzem ao descontentamento ou outras reações negativas após a esterilização como:

- Ser jovem, podendo variar em função dos diversos fatores culturais e sociais.
- Não ter filhos ou ter poucos, podendo variar em função dos diversos fatores culturais e sociais.
- Ter um filho em más condições de saúde.
- Ter um relacionamento conjugal instável ou um marido que não coopera.

- Ser solteira ou viúva.
- Estar pressionada pelo marido ou por alguma outra pessoa para que se submeta à esterilização.
- Tomar a decisão em circunstâncias excepcionalmente difíceis, como por exemplo, durante o parto ou depois da morte de um filho.
- Tomar uma decisão precipitadamente, sem ter tido tempo para refletir ou reconsiderar.
- Não ter acesso a outros métodos anticoncepcionais.
- Ter conflitos religiosos ou culturais não resolvidos.
- Receber subsídios ou outros incentivos que possam influir na decisão.
- Estar incompleta ou incorretamente informada sobre a esterilização feminina.
- Ter razões de saúde para deixar de ter filho.
- Ter desejos maternos insatisfeitos.
- Colocar esperanças infundadas na esterilização e suas consequências.
- Optar pela esterilização considerando que sempre é possível restabelecer a fecundidade.
- Não estar segura se desejaria ter mais filhos pelo fato de perder algum ou de voltar a se casar.

Para os profissionais da equipe multiprofissional o arrependimento é a complicação mais importante que deve ser tentado evitar, e o processo de avaliação da equipe para a tomada de decisão influencia para um baixo índice de arrependimento.

As frases temáticas abaixo nos remetem a esta preocupação.

- *O médico considera que o arrependimento é a complicação mais importante na laqueadura de trompas, que deve ser tentado evitar. (E6-13)*

- *O processo de avaliação da equipe para a tomada de decisão sobre a realização da laqueadura/vasectomia influencia no baixo índice de arrependimento. (E2-6)*

A bibliografia sobre o tema do arrependimento na laqueadura tubária é bastante ampla. Tem sido objetivo de muitos autores tentar identificar quais os fatores que podem estar motivando esse arrependimento (ADES, 1997). A idade inferior à 25 anos à época da esterilização está entre os fatores mais importantes (WILCOX e cols., 1991; CALVERT, 1995; RAMSAY e RUSSEL, 1991; PLATZ CHRISTENSEN e cols., 1992).

No Brasil PINOTTI e cols. (1986) encontraram como fatores de risco associados à insatisfação: idade abaixo de 25 anos, estado civil separadas ou divorciadas e, nas casadas, tempo de união inferior a 5 anos.

ADES (1997) comparou dois grupos de mulheres, um de arrependidas e outro de não arrependidas e também encontrou que no grupo de arrependidas a idade apresentada pelas mulheres no momento da laqueadura é altamente significativa como fator para o arrependimento. Neste estudo as mulheres tinham em média 24,7 anos quando da realização da cirurgia. Outro fator, que esse autor identificou, no caso do arrependimento pela cirurgia esterilizadora, foi a presença de um novo companheiro, com o qual a mulher está constituindo nova união e deseja ter seus próprios filhos. Essa situação foi verificada em mais de 90% das mulheres que se diziam arrependidas.

Os nossos entrevistados apontam para fatores semelhantes, referindo que o arrependimento com relação ao método definitivo está ligado ao desejo de ter mais filhos em um novo relacionamento. Em contraste com essa postura um dos entrevistados argumentou que a necessidade de ter outros filhos em um novo relacionamento não deve ser confundida com arrependimento.

As frases temáticas a seguir mostram essa preocupação dos nossos depoentes.

- *Para o psicólogo, o arrependimento quanto ao método definitivo está ligado a um componente psicológico e ao desejo de ter novos filhos em função dos novos relacionamentos que surgem entre os casais (E8-21)*
- *Não se deve confundir arrependimento com a nova necessidade de ter novos filhos em um novo relacionamento (E3-12)*
- *A enfermeira mudou sua opinião sobre a laqueadura ao longo dos anos de vivência como profissional e como mulher (E4-12)*
- *Na experiência da enfermeira está ocorrendo uma mudança na vida das mulheres (tem aumentado o número de novos relacionamentos e isto cria a necessidade de ter mais filhos) por esta razão é que se deve ter cuidado na decisão sobre a ligadura (E4-12)*

É interessante ressaltar que o arrependimento, associado à necessidade de ter novos filhos em um novo relacionamento, foi somente apontado no recente trabalho de ADES (1997), e agora pelos nossos entrevistados. Trata-se de um importante aspecto relacionado ao arrependimento que merece atenção se considerarmos a mobilidade das relações entre os casais na atual sociedade brasileira.

A Revista Veja, de março de 1999, publicou matéria sobre as transformações da família brasileira, assinalando que dentro de mais vinte anos, a família nuclear constituída de pais e filhos de um primeiro casamento será minoria no país. Ressaltou ainda que o número de divórcios quase dobrou em apenas 10 anos e chegam a cerca de 20.000 por ano e que, um de cada quatro casamentos termina em separação. Aponta ainda que uma nova cultura de que os casamentos não vão durar para sempre é cada vez mais aceita entre os diversos grupos e classes sociais. Com isso, formas de adaptação ao novo padrão vão surgindo. Ainda segundo a Revista Veja o novo organograma do grupo familiar, que os psicólogos chamam de família-mosaico, é um fenômeno mundial.

Esses dados convidam-nos a fazer uma reflexão em relação à cirurgia esterilizadora como opção contraceptiva definitiva.

O aconselhamento na laqueadura tubária como um trabalho interativo desenvolvido por todos os membros da equipe, tenta abarcar um complexo de conhecimentos gerados pela própria natureza do objeto, objeto este complexo e contraditório. A perspectiva de multidimensionalidade que a equipe tenta imprimir no trabalho de aconselhamento, inclui, além do aspecto biológico, a perspectiva psicológica e emocional contida no processo de decisão pela laqueadura tubária. Os profissionais mencionam a necessidade de ficarem na escuta de questões relacionadas ao campo do emocional, principalmente quanto à maturidade, para encerrar a vida reprodutiva.

Nossos entrevistados apontaram ainda para a importância de se ficar atento para a relação entre ligadura de trompas, vida sexual e reprodução.

Vejamos as frases temáticas que incluem essa perspectiva.

- *A psicóloga considera que se deve ficar atento para a relação entre a ligadura e a vida sexual (E9-15)*
- *Na experiência de trabalho do psicólogo a relação ligadura de trompas, reprodução e sexualidade deve ser vista com cuidado, devido aos efeitos psicológicos negativos que esta cirurgia pode causar sobre a sexualidade da mulher e no relacionamento do casal (E8-22)*

De acordo com a OMS (1993), para realizar o trabalho de aconselhamento, é preciso saber observar, falar e escutar. Os conselheiros devem estar informados de todos os métodos anticoncepcionais existentes e saber transmitir essa informação de forma clara e acessível à clientela.

Um dos principais recursos utilizados para o aconselhamento é a *informação*, que é transmitida através de palestras educativas em grupo e na forma de orientações individuais.

A *informação* é uma atividade praticada por todos os agentes da equipe multiprofissional e não se constitui como atividade específica de um determinado agente da equipe, embora seja feita, predominantemente, pelos psicólogos, pela assistente social e pela agente de saúde.

As palestras educativas em grupo são feitas no ambulatório para grupos de gestantes que freqüentam o pré-natal e para adolescentes das escolas de primeiro grau da região. As orientações individuais ocorrem com maior freqüência que as palestras educativas.

As frases temáticas apresentadas a seguir mostram essa forma de organização do trabalho.

- *Uma das atividades do planejamento familiar são as palestras educativas em grupo, que vêm ocorrendo com pouca freqüência devido à diminuição da clientela (E6-4)*
- *As palestras sobre planejamento familiar são feitas no ambulatório para gestantes que estão fazendo pré-natal (E8-2)*
- *As orientações sobre métodos contraceptivos têm ocorrido individualmente (E6-5)*
- *Orientações individuais para as mulheres que querem implantar DIU ocorrem com freqüência (E8-15)*
- *A psicóloga e a assistente social desenvolvem trabalho de orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, dentre outros assuntos, para pré-adolescentes e adolescentes das escolas de primeiro grau da região (E9-10)*

A finalidade principal da *informação* é facilitar dados que sirvam de base para a clientela tomar sua decisão em matéria de planejamento familiar. Para isso tem que ser dada uma informação completa, exata e imparcial sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis. Todo pronunciamento favorável a um método em detrimento de outro, ou centrado somente nas vantagens de alguns deles suscitará confusões e colocará em perigo o bom fundamento da escolha.

A frase temática a seguir representa o conteúdo básico das informações sobre contracepção.

- *A palestra educativa com as gestantes que fazem o pré-natal no serviço inclui demonstração dos métodos contraceptivos, discussão das*

vantagens e desvantagens e discussões para troca de experiências entre as participantes do grupo (E5-8)

Tanto as atividades de informação como o material informativo que se destina à clientela requerem um planejamento e execução cuidadosos. As mensagens e as vias de transmissão apropriados devem ser planejados, assim como a avaliação da eficácia das atividades.

A escolha livre e informada pode estar em perigo se insiste exageradamente em um método anticoncepcional determinado. A participação da clientela é essencial para o êxito do programa.

Tanto a pesquisa exploratória, quanto a observação de campo possibilitaram o acompanhamento de palestras para grupos de mulheres gestantes e homens, sobre métodos contraceptivos. Percebemos que o conteúdo da informação, basicamente aborda todos os métodos contraceptivos, as suas vantagens e desvantagens. As expectativas e necessidades de cada grupo não são verificadas anteriormente, a fim de se conhecerem as necessidades dos diversos grupos. As mensagens são transmitidas, sistematicamente, para todos os grupos da mesma forma. O material visual utilizado parece também não ser o mais adequado. Ao final das palestras é aberta a discussão para a troca de experiências entre os participantes dos grupos ou para esclarecimentos de dúvidas. As palestras constituem uma prática centrada no saber do profissional, transmitindo à clientela conteúdos pré-estabelecidos. O corpo é visto no plano da ciência biológica, como estrutura anátomo-fisiológica, fragmentado e parcelado.

Alguns de nossos entrevistados consideraram que o papel da equipe é dar informações técnicas e estas são a base para que as pessoas se conscientizem, tomem decisões, responsabilizem-se por suas escolhas e opções, assumam as consequências das escolhas, inclusive o arrependimento, se houver, no caso da laqueadura tubária.

A frase temática a seguir representa essa concepção.

- *A psicóloga considera que a sua função é informar, orientar para que a pessoa tome a decisão e assuma suas possíveis conseqüências inclusive o arrependimento (E9-16)*

Para que o trabalho da informação seja eficaz, a clientela tem que dispor de uma gama de serviços de planejamento familiar e ter acesso a eles em um contexto livre de coação.

Nossos entrevistados levantaram que a falta de informação e acesso a métodos contraceptivos tem levado mulheres jovens que tem 4-5 filhos a solicitarem ligadura de trompas.

Vejamos uma frase temática que mostra essa interpretação.

- *Segundo a enfermeira, o fato de mulheres jovens que têm 4-5 filhos solicitarem ligadura de trompas deve-se à falta de orientação e acesso a métodos contraceptivos. (E7-16)*

Por outro lado, o valor da atividade educativa é questionado por um dos agentes da equipe. Vejamos:

- *Para o médico, homens e mulheres já vêm ao serviço com a escolha pronta sobre o método que irão usar, e que a atividade educativa não modifica essa escolha, apenas esclarece as dúvidas e dá orientações, inclusive sobre riscos. (E6-6)*
- *Para o médico, a atividade educativa no planejamento familiar tem a função de orientação e não de modificar a opinião dos usuários. (E6-7)*

A atividade educativa cumpre uma das finalidades do trabalho da enfermagem, que é a promoção da saúde e a prevenção de doenças em indivíduos/grupos sociais doentes ou sadios.

O médico nega o valor da ação educativa e, ao negá-lo, por um lado, reforça seu próprio poder centralizador do processo de trabalho em torno do diagnóstico e terapêutica e, por outro, reforça o caráter periférico do trabalho de promoção e prevenção realizado pelos agentes da equipe de trabalho, atribuindo um caráter periférico e, até mesmo desnecessário às ações educativas.

Há ainda a possibilidade de que a desvalorização da ação educativa seja devida a que o modelo pedagógico desta ação está centrado no saber técnico, na informação. Embora a informação seja a essência do trabalho educativo, ela por si só, não garante uma mudança de comportamento, porque educar segundo MELLES e ZAGO(1999, p.90), “implica o desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem(habilidades psicomotoras e atitudes) e todas elas associadas é que poderão constituir-se em subsídios para as alterações comportamentais e atitudes de saúde”. Operacionalmente, o desenvolvimento das atividades educativas segue princípios pedagógicos comportamentais. Neste sentido entendemos por que o médico refere que a atividade educativa não modifica as escolhas prévias dos usuários, e que é preciso mais que informações no sentido de favorecer a argüição do caráter ideológico presente nas mensagens sobre meios para controlar a fecundidade difundidos pelo rádio, televisão, jornais e revistas. É muito provável que essas mensagens, muitas vezes subterfugiadas, tenham grande poder de influência em relação “às escolhas prontas”.

As clientes podem receber informações sobre métodos contraceptivos de muitos modos, e parte dessa informação pode ser inexata ou incompleta, por isso o planejamento e a execução da atividade educativa requerem uma atenção cuidadosa.

De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993), a primeira fase de qualquer programa eficaz de informação requer a análise cuidadosa da comunidade. Durante essa fase é preciso falar com a clientela e examinar as mensagens que já estão circulando, principalmente em relação à esterilização feminina. As seguintes questões devem ser respondidas, [a] Existem rumores ou mitos?; [b] Que fatores podem fazer com que clientela acredite ou resista à informação sobre planejamento familiar e em particular sobre esterilização?; [c] Que fontes de informação a clientela considera confiáveis e dignas?; [d] Qual é a informação que transmitem as revistas, televisão e o rádio?; [e] Como é a pratica do planejamento familiar, ampla ou está no começo?; [f] Que difusão tem a esterilização feminina?; [g] Qual o papel da mulher na

sociedade e como esse papel influi nas atividades de informação e planejamento da família; [g] Que papel desempenham os homens na adoção de decisões sobre planejamento familiar.

As respostas a essas questões podem ser obtidas através de entrevistas com membros da comunidade e clientela. É importante também consultar textos de referências, realizar pesquisas e grupos focais.

A OMS (1993) ainda relaciona que, após a análise do contexto da comunidade e do serviço, deve-se estabelecer a segunda etapa, elaborando um plano com objetivos e temas do programa, reunindo as informações sobre o grupo alvo. Deve-se ter um perfil do grupo, conhecer suas características, necessidades e capacidade de compreensão. Para conseguir o perfil da clientela alvo, torna-se necessário verificar, [a] Grau de escolaridade da clientela; [b] O que sabem sobre planejamento familiar e esterilização feminina; [c] Quais são suas preocupações, dúvidas e idéias falsas sobre planejamento familiar e esterilização feminina; [d] Quantos filhos desejam ter; [e] O que é importante para a clientela; [f] Que problemas enfrentam? As respostas a essas questões podem ser obtidas através de entrevistas, pesquisas e grupos focais e são a base para a formulação da mensagem básica em função dos principais temas identificados.

A atividade educativa construída com base no perfil e necessidades da clientela, possivelmente permitirá à clientela identificar-se mais nessa atividade e sentir-se incluída. Isso muda a forma dos agentes encararem a atividade educativa valorizando-a como fundamental na assistência ao planejamento familiar.

6.3 Concepções da Equipe Acerca de Planejamento Familiar, Contracepção e Ligadura de Trompas

O planejamento familiar foi definido pelos entrevistados como acesso aos diferentes métodos contraceptivos. O acesso tanto aos métodos temporários quanto aos definitivos é um direito que a mulher tem. O planejamento familiar

foi considerado importante para as pessoas organizarem e planejarem se querem ou não ter filhos.

Vejamos algumas frases temáticas referentes a essa concepção.

- *O acesso aos métodos definitivos ou temporários é um direito da mulher. (E2-6)*
- *A psicóloga considera que o planejamento familiar é importante para que as pessoas organizem e planejem se querem ou não ter filhos. (E9-8)*
- *O planejamento familiar é definido como acesso aos diferentes métodos contraceptivos. (E3-13)*

O artigo 226 parágrafo 7 da Constituição da República Federativa do Brasil diz que “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”.

Para que as decisões reprodutivas sejam realmente livres é necessário que existam certas condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos; serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados é uma dessas condições.

Os nossos entrevistados mencionaram que, por falta de acesso a serviços de saúde e por falta de conhecimento de alguns métodos contraceptivos, muitas mulheres têm um espaçamento pequeno entre os filhos. Isso tem levado mulheres de pouca idade a submeterem-se a laqueadura de trompas sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma. Foi ainda mencionado que muitas mulheres já vêm para o serviço com a escolha pronta e que a atividade educativa não modifica essa escolha.

Vejamos algumas frases temáticas que exemplificam esses aspectos:

- *A agente de saúde considera que a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, e o pouco espaçamento de tempo entre os filhos, leva*

mulheres com pouca idade a fazerem laqueadura de trompas sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma. (E5-12)

- *A agente de saúde considera importante falar sobre contracepção durante o pré-natal porque muitas mulheres têm um espaçamento pequeno entre os filhos, por falta de conhecimento de alguns métodos e por não terem acesso a serviços de saúde. (E5-9)*
- *Para o médico, homens e mulheres já vêm ao serviço com a escolha pronta sobre o método que irão usar e que a atividade educativa não modifica essa escolha, apenas esclarece as dúvidas e dá orientações, inclusive sobre riscos. (E6-6)*

Foi também enfatizado que os métodos contraceptivos devem ser adequados para cada mulher, tendo como conduta nunca indicar um método, mas colocar as opções de acordo com as necessidades e preocupações da cliente.

O direito de acesso foi enfatizado na fala dos profissionais de saúde e isto se constitui em mudança. Este é o primeiro passo para eliminar as gritantes desigualdades de acesso aos meios contraceptivos. Não adianta falar em liberdade de escolha se não há acesso aos serviços e aos métodos. As leis que garantem a liberdade de escolha são inúteis quando as mulheres não têm acesso aos serviços de saúde ou quando a qualidade é precária ou ainda quando faltam os insumos e financiamento adequado para o sistema de saúde pública.

Os agentes da equipe de saúde incorporaram o discurso do Estado e do princípio de livre escolha, mas também mencionaram condições restritivas que cerceiam a livre escolha como, “escolha pronta”, falta de acesso e conhecimento dos métodos contraceptivos e falta de acesso a serviços de saúde. A clientela procura o serviço de saúde tendo feito a escolha por métodos contraceptivos de alta tecnologia como a “pílula” e a “laqueadura”.

De fato, se retomarmos a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde — PNDS, 1996 (BEMFAM, 1997), os dados estatísticos nos mostram que de um total de 76,7% de mulheres unidas, 40% estão esterilizadas e 21% usam pílula

anticoncepcional. Os dois métodos juntos somam um total de 61%. Isso demonstra a precariedade das alternativas contraceptivas.

Ao apontarmos essas questões queremos ao mesmo tempo ressaltar para condições que possivelmente estão conduzindo a uma superação do estado atual para um novo estado, na medida em que os agentes da equipe de saúde, apontam que, na prática, está ocorrendo uma maior acessibilidade aos métodos contraceptivos, embora ainda não satisfatória.

A agente de saúde considera fundamental sua participação na equipe, pois sua convivência e atuação na comunidade facilitam uma melhor compreensão da realidade e das necessidades da clientela. Revelam-se nessa situação o respeito às mulheres e a necessidade de proporcionar meios para que cada vez mais elas sejam ouvidas e respeitadas e que seus anseios e experiências sejam levados a sério no âmbito dos serviços de saúde.

Para CORREA e PETCHESKY (1996), “direitos sexuais e reprodutivos (ou quaisquer), compreendidos como “liberdades privadas” ou “escolhas”, não têm sentido, especialmente para grupos sociais mais pobres e privados de direitos—quando estão ausentes as condições que permitem seu exercício. Estas condições constituem os direitos sociais e envolvem uma política de bem estar social, segurança pessoal e liberdade política, elementos essenciais para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe”(p. 149).

Concluimos que a chave para entender a tomada de decisão por métodos contraceptivos como direitos individuais deve ser abordada no contexto dos direitos sociais e que a liberdade de escolha depende do acesso e do espectro de escolhas para que se possa tomar uma decisão consciente. Não podemos imaginar que as mulheres estão separadas dos contextos sociais ou das condições que

tornam essas decisões possíveis. É preciso ver que a tomada de decisão de uma mulher envolve fatores sociais, econômicos, culturais, pessoais, dentre outros.

Quanto às concepções sobre a laqueadura de trompas, observamos que os agentes da equipe de saúde emitiram sua opinião em nível técnico e em nível pessoal de forma conflituosa. Na prática, entretanto, acabam valorizando as regras técnicas.

A ligadura é vista por eles como um direito que a mulher tem, mesmo que ela não esteja dentro dos critérios da Instituição. Tecnicamente a ligadura foi considerada como um método seguro, simples, eficaz e eficiente, como técnica cirúrgica e como método contraceptivo.

As frases temáticas abaixo apontam essas concepções.

- *Tecnicamente a laqueadura ou a vasectomia são métodos simples, seguros e eficientes. A vasectomia poderia ser recomendada em termos de saúde pública. (E3-1)*
- *A laqueadura é vista como um direito que a mulher tem, mesmo que ela não esteja dentro dos critérios da instituição. (E4-1)*
- *A ligadura é um direito que a pessoa tem. (E9-17)*

Segundo um de nossos entrevistados, as mulheres preferem a ligadura de trompas pelo fato de ser eficaz e não trazer os problemas que o DIU e a “pílula” trazem. Vejamos frases temáticas que apontam essa concepção por parte da mulher.

- *O médico acredita que a maioria das mulheres prefere a ligadura como o melhor método, por ser eficaz, seguro e não trazer os problemas que a pílula e o DIU trazem. (E6-20)*
- *Segundo o médico, as mulheres não consideram o arrependimento da ligadura como uma complicação e “não pensam também que é uma cirurgia”, mas que é somente mais um tipo de método contraceptivo (E6-21).*

As questões pertinentes às complicações e efeitos colaterais decorrentes deste procedimento cirúrgico têm sido alvo de vários estudos e os resultados chegam a ser conflitantes.

Os estudos referem-na como síndrome pós-laqueadura, responsabilizando a cirurgia pelo aparecimento de distúrbios ginecológicos tais como: irregularidade menstrual, dor pélvica, displasia mamária e doença inflamatória pélvica(dip), dentre outras (ALBUQUERQUE, 1985; FAGUNDES, 1993; MOLINA da COSTA, 1995).

FAGUNDES (1993) ressalta que alguns pesquisadores têm demonstrado alteração do perfil hormonal, principalmente dos níveis médios de progesterona durante a fase lútea.

Para muitos pesquisadores as modificações funcionais decorrem do comprometimento vascular e nervoso do mesossalpinge. Nesse raciocínio quanto maior a lesão tissular, maior será a resposta disfuncional ovariana. Por esta razão valoriza-se a técnica a ser empregada com o fim de diminuir ou evitar futuros distúrbios.

BASBUM (1992), em entrevista à Folha de São Paulo, adverte que “pelo menos 80% das mulheres que fazem a ligadura de trompas vão apresentar, a curto prazo ou a médio prazo alterações funcionais dos ovários”(p. 6) A ligadura altera a produção hormonal dos ovários, provocando distúrbios menstruais em quase todas as mulheres esterilizadas. A redução da produção de progesterona—que ocorre nas mulheres esterilizadas — leva a um aumento do estrogênio. Em consequência, o útero, cujas fibras musculares dependem do equilíbrio entre os hormônios, começa a se transformar num órgão miomatoso, aumentando de tamanho.

Como podemos observar a laqueadura tubária pode trazer problemas. Frequentemente ela é realizada com a finalidade de evitar os efeitos colaterais dos hormônios esteróides dos contraceptivos orais, entretanto, muitas mulheres subseqüentemente requerem tratamento com tais hormônios para correção dos

problemas menstruais; em casos mais severos pode ocorrer a necessidade de histerectomia (FAGUNDES, 1993). Pode também ocorrer problemas psicológicos e sexuais. Algumas mulheres relatam que não conseguem atingir o orgasmo após a cirurgia. Fisicamente, não há qualquer tipo de relação, mas a mulher relaciona, inconscientemente, a sua feminilidade com a reprodução.

Embora as considerações sobre a esterilização tenham sido positivas, alguns membros da equipe se posicionaram desfavoravelmente devido ao seu caráter de radicalidade, e que não se deveria utilizar um método definitivo devido a permissividade e mobilidade nas relações conjugais de nossa sociedade. Essa observação vem modificando a opinião de um dos membros da equipe sobre a ligadura ao longo de sua experiência de vida e trabalho.

Vejamos algumas frases temáticas que nos mostram esse posicionamento.

- *O médico não é favorável e não aceita os métodos definitivos como a vasectomia e a laqueadura de trompas pelo seu caráter de radicalidade. O aspecto definitivo não agrada este médico em nenhuma área da vida. (E3-8)*
- *Não se deveria fazer método definitivo devido a permissividade e mobilidade nas relações pessoais de nossa sociedade. (E3-11)*
- *A enfermeira mudou sua opinião sobre a laqueadura ao longo dos anos de vivência como profissional e como mulher. (E4-11)*
- *Na experiência da enfermeira está ocorrendo uma mudança na vida das mulheres (tem aumentado o número de novos relacionamentos e isto cria a necessidade de ter mais filhos) por esta razão é que se deve ter cuidado na decisão sobre a ligadura. (E4-12)*

A fala dos agentes da equipe multiprofissional permitiu-nos apreender, de um lado, a concepção de laqueadura como método eficiente, eficaz e seguro, tendo como referência o modelo biomédico, onde o corpo anátomo-funcional, aliado de seu contexto histórico, é objeto de interferência. Por outro lado, as concepções desfavoráveis estão relacionadas às determinações sociais das

condições de vida e saúde das pessoas. Entendemos que ambas concepções, embora contraditórias, são aspectos do mesmo fenômeno e apontam para um movimento de superação, na medida em que os agentes da equipe de saúde indicam aspectos que avançam na compreensão da laqueadura como fenômeno social, trazendo à baila aspectos relacionados aos campos psicológico e social.

As frases temáticas a seguir mostram-nos essa perspectiva.

- *O psicólogo considera a gravidez, o pós-parto imediato e o relacionamento do casal, fatores emocionais que devem ser fortemente considerados na aceitação do pedido de ligadura de trompas. (E8-11)*
- *Na experiência de trabalho do psicólogo, a relação ligadura de trompas, reprodução e sexualidade deve ser vista com cuidado, devido aos efeitos psicológicos negativos que esta cirurgia pode causar sobre a sexualidade da mulher e no relacionamento do casal. (E8-22)*
- *A psicóloga considera que se deve ficar atento para a relação entre a ligadura e a vida sexual. (E9-15)*

Embora haja essa tendência, não há de fato conflito com as regras técnicas, que são soberanas por ocasião da tomada de decisão.

O modelo hegemônico de assistência individual, o modelo clínico, traduz, por um lado, a forma positiva de como a laqueadura é concebida, sendo fortemente enfatizado pelos agentes da equipe de saúde. Por outro, os distúrbios funcionais e psíquicos que podem ser causados pela laqueadura, em nenhum momento foram mencionados pelos entrevistados. Perguntamos, por que e aproveitamos para argüir o caráter ideológico de não se discutir prováveis efeitos adversos da laqueadura de trompas sobre o corpo e a mente da mulher. A esterilização é um ato médico, realizado num hospital e, portanto, tem “valor” maior em relação a outras formas de anticoncepção, como, por exemplo, os métodos naturais ou de barreira, os quais têm poucos efeitos adversos, mas que são tidos como de pouca eficiência. O modelo tecnocrático de controle da

reprodução, centrado no saber técnico científico, gera uma demanda por intervenção e a sensação de controle.

Podemos também inferir que ainda prevalece o raciocínio neomaltuásiano de evitar ‘hábitos incontrolados de reprodução’, que provocam pobreza devendo ser combatidos a qualquer custo, mesmo que seja para interferir no corpo da mulher e produzir efeitos indesejáveis. As mulheres e homens pobres são convencidos de que a causa de sua pobreza é o grande número de filhos que eles têm e não a distribuição desigual da renda.

Embora os agentes da equipe considerem a ligadura tubária como um direito, o exercício desse direito de fato está prejudicado. Isso permite, de um lado, inferir que a abordagem da laqueadura, em vez de permitir o alcance de liberdades e direitos, tem a finalidade de regulação do corpo da mulher como instrumento de reprodução, mas, por outro, e contraditoriamente, observamos que começa a se delinear uma nova perspectiva de abordagem da laqueadura como fenômeno social.

6.4 O processo de Tomada de Decisão na Laqueadura Tubária

Os discursos dos sujeitos entrevistados sugerem que a tomada de decisão ocorre em duas dimensões distintas, porém relacionadas: uma em nível individual da mulher na relação de trabalho com a equipe, e a outra em nível da equipe multiprofissional, autônoma por referência à mulher.

No primeiro nível os profissionais apontam algumas condições que, segundo a sua visão, influenciam a decisão da mulher. No segundo, a decisão é baseada, principalmente, em critérios que a equipe adota para autorizar a realização da cirurgia.

A explicitação e o reconhecimento das forças expressas no processo decisório da laqueadura é de fundamental importância no sentido de apreender os aspectos valorativos e os efeitos destes sobre o trabalho da equipe de saúde no processo de tomada de decisão.

6.4.1 A Escolha da Mulher na Dimensão Relacional com a Equipe

Na dimensão relacional com a equipe, a mulher/cliente deve decidir por si própria, a partir das informações técnicas recebidas. E esperam que como resultado dessas informações recebidas, tanto homens, quanto mulheres estejam conscientes da decisão, tranquilos, bem informados, sem dúvidas, livres de pressões e emocionalmente amadurecidos para assumir as possíveis consequências do método definitivo, inclusive o arrependimento.

As frases temáticas abaixo apontam-nos essa perspectiva:

- *A decisão sobre o método contraceptivo definitivo, ou não, é atribuída à mulher/cliente. (E1-5)*
- *A enfermeira considera que a cliente deve decidir por si própria quanto ao método definitivo, a partir das informações técnicas recebidas; por ser adulta e consciente, deve responsabilizar-se por suas escolhas e opções. (E1-6)*
- *A decisão de fazer a laqueadura de trompas ou a vasectomia é pessoal, deve ser uma decisão consciente e deve-se conhecer os riscos e consequências sobre a vida das pessoas, evitando assim futuro arrependimento. (E3-9)*
- *A mulher ou o homem devem estar tranquilos, conscientes, bem informados e emocionalmente amadurecidos sobre a decisão pela ligadura ou vasectomia para evitar problemas posteriores.*
- *A psicóloga considera que a sua função é informar, orientar para que a pessoa tome a decisão e assuma suas possíveis consequências inclusive o arrependimento. (E9-3)*

O principal objetivo dos profissionais ao orientar a cliente é apoiar o processo de decisão para evitar o arrependimento. Nesse nível de interação entre mulher e profissionais de saúde, as condições apontadas, segundo eles, representam a mútua influência, tanto da mulher para eles, como deles para a

mulher. Ao orientar a mulher, eles esperam apoiá-la na tomada de decisão autônoma e evitar o arrependimento. Isso é o ideal almejado no discurso dos profissionais.

Quanto ao apoio a uma decisão autônoma, temos que argüí-la, em referência à base do raciocínio marxista hierarquizado da sociedade. A relação profissional de saúde/paciente reproduz as relações de classe social, ou seja, uma relação de desigualdade.

Para HARNECKER(1983, p.157), a definição marxista de classes sociais é “classes sociais são grupos sociais antagônicos em que um se apropria do trabalho do outro por causa do lugar diferente que ocupam na estrutura econômica de um modo de produção determinado, lugar que está determinado, fundamentalmente, pela forma específica em que se relacionam com os meios de produção.”

Essa relação específica tem sido considerada classicamente como uma relação de propriedade ou não propriedade dos meios de produção. O objeto e os instrumentos de trabalho compõem os meios de produção.

No caso em discussão, quem domina os instrumentos de trabalho, o saber técnico, são os profissionais de saúde, que ao negarem a autonomia da clientela, reafirmam a posição hegemônica do saber técnico e as relações desiguais se estabelecem em função desse saber.

Os dois elementos não estão negociando igualmente. Sendo assim, como permitir que a mulher seja autônoma na sua decisão? O que vemos não é exatamente um apoio à decisão autônoma, mas uma influência da decisão desejada pelos profissionais, ou seja, a de evitar o arrependimento. Apesar dos profissionais almejarem apoiar uma decisão autônoma da mulher, na prática, eles atuam apenas no sentido de evitar o arrependimento.

Que condições garantem a tomada de decisão livre e responsável? Ou que condições ampliam ou restringem o direito de escolha? Ou qual o contexto de escolha?

Os entrevistados apontaram algumas dessas condições relacionadas à escolha da laqueadura tubária pela mulher, tais como, a falta de conhecimento, de orientação e de acesso aos métodos contraceptivos, o reduzido tempo de espaçamento entre os filhos; o início precoce da vida reprodutiva, mulheres jovens com 4-5 filhos ou 2-3 cesáreas; e a não consideração do futuro, por parte da mulher.

Vejamos as frases temáticas que apontam essas condições:

- *A agente de saúde considera que a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, o pouco espaçamento de tempo entre os filhos leva mulheres com pouca idade a fazerem laqueadura de trompas, sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma. (E5-11)*
- *Segundo a enfermeira, o número de mulheres jovens (21-23 anos) com 4-5 filhos que vem solicitando a laqueadura de trompas está aumentando. (E7-15)*
- *Segundo a enfermeira o fato de mulheres jovens que tem 4-5 filhos solicitarem ligadura de trompas, deve-se à falta de orientação e acesso a outros métodos contraceptivos. (E7-16)*
- *A mulher decide sobre a ligadura mais em função do momento atual de sua vida, pouco considerando o futuro. (E7-19)*
- *Se por um lado as mulheres que vêm solicitando a laqueadura são cada vez mais jovens, por outro, elas têm 4-5 filhos; essa situação ambígua torna difícil para a enfermeira, a concessão de autorização para a cirurgia esterilizadora. (E7-21)*
- *O fato de as mulheres iniciarem sua vida reprodutiva precocemente tem aumentado o número de ligaduras em mulheres jovens que já tem 2-3 filhos ou que já fizeram 2-3 cesarianas. (E8-28)*

De acordo com os profissionais da equipe, falta de conhecimento e orientação são elementos que interferem na decisão autônoma da mulher, mas a maior preocupação é com o arrependimento. Caso a falta de orientação e conhecimento

fossem verdadeiras, a prática pedagógica seria outra, como, por exemplo, a discussão das condições sociais de vida da mulher se tornaria um eixo importante nesse ato educativo. Os conteúdos educativos relacionados ao planejamento familiar e à escolha da mulher deveriam ser abordados no contexto social de determinação das escolhas reprodutivas.

O acesso limitado aos métodos contraceptivos, bem como à informação tem sido, freqüentemente, apontado como fator que tem influenciado a mulher a submeter-se à cirurgia esterilizadora após 2-3 filhos, muitas vezes em idade precoce devido à realização de cesáreas (VIEIRA, 1994 e BERQUÓ, 1994). Um dos meios mais comuns da mulher brasileira conseguir uma esterilização tubária é após a terceira cesárea, o que a coloca em situação de risco obstétrico, caso uma nova gestação venha a ocorrer. Desse modo a realização da cirurgia esterilizadora é justificada por razões de saúde da mulher. VIEIRA e NICHOLAS (1996) afirmam que é incompreensível que a grande maioria das mulheres do estudo por eles conduzido, concorde que a melhor maneira de obter a esterilização foi em consequência da realização de cesáreas. Essa também é uma das razões que levam o Brasil a ter uma das taxas de cesáreas mais altas do mundo (CARRANZA, 1994).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde(OMS), a taxa esperada de cesáreas é em torno de 15%. No Brasil, em 1996, essa taxa foi de 36,4%.

Outro fator mencionado pelos nossos entrevistados é o início precoce da vida reprodutiva, fator que indica a exposição da mulher ao risco de engravidar. Se a mulher inicia a vida reprodutiva jovem, corre o risco de uma alta fecundidade.

Outro aspecto ainda apontado pelos entrevistados refere-se aos significados que as mulheres atribuem à laqueadura como método eficaz e seguro; como o melhor método e que não traz os problemas que o DIU e a pílula trazem; e ainda porque elas acham que a laqueadura é uma solução e um remédio para todos os males.

As seguintes frases temáticas indicam esse aspecto.

- *As mulheres buscam sobretudo a eficácia dos métodos contraceptivos e depois segurança. (R6-18)*
- *O médico acredita que a maioria das mulheres prefere a ligadura como o melhor método, por ser eficaz, seguro e não trazer os problemas que a pílula e o DIU trazem. (E6-20)*
- *De acordo com o psicólogo, algumas mulheres chegam desesperadas para fazer a ligadura de trompas, para se sentirem tranquilas em relação a ter filhos e “acham que é uma solução e um remédio para todos os males”. (E8-24)*

MARCOLINO (1994), em estudo no qual entrevistou mulheres que iam submeter-se à laqueadura tubária, observou que elas compreendem a esterilização como um meio mais seguro e eficaz para limitar o número de filhos e para evitar a gravidez indesejada; muitas vezes pela falta de opção de controlar falhas decorrentes de métodos temporários. A cirurgia passa a ser vista como uma solução para vários problemas e como uma forma de não se preocupar com a contracepção no seu dia-a-dia. É um recurso que as mulheres utilizam como reação às pressões exercidas sobre elas, como: dificuldades de acesso a métodos, falta de colaboração do companheiro, falta de conhecimento do corpo, dificuldades financeiras e necessidade de trabalhar fora do lar para complementar a renda familiar.

As razões ou as situações apontadas pelos profissionais da equipe de saúde, as quais levam as mulheres a recorrer à esterilização, podem ser categorizadas como condições estruturais.

OLIVEIRA (1988) analisa este aspecto da seguinte maneira, “a estratégia das pessoas ao determinar o número de filhos, a época do casamento ou união, o uso de métodos anticoncepcionais e todo o conjunto de comportamentos ligados à sua reprodução biológica, decorrem portanto de processos reais, objetivos, ordenados pela superestrutura e seus determinantes econômicos

que se subjetivam, moldam a consciência e o querer individuais”

(p. 188).

A decisão da mulher envolve tanto as condições estruturais que ampliam ou restringem a escolha, quanto os valores humanos que se manifestam em diferentes graus e que influenciam as decisões por determinadas ações.

As mulheres não são livres, mas compelidas pelas circunstâncias ou, muitas vezes, até por desespero. Suas escolhas se dão em um meio no qual não há um total poder de controle, não sendo, portanto, completamente conscientes.

Vários autores têm se preocupado com os determinantes da esterilização feminina.

BERQUÓ (1989) encontrou que para mulheres de 15-54 anos esterilizadas, as razões alegadas para submeterem-se a cirurgia foram, por problemas de saúde (43,4%); por ter atingido o número ideal de filhos (37,7%) e por questões financeiras (8,4%).

VIEIRA (1994), ao estudar os fatores ligados à prevalência da esterilização em mulheres de baixa renda na região metropolitana de São Paulo, verificou que o principal motivo para as mulheres terem se submetido à cirurgia foi estarem satisfeitas com o número de filhos (44%); 26% afirmaram problemas de saúde e 6,4% alegaram como motivo ter se submetido a muitas cesáreas.

O estudo feito por HOPKINS (1998) nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, em hospitais públicos e particulares, mostrou que as razões alegadas pelas mulheres para terem feito a cirurgia são as mesmas para os diferentes grupos de mulheres, porém essas razões ocupam posições diferentes para os diferentes grupos. As mulheres que se esterilizaram em hospitais públicos apresentaram como razões: muitos filhos (58,3%); dificuldades financeiras e indicação médica (50%). As mulheres que fizeram a operação em hospitais particulares alegaram que os motivos que as levaram a submeter-se a cirurgia foram, número ideal de filhos (68%); dificuldades financeiras (38%); cesáreas prévias (20%).

Ainda segundo essa mesma autora, na população por ela pesquisada, muitas mulheres que foram esterilizadas não receberam adequado ou mesmo

nenhum aconselhamento sobre alternativas contraceptivas não permanentes, algumas, entretanto, claramente queriam a esterilização e nenhum aconselhamento as faria mudar de idéia.

BERQUÓ (1993) refere-se à esterilização como um processo que segue seu curso como se já fizesse parte de uma cultura levando as mulheres a subtraírem sua capacidade reprodutiva.

MARCOLINO (1994), ao estudar o processo de decisão pela laqueadura de trompas, encontrou algumas condições apontadas pelas mulheres participantes do estudo. As mulheres relataram a sua decisão pela ligadura após experimentarem métodos contraceptivos temporários. O método mais utilizado foi a “pílula” e as mulheres relataram algum tipo de problema enquanto a usavam. Os mais citados foram as queixas relacionadas à saúde, contra-indicações, efeitos colaterais e falhas do método. O confronto com esses problemas decorrentes do uso da “pílula” e de outros métodos foi uma das causas apontadas pelas mulheres para terem se submetido à cirurgia esterilizadora como saída para a contracepção. Outro aspecto de igual importância mencionado pelas mulheres do estudo foi a pouca participação do homem na contracepção e na vivência de criar os filhos. Consideraram ser difícil e pesado para a mãe arcar sozinha com a responsabilidade da educação dos filhos. A condição socioeconômica e o número de filhos foram enfaticamente mencionadas como motivos para limitar o número de filhos devido às dificuldades materiais de subsistência e ao desejo de oferecer uma melhor qualidade de vida aos filhos. A necessidade de encerrar a vida reprodutiva, através da laqueadura, para encarar a vida produtiva, é um passo importante na vida das mulheres. Ela precisa desincumbir-se da tarefa da reprodução para entrar no mundo produtivo e assim contribuir para compor a renda familiar e melhorar a qualidade de vida da família. A necessidade de manter reduzido o número de filhos, surge a partir da incompatibilidade entre criação e educação dos filhos e trabalho fora do lar, associados às desigualdades sociais e de gênero, além das condições sociais e econômicas desfavoráveis ao

homem e os processos migratórios com os quais convivem como a seguir é comentado.

De acordo com CORREA e PETCHESKY (1996) “um modelo social de comportamento humano não considera que os indivíduos tomam decisões em um vácuo ou que as “escolhas” são igualmente livres para todos. Identidades grupais e intergrupais complexas (que atravessam gênero, classe, etnicidade, religião, idade, racionalidade), pressionam a decisão das mulheres em múltiplas direções” (p. 156).

Assim, no caso da esterilização feminina, como o método mais usado pelas mulheres brasileiras, uma ampla e complexa rede de fatores explica essa tendência: preocupação acerca dos efeitos colaterais ou da eficácia dos métodos temporários como a pílula anticoncepcional, falta de informações e acesso ao sistema de saúde pública; normas culturais; as desigualdades de gênero, dentre outros.

Temos que ver claramente as condições que respeitam o livre direito de escolhas, distinguindo-as daquelas que possam forçar a mulher a escolher um ou outro método, privando-as do exercício de seus direitos reprodutivos.

A crescente participação da mulher brasileira no mercado de trabalho, ocorrida a partir da década de setenta, vem sendo uma das mais importantes transformações sociais ocorridas no país.

Várias são as razões para a crescente participação da mulher no mercado de trabalho a partir dos anos setenta. Uma delas é a necessidade econômica que se intensificou com a deterioração dos salários dos trabalhadores e que obrigou a mulher à busca de uma complementação para a renda familiar. Outras causas também explicam o novo comportamento feminino. A elevação, nos anos setenta, das expectativas de consumo, redefiniu o conceito de necessidade econômica, tanto para as famílias de classe média, quanto para as de renda mais baixa.

Nos anos 70, a expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização configuraram um momento de grande crescimento

econômico, favorável à incorporação de novos trabalhadores, inclusive do sexo feminino. As transformações de ordem econômica, social e demográfica repercutiram sobre a composição interna da força de trabalho. As taxas de crescimento econômico e os níveis de emprego aumentaram. O país consolida a sua industrialização, moderniza seu aparato produtivo e se torna mais urbano.

Essas transformações desencadearam mudanças nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher. A queda da fecundidade reduz o número de filhos por mulher, liberando-a para o trabalho. A presença de filhos é o que mais interfere na atuação feminina no mercado de trabalho. A expansão da escolaridade e o acesso das mulheres à universidade também contribuíram para esse processo de transformação.

6.4.2 A Tomada de Decisão da Equipe

A segunda dimensão do processo de tomada de decisão é o da equipe, autônoma por referência à mulher. A análise dos dados apontados pelos entrevistados, permitiu-nos considerar que a decisão da aprovação da cirurgia pela equipe, tem como base dois pilares de sustentação; o dos *critérios e das condições* de elegibilidade, cuja finalidade é avaliar se a mulher está apta a requerer a cirurgia e ter seu pedido aprovado e o do *trabalho em equipe*. Este último pilar, como já examinamos anteriormente, não apenas sustenta e apóia o trabalho da decisão, mas também sustenta, apóia e organiza a assistência à saúde da mulher e o planejamento familiar, ou em termos mais abrangentes a saúde reprodutiva.

A mulher que deseja submeter-se à cirurgia esterilizadora deve ser avaliada pela equipe de saúde ou por qualquer membro da equipe. Essa avaliação apóia-se na verificação de algumas *condições e critérios* de elegibilidade, tais como, o motivo da procura pela laqueadura, o conhecimento e uso de outros métodos contraceptivos, a avaliação do relacionamento do casal, da dinamicidade e condição de vida, da situação dos filhos, o desejo de não querer ter mais filhos, a maturidade das pessoas para decidir sobre o método definitivo, as pressões

emocionais que possam estar interferindo na decisão e a verificação, sobretudo, da voluntariedade e se a cliente está dentro dos critérios institucionais de idade e número de filhos.

Vejamos algumas frases que exemplificam a aplicabilidade desses critérios:

- *Se o cliente quer o método cirúrgico definitivo, o atendimento engloba:*
 - *Realizar entrevista individual com a finalidade de verificar os motivos, se conhece outros métodos, como é o relacionamento do casal, a condição de vida, a situação dos filhos, etc..*
 - *Verificar se a mulher está dentro dos critérios da instituição para fazer ligadura e encaminhar ao serviço psicossocial. (E4-1)*
- *Se a mulher quer fazer a laqueadura de trompas, é feita uma entrevista para verificar se ela está dentro dos critérios da instituição. (E5-4)*
- *Toda mulher que deseja fazer laqueadura de trompas, é encaminhada para o Serviço Social mesmo que tenha maturidade e esteja dentro dos critérios de idade e número de filhos. (E5-5)*
- *Toda mulher que deseja fazer laqueadura deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar que definirá se o pedido de cirurgia vai ser aceito. (E6-12)*
- *Se a mulher deseja fazer ligadura a enfermeira faz uma entrevista para verificar o por que, e, se ela estiver esta dentro dos critérios institucionais, a encaminha para outro profissional para reafirmar a autorização para a cirurgia. (E7-6)*
- *O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas. (E8-7)*

A decisão está sustentada em critérios e valores, cujo conteúdo reflete a forma como os profissionais concebem a laqueadura como método contraceptivo.

O objeto da decisão não é apenas a cirurgia em si, mas inclui uma série de considerações sobre a mulher e o casal em seu contexto de vida, tomados como sujeitos que sofrem a ação da cirurgia. Observemos as seguintes frases como expressão desta abordagem:

- *Os critérios definidos da laqueadura /vasectomia incluem além da idade e número de filhos a avaliação do momento e da dinâmica de vida das pessoas e principalmente o desejo de não ter mais filhos. (E2-2)*
- *O serviço de psicologia avalia a maturidade da pessoa que deseja fazer a laqueadura e as pressões emocionais que interferem na decisão. (E8-10)*

A palavra “voluntariedade” presente em uma das frases temáticas remete-nos a pensar a laqueadura como direito da mulher. É oportuno assinalar, desde já, uma evidente mudança de concepção a respeito da laqueadura, que acima da indicação clínica – porém não a excluindo – devido a risco obstétrico ou problemas de saúde, é um direito da mulher.

Vejamos uma frase temática que aponta essa perspectiva:

- *O critério mais importante que o médico leva em consideração na avaliação para a laqueadura de trompas é sobretudo a voluntariedade e ter 2 ou mais filhos. A idade não é considerada fator tão importante (E6-15).*

Os critérios definidores da laqueadura adotados pela Instituição pesquisada, estão, até o presente momento, baseados , principalmente, na lei municipal que instituiu o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva, que prescreve medidas regulamentadoras/normatizadoras.

No Brasil, até 1997, a esterilização não era recomendada nem promovida, e nem regulamentada pelo Ministério da Saúde. Apesar da sua clandestinidade e controvérsia legal, era e continua sendo o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres brasileiras.

Devido à falta de regulamentação da esterilização pelo Estado, a pesquisadora verificou, nas instituições observadas durante a pesquisa exploratória de campo, a adoção de métodos e critérios estabelecidos com a finalidade de avaliar a elegibilidade da mulher que solicita a laqueadura de trompas. A avaliação da natureza desses critérios mostrou uma ampla variação tanto qualitativa, quanto quantitativa, tanto dos itens avaliativos como das metodologias utilizadas para a avaliação da mulher solicitante.

Vejamos algumas frases temáticas que mostram esse aspecto:

- *Os critérios usados pela instituição para a decisão sobre a laqueadura são semelhantes aos usados pelo SUS, entretanto neste último a autorização da cirurgia é mais difícil. (E7-13)*
- *Os critérios da Maternidade Odete Valadares para laqueadura de trompas são mais rigorosos que o desta Instituição. (E7-14)*

Foi possível observar que apesar desta lei municipal, as instituições incluem os critérios regulamentados, porém estes têm variado de instituição para instituição. Esse *laissez faire* gerou situações de distorções, discriminação e abuso no tratamento da clientela fazendo com que alguns profissionais dos serviços de saúde vivenciem situações conflitantes, apelando, muitas vezes, para atitudes extremas de desrespeito, arbitrariedades e grosserias (MARCOLINO, 1994).

A falta de regulamentação e de normatização da laqueadura no País mostra que cada um definia seus próprios critérios para aprovação da cirurgia, variando desde aqueles em que o acesso é regulado pelo pagamento do procedimento ao médico (VIEIRA, 1994), até aqueles que consideram a cirurgia como um direito da mulher, caso elas não queiram ou não gostem de outros métodos.

Essa mesma autora ainda afirma que o pagamento como critério de acesso não leva em conta a necessidade da esterilização, a indicação do caso e a adequação do procedimento, vedando o acesso a muitas mulheres e facilitando

demais a outras. Ou seja, sem estar inserida num programa de planejamento familiar e sem estar regulamentada, a esterilização tem sido realizada sem critérios que permitam a sua escolha dentre outras alternativas contraceptivas.

Em 1997, o Ministério da Saúde (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1997) incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu que o solicitante deve ter a idade mínima de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos, ou em caso de risco de vida para a mãe ou o filho.

Vejamos frases temáticas que apontam para essa mudança:

- *A assistente social acredita que além da discussão dos critérios estabelecidos pela nova lei, a equipe continuará avaliando a maturidade da pessoa para decidir sobre a ligadura/vasectomia. (E2-6)*
- *Os critérios definidores (idade e número de filhos) da realização do procedimento de método definitivo estão sendo modificados por uma nova lei. (E2-5)*

A portaria nº 144 de novembro de 1997 do Ministério da Saúde sobre a inclusão e normatização da laqueadura de trompas e da vasectomia como procedimentos do Sistema Único de Saúde, indica, pela primeira vez, que o serviço público institucionaliza e normatiza a nível nacional a esterilização tubária, uma prática que até então não era recomendada pelo Ministério, muito embora a mais utilizada pelas mulheres brasileiras como meio para regular a fecundidade dos casais. Ao livrar da clandestinidade espera-se que os abusos sejam coibidos e os direitos da mulher sejam salvaguardados. Para exemplificar um dos abusos mais alarmantes, lembramos do alto índice de cesarianas do país realizados junto com salpingotripsias. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1997) mostram que a esterilização é feita na grande maioria dos casos (74,8%) por ocasião do parto, sendo a grande maioria – quatro em cada cinco – feita durante a cesariana.

HOPKINS (1998) identificou duas posturas distintas em relação às consequências da lei da legalização da esterilização. Uma é o aumento da esterilização devido a uma demanda reprimida. A outra — posição das feministas e de alguns médicos — prevê uma redução na esterilização devido ao aconselhamento prolongado requerido pela lei.

Essa mesma autora baseada em dados da pesquisa por ela conduzida, acredita que a primeira previsão ocorrerá, pelo menos a curto prazo, face a uma alta demanda reprimida pela esterilização, encontrada na amostra de mulheres de baixa renda por ela estudada. Além disso o PAISM, implantado em 1988 para promover a saúde integral da mulher, ainda não alcançou seus objetivos propostos.

As mulheres de média e alta renda, provavelmente não se submeterão a um período de aconselhamento de 60 dias em clínicas públicas, especialmente se elas podem pagar pela esterilização para médicos particulares.

Conforme mostrado nas passagens anteriores, o critério técnico assume soberania e independência diante do saber prático da vida das pessoas. Uma certa tecnocracia que — estruturada sob uma base técnica e científica — orienta e valoriza a tomada de decisão dos profissionais, os quais têm dificuldades em valorizar os elementos sobre a vida da mulher, que eles sabem, escutam e até consideram, mas não fazem valer.

O outro pilar de sustentação que apóia e respalda a tomada de decisão da equipe é o trabalho em equipe.

Aqui ocorre um curiosa contradição. Embora na organização do trabalho de atenção à saúde da mulher, em geral, o médico seja o detentor do processo de trabalho e tenha poder sobre as atividades dos outros agentes da equipe, destacamos que neste particular aspecto, o da autorização para a realização da cirurgia esterilizadora, ocorre uma certa horizontalidade da equipe, apesar de incomum.

As frases temáticas a seguir explicitam a idéia acima apontada.

- *O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas. (E8-7)*
- *Toda mulher que deseja fazer laqueadura deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar que definirá se o pedido de cirurgia vai ser aceito. (E6-12)*

A nossa observação, em um dos fóruns de discussão da equipe, permitiu verificar que mesmo o médico não estando presente, ele acata as decisões da equipe no que diz respeito à autorização para a realização da cirurgia esterilizadora. Podemos levantar algumas hipóteses explicativas para a horizontalidade do trabalho em equipe. Uma delas é o fato de existirem regras técnicas muito bem definidas, assim o médico não precisa se expor contra isso, porque é como se ele mesmo tivesse tomado a decisão, talvez seja por esta razão que ele, na maioria das vezes, não está presente nos fóruns de tomadas de decisões. A outra é que o objeto de intervenção, no caso a esterilização feminina, envolve problemas éticos, semelhantes ao caso do aborto, talvez por esta razão haja uma tendência para o trabalho interdisciplinar

Gadotti citado por CHOMPRÉ (1996; p. 141) refere que a multiprofissionalidade está relacionada à organização do processo de trabalho e a interdisciplinariedade refere-se à organização do conteúdo.

CHOMPRÉ (1996) relata que “a interdisciplinaridade é indispensável para superar a atomização e fragmentação do conhecimento em disciplinas, assim como para romper com o aprisionamento ou privilégio do conhecimento em áreas circunscritas, colocando-o à serventia do saber, em função da compreensão e busca de soluções às questões cada vez mais complexas das sociedades contemporâneas”.

Outro aspecto apreendido foi a organização do processo de decisão de modo que todos participem, como forma de defesa e proteção contra a ansiedade.

Embora a aprovação da cirurgia esteja sob a responsabilidade do Serviço Psicossocial, a tomada de decisão de aprovar ou não o pedido da cirurgia esterilizadora é da equipe e não de determinado profissional. Isso alivia,

sobremaneira, a responsabilidade de determinado profissional assumir inteiramente a aprovação de uma interferência sobre o corpo da mulher. Os profissionais estabelecem vínculos entre si e formas de organizar o trabalho, para garantir o apoio um ao outro e de certa forma dissolver as responsabilidades.

A forma de organizar o processo de trabalho da equipe em torno da decisão mostra também um trajeto de checagem, rechechagem e reafirmação da aprovação da cirurgia.

Vejamos as frases temáticas que nos apontam essa perspectiva:

- *Toda mulher que deseja fazer laqueadura de trompas é encaminhada para o Serviço Social mesmo que tenha maturidade e esteja dentro dos critérios de idade e número de filhos. (E5-5)*
- *Se a mulher deseja fazer ligadura, a enfermeira faz uma entrevista para verificar o porquê e, se a mulher estiver dentro dos critérios institucionais, a encaminha para outro profissional para reafirmar a autorização para a cirurgia. (E7-6)*

Enquanto desenvolvíamos o trabalho exploratório de campo, diversas vezes observamos um certo nível de apreensão—ora explicitamente mencionado, ora velado—demonstrado pelos profissionais ao lidar com a tomada de decisão. O médico de uma das Juntas de Liberação de AIH para cirurgias eletivas, local onde também se avalia a indicação da ligadura de trompas, expôs a sua preocupação quanto à decisão a ser tomada diante de tão grande número de solicitações de mulheres que queriam fazer esterilização, atendê-las ou negá-las?

MENZIES (1970) afirma que o peso psicológico da ansiedade, gerado por uma decisão final e total feita por uma única pessoa, é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto. O ato final de implementar é retardado por uma prática comum de conferir e reconferir as decisões e adiar a ação tanto quanto possível. Sempre que possível, outras pessoas são envolvidas na tomada de decisão e na revisão das ações.

A prática de verificar e contraverificar é bastante utilizada pela equipe na situação de decisão pela aprovação da cirurgia esterilizadora como forma de reduzir o peso da responsabilidade, diluindo-a e, ao mesmo tempo, aliviando uma certa ansiedade. É preciso conferir e reconferir para que não haja engano.

A aprovação da cirurgia significa autorizar uma interferência sobre o corpo do outro, cuja consequência é a retirada da função reprodutiva. Este ato pode ser angustiante. Nesse sentido organizar o processo de decisão de modo que todos participem acaba sendo uma forma de defesa contra a ansiedade.

Há situações em que a decisão deve ser tomada em reunião da equipe multiprofissional.

As frases temáticas abaixo mostram essas situações:

- *Ter um único filho ou ser jovem exige uma atenção especial na tomada de decisão dos profissionais em relação aos métodos definitivos. (E2-3)*
- *O não “enquadramento” da mulher nos critérios instituídos para a realização do método definitivo implica discussão com profissionais da equipe. (E1-1)*
- *Se o serviço psicossocial não autorizar a realização da cirurgia de laqueadura, o caso é discutido em equipe. (E7-7)*

São situações que fogem à regra, mas que necessitam ser avaliadas.

É um momento do processo que valoriza a especificidade de cada um dos profissionais, ao mesmo tempo que impõe a busca de unidade sobre a qual se propõe trabalhar.

7. SÍNTESE

O que queríamos era conhecer o trabalho dos profissionais que tomam a cirurgia esterilizadora como objeto de intervenção. Partimos do trabalho da equipe de saúde e constatamos como os agentes o desenvolvem na assistência à saúde da mulher, particularmente no processo de tomada de decisão na cirurgia esterilizadora.

Este processo de ir do concreto dado ao concreto pensado, refletido, permitiu-nos conhecer os instrumentos e saberes na organização do processo de trabalho acerca da laqueadura tubária.

Retomamos as particularidades do objeto estudado destacando seus aspectos contraditórios.

O modelo predominante de organização das práticas de atenção à saúde da mulher, é o modelo clínico, da racionalidade clínica, em torno do qual os demais profissionais agregam seus trabalhos.

É dentro da concepção elaborada pelo PAISM que o serviço estudado desenvolve seu trabalho de atenção à saúde da mulher e ao planejamento familiar. O conjunto de ações é desenvolvido por uma equipe, mas não em equipe. As ações na atenção à saúde da mulher reproduz as relações de poder presentes na construção do saber médico, perdendo a oportunidade de construir um saber coletivo, a partir dos múltiplos saberes dos membros da equipe e da mulher que frequenta o serviço de saúde.

A partir da análise das entrevistas depreendemos que o trabalho se organiza de forma parcelar e cada trabalho está relacionado a um produto final – atenção à saúde da mulher e ao planejamento familiar.

Na organização geral da equipe, o médico detém espaço de poder, visto que a ele cabe a ação diagnóstica, terapêutica, cirúrgica e de coordenação da equipe, caracterizando-se como um trabalho hierarquizado, parcelado, subdividido. O trabalho dos demais profissionais se constitui em um trabalho

complementar, interdependente, delegado em graus de complexidade diferentes, ora integrado, ora desarticulado.

O trabalho do médico e da enfermeira está, predominantemente, direcionado para o modelo clínico, sendo a consulta de enfermagem o principal instrumento de trabalho da enfermeira.

Há uma racionalização do trabalho de assistência à saúde da mulher, separando as atividades em graus de complexidade, o que permite que a oferta de determinadas ações possa ser ampliada a um custo menor, graças à delegação de funções.

A divisão do trabalho na clínica de atendimento à mulher tem caráter de racionalização do serviço, pois permite a otimização da ação médica de diagnóstico e terapêutica, central na organização das práticas e privativa no âmbito profissional médico.

Os agentes da equipe como os psicólogos, a assistente social e a agente de saúde, realizam, predominantemente, atividades voltadas para a saúde como fenômeno coletivo do processo saúde – doença.

Observamos, no entanto, que apesar de o modelo não superar o recorte biológico sob o qual a mulher é concebida, há trabalhos que representam uma postura mais humanística, apontando para transformações nesse campo. Há núcleos de resistência que mostram que alguns trabalhos tendem a se processar de forma diferenciada. Foi possível identificar dois momentos onde ocorre esse tipo de trabalho. O primeiro é o trabalho de aconselhamento e orientação que a equipe realiza com a mulher que solicita laqueadura de trompas, quando se procura abordar a mulher em seu contexto de vida e trabalho. Esse trabalho é mais frequentemente realizado pelos psicólogos e pela assistente social.

O aconselhamento é um espaço para comunicação cliente – membro da equipe, onde tanto o cliente quanto o agente escutam e falam. Apesar de a fala dos profissionais apontar para a necessidade de uma *informação e uma orientação* a fim de que a cliente tome uma decisão livre e responsável, na prática, a preocupação fundamental é com o arrependimento.

O aconselhamento na laqueadura tubária, como um trabalho interativo desenvolvido por todos os membros da equipe, tenta abarcar um complexo de conhecimentos gerados pela própria natureza do objeto, objeto este complexo e contraditório. A perspectiva de multidimensionalidade que a equipe tenta imprimir no trabalho de aconselhamento, inclui além dos aspectos biológicos, a perspectiva psicológica e emocional contida no processo de decisão pela laqueadura tubária.

A *informação* é uma atividade praticada por todos os agentes da equipe multiprofissional e não se constitui como atividade específica de um determinado agente, embora seja feita, predominantemente, pelos psicólogos, pela assistente social e pela agente de saúde.

O papel dos membros da equipe é dar *informações*, cuja finalidade é facilitar dados que sirvam de base para a clientela tomar decisões.

O conteúdo das informações das ações educativas é, em sua maioria, técnico. O valor da atividade educativa é questionado. O médico nega o valor da ação educativa e, ao negá-lo, por um lado reforça seu próprio poder centralizador do processo de trabalho em torno do diagnóstico e da terapêutica e, por outro, reforça o caráter periférico do trabalho de promoção e prevenção realizado pelos demais agentes da equipe, atribuindo também um valor periférico e, até mesmo desnecessário às ações educativas.

A desvalorização da ação educativa, muito provavelmente, se deve ao modelo pedagógico centrado no saber técnico e na informação, seguindo princípios pedagógicos comportamentais. Como através de um processo educativo é possível tomar uma decisão consciente? Como seria o processo de trabalho para discutir esse tema? Temos que pensar numa abordagem pedagógica que, além de dar informações necessárias, também desenvolva a consciência social em relação ao controle da reprodução humana.

O aconselhamento relaciona-se com a *escolha da mulher na dimensão relacional com a equipe*, porque a equipe espera que *a informação e a orientação* apoie a mulher para uma decisão autônoma, evitando o

arrependimento. Entretanto, a análise permitiu-nos colocar em evidência as relações internas, revelando algumas contradições.

A decisão autônoma da mulher é o ideal desejado na fala dos profissionais, entretanto, na prática, verificamos que eles atuam no sentido de evitar o arrependimento e não estão muito preocupados com a informação.

A relação cliente – profissional de saúde é uma relação desigual, defasada, como já demonstramos, sobrepujando os interesses dos profissionais, que é o de evitar o arrependimento. Nesta situação como é possível a mulher tomar uma decisão autônoma?

Os entrevistados mencionaram, de um lado, que a falta de conhecimento e orientação é condição que interfere na decisão autônoma da mulher, mas por outro, a prática pedagógica por eles utilizada é do tipo alienante, particularmente, porque não aborda conteúdos relacionados ao contexto social de determinação das escolhas reprodutivas, dos saberes e dos valores práticos das mulheres e das suas condições de vida e de trabalho.

O segundo momento é o da tomada de decisão da equipe acerca da laqueadura de trompas. Embora na organização do trabalho de atenção à saúde da mulher, em geral, o médico seja o detentor do processo de trabalho, destacamos que, no particular aspecto da decisão para a realização da cirurgia esterilizadora, ocorre uma certa horizontalidade da equipe, apesar de incomum. Essa horizontalidade pode ser explicada, primeiro, porque existem regras técnicas muito bem definidas, e segundo porque o objeto de intervenção tem uma implicância ética importante e não só científica. A valorização da dimensão ética decisória tende a deslocar o saber do campo do conhecimento científico biomédico para um saber apoiado no conhecimento psicológico, sociológico e ético. Talvez por essa razão há uma tendência à multiprofissionalidade evitando que o médico decida sozinho. Mas, por outro lado e, contraditoriamente, na tomada de decisão os critérios que fundamentam a decisão se apoiam no conhecimento biomédico e não no sociológico, psicológico ou da ética de solidariedade à mulher.

O critério técnico assume soberania e independência diante do saber prático da vida das pessoas. Os profissionais têm dificuldades em valorizar os elementos sobre a vida da mulher, que eles sabem, escutam e até consideram, mas não fazem valer.

Tensões e conflitos estão presentes em vários momentos, de um lado, pela subordinação da prática à racionalidade biomédica, mas não do médico e, por outro, pelo desejo, mesmo que incipiente, de superar esse modelo e fazer despontar um trabalho interdisciplinar.

Observamos, então, que apesar da equipe ter uma tendência à horizontalidade, esta é aparente, porque a equipe continua trabalhando, apesar de algumas resistências, no modelo biomédico e não chega a argüir a sua racionalidade.

Embora haja uma tendência ao trabalho multiprofissional, há uma espécie de recusa estratégica para a interdisciplinaridade e uma acomodação vantajosa no critério biomédico.

Quanto às concepções sobre a ligadura de trompas, os agentes da equipe emitiram sua opinião em nível técnico e em nível pessoal, de forma contraditória. Na prática, entretanto, eles acabam valorizando as regras técnicas.

A fala dos agentes da equipe permitiu-nos entender, de um lado, a laqueadura como método eficiente, eficaz e seguro. Esta concepção tem como referência o modelo biomédico, onde o corpo anatomofuncional, objeto de interferência, é desvinculado do seu contexto histórico. Por outro lado, as concepções desfavoráveis à ligadura estão relacionadas às determinações sociais e às condições de vida e saúde das pessoas.

Entendemos que ambas concepções, embora, contraditórias, são aspectos do mesmo fenômeno e apontam para um movimento de superação, na medida em que os agentes da equipe de saúde tendem a valorizar aspectos que avançam na compreensão da laqueadura como fenômeno social, trazendo à baila os campos do psicológico e do emocional. Embora haja essa tendência, não há de fato

conflito com as regras técnicas que são soberanas por ocasião das tomadas de decisões.

O modelo hegemônico de assistência individual, o modelo clínico, traduz a forma positiva como a laqueadura é concebida, sendo fortemente enfatizado pelos agentes da equipe de saúde. Entretanto, os possíveis distúrbios funcionais e psíquicos que podem ser causados pela laqueadura não foram mencionados pelos entrevistados. É um discurso lacunar que oculta contradições importantes.

Este movimento de ir do concreto dado ao concreto pensado permitiu-nos evidenciar um conflito permanente em torno da organização interna das práticas de saúde, no planejamento familiar e, em particular no processo de decisão pela ligadura de trompas.

De um lado, e em posição hegemônica, o modelo clínico, cuja forma de apreensão do objeto de trabalho resulta em ações individualizantes, desvinculando as mulheres de seu contexto social, privilegiando o critério técnico que se torna soberano diante do saber prático da vida da mulher. Uma forma tecnocrática de abordagem da saúde da mulher. A prática referida ao modelo clínico elabora a forma hierarquizada de organização do trabalho da equipe.

Por outro lado, e em posição desvantajosa, o modelo epidemiológico, centrado na saúde – doença, enquanto fenômeno coletivo. Essa forma de apreensão do objeto de intervenção resulta em ações de promoção e prevenção, e de valorização das ações educativas. Essa abordagem incorpora, além dos saberes biológicos, saberes do âmbito das ciências sociais e humanas, o que permite abordar o objeto de intervenção de forma mais ampla, dada a sua natureza complexa, polêmica e contraditória. Entretanto, como as ações do modelo epidemiológico estão em desvantagem em relação ao modelo clínico, apesar de ambos serem complementares, o saber prático das mulheres é voto vencido e os critérios técnicos se impõem de forma soberana, como saber que apóia a autorização da cirurgia esterilizadora.

A forma de organização da equipe no modelo epidemiológico tende à horizontalidade.

Na prática, as possibilidades de enfrentar contradições em torno do objeto de trabalho decorrem da própria natureza polêmica deste.

Trabalhar no campo da anticoncepção é enfrentar uma questão que não é só técnica, mas que supera os limites do âmbito biológico.

A esterilização feminina é um fenômeno social que, conforme balizado neste estudo, requer um conjunto de operações interdisciplinares destinadas a solucioná-lo. A prática conjunta dos profissionais da equipe de saúde contribui para empoderar a mulher, a fim de que ela possa decidir, como cidadã, qual a forma mais adequada de fazer o controle da fecundidade.

A laqueadura tubária serviu à política demográfica na época do movimento internacional para o controle populacional, hoje já não serve a esse propósito, e no caso do Brasil, as taxas de crescimento populacional já estão muito próximas aos níveis de reposição. Hoje o que interessa é a qualidade de vida das pessoas.

“No entanto, a exemplo da polêmica planejamento familiar *versus* controle da natalidade que defendia não somente tipos de políticas diferenciais, social *versus* demográfica, mas diferentes interesses econômicos-ideológicos, no caso da esterilização e, sobretudo do aborto, questões ético-morais e religiosas se lhe acrescentam e colocam no palco do embate de forças que se trava ao longo dos últimos anos uma acirrada controvérsia em torno da legalização e ou discriminilização do aborto e da esterilização feminina.”(ALVARENGA e SCHOR, 1998, p.103)

BIBLIOGRAFIA

Ades A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura. **Rev Ginecol Obstet** 1997; 8:30-6.

Almeida MCP, Mishima SM, Silva E, Mello DF de. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCC, SM.M, organizadores. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p.61-112.

Alvarenga AT de. Política de planejamento familiar no Brasil. In: **Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com Ênfase na Gravidez na Adolescência**;1992; São Paulo, Brasil. p.141-50.

Alvarenga AT, Schor N. Contracepção Feminina e Política Pública no Brasil: Pontos e Contrapontos da Proposta Oficial. **Saúde e Sociedade** 1998; 7:87-110.

Barroso C. Depende da mulher. **Revista Veja**, São Paulo, 1992 ago 19; p. 11-2.

Barroso C, Bruschini C. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussão sobre a sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: Labra ME. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1989. p 223-40.

Basbum C. Método provoca danos físicos e psíquicos. **Folha de São Paulo** 1992 dez 13; A:6.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar**. Rio de Janeiro; 1988.

BEMFAM. **Pesquisa sobre Saúde Familiar- Nordeste**. Rio de Janeiro; 1993.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro; 1997.

Berquó ES. Os corpos silenciados. **Novos Estud CEBRAP** 1982; 3 :46-9.

Berquó ES A esterilização feminina no Brasil Hoje. In: Ministério da Justiça. Conselho dos Direitos da Mulher. **Quando a paciente é mulher**. Brasília; 1989.

Berquó ES. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e partos cirúrgicos), à espera de uma ação exemplar. Campinas: UNICAMP; 1993. [Trabalho realizado pelo Núcleo de Estudo Populacionais da UNICAMP].

Berquó ES. Pesquisa sobre saúde reprodutiva da população negra. São Paulo: CEBRAP; 1992.

Berquó ES. Uma queda (cirúrgica) na fecundidade. **Rev Imprensa** 7(76):16-22.

Bordahl PE. Tubal sterilization: a historical review. **J Reprod Med** 1985; 30:18-24.

Braverman H. **Trabalho e Capital Monopolista – a degradação do Trabalho no Século XX**. 2 ed. Rio de Janeiro; 1980; 379p.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

Bruce J. Fundamental Elements of quality of care: a simple framework. **Stud Family Plann** 1990; 21:61-91.

Calvert J. Reversal of female sterilization. **Br J Hosp Med** 1995; 53:267-70.

Campos GW de S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo:Hucitec; 1988.

Campos GW de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE , Ochoa R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Canesqui AM. A saúde da mulher em debate. **Saúde Deb** 1984 (15/16):29-36.

Canesqui AM. **Assistência médica, saúde e reprodução humana**. Campinas; NEPO; 1987. [Textos NEPO, 13].

Capella B et al. Profissionalização da Enfermagem: uma necessidade social. **Rev. Bras. Enf.** ;1988; 41:161-168.

Car MR , Bertolozzi MR. O processo da análise de discurso. In: Chianca TM, Moraes MJA, organizadoras. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC**. Brasília; Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p. 348-55. (Série Didática; Enfermagem no SUS).

Car MR. **Da aparência à essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial**. São Paulo; 1993.[Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

Carranza M. **De cesária, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica do parto cesário no Brasil**. Brasília; 1994. [Tese de mestrado - Universidade de Brasília].

Carvalho JAM , Wong LR. La transición de la fecundidad en el Brasil: causas e consecuencias. [Trabalho apresentado no Seminário sobre Transición de la Fecundidad en América Latina; 1990; Buenos Aires].

Chauí MH de S. **O que é ideologia**. São Paulo; Brasiliense; 1983

Chompré R. **A enfermagem no Projeto UNI: contribuição para a redefinição de um novo projeto político para a enfermagem brasileira**. São Paulo; 1996. [Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Correa S , Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva . feminista. **Physis: Rev Saúde Coletiva** 1996; 6 :147-77.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica: resolução n°.1246/88**. 2ª ed. Brasília; 1990.

Costa AM. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.

Costa AM. A trajetória das mulheres pela saúde: o atalho e o caminho. In: **Relatório do 2º Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**; 1994; Itapeverica da Serra, Brasil. Faltava a paginação.

Costa SH , Pinto R Os efeitos demográficos da contracepção - a queda da fecundidade. In: Ministério da Justiça. Conselho dos Direitos da Mulher. **Quando a paciente é mulher**. Brasília, 1989.

Demo P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo; 1992: ATLAS.

Dixon-Mueller R. Women's rights and reproductive health: a policy agenda. In: **Population policy & women's rights- transforming reproductive choice**. London; 1993

Donnangelo MCF , Pereira L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Faundes A. From birth control to reproductive health. **Rev Ginecol Obstet** 1995; 6 :104-5.

Fagundes ML. Esterilização tubária: uma solução ou um problema? **Femina** 1993; 655-6.

Farr R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi P, Jovchelovich S, organizadores. **Textos em representação sociais**. Petrópolis: Vozes; 1995. p.31-59.

Ferrari B. Controle da natalidade x planejamento familiar. **Rev Bras Clín Terap** 1985; 5:156-65.

Ferreira SL. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: Almeida MCC , Rocha SMM, organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 175-224

Fiorin JL. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: Contexto; 1997.

Fiorin JL **Linguagem e ideologia**. 6ª ed. São Paulo:Ática; 1998.

Fiorin JL, Savioli FP. **Para entender o texto: leitura e redação**. 7ed. São Paulo:Ática; 1997

Gadotti M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez; 1983

Gadotti M. **Sobre o conceito de interdisciplinaridade: algumas pistas**. São Paulo: Instituto Paulo Freire- Núcleo de Engenharia da Formação; 1994.

Gelbcke FL. Processo de Trabalho em saúde e na Enfermagem. In: Horr L, Sousa M de L, Reibnitz KS. **Fundamentando o Exercício Profissional do Técnico em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB; 1999. p.153-176.

Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev Latinoam Enferm** 1994; 2 :103-14.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS , organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1996.p.67-80

Guzmán J.M. **Fertility transition in Latin America**. Buenos Aires: Centro Latino Americano de Demografia/CELADE; 1990.

Harnecker M. **Os conceitos Elementares do Materialismo Histórico**. 2 ed. São Paulo: Global,1983.

Hopkins KL. **Under the knife: cesarian section and female sterilization in Brazil**. Austin; 1998. [Dissertation presented to the Faculty of the Graduate School of the University of Texas].

Janowitz B. et al. Access to postpartum sterilization in Southeast Brasil. **Med Care** 1982; .20

Jones HW e Jones GS. **Novak Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1990.

Krapivine VV **Filosofia marxista-leninista: fundamentos científicos e método de estudo[manual]**. Moscou: Progresso; 1983.

Konder L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Kosik K. **Dialética do concreto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.

Lana FCF, Rocha SMM. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da polioquimioterapia. In: Almeida MCC, Rocha SMM, organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997, p.113-50.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global; 1983, p. 133-58.

Leitão SP. Repensando a questão da decisão organizacional. **Rev Adm Pública** 1995; 29:110-25.

Leitão SP. Para uma nova teoria da decisão organizacional. **Rev Adm Pública** 1997; 31:91-107.

Lowy M. **Ideologias e ciência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1985.

Lutfi EP et al. As representações e o possível. In: Martins JS, organizador. **Henri Lefbvre e o retorno à dialética**. São Paulo: Hucitec; 1996. p.87-98.

Marcolino C. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. São Paulo; 1994. [Dissertação de mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

Marcolino C, Schor N. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 1995; 5: 82-95.

Marx K ,Engels F. **A Ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Marx K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural; 1983.1v.

Marx K. **O Capital**. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994. 1v.

Médici AC. **Regulação do trabalho em saúde**. Brasília: OPS; 1994. A regulação do trabalho no âmbito da saúde; p.22-49 (OPS- Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 6) .

Melles AM, Zago MMF. Análise da Educação clientes/pacientes na literatura brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**. 1999; 7:85-94.

Mellers BA et al. Judgment and decision making. **Annu Rev Psychol** 1998; 49:447-77.

Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS** São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.

Mendes EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. 4 ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mendes-Gonçalves RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

Mendes-Gonçalves RB. **Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica**. Brasília; OPS; 1988.

Menzies I. O funcionamento das organizações sociais como sistemas de defesa contra a ansiedade. [Traduzido e adaptado de: "The functioning of organizations as social systems of defense against anxietie"] . Tavistock Institute of Human Relations; 1970.

Minayo MC de S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro:Abrasco; 1992.

Minayo MC de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi P, Jovtchevich S, organizadores. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995.p. 89-111.

Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais. **Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivos obstétricos e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília; 1978.

Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília; 1984.

Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: manual do coordenador de grupos de planejamento familiar**. Brasília; 1987.

Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Pamiliar**. Brasília; 1996.

Molina da Costa A. **The determinants of tubal ligation in Recife, Northeast of Brazil**. Leeds; 1995 [PhD Thesis - University of Leeds, School of Medicine].

Nogueira GO, Silveira JC. **Hospital Sofia Feldman : contribuição no gerenciamento visando sua sobrevivência**. Belo Horizonte; 1996. [Trabalho do Curso de Especialização em Saúde Pública- Escola de Saúde de Minas Gerais].

Nogueira RP. O trabalho em Serviços de Saúde. In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1997. OPAS/OMS. P.182-186.

Oliveira MA de C. **A reprodução humana em uma sociedade de classes: estudo dialético das representações de um conjunto de enfermeiras**. São Paulo; 1988. [Dissertação de mestrado -Escola de Enfermagem da USP].

Organização das Nações Unidas. **4ª. Conferência Mundial sobre a Mulher**; 1995; Beijing, China.

Organización Mundial de la Salud. **Esterilización feminina: guia para la prestación de servicios**. Ginebra; 1996.

Paim JS. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1994; Belo Horizonte, Brasil.

Palloni A. Health levels and care in Latin America. The case of infant mortality 1900-1985. In: Caldwell JC et al. **What we know about health transition: the cultural, social and behavioral determinants of health**. Canberra; 1990 V 1, cap.10:189-212. (ANU.Health Transition Series, 2).

Patarra NL Mudanças demográficas. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 61-78.

Perroca MG. Valores que norteiam o processo de tomada de decisão da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP** 1997; 31:206-18.

Platz-Christensen J et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. **Int J Gynaecol Obstet** 1992; 223-6.

Pinotti JA et al. Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. **Ginecol Obstet Bras** 1986; 9:304.

Pinotti JA. **Saúde da mulher: atenção integral**. Brasília: Fundação Pedroso Horta; 1997. (Série Nação em Debate, 4).

Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas; 1998. [Tese de doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

Perpétuo IHO , Wanjman NA. A mulher que se esteriliza no Brasil. In: **Anais do 8º Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 1992; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudo Populacionais; 1992 p.23-41.

Pirotta KC.M , Schor N. A mulher e a esterilização: a trajetória rumo à laqueadura tubária. In: **Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 1998.

Pitaktepsombati P, Janowitz B. Sterilization acceptance and regret in Thailand. **Contraception** 1991; 44.

Potter JE, Caetano AJ. Clientelismo e esterilização no Nordeste Brasileiro, 1986-1995. In: **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais – População: Globalização e exclusão**; 1996. p.151-182.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Lei Municipal no.6754/1994. Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e a Saúde Reprodutiva.**

Ransay IN , Russel SA. Who requests reversal of female sterilization? A retrospective study from Scottish unit. **Scott Med J** 1992;36:44-6

Ross JA. **Sterilization: past, present, future.** The Population Council; 1992 Working Papers, 29.

Rodrigues Filho J. Determinantes de escolha da esterilização entre mulheres de baixa renda no Estado da Paraíba. 9º Encontro de Estudos Populacionais; 1994;, Caxambu, Brasil. In: **Anais do 9º Encontro de Estudos Populacionais,2.** Belo Horizonte: Gráfica Editora NBS, p. 295-306.

Rutemberg N, Ferraz EA. Female sterilization and its demographic impact in Brazil. **Int Fam Plann Perspect** 1988; 14:61-4.

Sartre JP. **Questão de Método.** Trad. de B. Prado Júnior. 2 ed. São Paulo: Difel, 1979.

Saupe R. **Ensinando e aprendendo enfermagem: a transformação possível.** São Paulo; 1991. [Tese de doutorado-Escola de Enfermagem da USP].

Schor N et al. Saúde reprodutiva: uma tentativa de caracterização das condições de reprodução em São Paulo; 1994 (mimeo).

Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144 de 20.11.97. **Diário Oficial da União**, 27 nov. 1977 seção 1 p. 27825, Brasília, 1997.

Sempre Viva Organização Feminista. **Esterilização feminina: caminhos e descaminhos.** São Paulo; 1994. (Série Direitos Reprodutivos, 1)

Silva LM da, coordenador. **Mulher e o planejamento familiar**. Belo Horizonte; UFMG/ Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher; 1986.

Singer P et al. **Prevenir e curar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1988.

United Nations International Conference on Population and Development; 1994 Sept; Cairo.

Vasquez AS. **Filosofia da práxis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

Vieira EM. Esterilização e o arrependimento.[Trabalho apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1995; Salvador,Brasil].

Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev Saúde Pública** 1994; 28:440-8.

Vieira EM, Nicholas JF. Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil. **Int Fam Plann Perspect** 1996; 22:32-7, 40.

Xavier D et al. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Labra ME. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1989. p.203-22.

Willcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. **Fertil Steril** 1991; 55: 927-33.

ANEXO A

Roteiro de Perguntas para a Entrevista

1. Como funciona e quais as atividades desenvolvidas no planejamento familiar pelo hospital/centro de saúde?
2. Qual o trabalho que você faz no planejamento familiar?
3. Quando uma mulher solicita laqueadura de trompas, o que você faz?
4. O que você pensa e sente sobre a laqueadura de trompas?

Roteiro de Observação

1. Ações ou atividades que os profissionais desenvolvem com as mulheres que querem submeter-se a cirurgia esterilizadora.
2. Conteúdo das ações (idéias veiculadas).

ANEXO B — Perfil dos Entrevistados, Hospital Sofia Feldman, 1998

Entrevistados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Tempo de Trabalho	3 anos, 10 meses	12 anos	20 anos	14 anos	7 anos	14 anos	3 anos	3 a	2 anos, 8 meses
Tempo na Equipe	3 anos, 10 meses	12 anos	20 anos	14 anos	6 anos	14 anos	3 anos	3 anos	2 anos, 8 meses
Profissão	Enfermeira	Assistente Social	Médico	Enfermeira	Agente Co-munitário	Médico	Enfermeira	Psicólogo	Psicóloga
Tempo Formado	4 anos	14 anos	18 anos	15 anos		12 anos	3 anos	6 anos	22 Anos
Cargo	Coordenadora maternidade	Coordenadora de RH	Adminis-trador	Enfermeira	Agente de Saúde	Coordenador Clínica da Mulher	Responsável ambulatório	Psicólogo	Psicóloga
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	38 anos	36 anos	51 anos	38 anos	47 anos	40 anos	27 anos	30 anos	54 anos
Religião	Protestante	Nenhuma	Católico	Católica	Católica	Nenhuma	Católica	Espírita	Católica

FRASES TEMÁTICAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DO DISCURSO DOS AGENTES DA EQUIPE DE SAÚDE

Frases Temáticas — Entrevista 1

- 1.1 A consulta da enfermeira para o planejamento familiar é de livre demanda e inclui entrega de camisinha, colocação de DIU, encaminhamento para palestras, orientação sobre o método escolhido, esclarecimento de dúvidas e de questões organizativas.
- 1.2 Atualmente a enfermeira não participa das palestras sobre planejamento familiar que são feitas pelo setor psicossocial.
- 1.3 A demanda livre para “orientação” do planejamento familiar inclui a participação da mulher em pelo menos uma palestra.
- 1.4 O não “enquadramento” da mulher nos critérios instituídos para a realização do método definitivo implica em discussão com profissionais da equipe.
- 1.5 A decisão sobre o método contraceptivo definitivo ou não é atribuída à mulher/cliente.
- 1.6 A enfermeira considera que a cliente deve decidir por si própria quanto ao método definitivo, a partir das informações técnicas recebidas, por ser adulta e consciente, deve responsabilizar-se por suas escolhas e opções.
- 1.7 A enfermeira anota sua impressão, porém isenta-se de dar à cliente sua opinião pessoal e não se responsabiliza em caso de arrependimento da escolha do método definitivo, cujo índice é alto.
- 1.8 A enfermeira considera que a laqueadura de trompas apesar de definitiva, é um método “muito bom”, “prático”.
- 1.9 A assunção da coordenação do planejamento familiar é instituída, tem horário definido que não coincide com aquele de realização das palestras.
- 1.10 A laqueadura de trompas e a colocação de DIU envolvem pagamento.

Frases Temáticas — Entrevista 2

- 2.1 No setor psicossocial a assistente social e/ou o psicólogo avaliam e definem a realização do procedimento de laqueadura/vasectomia ou o encaminhamento para a equipe.

- 2.2 Os critérios definidos da laqueadura /vasectomia incluem além da idade e número de filhos a avaliação do momento e da dinâmica de vida das pessoas e principalmente o desejo da pessoa de não querer ter mais filhos.
- 2.3 Ter um único filho ou ser jovem exige uma atenção especial na tomada de decisão dos profissionais em relação aos métodos definitivos.
- 2.4 A realização de método definitivo através do SUS está em processo de transição sobre a autorização do financiamento do procedimento.
- 2.5 Os critérios definidores (idade e número de filhos) da realização do procedimento de método definitivo estão sendo modificados por uma nova lei.
- 2.6 A assistente social acredita que além da discussão dos critérios estabelecidos pela nova lei, a equipe continuará avaliando a maturidade da pessoa para decidir sobre a ligadura/vasectomia.
- 2.7 O processo de avaliação da equipe para a tomada de decisão sobre a realização da laqueadura/vasectomia influencia no baixo índice de arrependimento.
- 2.8 Acesso aos métodos definitivos ou temporários é um direito da mulher.
- 2.9 O acesso aos métodos definitivos é diferenciado entre aqueles que podem pagar e os que dependem do SUS para financiá-los.
- 2.10 Os serviços públicos tanto do Estado quanto da Prefeitura têm apresentado problemas no atendimento da demanda para os métodos temporários e definitivos.
- 2.11 As discussões da equipe envolvem a reflexão sobre os papéis da mulher na sociedade em particular a dependência financeira do homem e de ir além das questões da maturidade.

Frases Temáticas — Entrevista 3

- 3.1 A filosofia institucional de planejamento familiar, desde a sua fundação, tem por desafio colocar todos os métodos contraceptivos à disposição da comunidade.
- 3.2 O enfermeiro fazendo o planejamento familiar clínico, tem permitido maior acessibilidade da população aos métodos contraceptivos.
- 3.3 A demanda pelo planejamento familiar vem diminuindo, há mais ou menos 3 anos, devido a cobrança de taxas em vista da não sustentação dessas ações

pelo SUS e também porque os postos de saúde começaram a ofertar serviços de planejamento familiar

- 3.4 A laqueadura de trompas sofreu um aqueda acentuada nos últimos anos devido a uma maior acessibilidade aos métodos temporários de planejamento familiar e ao aumento das vasectomias.
- 3.5 O número de vasectomias tem aumentado porque tornou-se mais acessível e mais confiável ao homem, mostrando também uma conscientização desse homem.
- 3.6 Atualmente a instituição realiza um número maior de vasectomias e laqueaduras pagas pelo cliente do que pagas pelo SUS.
- 3.7 O método clínico de uso masculino é a camisinha, porém a procura é feita pela mulher; o seu uso ainda é baixo.
- 3.8 O médico não é favorável e não aceita os métodos definitivos como a vasectomia e a laqueadura de trompas pelo seu caráter de radicalidade. O aspecto de definitivo não agrada este médico em nenhuma área da vida.
- 3.9 A decisão de fazer a laqueadura de trompas ou a vasectomia é pessoal, deve ser uma decisão consciente e deve-se conhecer os riscos e consequências sobre a vida das pessoas, evitando assim futuro arrependimento.
- 3.10 Tecnicamente a laqueadura ou a vasectomia são métodos simples, seguros e eficientes; a vasectomia poderia ser recomendada em termos de saúde pública.
- 3.11 Não se deveria fazer método definitivo devido a permissividade e mobilidade nas relações pessoais de nossa sociedade.
- 3.12 Não se deve confundir arrependimento com a nova necessidade de ter novos filhos em um novo relacionamento.
- 3.13 O planejamento familiar é definido como acesso as diferentes métodos contraceptivos.
- 3.14 A reversão da vasectomia/inseminação está associada ao poder econômico do indivíduo (Pelé fez, operário dificilmente).

Frases Temáticas — Entrevista 4

- 4.1 O planejamento familiar funciona com uma equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de saúde e técnica de enfermagem.

-
- 4.2 A cliente que procura o serviço de planejamento familiar recebe orientações e faz entrevista individuais com algum membro a equipe. Se o cliente escolher um método clínico, ele/ela saem da instituição com o método escolhido.
- 4.3 Se o cliente quer o método cirúrgico definitivo o atendimento engloba:
- Entrevista individual com a finalidade de verificar os motivos, se conhece outros métodos, como é o relacionamento do casal, a condição de vida, sobre os filhos, etc.
 - Verificar se a mulher esta dentro dos critérios da instituição para fazer ligadura e encaminhar ao serviço psicossocial.
- 4.4 Se a mulher não está dentro dos critérios institucionais ela é desestimulada a fazer a laqueadura e tenta-se estimulá-la a usar outros métodos.
- 4.5 A cliente/mulher atendida no planejamento familiar faz exame clínico e ginecológico e prevenção de câncer cérvico-uterino.
- 4.6 A laqueadura de trompas está sendo discutida pela equipe e estão sendo feitas adaptações em função da nova lei.
- 4.7 Toda a clientela atendida no planejamento familiar é acompanhada sistematicamente, de acordo com o método que está usando.
- 4.8 O diafragma e os métodos comportamentais são pouco usados pela clientela da instituição.
- 4.9 No planejamento familiar, a enfermeira faz orientação individual, consulta de enfermagem com prescrição de métodos, inserção de DIU, prevenção de câncer de colo e mamas, atende retornos e revisões de DIU, laqueadura e de outros métodos.
- 4.10 A laqueadura é vista como um direito que a mulher tem mesmo que ela não esteja dentro dos critérios da instituição.
- 4.11 A enfermeira mudou sua opinião sobre a laqueadura ao longo dos anos de vivência como profissional e como mulher.
- 4.12 Na experiência da enfermeira está ocorrendo uma mudança na vida das mulheres (tem aumentado o número de novos relacionamentos e isto cria a necessidade de ter mais filhos) por esta razão é que se deve ter cuidado na decisão sobre a ligadura.
- 4.13 A enfermeira considera que a ligadura de trompas é segura enquanto técnica cirúrgica e método contraceptivo e, se a mulher estiver realmente decidida.

Frases Temáticas — Entrevista 5

- 5.1 A mulher que procura o atendimento no planejamento familiar paga uma taxa, faz uma ficha, assiste a uma palestra educativa mostrando todos os métodos contraceptivos, em seguida é entrevistada por um profissional de saúde e depois é encaminhada para o Serviço Psicossocial.
- 5.2 Se a mulher decide usar um método temporário ela volta para casa levando o método que escolheu.
- 5.3 A agente de saúde faz entrevista com a mulher, preenchendo uma ficha com dados relacionados à sua vida e saúde familiar e reprodutiva e sobre sua ocupação; faz palestras e orientações na comunidade.
- 5.4 Se a mulher quer fazer a laqueadura de trompas, é feita uma entrevista para verificar se ela está dentro dos critérios da instituição.
- 5.5 Toda mulher que deseja fazer laqueadura de trompas, é encaminhada para o Serviço Social mesmo que tenha maturidade e esteja dentro dos critérios de idade e número de filhos.
- 5.6 A agente de saúde considera sua participação fundamental na equipe de planejamento familiar, pois sua convivência e atuação na comunidade, facilita uma melhor compreensão da realidade e das necessidades da cliente.
- 5.7 A agente de saúde faz visita domiciliar e orienta grupos de gestantes na comunidade sobre aleitamento materno, planejamento familiar, informações sobre os serviços que oferecem o planejamento familiar, demonstração dos métodos contraceptivos, suas vantagens e desvantagens, sobre higiene e em outros assuntos de interesse da comunidade.
- 5.8 A palestra educativa com as gestantes que fazem o pré-natal no serviço, inclui demonstração dos métodos contraceptivos, discussão das vantagens e desvantagens e discussões para troca de experiências entre as participantes do grupo.
- 5.9 A agente de saúde considera importante falar sobre contracepção durante o pré-natal porque muitas mulheres tem um espaçamento pequeno entre os filhos, por falta de conhecimento de alguns métodos e por não terem acesso a serviços de saúde.
- 5.10 A agente de saúde acha que a laqueadura de trompas é uma decisão de muita responsabilidade que deve ser bem pensada porque é um método definitivo.
- 5.11 A agente de saúde considera que a mulher tem que ter maturidade, idade e número de filhos suficientes para fazer a laqueadura.

- 5.12 A agente de saúde considera que a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, o pouco espaçamento de tempo entre os filhos leva mulheres com pouca idade fazerem laqueadura de trompas sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma.
- 5.13 A agente de saúde percebe que as mulheres de grupos de gestantes da comunidade solicitam mais métodos contraceptivos temporários do que definitivo, talvez porque sejam mulheres novas e também porque ainda não têm um companheiro definitivo.

Frases Temáticas — Entrevista 6

- 6.1 A filosofia da clínica de planejamento familiar é oferecer todos os métodos contraceptivos disponíveis e aprovados pela legislação brasileira a todas as mulheres que buscam o serviço, com o propósito de garantir o direito de livre escolha.
- 6.2 A demanda deste serviço de planejamento familiar diminuiu porque a instituição começou a cobrar uma taxa e também porque o planejamento familiar e os vários métodos contraceptivos tornaram-se disponíveis e acessíveis em quase todos os centros de saúde da Prefeitura de BH, a partir de momento que a prefeitura assumiu o planejamento familiar.
- 6.3 Por longos anos somente 4 instituições em BH tinham clínicas de planejamento familiar organizadas que ofereciam todos os métodos contraceptivos.
- 6.4 Uma das atividades do planejamento familiar são as palestras educativas em grupo, que vem ocorrendo com pouca frequência devido a diminuição da clientela.
- 6.5 As orientações sobre métodos contraceptivos tem ocorrido individualmente.
- 6.6 Para o médico homens e mulheres já vêm ao serviço com a escolha pronta sobre o método que irão usar e que a atividade educativa não modifica essa escolha, apenas esclarece as dúvidas e dá orientações, inclusive sobre riscos.
- 6.7 Para o médico a atividade educativa no planejamento familiar tem a função de orientação e não de modificar a opinião dos usuários.
- 6.8 Na consulta médica são reforçados pontos sobre o método escolhido, ativado o método e dado orientações sobre o sistema reprodutivo.
- 6.9 Os métodos mais usados são camisinha, pílula, DIU e laqueadura de trompas.
- 6.10 Os retornos de seguimento da clientela são agendados de acordo com o método em uso.

- 6.11 O médico atua como coordenador da equipe e como cirurgião realizando salpingotripsias e fazendo inserção de DIU.
- 6.12 Toda mulher que deseja fazer laqueadura deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar que definirá se o pedido de cirurgia vai ser aceito.
- 6.13 O médico considera que o arrependimento é a complicação mais importante na laqueadura de trompas, que deve ser tentado evitar.
- 6.14 Os profissionais de saúde devem evitar que a mulher tome decisões precipitadas sobre a cirurgia esterilizadora, orientando-as sobre os riscos e as consequências da cirurgia.
- 6.15 O critério mais importante que o médico leva em consideração na avaliação para a laqueadura de trompas é sobretudo a voluntariedade e ter 2 ou mais filhos. A idade não é considerada fator tão importante.
- 6.16 A mulher deve submeter-se à laqueadura de trompas somente após estar esclarecida e ciente sobre a cirurgia bem como assumir os riscos que podem advir da mesma.
- 6.17 O médico considera que os métodos contraceptivos devem ser adequados para cada mulher, tendo com conduta nunca indicar um método, mas colocar as opções de acordo com as necessidades e preocupações da cliente.
- 6.18 As mulheres buscam sobretudo a eficácia dos métodos contraceptivos e depois segurança.
- 6.19 Para o médico a ligadura é um método eficaz.
- 6.20 O médico acredita que a maioria das mulheres preferem a ligadura como o melhor método, por ser eficaz, seguro e não trazer os problemas que a pílula e o DIU trazem.
- 6.21 Segundo o médico as mulheres não consideram o arrependimento da ligadura como uma complicação e “não pensam também que é uma cirurgia”, mas que é somente mais um tipo de método contraceptivo.

Frases Temáticas — Entrevista 7

- 7.1 O serviço de planejamento familiar fornece pílula anticoncepcional, orienta seu uso e agenda retorno; insere DIU e faz as orientações necessárias.
- 7.2 O serviço faz ligadura de trompas a pagamento particular, ou encaminha para o SUS.

-
- 7.3 A mulher que deseja fazer a laqueadura de trompas via SUS, necessita de um laudo fornecido pelo serviço, concedido após a mulher ter feito os exames, e uma autorização do SUS.
- 7.4 A enfermeira realiza atendimento individual de mulheres, fornecendo e orientando o método escolhido (pílula ou preservativo); fazendo revisão e retirada de DIU; coletando material para prevenção de câncer do colo de útero e orientando a importância do controle.
- 7.5 A enfermeira participa das discussões na equipe de planejamento familiar.
- 7.6 Se a mulher deseja fazer ligadura a enfermeira faz uma entrevista para verificar o porquê e, se a mulher esta dentro dos critérios institucionais, a encaminha para outro profissional para reafirmar a autorização para a cirurgia.
- 7.7 Se o serviço psicossocial não autorizar a realização da cirurgia de laqueadura, o caso é discutido em equipe.
- 7.8 Para mulheres gestantes que desejam fazer ligadura de trompas a enfermeira toma cuidados especiais, pois considera essa fase da vida um momento de transição difícil para tomar essa decisão.
- 7.9 Se o serviço psicossocial autoriza a cirurgia esterilizadora, a enfermeira solicita exames para risco cirúrgico e marca a cirurgia. Caso a mulher for fazer a cirurgia via SUS terá que conseguir uma autorização de internação hospitalar.
- 7.10 De acordo com a enfermeira a liberação de autorização para internação hospitalar para a laqueadura até pouco tempo era muito difícil, hoje está tornando-se mais fácil porque as juntas de concessão de autorização de internação hospitalar (AIH) estão mais “liberais”.
- 7.11 As mulheres que não conseguem a autorização para internação hospitalar para a laqueadura ficam “chateadas”. Aquelas que podem, optam pelo pagamento e aquelas que não podem aguardam ou procuram outro lugar.
- 7.12 A instituição facilita o pagamento da cirurgia de laqueadura parcelando-a.
- 7.13 Os critérios usados pela instituição para a decisão sobre a laqueadura são semelhantes aos usados pelo SUS, entretanto neste último a autorização da cirurgia é mais difícil.
- 7.14 Os critérios da Maternidade Odete Valadares para laqueadura de trompas são mais rigorosos que o desta Instituição.
- 7.15 Segundo a enfermeira o número de mulheres jovens (21-23 anos) com 4-5 filhos que vem solicitando a laqueadura de trompas está aumentando.

-
- 7.16 Segundo a enfermeira o fato de mulheres jovens que tem 4-5 filhos solicitarem ligadura de trompas, deve-se à falta de orientação e acesso a métodos contraceptivos.
- 7.17 A enfermeira considera que não é boa a decisão por métodos contraceptivos definitivos quando a pessoa é jovem.
- 7.18 Apesar da orientação sobre a irreversibilidade dos métodos definitivos ainda faltam informações aos clientes sobre os custos, principalmente em relação à reversão da vasectomia.
- 7.19 A mulher decide sobre a ligadura mais em função do momento atual de sua vida e pouco considerando o futuro.
- 7.20 Para as mulheres a ligadura é uma vitória conquistada arduamente, então elas não desistem, enquanto que o homem muitas vezes desiste da vasectomia.
- 7.21 Se por um lado as mulheres que vem solicitando a laqueadura são cada vez mais jovens, por outro, elas tem 4-5 filhos; essa situação ambígua torna difícil para a enfermeira, a concessão de autorização para a cirurgia esterilizadora.

Frases Temáticas — Entrevista 8

- 8.1 Houve modificações na estrutura de funcionamento do serviço devido à queda da demanda. Ocorrem mais orientações individuais sobre planejamento familiar e contracepção do que palestras em grupos.
- 8.2 As palestras sobre planejamento familiar são feitas no ambulatório para gestantes que estão fazendo pré-natal.
- 8.3 De acordo com o psicólogo a demanda para vasectomia vem aumentando consideravelmente.
- 8.4 A maioria das solicitações de ligaduras são de gestantes.
- 8.5 As gestantes que solicitam ligadura são orientadas em palestras, oferecidas outras alternativas contraceptivas e orientadas no serviço psicossocial.
- 8.6 As mulheres que são atendidas no serviço de planejamento familiar, que solicitam ligadura, são encaminhadas ao serviço psicossocial para avaliação e autorização da cirurgia.
- 8.7 O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas.

-
- 8.8 A equipe multiprofissional, reúne-se uma vez por semana para discutir, avaliar e tomar decisões sobre pedidos de ligadura que o serviço psicossocial tenha dúvidas em relação a autorização.
 - 8.9 Alguns pedidos de ligadura de trompas requerem o atendimento do casal.
 - 8.10 O serviço de psicologia avalia a maturidade da pessoa que deseja fazer a laqueadura e as pressões emocionais que interferem na decisão.
 - 8.11 O psicólogo considera a gravidez, o pós-parto imediato e o relacionamento do casal, fatores emocionais que devem ser fortemente considerados na aceitação do pedido de ligadura de trompas.
 - 8.12 O psicólogo já se deparou com situações na qual após o atendimento a pessoa desistiu da laqueadura.
 - 8.13 O psicólogo atua de forma preventiva levantando situações que pressionam a mulher para fazer a ligadura como, mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido.
 - 8.14 O psicólogo participa do curso de gestantes e orienta sobre planejamento familiar.
 - 8.15 Orientações individuais para as mulheres que querem implantar DIU ocorrem com frequência.
 - 8.16 De acordo com o psicólogo os métodos mais procurados são contraceptivo oral e DIU. Os menos procurados ou quase nunca procurados são os métodos naturais como por exemplo o método de Billings.
 - 8.17 O serviço de psicologia tem feito orientação sobre contracepção e orientação sexual para mulheres que vão se casar.
 - 8.18 O serviço de psicologia faz orientações sobre os métodos contraceptivos em geral, de forma individual ou em grupo e após encaminha a (o) cliente para outros serviços, dependendo do método que ela (e) escolheu.
 - 8.19 O serviço de psicologia faz uma avaliação das mulheres que desejam fazer a ligadura de trompas. Em caso de dúvidas envia para o serviço social para uma reavaliação e vice-versa. Outras vezes ainda o caso necessita discussão na equipe multidisciplinar para posterior tomada de decisão.
 - 8.20 O serviço psicossocial solicita documentos formais de autorização de cirurgia.

- 8.21 Para o psicólogo o arrependimento do método definitivo está ligado a um componente psicológico e ao desejo de ter novos filhos em função dos novos relacionamentos que surgem entre os casais.
- 8.22 Na experiência de trabalho do psicólogo a relação ligadura de trompas, reprodução e sexualidade deve ser vista com cuidado, devido aos efeitos psicológicos negativos que esta cirurgia pode causar sobre a sexualidade da mulher e no relacionamento do casal.
- 8.23 Segundo o psicólogo homens que desejam vasectomia tem medo da impotência, mas informações esclarecedoras ou uma conversa com outro homem vasectomizado são suficientes para dirimir dúvidas.
- 8.24 De acordo com o psicólogo algumas mulheres chegam desesperadas para fazer a ligadura de trompas, para sentirem tranqüilas em relação a ter filhos e “acham que é uma solução e um remédio para todos os males”.
- 8.25 O psicólogo considera que a laqueadura é uma decisão que deve ser tomada de forma mais consciente possível, amadurecida e livre de pressões.
- 8.26 A função do profissional é colocar todas as questões que envolvem a laqueadura para que a mulher possa refletir e tomar uma decisão consciente e amadurecida.
- 8.27 O psicólogo considera a ligadura como a última decisão a ser tomada ou pensada, pois é uma alternativa radical.
- 8.28 O fato de as mulheres iniciarem sua vida reprodutiva precocemente, tem aumentado o número de ligaduras em mulheres jovens que já tem 2-3 filhos ou que já fizeram 2-3 cesarianas.
- 8.29 A abordagem da cirurgia esterilizadora como definitiva é um dos aspectos mais importantes a ser discutido com as mulheres que buscam a laqueadura.

Frases Temáticas — Entrevista 9

- 9.1 A demanda no planejamento familiar deste serviço vem caindo.
- 9.2 A procura pela vasectomia neste serviço tem aumentado.
- 9.3 A psicóloga considera que o trabalho de planejamento familiar desenvolvido pela equipe é sério, criterioso e de boa qualidade.
- 9.4 Os profissionais envolvidos na equipe de planejamento familiar têm interesse e dedicação.

-
- 9.5 A qualidade do trabalho da equipe multiprofissional envolvida com a vasectomia e ligadura de trompas difere de outros de maneira geral, porque leva em consideração muitos outros aspectos além dos critérios idade e número de filhos.
- 9.6 A psicóloga faz palestras para puérperas incluindo, dentre outros o planejamento familiar e contracepção.
- 9.7 A psicóloga desenvolve trabalho com grupo de gestantes no ambulatório, orientando-as de acordo com as necessidades e interesses e sempre inclui o planejamento familiar.
- 9.8 A psicóloga considera que o planejamento familiar é importante para que as pessoas organizem e planejem se querem ou não ter filhos.
- 9.9 Como membro da equipe de planejamento familiar, a psicóloga desenvolve um trabalho de ficar na escuta das questões relacionadas ao campo do emocional, principalmente quanto à maturidade emocional para encerrar a vida reprodutiva, tanto de homens quanto de mulheres que desejam submeter-se a cirurgia esterilizadora.
- 9.10 A psicóloga e a assistente social desenvolvem trabalho de orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, dentro outros assuntos, para pré-adolescentes e adolescentes das escolas de primeiro grau da região.
- 9.11 Toda mulher que não é gestante e deseja fazer laqueadura é inicialmente encaminhada para uma orientação sobre planejamento familiar no ambulatório e se necessário faz uma entrevista individual no serviço psicossocial.
- 9.12 Se a mulher é gestante e deseja fazer ligadura de trompas, o serviço de pré-natal do ambulatório encaminha diretamente para o atendimento do serviço psicossocial.
- 9.13 A mulher gestante que faz pré-natal em outra instituição e deseja fazer ligadura, é encaminhada para atendimento no setor psicossocial.
- 9.14 A mulher ou o homem devem estar tranquilos, conscientes, bem informados e emocionalmente amadurecidos sobre decisão pela ligadura ou vasectomia para evitar problemas posteriores.
- 9.15 A psicóloga considera que deve-se ficar atento para a relação entre a ligadura e vida sexual.
- 9.16 A psicóloga considera que a sua função é informar, orientar para que a pessoa tome a decisão e assuma suas possíveis consequências inclusive o arrependimento.

-
- 9.17 A ligadura é um direito que a pessoa tem.
- 9.18 A psicóloga não faria laqueadura de trompas porque pode usufruir de métodos temporários, cujo risco de engravidar é o mesmo da ligadura de trompas.
- 9.19 A psicóloga não indicaria a ligadura para ninguém, mas ajuda a pessoa a tomar decisões através de informações, troca de idéias, numa relação de ajuda para que o outro possa tomar a própria decisão de maneira tranqüila e saudável.

ANEXO D

CATEGORIAS EMPÍRICAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DAS FRASES TEMÁTICAS

1. O Processo de Tomada de Decisão na Laqueadura Tubária

1.1 A Escolha da Mulher na dimensão relacional com a equipe de saúde

- 3.9 A decisão de fazer a laqueadura de trompas ou a vasectomia é pessoal, deve ser uma decisão consciente e deve-se conhecer os riscos e consequências sobre a vida das pessoas, evitando assim futuro arrependimento.
- 1.5 A decisão sobre o método contraceptivo definitivo ou não é atribuída à mulher/cliente.
- 7.21 Se por um lado as mulheres que vem solicitando a laqueadura são cada vez mais jovens, por outro, elas tem 4-5 filhos; essa situação ambígua torna difícil para a enfermeira, a concessão de autorização para a cirurgia esterilizadora.
- 7.15 Segundo a enfermeira o número de mulheres jovens (21-23 anos) com 4-5 filhos que vem solicitando a laqueadura de trompas está aumentando.
- 7.19 A mulher decide sobre a ligadura mais em função do momento atual de sua vida e pouco considerando o futuro.
- 6.18 As mulheres buscam sobretudo a eficácia dos métodos contraceptivos e depois segurança.
- 8.24 De acordo com o psicólogo algumas mulheres chegam desesperadas para fazer a ligadura de trompas, para sentirem tranquilas em relação a ter filhos e “acham que é uma solução e um remédio para todos os males”.
- 8.28 O fato de as mulheres iniciarem sua vida reprodutiva precocemente tem aumentado o número de ligaduras em mulheres jovens que já tem 2-3 filhos ou que já fizeram 2-3 cesarianas.
- 5.2 Se a mulher decide usar um método temporário ela volta para casa levando o método que escolheu.
- 1.6 A enfermeira considera que a cliente deve decidir por si própria quanto ao método definitivo, a partir das informações técnicas recebidas, por ser adulta e consciente, deve responsabilizar-se por suas escolhas e opções.

1.2 A Tomada de Decisão da Equipe

1.2.1. Critérios

- 4.3 Se o cliente quer o método cirúrgico definitivo o atendimento engloba:

- Entrevista individual com a finalidade de verificar os motivos, se conhece outros métodos, como é o relacionamento do casal, a condição de vida, sobre os filhos, etc.
 - Verificar se a mulher esta dentro dos critérios da instituição para fazer ligadura e encaminhar ao serviço psicossocial.
- 9.11 Toda mulher que não é gestante e deseja fazer laqueadura é inicialmente encaminhada para uma orientação sobre planejamento familiar no ambulatório e se necessário faz uma entrevista individual no serviço psicossocial.
- 8.9 Alguns pedidos de ligadura de trompas requerem o atendimento do casal.
- 6.12 Toda mulher que deseja fazer laqueadura deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar que definirá se o pedido de cirurgia vai ser aceito.
- 5.4 Se a mulher quer fazer a laqueadura de trompas, é feita uma entrevista para verificar se ela está dentro dos critérios da instituição.
- 5.5 Toda mulher que deseja fazer laqueadura de trompas, é encaminhada para o Serviço Social mesmo que tenha maturidade e esteja dentro dos critérios de idade e número de filhos.
- 7.6 Se a mulher deseja fazer ligadura a enfermeira faz uma entrevista para verificar o porquê e, se a mulher esta dentro dos critérios institucionais, a encaminha para outro profissional para reafirmar a autorização para a cirurgia.
- 7.9 Se o serviço psicossocial autoriza a cirurgia esterilizadora, a enfermeira solicita exames para risco cirúrgico e marca a cirurgia. Caso a mulher for fazer a cirurgia via SUS terá que conseguir uma autorização de internação hospitalar.
- 7.3 A mulher que deseja fazer a laqueadura de trompas via SUS, necessita de um laudo fornecido pelo serviço, concedido após a mulher ter feito os exames e uma autorização do SUS.
- 8.7 O serviço psicossocial tem o poder de decidir, na maioria das vezes, se aceita ou não o pedido de ligadura de trompas.
- 2.2 Os critérios definidos da laqueadura /vasectomia incluem além da idade e número de filhos a avaliação do momento e da dinâmica de vida das pessoas e principalmente o desejo da pessoa de não querer ter mais filhos.
- 6.15 O critério mais importante que o médico leva em consideração na avaliação para a laqueadura de trompas é sobretudo a voluntariedade e ter 2 ou mais filhos. A idade não é considerada fator tão importante.

- 2.5 Os critérios definidores (idade e número de filhos) da realização do procedimento de método definitivo estão sendo modificados por uma nova lei.
- 8.10 O serviço de psicologia avalia a maturidade da pessoa que deseja fazer a laqueadura e as pressões emocionais que interferem na decisão.
- 7.14 Os critérios da Maternidade Odete Valadares para laqueadura de trompas são mais rigorosos que o desta Instituição.
- 7.13 Os critérios usados pela instituição para a decisão sobre a laqueadura são semelhantes aos usados pelo SUS, entretanto neste último a autorização da cirurgia é mais difícil.
- 8.20 O serviço psicossocial solicita documentos formais de autorização de cirurgia.
- 4.6 A laqueadura de trompas está sendo discutida pela equipe e estão sendo feitas adaptações em função da nova lei.
- 2.5 A assistente social acredita que além da discussão dos critérios estabelecidos pela nova lei, a equipe continuará avaliando a maturidade da pessoa para decidir sobre a ligadura/vasectomia.
- 4.3 Se a mulher não está dentro dos critérios institucionais ela é desestimulada a fazer a laqueadura e tenta-se estimulá-la a usar outros métodos.
- 2.2 Ter um único filho ou ser jovem exige uma atenção especial na tomada de decisão dos profissionais em relação aos métodos definitivos.
- 1.1 O não “enquadramento” da mulher nos critérios instituídos para a realização do método definitivo implica em discussão com profissionais da equipe.
- 7.7 Se o serviço psicossocial não autorizar a realização da cirurgia de laqueadura, o caso é discutido em equipe.

2. O Trabalho em Equipe

- 4.1 O planejamento familiar funciona com uma equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de saúde e técnica de enfermagem.
- 6.11 O médico atua como coordenador da equipe e como cirurgião realizando salpingotripsias e fazendo inserção de DIU.
- 8.8 A equipe multiprofissional, reúne-se uma vez por semana para discutir, avaliar e tomar decisões sobre pedidos de ligadura que o serviço psicossocial tenha dúvidas em relação a autorização.

- 2.10 As discussões da equipe envolvem a reflexão sobre os papéis da mulher na sociedade em particular a dependência financeira do homem e de ir além das questões da maturidade.
- 9.5 A qualidade do trabalho da equipe multiprofissional envolvida com a vasectomia e ligadura de trompas difere de outros de maneira geral, porque leva em consideração muitos outros aspectos além dos critérios idade e número de filhos.
- 9.3 A psicóloga considera que o trabalho de planejamento familiar desenvolvido pela equipe é sério, criterioso e de boa qualidade.

2.1 O Trabalho em Equipe na Laqueadura: Aconselhamento

- 6.14 Os profissionais de saúde devem evitar que a mulher tome decisões precipitadas sobre a cirurgia esterilizadora, orientando-as sobre os riscos e as consequências da cirurgia.
- 6.16 A mulher deve submeter-se à laqueadura de trompas somente após estar esclarecida e ciente sobre a cirurgia bem como assumir os riscos que podem advir da mesma.
- 8.26 A função do profissional é colocar todas as questões que envolvem a laqueadura para que a mulher possa refletir e tomar uma decisão consciente e amadurecida.
- 9.14 A mulher ou o homem devem estar tranquilos, conscientes, bem informados e emocionalmente amadurecidos sobre decisão pela ligadura ou vasectomia para evitar problemas posteriores.
- 9.19 A psicóloga não indicaria a ligadura para ninguém, mas ajuda a pessoa a tomar decisões através de informações, troca de idéias, numa relação de ajuda para que o outro possa tomar a própria decisão de maneira tranquila e saudável.
- 7.8 Para mulheres gestantes que desejam fazer ligadura de trompas a enfermeira toma cuidados especiais, pois considera essa fase da vida um momento de transição difícil para tomar essa decisão.
- 8.12 O psicólogo já se deparou com situações na qual após o atendimento a pessoa desistiu da laqueadura.
- 6.13 O médico considera que o arrependimento é a complicação mais importante na laqueadura de trompas, que deve ser tentado evitar.
- 2.5 O processo de avaliação da equipe para a tomada de decisão sobre a realização da laqueadura/vasectomia influencia no baixo índice de arrependimento.
- 8.21 Para o psicólogo o arrependimento do método definitivo está ligado a um componente psicológico e ao desejo de ter novos filhos em função dos novos relacionamentos que surgem entre os casais.

-
- 3.12 Não se deve confundir arrependimento com a nova necessidade de ter novos filhos em um novo relacionamento.
- 4.12 Na experiência da enfermeira está ocorrendo uma mudança na vida das mulheres (tem aumentado o número de novos relacionamentos e isto cria a necessidade de ter mais filhos) por esta razão é que se deve ter cuidado na decisão sobre a ligadura.
- 4.13 A enfermeira considera que a ligadura de trompas é segura enquanto técnica cirúrgica e método contraceptivo e, se a mulher estiver realmente decidida.
- 9.15 A psicóloga considera que deve-se ficar atento para a relação entre a ligadura e vida sexual.
- 8.22 Na experiência de trabalho do psicólogo a relação ligadura de trompas, reprodução e sexualidade deve ser vista com cuidado, devido aos efeitos psicológicos negativos que esta cirurgia pode causar sobre a sexualidade da mulher e no relacionamento do casal.
- 6.4 Uma das atividades do planejamento familiar são as palestras educativas em grupo, que vem ocorrendo com pouca frequência devido a diminuição da clientela.
- 8.2 As palestras sobre planejamento familiar são feitas no ambulatório para gestantes que estão fazendo pré-natal.
- 6.5 As orientações sobre métodos contraceptivos tem ocorrido individualmente.
- 8.15 Orientações individuais para as mulheres que querem implantar DIU ocorrem com frequência.
- 9.10 A psicóloga e a assistente social desenvolvem trabalho de orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, dentro outros assuntos, para pré-adolescentes e adolescentes das escolas de primeiro grau da região.
- 5.8 A palestra educativa com as gestantes que fazem o pré-natal no serviço, inclui demonstração dos métodos contraceptivos, discussão das vantagens e desvantagens e discussões para troca de experiências entre as participantes do grupo.
- 9.16 A psicóloga considera que a sua função é informar, orientar para que a pessoa tome a decisão e assuma suas possíveis consequências inclusive o arrependimento.
- 7.16 Segundo a enfermeira o fato de mulheres jovens que tem 4-5 filhos solicitarem ligadura de trompas, deve-se à falta de orientação e acesso a métodos contraceptivos.

- 6.7 Para o médico a atividade educativa no planejamento familiar tem a função de orientação e não de modificar a opinião dos usuários.
- 7.18 Apesar da orientação sobre a irreversibilidade dos métodos definitivos ainda faltam informações aos clientes sobre os custos, principalmente em relação à reversão da vasectomia.
- 8.5 As gestantes que solicitam ligadura são orientadas em palestras, oferecidas outras alternativas contraceptivas e orientadas no serviço psicossocial.
- 8.29 A abordagem da cirurgia esterilizadora como definitiva é um dos aspectos mais importantes a ser discutido com as mulheres que buscam a laqueadura.

2.2 O Trabalho em Equipe no Planejamento Familiar: o Papel dos Agentes da Equipe de Saúde

2.2.1 O Trabalho da Enfermeira

- 7.4 A enfermeira realiza atendimento individual de mulheres, fornecendo e orientando o método escolhido (pílula ou preservativo); fazendo revisão e retirada de DIU; coletando material para prevenção de câncer do colo de útero e orientando a importância do controle.
- 7.5 A enfermeira participa das discussões na equipe de planejamento familiar.
- 1.1 A consulta da enfermeira para o planejamento familiar é de livre demanda e inclui entrega de camisinha, colocação de DIU, encaminhamento para palestras, orientação sobre o método escolhido, esclarecimento de dúvidas e de questões organizativas.
- 1.2 Atualmente a enfermeira não participa das palestras sobre planejamento familiar que são feitas pelo setor psicossocial.
- 1.7 A enfermeira anota sua impressão, porém isenta-se de dar à cliente sua opinião pessoal e não se responsabiliza em caso de arrependimento da escolha do método definitivo, cujo índice é alto.
- 4.9 No planejamento familiar, a enfermeira faz orientação individual, consulta de enfermagem com prescrição de métodos, inserção de DIU, prevenção de câncer de colo e mamas, atende retornos e revisões de DIU, laqueadura e de outros métodos.

2.2.2 O Trabalho da Agente de Saúde

- 5.3 A agente de saúde faz entrevista com a mulher, preenchendo uma ficha com dados relacionados à sua vida e saúde familiar e reprodutiva e sobre sua ocupação; faz palestras e orientações na comunidade.

- 5.7 A agente de saúde faz visita domiciliar e orienta grupos de gestantes na comunidade sobre aleitamento materno, planejamento familiar, informações sobre os serviços que oferecem o planejamento familiar, demonstração dos métodos contraceptivos, suas vantagens e desvantagens, sobre higiene e em outros assuntos de interesse da comunidade.

2.2.3 O Trabalho da Assistente Social e do Psicólogo

- 2.1 No setor psicossocial a assistente social e/ou o psicólogo avaliam e definem a realização do procedimento de laqueadura/vasectomia ou o encaminhamento para a equipe.
- 9.9 Como membro da equipe de planejamento familiar, a psicóloga desenvolve um trabalho de ficar na escuta das questões relacionadas ao campo do emocional.
- 9.7 A psicóloga desenvolve trabalho com grupo de gestantes no ambulatório, orientando-as de acordo com as necessidades e interesses e sempre inclui o planejamento familiar.
- 9.6 A psicóloga faz palestras para puérperas incluindo, dentre outros o planejamento familiar e contracepção.
- 8.13 O psicólogo atua de forma preventiva levantando situações que pressionam a mulher para fazer a ligadura como, mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido.
- 8.14 O psicólogo participa do curso de gestantes e orienta sobre planejamento familiar.
- 8.17 O serviço de psicologia tem feito orientação sobre contracepção e orientação sexual para mulheres que vão se casar.
- 8.18 O serviço de psicologia faz orientações sobre os métodos contraceptivos em geral, de forma individual ou em grupo e após encaminha a (o) cliente para outros serviços, dependendo do método que ela (e) escolheu.
- 8.19 O serviço de psicologia faz uma avaliação das mulheres que desejam fazer a ligadura de trompas. Em caso de dúvidas envia para o serviço social para uma reavaliação e vice-versa. Outras vezes ainda o caso necessita discussão na equipe multidisciplinar para posterior tomada de decisão.

2.2.4 O Trabalho do Médico

- 6.8 Na consulta médica são reforçados pontos sobre o método escolhido, ativado o método e dado orientações sobre o sistema reprodutivo.

- 5.7 A agente de saúde faz visita domiciliar e orienta grupos de gestantes na comunidade sobre aleitamento materno, planejamento familiar, informações sobre os serviços que oferecem o planejamento familiar, demonstração dos métodos contraceptivos, suas vantagens e desvantagens, sobre higiene e em outros assuntos de interesse da comunidade.

2.2.3 O Trabalho da Assistente Social e do Psicólogo

- 2.1 No setor psicossocial a assistente social e/ou o psicólogo avaliam e definem a realização do procedimento de laqueadura/vasectomia ou o encaminhamento para a equipe.
- 9.9 Como membro da equipe de planejamento familiar, a psicóloga desenvolve um trabalho de ficar na escuta das questões relacionadas ao campo do emocional.
- 9.7 A psicóloga desenvolve trabalho com grupo de gestantes no ambulatório, orientando-as de acordo com as necessidades e interesses e sempre inclui o planejamento familiar.
- 9.6 A psicóloga faz palestras para puérperas incluindo, dentre outros o planejamento familiar e contracepção.
- 8.13 O psicólogo atua de forma preventiva levantando situações que pressionam a mulher para fazer a ligadura como, mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido.
- 8.14 O psicólogo participa do curso de gestantes e orienta sobre planejamento familiar.
- 8.17 O serviço de psicologia tem feito orientação sobre contracepção e orientação sexual para mulheres que vão se casar.
- 8.18 O serviço de psicologia faz orientações sobre os métodos contraceptivos em geral, de forma individual ou em grupo e após encaminha a (o) cliente para outros serviços, dependendo do método que ela (e) escolheu.
- 8.19 O serviço de psicologia faz uma avaliação das mulheres que desejam fazer a ligadura de trompas. Em caso de dúvidas envia para o serviço social para uma reavaliação e vice-versa. Outras vezes ainda o caso necessita discussão na equipe multidisciplinar para posterior tomada de decisão.

2.2.4 O Trabalho do Médico

- 6.8 Na consulta médica são reforçados pontos sobre o método escolhido, ativado o método e dado orientações sobre o sistema reprodutivo.

3. Organização do Serviço de Planejamento Familiar

- 3.1 A filosofia institucional de planejamento familiar, desde a sua fundação, tem por desafio colocar todos os métodos contraceptivos à disposição da comunidade.
- 6.1 A filosofia da clínica de planejamento familiar é oferecer todos os métodos contraceptivos disponíveis e aprovados pela legislação brasileira a todas as mulheres que buscam o serviço, com o propósito de garantir o direito de livre escolha.
- 1.1 A demanda livre para “orientação” do planejamento familiar inclui a participação da mulher em pelo menos uma palestra.
- 7.1 O serviço de planejamento familiar fornece pílula anticoncepcional, orienta seu uso e agenda retorno; insere DIU e faz as orientações necessárias.
- 4.3 Se a mulher não está dentro dos critérios institucionais ela é desestimulada a fazer a laqueadura e tenta-se estimulá-la a usar outros métodos.
- 4.6 Toda a clientela atendida no planejamento familiar é acompanhada sistematicamente, de acordo com o método que está usando.
- 6.10 Os retornos de seguimento da clientela são agendados de acordo com o método em uso.
- 8.6 As mulheres que são atendidas no serviço de planejamento familiar, que solicitam ligadura, são encaminhadas ao serviço psicossocial para avaliação e autorização da cirurgia.
- 6.2 A demanda deste serviço de planejamento familiar diminuiu porque a instituição começou a cobrar uma taxa e também porque o planejamento familiar e os vários métodos contraceptivos tornaram-se disponíveis e acessíveis em quase todos os centros de saúde da Prefeitura de BH, a partir de momento que a prefeitura assumiu o planejamento familiar.
- 6.3 Por longos anos somente 4 instituições em BH tinham clínicas de planejamento familiar organizadas que ofereciam todos os métodos contraceptivos.
- 2.10 Os serviços públicos tanto do Estado quanto da Prefeitura têm apresentado problemas no atendimento da demanda para os métodos temporários e definitivos.
- 3.2 O enfermeiro fazendo o planejamento familiar clínico, tem permitido maior acessibilidade da população aos métodos contraceptivos.
- 3.3 A demanda pelo planejamento familiar vem diminuindo, há mais ou menos 3 anos, devido a cobrança de taxas em vista da não sustentação dessas ações pelo SUS e também porque os postos de saúde começaram a ofertar serviços de planejamento familiar

- 3.4 A laqueadura de trompas sofreu um aqueda acentuada nos últimos anos devido a uma maior acessibilidade aos métodos temporários de planejamento familiar e ao aumento das vasectomias.
- 3.5 O número de vasectomias tem aumentado porque tornou-se mais acessível e mais confiável ao homem, mostrando também uma conscientização desse homem.
- 9.1 A demanda no planejamento familiar deste serviço vem caindo.
- 8.3 De acordo com o psicólogo a demanda para vasectomia vem aumentando consideravelmente.
- 9.2 A procura pela vasectomia neste serviço tem aumentado.
- 8.4 A maioria das solicitações de ligaduras são de gestantes.
- 8.16 De acordo com o psicólogo os métodos mais procurados são contraceptivo oral e DIU. Os menos procurados ou quase nunca procurados são os métodos naturais como por exemplo o método de Billings.
- 4.6 O diafragma e os métodos comportamentais são pouco usados pela clientela da instituição.
- 6.9 Os métodos mais usados são camisinha, pílula, DIU e laqueadura de trompas.
- 8.1 Houve modificações na estrutura de funcionamento do serviço devido à queda da demanda. Ocorrem mais orientações individuais sobre planejamento familiar e contracepção do que palestras em grupos.
- 5.1 A mulher que procura o atendimento no planejamento familiar paga uma taxa, faz uma ficha, assiste a uma palestra educativa mostrando todos os métodos contraceptivos, em seguida é entrevistada por um profissional de saúde e depois é encaminhada para o Serviço Psicossocial.
- 1.10 A laqueadura de trompas e a colocação de DIU envolvem pagamento.
- 7.2 O serviço faz ligadura de trompas a pagamento particular, ou encaminha para o SUS.
- 7.12 A instituição facilita o pagamento da cirurgia de laqueadura parcelando-a.
- 3.2 Atualmente a instituição realiza um número maior de vasectomias e laqueaduras pagas pelo cliente do que pagas pelo SUS.
- 2.2 A realização de método definitivo através do SUS está em processo de transição sobre a autorização do financiamento do procedimento.
- 7.10 De acordo com a enfermeira a liberação de autorização para internação hospitalar para a laqueadura até pouco tempo era muito difícil, hoje está

tornando-se mais fácil porque as juntas de concessão de autorização de internação hospitalar (AIH) estão mais “liberais”.

- 7.11 As mulheres que não conseguem a autorização para internação hospitalar para a laqueadura ficam “chateadas”. Aquelas que podem, optam pelo pagamento e aquelas que não podem aguardam ou procuram outro lugar.
 - 3.12 A reversão da vasectomia/inseminação está associada ao poder econômico do indivíduo (Pelé fez, operário dificilmente.)
 - 2.6 O acesso aos métodos definitivos é diferenciado entre aqueles que podem pagar e os que dependem do SUS para financiá-los.
 - 3.2 O método clínico de uso masculino é a camisinha, porém a procura é feita pela mulher. O seu uso ainda é baixo.
 - 4.1 A cliente que procura o serviço de planejamento familiar recebe orientações e faz entrevista individuais com algum membro a equipe. Se o cliente escolher um método clínico, ele/ela saem da instituição com o método escolhido.
 - 5.13 A agente de saúde percebe que as mulheres de grupos de gestantes da comunidade solicitam mais métodos contraceptivos temporários do que definitivo, talvez porque sejam mulheres novas e também porque ainda não têm um companheiro definitivo.
 - 8.6 As mulheres que são atendidas no serviço de planejamento familiar, que solicitam ligadura, são encaminhadas ao serviço psicossocial para avaliação e autorização da cirurgia.
 - 9.12 Se a mulher é gestante e deseja fazer ligadura de trompas, o serviço de pré-natal do ambulatório encaminha diretamente para o atendimento do serviço psicossocial.
 - 9.13 A mulher gestante que faz pré-natal em outra instituição e deseja fazer ligadura, é encaminhada para atendimento no setor psicossocial.
- 4. Concepções da Equipe de Saúde Acerca do Planejamento Familiar, Contracepção e Ligadura de Trompas**
- 6.19 Para o médico a ligadura é um método eficaz.
 - 6.17 O médico considera que os métodos contraceptivos devem ser adequados para cada mulher, tendo com conduta nunca indicar um método, mas colocar as opções de acordo com as necessidade e preocupações da cliente.
 - 4.9 A laqueadura é vista como um direito que a mulher tem mesmo que ela não esteja dentro dos critérios da instituição.

-
- 6.20 O médico acredita que a maioria das mulheres preferem a ligadura como o melhor método, por ser eficaz, seguro e não trazer os problemas que a pílula e o DIU trazem.
- 9.8 A psicóloga considera que o planejamento familiar é importante para que as pessoas organizem e planejem se querem ou não ter filhos.
- 6.17 O médico considera que os métodos contraceptivos devem ser adequados para cada mulher, tendo com conduta nunca indicar um método, mas colocar as opções de acordo com as necessidades e preocupações da cliente.
- 6.6 Para o médico homens e mulheres já vêm ao serviço com a escolha pronta sobre o método que irão usar e que a atividade educativa não modifica essa escolha, apenas esclarece as dúvidas e dá orientações, inclusive sobre riscos.
- 5.9 A agente de saúde considera importante falar sobre contracepção durante o pré-natal porque muitas mulheres tem um espaçamento pequeno entre os filhos, por falta de conhecimento de alguns métodos e por não terem acesso a serviços de saúde.
- 5.12 A agente de saúde considera que a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, o pouco espaçamento de tempo entre os filhos leva mulheres com pouca idade fazerem laqueadura de trompas sem no entanto fazer uma reflexão sobre a mesma.
- 5.6 A agente de saúde considera sua participação fundamental na equipe de planejamento familiar, pois sua convivência e atuação na comunidade, facilita uma melhor compreensão da realidade e das necessidades da cliente.
- 4.13 A enfermeira considera que a ligadura de trompas é segura enquanto técnica cirúrgica e método contraceptivo e, se a mulher estiver realmente decidida.
- 1.7 A enfermeira considera que a laqueadura de trompas apesar de definitiva, é um método “muito bom”, “prático”.
- 3.9 Tecnicamente a laqueadura ou a vasectomia são métodos simples, seguros e eficientes. A vasectomia poderia ser recomendada em termos de saúde pública.
- 3.1 O médico não é favorável e não aceita os métodos definitivos como a vasectomia e a laqueadura de trompas pelo seu caráter de radicalidade. O aspecto de definitivo não agrada este médico em nenhuma área da vida.
- 4.11 A enfermeira mudou sua opinião sobre a laqueadura ao longo dos anos de vivência como profissional e como mulher.

-
- 3.9 Não se deveria fazer método definitivo devido a permissividade e mobilidade nas relações pessoais de nossa sociedade.
- 4.9 Na experiência da enfermeira está ocorrendo uma mudança na vida das mulheres (tem aumentado o número de novos relacionamentos e isto cria a necessidade de ter mais filhos) por esta razão é que se deve ter cuidado na decisão sobre a ligadura.
- 3.13 O planejamento familiar é definido como acesso as diferentes métodos contraceptivos.
- 8.27 O psicólogo considera a ligadura como a última decisão a ser tomada ou pensada, pois é uma alternativa radical.
- 5.10 A agente de saúde acha que a laqueadura de trompas é uma decisão de muita responsabilidade que deve ser bem pensada porque é um método definitivo.
- 8.25 O psicólogo considera que a laqueadura é uma decisão que deve ser tomada de forma mais consciente possível, amadurecida e livre de pressões.
- 5.11 A agente de saúde considera que a mulher tem que ter maturidade, idade e número de filhos suficientes para fazer a laqueadura.
- 7.17 A enfermeira considera que não é boa a decisão por métodos contraceptivos definitivos quando a pessoa é jovem.
- 8.11 O psicólogo considera a gravidez, o pós-parto imediato e o relacionamento do casal, fatores emocionais que devem ser fortemente considerados na aceitação do pedido de ligadura de trompas.
- 8.22 Na experiência de trabalho do psicólogo a relação ligadura de trompas, reprodução e sexualidade deve ser vista com cuidado, devido aos efeitos psicológicos negativos que esta cirurgia pode causar sobre a sexualidade da mulher e no relacionamento do casal.
- 9.15 A psicóloga considera que deve-se ficar atento para a relação entre a ligadura e vida sexual.
- 9.18 A psicóloga não faria laqueadura de trompas porque pode usufruir de métodos temporários, cujo risco de engravidar é o mesmo da ligadura de trompas.
- 6.21 Segundo o médico as mulheres não consideram o arrependimento da ligadura como uma complicação e “não pensam também que é uma cirurgia”, mas que é somente mais um tipo de método contraceptivo.
- 1.6 O acesso aos métodos definitivos ou temporários é um direito da mulher.

-
- 7.20 Para as mulheres a ligadura é uma vitória conquistada arduamente, então elas não desistem, enquanto que o homem muitas vezes desiste da vasectomia.
- 4.9 A laqueadura é vista como um direito que a mulher tem mesmo que ela não esteja dentro dos critérios da instituição.
- 9.17 A ligadura é um direito que a pessoa tem.