

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISIANE MADALENA TREPTOW

**Planejamento Familiar no Brasil: Publicações nos Cadernos de Saúde Pública
no Período de 2002 a 2006**

Porto Alegre

2007

LISIANE MADALENA TREPTOW

**Planejamento Familiar no Brasil: Publicações nos Cadernos de Saúde Pública
no Período de 2002 a 2006**

Monografia apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem
Orientadora: Prof^a Virgínia Leismann Moretto

Porto Alegre

2007

Dedico este estudo à minha família, por entender as minhas ausências, e, ao meu amor e companheiro de todos os momentos: Décio Rambo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me auxiliar todas às vezes que recorri a ele e me deu forças para alcançar o sucesso nesta caminhada e peço que me acompanhe para perseverar em outras conquistas.

E desejo tornar público a minha gratidão a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram com a realização deste sonho... E, em especial homenagear:

Meus pais que me ensinaram que com persistência e dedicação poderia conquistar tudo que quisesse. Minhas irmãs e sobrinhas que acreditaram na minha vitória. Meu esposo pela confiança e dedicação, sem a qual tudo teria sido muito mais difícil.

Minha orientadora professora Virgínia Leismann Moretto pela paciência e respeito às minhas dificuldades.

Aos meus amigos que sempre compreenderam as muitas vezes que eu estava cansada e permaneceram ao meu lado para que conseguisse continuar; principalmente:

Adelita Noro, Adriana Figueiró, Cássia Neto, Cátia de Brito, Lovane Lohmann, Margeli Ribeiro, Rafaela Lima, Silvana Cavagnoli, Simone Severo e Taíse Gomes.

Meus colegas da UTI Neonatal do Hospital Fêmeina pela paciência e bom convívio durante toda minha trajetória acadêmica.

Colegas e amigos da faculdade, que como eu, persistiram e venceram o sonho da formatura.

Toda equipe da Unidade de Saúde Santíssima Trindade do GHC que me acolheram e permitiram que meu aprendizado, nesse último semestre de graduação fosse prazeroso e por me ensinarem que o trabalho em equipe fortalece a humanização, trazendo a certeza de que existem profissionais comprometidos com a comunidade e que nós, podemos fazer a diferença na vida de quem cuidamos e dentre estes profissionais preciso destacar a Enfermeira Rosângela B. C. Pires, que me proporcionou momentos únicos de crescimento pessoal e profissional.

Aos clientes atendidos, por terem feito parte do meu aprendizado, me permitindo aprender e me ajudando a ser uma pessoa melhor.

*"Ser enfermeira é saber...
Que freqüentemente se
frustrará por não poder abraçar
o mundo;
Que estarás rodeada
de desafios;
Tanto que fazer em tão pouco
tempo;
Terás imensa responsabilidade
e pouca autoridade;
Irás superar as alegrias
e as tristezas;
Sabe que o sucesso ou
o insucesso de um grande
empreendimento
É decidido pela capacidade de
dar atenção aos pequenos
detalhes;
Mas o mais importante,,
É que entrarás na vida das
pessoas
e farás a diferença!"*

Autor Desconhecido.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	8
2.1 Planejamento Familiar no Brasil	8
3 METODOLOGIA	14
3.1 Tipo de Estudo	14
3.2 Coleta de dados	16
3.3 Aspectos Éticos.....	17
3.4 Análise dos Dados	17
3.5 Apresentação dos Dados.....	17
3.6 Síntese dos Artigos	56
3.7 Discussão.....	61
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
OBRAS CONSULTADAS.....	77

RESUMO

Conforme a lei aprovada pelo Congresso Nacional em 1996, o planejamento familiar é um direito de todo cidadão. O presente estudo teve como objetivo conhecer o que tem sido produzido e publicado nos Cadernos de Saúde Pública, sobre o planejamento familiar no Brasil, entre os anos de 2002 a 2006. Os Cadernos de Saúde Pública têm como objetivo publicar artigos originais que, contribuam para o estudo da saúde. O descritor utilizado foi “planejamento familiar”. O método utilizado foi à pesquisa bibliográfica, sendo encontrados nove artigos no período pesquisado com este foco de estudo. A pesquisa ocorreu no período de março a outubro de 2007. Justifica-se o estudo pela importância do tema em nosso país onde muitas vezes o casal não tem a orientação necessária para escolher o momento adequado de constituir a sua família. Constatamos que a maior parte dos estudos publicados no período, foi sobre a esterilização cirúrgica onde os autores buscaram saber como está funcionando o método no país após este direito ser legitimado pela Constituição Federal. Muitos aspectos importantes do planejamento familiar foram abordados, nos artigos pesquisados, que mostram situações a serem consideradas para realização de um trabalho eficiente e produtivo com a sociedade, mas existem algumas demandas do planejamento familiar que não foram suscitadas nos trabalhos publicados, e sua importância será ressaltada, pelo autor do presente trabalho, com investigação no referencial teórico.

Palavras Chaves: Planejamento Familiar. Métodos contraceptivos. Práticas Profissionais.

1 INTRODUÇÃO

Desde os povos mais antigos até a atualidade, a questão do dimensionamento das famílias tem sido objeto de amplas discussões e estudos sobre as populações, seu crescimento e desenvolvimento. No Brasil, essa preocupação gerou e implementou uma série de políticas de planejamento familiar.

A opção pelo tema planejamento familiar, foco deste estudo, ocorreu durante as experiências acadêmicas, trajetória profissional, e culminou na disciplina de Cuidado à Mulher. Ao observar a dificuldade que as mulheres tinham para planejar sua prole, acrescido do relato, durante o pré-natal, de que desconheciam as ações da política de planejamento familiar do país relacionadas à anticoncepção, condicionou o desejo de aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Ao trabalhar em uma UTI neonatal e vivenciar que a maioria das gestações não foi programada, percebe-se que, algumas vezes, essa falta de planejamento interfere no vínculo mãe-bebê. Segundo Zambiasi (2004), existem várias dificuldades a serem enfrentadas quando isso ocorre principalmente no que se refere a casais de baixa renda, os quais são entregues à desinformação, à falta de acesso aos meios, mas, cobram-lhes à responsabilidade de dar saúde, educação e esperança, a um número de filhos incompatíveis com suas condições socioeconômicas. A partir dessas constatações julga-se importante conhecer a política de planejamento familiar do Brasil, com conseqüente atualização sobre o que é produzido em pesquisas direcionadas a essa área.

Pretende-se, portanto, no decorrer da pesquisa, descrever alguns conceitos que se consideram importantes para posterior discussão dos textos pesquisados. O conceito oficial do Ministério da Saúde –MS- mostra como o governo entende o Planejamento Familiar. Para o MS, o planejamento familiar tem por objetivo regular o número de nascimentos, ajustando-o ao número de filhos desejados pelos progenitores. Concomitantemente, fala sobre os métodos que podem ser utilizados pelas mulheres, homens e/ou casais para evitar ou promover uma gravidez. Em uma perspectiva mais ampla, o planejamento familiar levaria a sociedade a desenvolver-se equilibradamente, garantindo o respeito aos casais quanto a sua livre decisão sobre o método anticoncepcional a ser utilizado (BRASIL, 1996).

A justificativa do presente trabalho centra-se na necessidade de conhecer melhor o planejamento familiar, conforme o referencial teórico e o que se produz de pesquisa sobre este

tema, a fim de entender o que está sendo realizado para que aconteça de modo eficaz e responsável, sendo assim preconizado pela Organização Mundial da Saúde -OMS.

A OMS reconhece que o planejamento familiar é uma intervenção com grande potencial de impacto na saúde das populações, desde que se propicie a disponibilidade dos métodos e seu emprego adequado (COSTA, 2002).

Por sua vez, Arilha (2007), assessora regional do Fundo das Nações Unidas para Assuntos da População, afirma que, atualmente, o uso de contraceptivos no Brasil atinge níveis considerados comparáveis ao dos países desenvolvidos modernos. A autora considera esse fato positivo, observando que o Estado Brasileiro defende o acesso a todos os métodos anticoncepcionais como prioridade política e financeira, o que não acontece na maior parte dos países da América Latina. Também considera que, em relação ao planejamento familiar, os problemas são administrativos e, para que a política de planejamento familiar funcione plenamente no país, será necessário repensar as políticas de saúde reprodutiva, tendo em vista a desigualdade social.

A partir dessas constatações, questiona-se: Qual a importância do planejamento familiar? De que modo a falta desse planejamento interfere no funcionamento da sociedade? Essa problemática faz parte da realidade diária, interferindo na trajetória pessoal e profissional das pessoas, pois ocorrem modificações em suas vidas. É imprescindível que os casais escolham o momento mais adequado para serem pais e não deixem a cargo do destino essa escolha.

Para tentar responder a tais perguntas, pretende-se investigar e descrever, através de uma pesquisa bibliográfica, o que se tem publicado em periódicos de repercussão nacional, no período de 2002 a 2006.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para melhor entender o tema do estudo proposto, faz-se conveniente citar alguns conceitos sobre o planejamento familiar.

A expressão controle de natalidade geralmente é uma imposição governamental, justificada pela preocupação de estipular metas para o crescimento “ideal” da população. O governo, portanto, determina quantos filhos o casal deve ter, fato que ocorre, por exemplo, na China. Essa imposição é, na maioria das vezes, regulada por violência e ou improbidade (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Já o termo contracepção é usado para prevenir a concepção. Existem muitas formas de prevenção à gravidez, algumas mais eficientes que as outras. Esses métodos podem ser divididos em: comportamentais, de barreira, dispositivo intra-uterino (DIU), métodos hormonais e cirúrgicos (COOPER, 1998). Justaposto a estes conceitos encontra-se o termo pobreza. O Brasil adota como metodologia oficial para definição de pobreza a referência do Salário Mínimo. Assim, as famílias com renda de até 1/4 do salário mínimo per capita são consideradas extremamente pobres ou na linha de indigência e, as famílias com renda de até 1/2 salário mínimo per capita, são consideradas pobres ou na linha de pobreza (BRASIL, 2002).

Ao explicar os conceitos que nortearão o estudo, abordar-se-ão a seguir, alguns pontos relevantes para a pesquisa.

2.1 Planejamento Familiar no Brasil

Acredita-se que os filhos devem ser desejados desde o ventre materno. Gerar um filho é o ato de maior responsabilidade que uma pessoa pode efetuar. O futuro da Nação está muito mais no grau de responsabilidade de cada casal na dedicação aos filhos do que no desempenho de qualquer governo (LISBOA, 2005).

Souza (2006) relata que as pesquisas realizadas no mundo todo dizem que a falta de planejamento causa inúmeros comprometimentos sociais e econômicos, principalmente na área da saúde, e o Planejamento Familiar é concebido como uma ação básica de saúde, inserido junto ao SUS, sobre dois pilares: a promoção e a prevenção da saúde. O

Planejamento Familiar, diz o autor, é uma política de desenvolvimento da sociedade, em que os resultados que se pretendem podem demorar até 15 anos, ultrapassando as possibilidades de um governo, mas tornando-se estratégias de Estado.

O governo brasileiro, até 1983, não tomava posição oficial em relação ao Planejamento Familiar, mesmo que, por todo o país, algumas organizações distribuíssem métodos contraceptivos, como é o caso da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM, 2005).

Em 1983, surgiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher –PAISM-, anunciado pelo governo como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, com base no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”. O programa gerou a primeira oportunidade para uma discussão oficial sobre a contracepção. O país implantou, embora de modo parcial, um programa que incluía o planejamento familiar dentre suas ações (OSIS, 1998).

Depois de muitas dificuldades na implantação do PAISM e largas discussões sobre como implantar um Programa de Planejamento Familiar eficiente no SUS, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7 do art. 226 da Constituição Federal, que diz:

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 deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O artigo 10 da referida Lei, que tratava da questão da esterilização, foi vetado pelo então Presidente da República. Reelaborado, o artigo foi aprovado e sancionado no final de 1997, acrescentando a prática de esterilização ao rol dos métodos contraceptivos.

O Governo Federal tem estimulado a idéia de planejamento familiar nas esferas estaduais e municipais, incentivando medidas que propiciem maior entendimento do que é o Programa e a ampla temática que este assunto envolve. Para dar ênfase ao Programa, o Ministério da Saúde tinha como uma de suas prioridades, em 2005, estimular e apoiar a implementação e a qualificação da atenção em planejamento familiar no SUS. Para isso, uma de suas metas era a de assumir progressivamente a compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do SUS, chegando a 60% de cobertura até 2007 e alcançando 40 milhões de mulheres. Também estimular o credenciamento de unidades de saúde do SUS para a realização da esterilização cirúrgica e verificar, periodicamente, o número de mulheres com abortamento incompleto assistidas pelo SUS (POLLI, 2005).

Conforme observações relatadas por Varella (2005), as taxas médias de natalidade brasileira vêm decrescendo, mas existe uma “ingenuidade” na interpretação apressada dessas estatísticas: 2,4 filhos por mulher no censo de 2000, contra 6,2 em 1960. O que dizem estes dados? Esse mesmo censo mostra que mulheres com formação universitária têm, em média, 1,4 filhos (como nos países desenvolvidos), enquanto as analfabetas têm 5,6 (a mesma taxa da Namíbia). Mulheres que vivem em domicílios com renda per capita acima de cinco salários mínimos têm, em média, 1,1 filho, enquanto nas casas em que a renda é de até um quarto do salário-mínimo, esse número aumenta para 4,6.

O autor completa dizendo que, nas camadas mais abastadas da sociedade, o planejamento familiar é um exercício antigo e bem ajustado. As famílias de classe média já controlavam sua prole desde muito antes da anticoncepção hormonal ser uma prática usual no Brasil. E que um dos problemas mais graves do país talvez seja o da natalidade entre a população pobre. Numa época em que se dispõem de métodos eficazes de contracepção, o número de gestações indesejado, nas classes mais desfavorecido, ainda é exagerado.

Questionando essas estatísticas, pode se dizer que o problema pode ser a falta de possibilidade de escolha entre ter ou não filhos, entre as mulheres mais pobres e, talvez a deficiência na educação, seja uma das causas para esta situação (VARELLA, 2005).

Vários estudos revelam uma queda na fecundidade das brasileiras em todas as regiões do país e, embora em diferentes proporções, atinge todas as camadas da população, provavelmente por uma divulgação ampla de Programas específicos pelo governo e pelo comprometimento dos profissionais. Porém, entre as famílias mais pobres ainda existe uma natalidade alta, nas quais, freqüentemente, a falta de recursos e o uso inadequado da contracepção, por desconhecimento, são os determinantes desta condição (CARVALHO, 2005). Essa diferença nas taxas de natalidade entre ricos e pobres diminuiu em algumas regiões do país, pois a queda da fecundidade total, entre 1990 e 2000, foi maior entre as mulheres mais pobres, negras, nordestinas e menos escolarizadas (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

Conforme os últimos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE-, constata-se uma sociedade mais consciente de que precisa do planejamento familiar e que a falta dele, na maioria das vezes, repercute de maneira negativa nas famílias. Por outro lado, os profissionais da saúde devem estar atentos para não promover uma imposição do controle de natalidade, pois não é essa a intenção do Programa de Planejamento Familiar e, sim, o entendimento dos pais de que um filho requer doação e cuidados.

Também estão em discussão os abortos que acontecem no Brasil, ato condenado pela atual legislação e por muitos pesquisadores. Essa questão está sendo repensada com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que, ao constituir uma comissão tripartite, com representantes dos Poderes Executivo e Legislativo e da sociedade civil, discutirá, elaborará e encaminhará propostas de revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez, verificando, periodicamente, o número de mulheres com abortamento incompleto assistido pelo SUS (BRASIL, 2004).

No Brasil, a indução do aborto é legalmente permitida somente quando necessária para salvar a vida da gestante ou quando a concepção ocorreu de estupro e, ainda, em caso de anencéfalo, atestado por dois médicos e deferido por um juiz. Apesar das restrições legais, morais e religiosas, a indução do aborto é amplamente praticada (FONSECA, 1998).

O atual Ministro da Saúde vem realizando discussões importantes sobre o aborto, divulgando na mídia questões que oferecem subsídios para a população discutir o assunto. Temporão fala que o aborto deve ser tratado como uma questão de saúde pública, sem a influência de aspectos religiosos, filosóficos, éticos ou fundamentalistas. Ainda, diz que, pelo menos 250 mil mulheres que praticaram abortos ilegais no ano passado procuraram o Sistema Único de Saúde –SUS- para atendimento médico e que, oficialmente, são realizados 2.000 abortos legais por ano no país. O Ministro ressaltou, no entanto, que dados de uma ONG (organização não-governamental) norte-americana mostram que é realizado 1,1 milhões de abortos clandestinos no país por ano. "Mas eu multiplicaria esses números por cinco", afirmou (GUERREIRO 2007).

Os abortos provocados têm sido apontados como uma das principais causas de morbimortalidade materna em países onde existem restrições legais a tal prática (EUA, 1994). Complicações por aborto estão entre as principais causas de admissão hospitalar (SCHOR, 1990).

Segundo relata Feghali (2006), as mortes de mulheres pós-abortos acontecem pelas condições precárias em que o aborto é realizado. Essa ilegalidade também é responsável pelos altos gastos por parte dos serviços de saúde pública no atendimento às mulheres com doenças e seqüelas provenientes de aborto mal feito. Esses casos ocorrem, principalmente, com mulheres de baixo poder aquisitivo, cuja situação financeira não permite acesso ao atendimento adequado, submetendo-se a auto-abortos ou impelidas a buscarem ajuda de pessoas não-treinadas.

O relatório da Comissão Parlamentar Investigação –CPI- da Mortalidade Materna aponta aspectos mundiais do fenômeno das mortes maternas sistematizadas em documento da

Organização Mundial de Saúde de 1999. O documento revela que a causa de morte materna mais comum em todo o mundo é a hemorragia, especialmente quando não existe estrutura de atendimento, drogas ou transfusões para contê-la, sendo esse índice agravado em países onde o aborto é ilegal. As infecções causam 15% dos óbitos, geralmente em conseqüências das más condições de higiene durante o parto, ou por doenças sexualmente transmissíveis não-tratadas, ou por tentativas de aborto sem as devidas condições de higiene e sanitárias. As complicações de abortos chegaram a causar 13% das mortes maternas, e em algumas partes do mundo, provoca um terço delas. No Brasil, em 1998, as complicações adversas de aborto provocaram 5% das mortes. O número de curetagens pós-abortamento, realizadas na rede pública de saúde, em 1991, ultrapassou os 340mil, sendo, aproximadamente 20% desse total em adolescentes (10-19 anos). Somente em 1997 foram 240 mil internações de adolescentes para realização desse procedimento. A Organização Mundial de Saúde, em 1999, constatou que milhões de mulheres são submetidas a esta prática cirúrgica e, mesmo nos casos previstos em lei, as mulheres não recebem o tratamento adequado, tendo quase todas recorrido a abortos em clínicas clandestinas. Economicamente, a ilegalidade do aborto assegura a existência de clínicas particulares clandestinas, o que gera a impossibilidade de fiscalização por parte das autoridades competentes, além de abusos e corrupção. Os dados divulgados, no entanto, podem ser mais altos, pois é razoável considerar a existência de uma sub-notificação geral sobre o aborto, devido à ilegalidade da prática em inúmeros países em desenvolvimento. É provável que os índices de infecções e hemorragias encubram seqüelas de tentativas de aborto em más condições, fazendo com que a questão do aborto não seja considerada a terceira causa, mas algo ainda mais importante e urgente a ser discutido sobre a mortalidade materna. Isso demonstra o quanto o Programa é amplo e pode ser um dos caminhos para uma melhor qualidade de vida no futuro (FEGHALI, 2006).

No Brasil, atualmente, há uma discussão sobre mudanças na legislação onde o conhecimento e o respeito à decisão da mulher vão fazer a diferença. Observou-se que os abortos diminuíram, em países onde foram legalizados, quando comparados ao período de ilegalidade (FREITAS, 2007). Se o aborto for praticado em locais adequados e estruturados possibilitará uma oportunidade de educação em saúde. A atenção pós-aborto, portanto, deve ser vista como uma oportunidade de proporcionar orientação e encaminhamentos aos serviços de planejamento familiar. Estas ações, na maioria das vezes, não são observadas nos locais de atendimento à mulher, porque o ato de abortar é ilegal, e este momento fica restrito aos procedimentos técnicos de curetagem uterina.

Outras metas do Ministério da Saúde, em conjunto com os profissionais e a comunidade, referentes ao planejamento familiar incluem: ampliar e qualificar a assistência à infertilidade, capacitar os profissionais da atenção básica e dos serviços de referência, a anticoncepção de emergência e a prevenção contra a infecção pelo HIV e outras DSTs, e ainda, a distribuição dos manuais sobre o planejamento familiar, supervisionando como está o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais e esclarecendo eventuais dúvidas sobre o assunto. Propõe ainda estimular o credenciamento de unidades de saúde do SUS para a realização da esterilização cirúrgica (BRASIL, 2004).

Atingindo estas metas, o Ministério da Saúde pretende estar ampliando o atendimento à saúde da população adequando os serviços à demanda, bem como amparar as famílias nas suas decisões, fornecendo informações para que elas sejam capazes de fazer suas escolhas.

A introdução, problematização e fundamentação teórica, deste estudo, formam as bases para avançar na pesquisa bibliográfica proposta. Apresentamos, a seguir o método a ser aplicado.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, serão apresentados os principais aspectos metodológicos do presente trabalho relativo à classificação da pesquisa desenvolvida e à forma com que os dados foram coletados.

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido mediante uma pesquisa bibliográfica que, para Gil (2002) “é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (p.44). O mesmo autor defende ainda que o estudo deve ser desenvolvido em fases, como relataremos a seguir:

- a) escolha do tema: a pesquisa bibliográfica inicia-se com a escolha do tema. Esta escolha exige um certo conhecimento prévio por parte do autor e também deve relacionar-se com os interesses do estudante para que a pesquisa possa se desenvolver posteriormente;
- b) levantamento bibliográfico preliminar: é compreendido como um estudo exploratório no qual, a sua finalidade é proporcionar que o aluno se familiarize com o estudo do seu interesse, com consequente delimitação para que o problema seja definido;
- c) formulação do problema: é a delimitação do assunto a ser pesquisado; a especificação dos objetivos a serem alcançados com a pesquisa;
- d) elaboração do plano provisório de assunto: posterior à formulação do problema com a sua respectiva delimitação, faz-se necessário um plano de estudo que abranja a organização sistemática das diversas partes que irão compor o objeto de estudo, é a lógica do estudo. Apresenta-se em forma de itens e subitens de acordo com o desenvolvimento que se pretende dar ao estudo;

- e) identificação das fontes: identificam as fontes capazes de fornecer respostas adequadas à solução do problema proposto. As fontes usadas englobam livros de leitura corrente, obras de referência, teses e dissertações, periódicos científicos, anais de encontros científicos e periódicos de indexação e de resumo;
- f) localização das fontes e obtenção do material: o material pode ser encontrado em bibliotecas, nos bancos de dados e sistema de busca;
- g) leitura do material: estando de posse do material a ser pesquisado inicia-se a leitura, tomando o devido cuidado para identificar as informações e dados que tenham relação com o problema proposto, e analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores.

Gil (2002) descreve quatro tipos de leitura para pesquisa:

- leitura exploratória: o objetivo é fazer uma rápida leitura para se certificar se a obra interessa à pesquisa;
 - leitura seletiva: seleção do material que de fato interessa à pesquisa;
 - leitura analítica: é feita com base nos textos selecionados e o seu objetivo é de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, ela é de natureza crítica, no entanto, deve ser realizada com objetividade e respeito pelo autor a ser pesquisado;
 - leitura interpretativa: é a mais complexa, pois tem como objetivo relacionar o que o autor defende com o problema para o qual se propõe uma solução. A interpretação dos dados é necessária a partir da ligação dos dados com conhecimentos significativos provenientes de pesquisas empíricas ou de teorias comprovadas;
- h) tomada de apontamentos: o grande problema na leitura do material a ser pesquisado diz respeito à retenção das informações obtidas. Para que essa fase seja eficiente, é necessário a tomada de notas, considerando-se o problema da pesquisa;
 - i) confecções de fichas: etapa destinada para identificar as obras consultadas, registro do conteúdo das obras, registro dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros;
 - j) construção lógica do trabalho: consiste na organização das idéias com a finalidade

de atender os objetivos ou testar hipóteses formuladas no início da pesquisa; cabe ao autor estruturar logicamente o trabalho para que possa ter sentido;

m) redação do relatório: não há regras fixas nesta parte da pesquisa e vai depender do estilo do autor.

Para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, seguiram-se as etapas da pesquisa bibliográfica apresentada por Gil (2002), citadas acima. Quanto à análise do material pesquisado, utilizaram-se três tipos de leituras propostos por Gil (2002): exploratória, seletiva e analítica. A leitura interpretativa não foi utilizada por requerer maior conhecimento e vivência sobre o assunto.

3.2 Coleta de dados

Para a pesquisa atingir os seus objetivos, foram coletados os dados necessários à construção da solução do problema. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de consultas nos Cadernos de Saúde Pública, buscando informações relevantes para a construção do referencial teórico.

Os dados que serviram de base para a pesquisa foram coletados entre 2002 a 2006 nos Cadernos de Saúde Pública, publicações da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Fundação Oswaldo Cruz, que têm como objetivo publicar artigos originais que contribuam para o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde. Utilizando como descritor para esta busca “planejamento familiar”, encontraram-se nove artigos publicados neste período.

3.3 Aspectos Éticos

Conforme recomendado por Goldim (2000), será observado o rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

3.4 Análise dos Dados

Com a impregnação obtida pelas sucessivas leituras do material de análise, foram relacionados os elementos significativos. Este processo permitiu estabelecer uma tipologia de material empírico, obtida através do agrupamento de resultados semelhantes.

Far-se-á uma explanação dos artigos encontrados e apresentação das conclusões de cada estudo, antes das significativas comparações entre os artigos.

3.5 Apresentação dos Dados

Artigo 1: Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999.

Autores: DIAS- da -COSTA, Juvenal Soares *et al.* Publicado em 2002.

Esta pesquisa foi um estudo transversal de base populacional, realizado para fazer uma comparação com um estudo realizado em 1992. Objetivando, pelos autores, verificar a utilização de métodos contraceptivos e a adequação do emprego de anticoncepcionais orais – ACO- pelas mulheres de 20 a 49 anos, residentes da zona urbana, na cidade de Pelotas.

Foram encontradas 766 mulheres nessa faixa etária, sendo que 495 (64,6%) utilizavam algum método contraceptivo. Dessas 274 (55,4%) utilizavam ACO; 52 (10,5%) preservativos; 1% ACO + preservativos; 38 (7,7%) DIU e, 109 (22,2%) tinham ligadura tubária (LT).

Comparando esse estudo ao realizado em 1992, verifica-se uma diminuição no uso de ACO, e aumento no número de mulheres que utilizavam ACO com alguma contra indicação, (de 18,6% p/ 22,2%); houve um aumento no uso de LT, preservativos e DIUs. Houve uma maior disponibilização de outros métodos pelo SUS, após a lei do planejamento familiar. O

ACO ainda é o mais utilizado em Pelotas, diferindo das médias encontradas no Brasil como um todo, onde é a LT o método prevalente (40,1% contra 20,7% de ACO). Ainda que considerado seguro, o percentual encontrado de ACO é elevado, indicando problemas na qualidade assistencial de Pelotas. E, apesar das mulheres terem consultado o médico numa frequência razoável (em média 3,4 vezes durante o último ano), a persistência do consumo na presença de contra indicações sugere falta de integralidade na atenção à saúde. Sabe-se que a principal causa de mortalidade em Pelotas são as doenças do aparelho cardio-circulatório e o enfrentamento desse problema incorre na prevenção dos fatores de riscos, entre os quais o uso inadequado de ACO. (WHO, 1993).

Observando-se o uso de ACO, como ocorreu em 1992, com as duas classificações de classe social e renda familiar, com o intuito de detectar iniquidade na atenção às mulheres, não se encontrou diferença no consumo inadequado de anticoncepcionais entre as classes sociais. Entretanto, os autores relatam que, uma análise mais detalhada revelou que nenhuma mulher da burguesia (classificação de Bronfman), apenas uma com renda maior do que 10,1 salários e somente três mulheres da classe A (classificação da ABIPEME), apresentavam uso inadequado de anticoncepcionais orais, sugerindo falta de poder no estudo para detectar diferenças entre as classes. Assim, poder-se-ia supor e apontar, com base na leitura dos números absolutos nas categorias de classe social, que correspondiam aos extratos mais elevados, a possível existência de uma indesejável iniquidade na atenção à saúde reprodutiva das mulheres de Pelotas.

Ainda, segundo o artigo, uma das vantagens dos estudos populacionais é a de que a partir de seus achados, pode-se realizar inferências e estimativas para toda a população.

Essa pesquisa mostra falhas na orientação e nos esclarecimentos às pacientes quanto aos riscos dos contraceptivos oferecidos. Conforme as práticas humanizadas defendidas pelo SUS, é preconizada a integração entre profissionais e os usuários, estabelecendo assim vínculo para a livre escolha do método a ser utilizado.

Artigo 2: Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil.

Autor: FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. Publicado em 2003.

Pesquisa com mulheres de camadas populares, denominadas, nesse estudo, como “mulheres de Várzea”, em uma comunidade de baixa renda, na periferia de Recife, onde a autora procura entender como são planejadas essas famílias.

Foi realizado mediante um questionário que contou com 62 questões, 15 subjetivas e 47 objetivas. Teve como eixo norteador os aspectos da reprodução, especificamente as práticas de concepção e contracepção. A autora diz que, as organizações que prestam serviços de planejamento familiar, nessa região, refletem a política chamada de "intervenção branca" no comportamento reprodutivo da população de camadas populares. Considera-se "intervenção branca" o transporte das decisões sobre ter ou não ter filhos, do âmbito doméstico para o consultório médico, e a transferência gradativa do controle do Estado para o campo da saúde.

A maioria das mulheres estudadas tem entre 25 e 39 anos e se encontra na fase considerada intermediária da idade reprodutiva (46%); 24% na fase inicial (15 aos 24anos) e 30% no final da idade reprodutiva.

Aproximadamente 75% tem menos de 8 anos de estudo; sendo a maior frequência 5 anos. A maioria das mulheres é casada ou amasiada (82%), 14% são separadas e 4% viúvas. Enquanto que 45% estão no mercado de trabalho e 55% são donas de casa, sendo que 16,7% contam com emprego formal e 26,7% prestam serviços temporários. O restante (49,5%) concilia as tarefas domésticas com seu trabalho, exemplo das que vendem ou fazem mercadorias na sua casa para vender. Embora compartilhando dos proventos da casa, 63% das mulheres consideram que a chefia do lar é masculina.

A idade mediana da primeira união é 19 anos, é mais baixa que a de Pernambuco, 20,9 anos e do que o Nordeste, 21,1anos. Das 400 mulheres de Várzea, 80% casaram-se apenas uma vez; 17% casaram duas vezes e apenas 3% três ou mais vezes. Das que se casaram apenas uma vez, 50% delas têm mais de treze anos de casadas. Esse quadro sugere que as uniões, de uma forma geral, são estáveis e duradouras, endossando a credibilidade no casamento. As mulheres de Várzea iniciam seu ciclo reprodutivo mais cedo que as nordestinas. Elas também o encerram mais cedo, optando pela esterilização cirúrgica, em torno de 27 anos e, as nordestinas, 28,9 anos. A diferença nos intervalos de nascimentos das mulheres de Várzea é de 24 meses e a taxa de fecundidade 2,5 filhos por mulher; enquanto que nas de Pernambuco é 31 meses e 2,7 filhos e, no Nordeste, 29 meses e 3,1 filhos por mulher.

Quanto à prevalência de métodos contraceptivos, encontramos o mesmo quadro que no resto do Brasil, onde os mais utilizados são a esterilização e a pílula. Cerca de 51% das mulheres em Várzea são esterilizadas e 24% utilizam pílulas. Os métodos de barreira e comportamental totalizam apenas 9% e 16% não utilizam nenhum método.

O reduzido acesso e permanência das "*Mulheres da Várzea*" na escola sugere que esta não é a única fonte de informação e conhecimento dos métodos contraceptivos. Uma outra fonte de informações e conhecimento para a difusão dos métodos contraceptivos e, conseqüentes práticas reprodutivas com tendência ao controle da fecundidade, são os serviços de saúde, expresso na procura de atendimento médico. Cerca de 70% das "*Mulheres da Várzea*" recorrem freqüentemente aos serviços de saúde. Em sua maioria, fazem exames preventivos de câncer ginecológico, contracepção, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, ou acompanhamento pré-natal.

Ao perguntar a 388 mulheres, que responderam os questionários, quem sugeriu os métodos contraceptivos utilizados por elas, 40% (156) indicaram ter sido a própria mulher, demonstrando certa autonomia do controle do seu corpo, a decisão do marido foi incluída em 13% (51) das respostas, sendo em 9% (34) decisão conjunta do casal e 4% (17), decisão exclusiva do marido. Porém, excetuando a sugestão das próprias mulheres, os que mais intervíram na indicação do uso do método contraceptivo foram os médicos, apontados por 30% (115) mulheres.

Quando questionadas se estavam satisfeitas com os métodos contraceptivos que estavam utilizando, as respostas apresentadas sugeriam que o importante era atender as recomendações médicas - "*não sei, só sei que o médico disse que era o melhor*" (p.6). Para elas, as determinações desse saber do médico são inquestionáveis e indiscutíveis. É comum perceber a apreensão naturalizada das decisões médicas, independentemente das vontades pessoais. Mesmo aquelas que expressaram insatisfação com o método contraceptivo adotado, os desejos de ter filhos eram dissimulados e substituídos pelos discursos dos próprios médicos: "*o médico disse que eu já tinha filho demais*" (p.6).

Esta realidade indica a possível existência de um paradoxo ou contradição: a prática médica, que sempre busca (a princípio busca) resguardar ou preservar, ou recuperar a saúde da mulher, nem sempre está baseada em critérios técnicos. Em alguns casos, porém, tais orientações retratam apenas o julgamento valorativo do próprio médico, ligado, sobretudo, às condições econômicas dessas mulheres.

Assim, diante de uma primeira aproximação, a autora conclui que, a articulação entre saúde e direitos reprodutivos ainda é algo a ser conquistado, dado que:

- A "*intervenção branca*" impossibilita as mulheres, principalmente as pobres, de controlar seu próprio corpo, quer seja para o prazer, reprodução ou contracepção.
- A "*intervenção branca*" não necessariamente acomoda as práticas reprodutivas à concepção reprodutiva da população.
- A "*intervenção branca*" manifesta o caráter socializador da Medicina, e este pode servir de instrumento de controle social.

A constituição nos diz que o governo, aqui representado pelos profissionais da saúde, tem o dever de orientar e informar sobre os direitos e deveres reprodutivos dos cidadãos, sem interferir na livre decisão do casal. Muitas vezes questionamos o número de filhos que um casal quer ter, sugerindo o “ideal”, sendo que esse não é o nosso papel e, sim, dar subsídios para que eles reflitam e decidam se existe o desejo de ter um filho naquele momento, e se acharem que não é o momento, dar lhes o direito de escolha do método contraceptivo a ser utilizado.

Uma conversa franca sempre deve existir entre o profissional e o casal, depois de formado o vínculo, visando pensar na formação de um novo ser. Não podemos apenas lembrar dos direitos reprodutivos, e ignorar os deveres que traz uma gestação planejada ou não, tentando aqui decidir por uma paternidade responsável, que é um dos grandes interesses do planejamento familiar.

Artigo 3: Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova Legislação Brasileira sobre esterilização voluntária.

Autores: BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Publicado em 2003.

Os objetivos das autoras foram analisar os impactos e as possíveis mudanças que a implementação da nova legislação sobre planejamento familiar teve nas práticas reprodutivas, especialmente na esterilização voluntária, e observar se os direitos reprodutivos de mulheres e homens têm sido satisfeitos. Além de verificar se os critérios estabelecidos na lei estavam sendo seguidos pelo setor público de saúde.

Para contemplar esses objetivos foi analisado, pelas autoras, o tempo de espera entre a solicitação da esterilização e a realização da cirurgia, e foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde, as quais são muito elucidativas dos procedimentos adotados na prática da esterilização.

A abordagem metodológica foi aplicada a uma amostra de 159 indivíduos durante seis meses e em seis diferentes capitais de estado. Foram escolhidas as capitais dos estados com alta prevalência de esterilização feminina, sendo elas: Palmas, Recife, São Paulo, Cuiabá, Bahia e Curitiba. A pesquisa ocorreu em 2000 e, em cada capital, foram acompanhados 15 mulheres e 15 homens demandantes de esterilização em um estabelecimento público de saúde ou conveniado com o SUS, desde o primeiro momento da demanda e com contatos mensais durante seis meses.

Dois tipos de estabelecimentos de saúde serviram como portas de entrada para os clientes. Um tipo é referido, aqui, como serviço ambulatorial de hospitais, definido como estabelecimentos fisicamente anexados a um hospital, mas gerenciado independentemente.

O segundo é o serviço ambulatorial de centro de saúde. Uma característica em comum destes dois tipos de estabelecimentos é que eles não realizam cirurgias maiores. Portanto, as mulheres devem ser referenciadas a um hospital para realizar a laqueadura tubária. A maior diferença entre estes centros de saúde é que os serviços ambulatoriais de hospitais usualmente encaminham as usuárias a serem laqueadas para o hospital no qual estão anexados, possivelmente diminuindo as dificuldades burocráticas e melhorando o acesso à cirurgia.

As autoras lembram que foi criada a Portaria 144, um código de procedimento cirúrgico, que permite que o SUS pague pela realização da laqueadura tubária e regulamentou o código para vasectomia. Esta portaria permaneceu em vigor por mais de um ano e, durante este período, poucos hospitais no país foram credenciados. Como consequência, poucas esterilizações foram registradas no SUS neste tempo.

Em fevereiro de 1999, houve uma mudança significativa na regulamentação da lei, a proibição da realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e casos onde a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher. Assim, são criados mais quatro novos códigos de procedimentos cirúrgicos pagos pelo SUS para realização de cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores, sem muitos esclarecimentos sobre as diferenças entre eles, aparentemente para grupos de risco distintos: (1) risco de vida; (2) risco de vida com atendimento ao recém-nascido na sala de parto; (3) risco de vida em hospitais amigos da criança e (4) em gestante de alto risco. Depois destas mudanças, o número de esterilizações femininas registradas no Brasil aumentou de 293 em 1998 para 15.370 em 2001. Este incremento aconteceu em todo o país, principalmente na Região Sudeste. O número de vasectomias, apesar de mostrar valores bem abaixo da laqueadura, também mostrou um crescimento de 1999 a 2001, passando de 324 a 3.142 (DATASUS, 2001).

O artigo ressalta ainda, que entre as seis cidades estudadas, as mais organizadas, em termos de cuidados com a saúde reprodutiva e disponibilidade de serviços de planejamento familiar são Curitiba, Belo Horizonte e São Paulo, onde os programas de planejamento familiar estão operando desde 1994. Nas duas primeiras cidades e no sistema municipal de saúde em São Paulo existe regulamentação municipal específica para a prática de esterilização no SUS. Em Recife e Cuiabá, a organização do sistema de cuidados com a saúde reprodutiva é mais recente e ainda não está totalmente implementado em todas as unidades básicas de saúde, portanto, não tem nenhuma regulamentação específica sobre a esterilização. No começo da pesquisa, o programa de saúde reprodutiva em Palmas ainda não estava implementado, apesar de estar sendo planejado desde 1997. Porém, durante a realização da pesquisa de campo, o programa foi finalmente implementado.

Nos locais onde existe regulamentação específica ou municipal, sobre a esterilização voluntária, os critérios usados restringem mais o acesso da população à esterilização feminina que a própria Lei Federal. As principais distorções ressaltadas na pesquisa são o aumento da idade e número de filhos mínimos exigidos pelas regulamentações municipais. Isto ocorre porque os médicos, explicitamente, dizem que as mulheres (nunca os homens) muito jovens estão sendo esterilizadas e as taxas de arrependimento são muito altas. No entanto, dizem as

autoras, a literatura sobre a questão não encontra casos de arrependimento suficientes para comprovar este argumento.

Verifica-se que quase um quarto do total de mulheres não estava usando nenhum meio para evitar uma concepção. Das usuárias, a pílula respondeu por 30,7%, seguida do preservativo masculino pelos seus parceiros, 23,9%, vindo os injetáveis em terceiro lugar, 10,2%.

Após um seguimento de aproximadamente seis meses, apenas 25,8% das mulheres que demandaram esterilização tiveram sucesso. Dentre os homens, 31,0% conseguiram a vasectomia.

A maior chance de esterilização ocorreu para mulheres com idades entre 25 e 34 anos e, para homens, na faixa de 35 anos ou mais.

Conforme estabelece o parágrafo único do Artigo 14 da Lei 9.263 (Brasil, 1997), "*só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis*" (p.11). Neste sentido, aos homens e mulheres que demandaram esterilização cirúrgica, foi perguntado se passaram por sessões de aconselhamento, ou seja, se receberam orientações sobre todos os tipos de métodos para evitar filhos, antes da decisão definitiva de por fim à vida reprodutiva. Os resultados mostram que 73,0% das mulheres e 70,4% dos homens responderam que *sim*. Quando indagados os diretores de hospital sobre os critérios utilizados, o critério da idade mínima foi considerado o mais inadequado, seguido do número mínimo de filhos nascidos vivos. Segundo eles, as pessoas deveriam ser mais velhas ou terem tido mais filhos.

Os motivos mais alegados por mulheres e homens para não terem sido esterilizados, após um tempo médio de espera de 6 meses, referem-se às dificuldades encontradas no SUS, apontadas por 54,8% das mulheres e 41,7% dos homens. Ainda aguardam no SUS outros 12,9% e 20,8% de mulheres e homens, respectivamente. No decorrer do tempo de espera, 25,0% dos homens e 14,5% das mulheres desistiram da esterilização. Vale ainda ressaltar que 8,1% das mulheres engravidam durante o período.

Os últimos dados nacionais disponíveis, afirma o artigo, mostram que dos homens casados ou unidos, apenas 2,4% estavam vasectomizados, enquanto que 40,3% tinham esposas já esterilizadas. Informa ainda que a esterilização feminina era mais conhecida pelos homens (87,7%) do que a própria vasectomia (72,3%).

No que se refere aos profissionais responsáveis pela saúde reprodutivas, as autoras afirmam que os achados revelam a necessidade de ações mais específicas e concretas do Ministério da Saúde no sentido de ampla divulgação das novas legislações, portarias e normas, uma vez que, em alguns contextos, se quer a portaria em causa era conhecida no setor de saúde. Cabe a mesma observação quanto à responsabilidade dos órgãos estaduais com relação aos municipais. O monitoramento da aplicação de portarias e normas, via mecanismos de controle social, por exemplo, conselhos estaduais e municipais de saúde, poderão contribuir para a redução do grau de arbitrariedade dos profissionais de saúde reprodutiva na observância e extrapolação dos requisitos básicos para uma esterilização cirúrgica.

O fato de estados e municípios terem limites anuais (financeiros e numéricos) de internação pelo SUS, e dos leitos para esterilização competirem com outras necessidades de saúde, são fatores a ser também considerados na análise do tempo de espera para uma esterilização. Os elementos aqui elencados ajudam a esclarecer as baixas proporções de esterilizações realizadas após seis meses de acompanhamento de homens e mulheres, e compreender também o elevado índice de pessoas que, não tendo conseguido a cirurgia, alegaram que o SUS não respeita a Lei e todo o processo é caracterizado por alta burocracia. Vale salientar, entretanto, que a porta de entrada no sistema de saúde mostrou-se elemento importante na implementação das cirurgias; sendo que, os ambulatórios de hospitais, especialmente no caso das mulheres, reduzem as dificuldades burocráticas e agilizam o acesso às ligaduras tubárias.

Sobre as pessoas que se apresentaram para solicitar a esterilização, valem algumas observações. A primeira é que nenhuma delas estava fora dos limites de idade ou de número de filhos permitidos pela nova legislação. Este resultado pode ter duas interpretações, ambas positivas, a saber: os requisitos expressos na portaria correspondiam ao perfil da demanda, e os solicitantes tiveram acesso prévio aos termos da portaria. A segunda diz respeito à eventual elevação da exposição das pessoas a uma gravidez não desejada, em função de um longo tempo de espera. Dentre os entrevistados, 23,9% das mulheres e 39,5% dos homens declararam não estar usando nenhum meio anticoncepcional no momento da pesquisa e 8,0% das mulheres engravidaram durante o período da espera.

E, finalmente, segundo as autoras, o aconselhamento colocado na portaria como requisito prévio à decisão por uma esterilização, envolvendo explicações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis, deveria ser repetido após uma esterilização, para enfatizar a importância do sexo seguro para evitar DST/AIDS.

Conclui-se que, por diferentes motivos, a Lei pouco mudou a prática usual da esterilização e, ainda, não satisfaz os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil.

Devemos indagar se não está ocorrendo uma interpretação inadequada da Lei conscientemente, para que os governos municipais e/ou estaduais consigam diminuir custos, nessa área, não realizando todas cirurgias identificadas na demanda. Também o quanto caro pode custar para uma família e para a sociedade uma gestação não planejada e indesejada; e, não somente nos referimos aos valores financeiros, mas também à desestruturação psicológica que pode gerar na família. Sendo que não se pode ignorar o que realmente importa: a criança. O bem-estar dela é prioridade no planejamento familiar. Como podemos garantir qualidade de vida a uma criança que não foi desejada? Como culpar somente os pais quando o planejamento familiar falha, sendo que existe uma desigualdade na educação?

A porcentagem de gestações mostradas pelas autoras, durante a espera para a realização da esterilização dos participantes da pesquisa, comprova que as necessidades não estão sendo atendidas e que não adianta haver leis que amparem os direitos à anticoncepção.

É necessário um estímulo ao comprometimento dos governantes e profissionais da saúde, bem como o conhecimento desses direitos por todos, para assim construirmos uma sociedade mais justa e igualitária.



Artigo 4: Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde.

Autores: OSIS, Maria José Duarte *et al.* Publicado em 2004.

Os autores tinham como objetivo do estudo saber qual a percepção das mulheres que solicitaram um método anticonceptivo (MAC) em um serviço público de saúde, quanto à sua liberdade de escolha, à contribuição da ação educativa e da consulta para essa liberdade e à continuidade de uso do MAC escolhido, depois de seis meses, e à satisfação ou não com o mesmo.

O serviço de saúde escolhido foi o ambulatório de planejamento familiar do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher –CAISM-, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Este ambulatório é um centro de referência em anticoncepção e desenvolve atividades de assistência, docência e pesquisa. Conta com uma equipe multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiras, assistente social e psicóloga. São desenvolvidas ações educativas com as mulheres que chegam em busca de métodos anticoncepcionais e permite aos homens também a possibilidade de participarem dessas atividades. Uma freqüente discussão entre os profissionais que atuam nesse ambulatório refere-se à qual é a contribuição das ações educativas para a escolha livre e informada, levando em conta as expectativas das mulheres em relação aos MAC, quando chegam ao serviço.

A coleta de dados aconteceu entre 2001 e 2002. Foi desenvolvido um estudo descritivo, longitudinal. Entrevistaram-se 250 mulheres que chegaram ao ambulatório de planejamento familiar do CAISM em busca de um MAC. Paralelamente, foi feita observação de cinco ações educativas, escolhidas ao acaso. A participação das mulheres no estudo foi voluntária e desvinculada de seu atendimento no ambulatório, mediante assinatura de *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

Segundo os autores, a seleção das mulheres deu-se dentro da rotina de atendimento do serviço em questão. Diariamente, foi acompanhado o atendimento no ambulatório e identificadas as mulheres que estavam chegando ali pela primeira vez e que eram encaminhadas para uma ação educativa. Nessa ação, são abordados todos os métodos disponíveis no serviço, suas características, indicações e contra-indicações.

No mesmo dia em que era selecionada e aceitava participar do estudo, cada mulher foi entrevistada em dois momentos, utilizando-se um questionário estruturado e pré-testado, antes de assistir à ação educativa, quando foram aplicadas as duas primeiras seções desse questionário, e depois da consulta, era aplicada a seção 3 desse mesmo instrumento. Foi providenciado um local apropriado para que as entrevistas fossem conduzidas, em

privacidade, no próprio ambulatório de reprodução humana. Ao encerrar a primeira entrevista, era agendado um retorno da mulher ao serviço para uma nova entrevista seis meses depois.

Nessa ocasião, utilizou-se um outro questionário estruturado e pré-testado. As autoras destacam que dentre os MAC que as mulheres pretendiam usar ao chegarem ao ambulatório, o preferido foi o DIU (59,0%), seguido da laqueadura (24,0%) e injeção (13,0%). O método menos pretendido foi a pílula (3,2%). Apenas uma mulher (0,4%) chegou ao ambulatório sem saber qual MAC queria usar. As principais razões dadas pelas entrevistadas, quando chegavam ao ambulatório, para querer usar determinado método, referiam-se a ser um "*método mais seguro/confia mais*" (28,5%) e que "*outros MAC faziam mal/davam efeitos indesejados*" (25,3%). Quase metade das entrevistadas ouviu falar pela primeira vez do MAC desejado por meio de familiares; um pouco mais de um quarto referiu "*médico / outros profissionais de saúde*"; e um pouco menos de um quarto mencionou "*outra mulher/pessoa/amigas/vizinha*". A idéia de usar o MAC foi das próprias mulheres (39,0%). Para cerca de um quarto delas, a idéia foi dada por um médico/ outros profissionais de saúde. Após ter assistido à ação educativa e passado pela consulta, a grande maioria (90,0%) escolheu usar o mesmo método pretendido inicialmente. Dentre as mulheres que escolheram outro MAC, as principais razões dadas para isso foram: não cumprir requisitos legais, no caso da esterilização (38,0%), ter contra-indicação para uso do MAC (27,0%), ter recebido orientação na ação educativa para escolher MAC mais adequado (12,0%). Quando se observou a distribuição percentual das entrevistadas segundo quatro subcategorias relacionadas à sua autopercepção sobre a liberdade de escolha que tiveram, verificou-se que quase todas as mulheres (99,6%) disseram ter se sentido livres para escolher o método que aceitaram usar após a consulta. A grande maioria delas (81,9%) referiu-se a ter se sentido bastante livre para escolher. Para um pouco mais de dois terços (68,5%), a ação educativa e a consulta tiveram alta influência na escolha do MAC, e três quintos (60,0%) consideraram que essa ação aumentou a liberdade de escolha.

Após seis meses das entrevistadas terem escolhido e iniciado o uso do MAC no Ambulatório, 87,3% continuava usando o mesmo método, e 85,0% declararam estar muito satisfeitas/satisfeitas com ele. Em relação à informação recebida na ação educativa, 11,0% das mulheres disse, após seis meses, que lhes havia faltado alguma informação sobre o MAC iniciado. A grande maioria das mulheres (89,3%) afirmou que o uso do MAC lhes trouxera benefícios.

Dentre as mulheres que se declararam muito satisfeitas/satisfeitas, 94,0% continuavam com o mesmo MAC após seis meses, comparadas a 50,0% daquelas que se disseram pouco

satisfeitas/insatisfeitas, sendo a diferença estatisticamente significativa. E, as mulheres que expressaram pouca satisfação/insatisfação, as principais razões para isto foram que o método faz mal à saúde/dá efeito colateral (58,0%), seguida de que o MAC desregula a menstruação (31,0%). Outras razões menos frequentes foram: método pode falhar/mulher fica insegura; é difícil de usar/mulher precisa lembrar de usar/colocar/tomar o método e é desagradável usá-lo.

Das mulheres que se declararam muito satisfeitas/satisfeitas com o método escolhido, 8,2% consideravam ter faltado informação sobre o MAC na ação educativa e na consulta comparadas com 27,0% das entrevistadas que estavam pouco satisfeitas/insatisfeitas. Essa diferença também foi significativa. A proporção de mulheres que disseram estar muito satisfeitas/satisfeitas com o MAC e também achavam que este lhes trouxe benefícios, foi quase a totalidade (97,2%). Dentre as que se sentiram pouco satisfeitas/insatisfeitas, um pouco mais de dois quintos (42,0%) disseram que o método lhes trouxe benefícios.

Depois de encontrados esses dados, as autoras afirmam que a qualidade da atenção em planejamento familiar tem sido reconhecida como fator essencial para o início e a continuidade do uso de MAC.

Ressaltaram também que é preciso entender a questão da insatisfação das mulheres estudadas como fator importante para a descontinuação do MAC. Dentre as mulheres que, após seis meses do início do uso do método, estavam pouco satisfeitas/insatisfeitas, metade havia descontinuado o MAC; todavia, quase três quartos consideravam que não lhes faltara informação na ação educativa e na consulta. Este resultado leva a refletir sobre o que produziu a insatisfação quanto ao método escolhido. Quando se analisam as razões de insatisfação, encontram-se motivos relacionados a aspectos abordados, de fato, nas ações educativas, o que, aliás, foi reconhecido pelas mulheres, uma vez que asseguraram não ter faltado informação. Isso pode indicar que, mesmo recebendo a informação, esta não foi significativa para elas naquele momento, provavelmente porque, então, a prioridade era a eficácia do método.

Partindo desse ponto de vista, é possível pensar que nem sempre as mulheres dão relevância a informações sobre possíveis efeitos colaterais de um contraceptivo no momento em que está iniciando o seu uso. Porém, mais tarde, esses efeitos poderão ser os principais motivos para descontinuação do uso. Esse aspecto representa um verdadeiro desafio para os profissionais da saúde, no sentido de conseguirem mobilizar a atenção das mulheres para essa questão, quando elas vão aos serviços solicitando um determinado MAC.

Outro aspecto que merece atenção é o fato de que praticamente todas as mulheres chegaram ao ambulatório já com um MAC escolhido, e poucas mudaram de método, apesar

de a maioria afirmar que a ação educativa e a consulta influenciaram na sua escolha. Isso pode ser interpretado no sentido de que as mulheres utilizaram o conteúdo recebido na ação educativa como uma espécie de legitimador daquilo que já tinham em mente. Essa possibilidade leva a questionar o papel da ação educativa, o que é reforçado pela constatação de que só mudaram as suas decisões as mulheres que apresentavam algum impedimento muito significativo – legal ou de saúde – para o uso do método inicialmente pretendido. Talvez, se não existissem essas condições especiais apontadas pelos profissionais de saúde, todas as mulheres teriam saído do ambulatório com o método desejado.

Com essa pesquisa, as autoras concluem que quando as mulheres chegam a um serviço de planejamento familiar trazem consigo conceitos e pré-conceitos sobre os MAC, construídos sobre informações que para elas têm maior credibilidade do que aquelas que receberão dos profissionais de saúde.

Cada vez as orientações em saúde devem ser mais descentralizadas, sendo socializadas ao máximo às comunidades, inserindo, nas escolas, orientação de planejamento familiar, por exemplo. Como mostram os resultados dessa pesquisa, as principais influências nesse processo de decisão foram de familiares, e que o papel dos profissionais de saúde foi bastante restrito.

Artigo 5: Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde.

Autor: MARCOLINO, Clarice. Publicado em 2004.

Marcolino (2004), traçou como objetivo reconhecer as especificidades do trabalho da equipe de saúde que toma a laqueadura como alvo de intervenção. A instituição escolhida para realizar o trabalho foi uma entidade filantrópica, não governamental, sem fins lucrativos, estabelecida em Belo Horizonte, cuja missão é prestar assistência integral à saúde da comunidade, sobretudo na área materno-infantil, incluindo o planejamento familiar. As cirurgias de esterilização feminina são financiadas pelo SUS e pelas doações à Associação Comunitária de Amigos e usuários da instituição.

Esta pesquisa de investigação qualitativa, onde a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, seguiu um roteiro que visou apreender o ponto de vista dos entrevistados sobre o objeto de estudo. O autor partiu do trabalho da equipe envolvida com a cirurgia esterilizadora, no seu contexto de exercício cotidiano, e constatou como os profissionais a operacionalizam.

Foram entrevistados nove profissionais da equipe de saúde: assistente social, agente de saúde, enfermeiras, médicos e psicólogos.

A análise dos dados ancorou-se também em estudos já realizados por outros pesquisadores, especialmente aqueles relacionados à temática aqui discutida. A autora relata que a observação foi uma técnica auxiliar, utilizada com a finalidade de ampliar as perspectivas de compreensão do objeto de estudo e usada de forma complementar na análise de dados para explicitar alguma passagem, em particular.

O resultado apresentado é parte da tese de doutorado da autora e aborda uma das categorias empíricas analisadas no trabalho da equipe de saúde acerca da laqueadura tubária.

Os dados estatísticos sobre a prevalência do uso de métodos contraceptivos no Brasil mostram que, do total de 76,7% de mulheres em união consensual, 70,3% usam métodos contraceptivos modernos. Destas, 40,0% estão esterilizadas, 21,0% usam pílula anticoncepcional, 4,4% usam camisinha masculina, 2,4% utilizam outros métodos, 6,0% recorrem a métodos tradicionais (abstinência periódica e coito interrompido) e 6,0% recorrem à esterilização masculina.

Esses dados sobre a prevalência da anticoncepção nos mostram que as mulheres brasileiras entre 15 a 45 anos de idade, na sua maioria, usam métodos anticoncepcionais, dentre os quais a esterilização cirúrgica e a pílula são os mais utilizados.

Marcolino lembra que a legislação brasileira exige que os serviços de saúde que realizam a esterilização ofereçam atendimento multiprofissional, informação e acesso a todos os métodos contraceptivos, desencorajando a esterilização precoce.

E ainda que, os profissionais da saúde têm papel importante no processo de decisão da mulher pela esterilização feminina. Há uma multiplicidade de fatores envolvendo a escolha da esterilização, e os médicos têm uma posição importante na influência dessa decisão.

A literatura consultada sobre a laqueadura de trompas aborda questões relacionadas aos fatores determinantes ligados à decisão da mulher pela cirurgia esterilizadora; entretanto, é pouco discutida a estruturação das equipes de saúde como base da organização dos serviços de planejamento familiar e do seu impacto na escolha dos métodos contraceptivos, particularmente, a laqueadura tubária. Estas equipes multiprofissionais têm sido apontadas como capazes de minimizar os problemas da fragmentação do trabalho em saúde, advindos da crescente especialização dos profissionais.

A acentuada divisão do trabalho no setor de saúde remete-nos à divisão técnica do trabalho, própria do modo de produção capitalista. O processo de divisão do trabalho em saúde determinou uma gama de trabalhadores da área da saúde, especialistas em determinada área. Inicialmente, o médico desempenhava todas as funções do processo de trabalho, relacionadas ao diagnóstico e à terapêutica e, muitas vezes, à assistência direta ao cliente. Com a complexidade do conhecimento e a ampliação da infra-estrutura institucional, outros trabalhadores vão se agregando a este trabalho, diz a autora, e a atenção à saúde da mulher em geral, o planejamento familiar e a contracepção cirúrgica, em particular, constituem projetos a serem desempenhados pela equipe de saúde.

Na organização geral do trabalho da equipe pesquisada, o médico detém um espaço de poder, uma vez que se posiciona como coordenador da equipe de saúde da mulher e, os outros profissionais, se agregam à equipe, caracterizando-a como uma equipe hierarquizada. A centralidade está no trabalho médico, visto que lhe cabe a ação diagnóstica e terapêutica. O trabalho dos demais profissionais constitui um trabalho complementar, interdependente e, algumas vezes, articulado.

Há outro aspecto da organização do trabalho da equipe, que ocorre em torno da decisão sobre a aprovação da cirurgia esterilizadora: o da interação entre os profissionais da equipe.

Verificou -se que, além de cumprir o propósito de tomar decisões acerca de pedidos de ligadura, a equipe aponta outros aspectos que indicam a superioridade do trabalho em

equipe, à medida 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 à multidimensionalidade do objeto de trabalho e à possibilidade de rearticulação dos trabalhos especializados. Esta última apresenta-se como possibilidade, uma vez que não foi mencionada como objetivo do trabalho da equipe de saúde.

No caso da tomada de decisão acerca da laqueadura tubária, a autora enfatiza que os participantes da equipe têm ido além dos aspectos biomédicos da atenção à saúde da mulher e do planejamento familiar, permitindo uma aproximação que apreenda a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde nessa 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, no qual o trabalho do médico é o centro e os demais são periféricos.

Apesar de as condições que propiciam a integração dos trabalhos especializados estarem presentes na organização do serviço estudado, Marcolino aponta que a possibilidade de integração se mostrou frágil, apontando para a necessidade da equipe organizar-se com base em um projeto assistencial comum, que permita trocas intersubjetivas entre os profissionais e usuários, ou dos profissionais entre si.

E ainda, que a equipe avança com o intento de ser um grupo interativo tendendo a horizontalização. Entretanto, é a racionalidade biomédica, ainda nuclear, no processo decisório. Esse destaque é importante na discussão sobre o trabalho dos profissionais da equipe, pois se caracteriza como hierarquizado.

Fundamentados na análise das entrevistas, depreendemos que o trabalho se organiza de forma parcelar e está relacionado a um produto final: a 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 observação da autora traz que o trabalho do médico e o da enfermeira estão, predominantemente, direcionados pelo modelo clínico.

O principal instrumento de trabalho da enfermeira no planejamento familiar é a *consulta de enfermagem* e apesar de a enfermeira realizar, em parte, um trabalho complementar e buscar, muitas vezes, um atendimento integral, a sua assistência não é bem aceita pela comunidade que, não raro, se opõe a certas atividades que realiza.

Os agentes da equipe, como os psicólogos, a assistente social e a agente de saúde, realizam atividades voltadas para a saúde das pessoas, considerando além dos aspectos biológicos, os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo saúde/doença.

Os psicólogos atuam na assistência à saúde da mulher desenvolvendo cursos 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 para puérperas e para escolares de primeiro grau, das escolas da região, orientando sobre planejamento familiar e AIDS.

O trabalho da assistente social e dos psicólogos apresenta 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 o cliente para avaliação da equipe de saúde. 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 situações, 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, especialmente quanto à maturidade emocional para encerrar a vida reprodutiva. Atuam também de forma preventiva, levantando situações que pressionam a mulher a 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.

O aconselhamento é particularmente importante no caso da esterilização, por se tratar de um método cirúrgico que tem efeito permanente. Essa é a orientação seguida pela equipe multiprofissional estudada. Ele representa um espaço para a comunicação cliente-membro da equipe, no qual tanto os clientes quanto os profissionais de saúde escutam e falam.

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

Assim, há um movimento para executar ações com a finalidade da integralidade da atenção, interdisciplinaridade das técnicas e interação entre os profissionais da equipe; porém, falta uma intencionalidade em direção a um trabalho interativo. 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.

Não há, entretanto, uma efetiva intercomunicação e interação com os profissionais da equipe de saúde. Almeja-se que a equipe utilize a comunicação como instrumento de trabalho de modo a articular as ações dos diversos profissionais.

Finalmente, ressaltamos que as discussões não permitem generalizações, visto que o estudo se limitou a uma equipe de saúde em particular.

Realmente existe na área da saúde uma hegemonia médica, que vem sendo “quebrada” por outras profissões que estão conquistando espaço e fazendo um trabalho integrativo em equipe e voltado para o cliente, o qual deve ser o foco de atenção principal no cuidado de saúde.

Artigo 6: Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária.

Autores: CARVALHO, Luiz Eduardo Campos de *et al.* Publicado em 2004.

Os autores tinham como objetivo deste artigo correlacionar a prática da laqueadura com alguns fatores sócio-demográficos, dentre eles, especialmente o número ideal de filhos (NIF).

No Brasil, no caso das mulheres que optam pela laqueadura, existe uma interrogação quanto à legitimidade de se afirmar que essa opção seja decorrente delas terem atingido o NIF, uma vez que, em geral, a sua média de filhos vivos é maior do que a das usuárias de MAC reversíveis. Além disso, dados nacionais de 1986 e de 1996 também indicaram que, especialmente as mulheres com mais de três filhos, potencialmente laqueadas, geralmente referiam um NIF menor do que o número de filhos observados. A pesquisa ocorreu em 1995 e traçou como objetivo identificar 4.252 mulheres, inicialmente como elegíveis ao estudo. 3.878 (91,2%) responderam o questionário, por meio de entrevistas realizadas num período de seis meses durante 1995, por uma equipe constituída de 24 pesquisadoras selecionadas e treinadas para esta finalidade, sob a supervisão de duas assistentes de pesquisa e uma coordenadora, responsáveis pela logística do trabalho de campo. Do total de 3.878 mulheres entrevistadas, 1.012 estavam laqueadas e 2.866 não-laqueadas, sendo a prevalência acumulada de esterilização cirúrgica feminina nesta amostra de 26,1%, e, constituindo respectivamente, os casos e controles para o desenho de estudo da presente análise. Definida pelos autores como variável independente principal o NIF, pela comparação entre o número de filhos declarados pelas mulheres como ideal e o número de filhos nascidos vivos (NV), sendo a realização ou não de laqueadura a variável dependente. Todas as variáveis deste estudo foram obtidas por meio das respostas ao questionário da pesquisa original. Avaliaram-se, ainda, variáveis de controle sócio-demográfico: idade materna, escolaridade materna, estado marital, cor da pele (autodefinida pela entrevistada), trabalho remunerado (qualquer atividade remunerada fora ou no lar), renda familiar total e as variáveis reprodutivas: número de gravidezes, número de partos, de abortos e de nascidos mortos.

Foi concluído pelos autores que a proporção de entrevistadas com menos de 35 anos foi menor entre as laqueadas (57,2%) em comparação com as demais (72,2%). Em relação à escolaridade, observou-se uma diferença de dez pontos percentuais entre as laqueadas e as não-laqueadas que tinham até a 8ª série do ensino fundamental. Mais de 90,0% das mulheres que haviam feito laqueadura tinham companheiro, comparado a 81,3% das não-laqueadas. A referência ao trabalho remunerado foi maior entre as entrevistadas não-laqueadas. A declaração de renda familiar superior a oitocentos reais foi mais freqüente no grupo das

laqueadas. Uma importante conclusão da pesquisa foi que o grupo das mulheres com NIF \leq NV apresentou um risco quase 2,5 vezes maior e significativo de estar laqueada do que as demais entrevistadas. Controlando-se pelas variáveis sócio-demográficas estudadas, as mulheres com NIF \leq NV mantiveram um maior risco de estarem laqueadas.

Só não foi significativa a diferença no grupo de mulheres sem companheiro. Os maiores riscos foram observados entre as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e as que referiram escolaridade acima da 8ª série do ensino fundamental. O risco de laqueadura esteve próximo de 2,5 entre as entrevistadas com companheiro, que se declararam brancas, que tinham trabalho remunerado e com renda acima de oitocentos reais.

Pode-se observar que as mulheres com maior idade, renda superior a oitocentos reais, com companheiro, número de partos ou gestações superior a dois e com o NIF \leq NV apresentaram um risco maior de estarem laqueadas no momento da entrevista.

E, aquelas que tiveram mais filhos do que desejariam, para as quais a laqueadura, provavelmente, representou a consequência direta de uma demanda insatisfeita de anticoncepção. Isso se deu em um contexto histórico e social em que, reconhecidamente, as mulheres no Brasil, de um modo geral, dispunham de poucas opções e enfrentavam dificuldades para ter acesso a métodos contraceptivos. Essa situação fez com que, a partir do final dos anos de 1970, a laqueadura se tornasse, freqüentemente, a única opção para mulheres que, em certa altura da vida reprodutiva, já teriam ultrapassado o número de filhos considerado ideal.

Ainda revelam que é necessário considerar que o maior risco para a laqueadura dessas mulheres com NIF \leq NV esteve associado a outras variáveis: a maior idade das mulheres entrevistadas, o fato de ter companheiro, a maior renda familiar e a presença de duas ou mais gestações.

Vale a pena assinalar, segundo a pesquisa, que o trabalho remunerado também comportou-se como fator de proteção à realização da laqueadura nesse grupo de mulheres com NIF \leq NV, o que poderia ser visto como uma contradição, uma vez que, com freqüência, se tem estabelecido uma relação entre a opção pela laqueadura e a necessidade das mulheres se inserirem no mercado de trabalho. Porém, também é possível discutir que a relação entre laqueadura e trabalho remunerado ocorra de maneira distinta: que ocupa, ou passa a ocupar, uma posição central em seu projeto de vida e, ao lado da maternidade, proporciona maior autonomia quanto às decisões reprodutivas, onde as mulheres sentem-se

mais capazes de regular sua fecundidade, sem chegar, necessariamente, a ponto de não ter outra opção que não seja a laqueadura.

Este método epidemiológico quantitativo pode apenas explicar uma parcela dos resultados encontrados, visto que a realidade das mulheres com relação ao desejo pelo número de filhos e à laqueadura, está ainda intimamente relacionada aos aspectos sociais, psicológicos e culturais, que apenas uma abordagem qualitativa complementar poderia melhor completar esse enfoque analítico.

Nossos achados nos permitem visualizar que a opção pela laqueadura não se dá em função das mulheres atingirem seu NIF, pois freqüentemente esse número já havia sido ultrapassado.

E, mais uma vez, evidencia-se a necessidade de prover acesso amplo aos meios para a regulação da fecundidade, visando a assegurar que as pessoas possam, de fato, decidir sobre quando e quantos filhos ter, um dos elementos fundamentais do conceito de saúde reprodutiva. Entende-se que essa provisão seja um objetivo fundamental da lei sobre planejamento familiar, que passou a vigorar a partir de 1996. Porém, até este momento não se dispõe de avaliações que permitam saber se, desde então, houve melhora no panorama da anticoncepção em nosso país. Esta é uma tarefa imperativa no sentido de prover atendimento de qualidade à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, dizem os autores.

Esses dados foram encontrados antes da efetivação da lei do planejamento familiar, mas algumas pesquisas recentes sobre o assunto, mas não tão extensas, mostram que na população de baixa renda ainda se encontra um NIF<NV, como relatado anteriormente nesse trabalho (VARELLA, 2005).

Artigo 7: Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autores: VIEIRA, Elisabeth Meloni; FORD, Nicholas John. Publicado em 2004.

Os objetivos específicos dos autores da pesquisa foram verificar a conformidade com as exigências legais para a esterilização feminina nos hospitais locais, identificar o conhecimento entre o pessoal do hospital sobre a nova legislação e explorar as atitudes dos profissionais de saúde para esta lei. O exame das mulheres que tinham se submetido à cesariana apontou, especificamente, estudar o atendimento das exigências legais para as esterilizações femininas executadas em 1998 e identificar e caracterizar o acesso à esterilização feminina por estas mulheres.

Das 2.457 mulheres que foram contatadas pelo telefone ou nas visitas do repouso, os autores identificaram que 12.1% (298), foram esterilizadas em 1998 em combinação com o parto. Destas, 5.6% (17) recusaram responder à entrevista e uma foi excluída devido a uma histerectomia terapêutica.

O questionário foi aplicado a 280 mulheres esterilizadas em suas casas por entrevistadores treinados. Do total inicial, 1.701 mulheres não foram encontradas, por diversas razões: 28.9% (1.205) haviam se mudado; 5.7% (240) tiveram os endereços incompletos; 0.12% (5) tinham morrido, e 2.1% (88) não foram encontrados em casa depois de três contatos.

Vieira explica que a colheita sazonal do bastão de açúcar poderia explicar o fato de que muitas mulheres tinham se mudado e, que foi possível consultando registros dos pacientes nos hospitais, usar os dados coletados em 89.8% (1.528) das 1.701 mulheres que não foram encontradas pessoalmente. Estes dados foram fornecidos pelo centro de processo de dados do hospital da Escola de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A maioria de mulheres tinha de 20 a 29 anos de idade (836, ou 54.7%), 484 (31.7%) tinham 30 a 39 anos, 179 (11.7%) tinham 19, e 29 (2.8%) 40 anos. A maioria das mulheres teve seu parto coberto pelo plano de saúde (828, ou 54.2%), 618 (40.0%) usaram o SUS, e somente 82 (5.4%) particulares.

Dos nove hospitais visitados, somente um teve menos de 50 leitos, seis tiveram 50 a 150 leitos, e dois tiveram mais de 150. Somente três hospitais são licenciados pelo SUS, um é um hospital de maternidade, fundado em 1998, para gestações de baixo risco, e os outros dois foram estabelecidos como centros de referência para gestações de alto risco. Dois destes hospitais são licenciados para executar a esterilização sob o ato federal 9.263. As taxas cesarianas eram extremamente elevadas em alguns hospitais particulares (que variaram 80.2%

a 90.0% em 1998), sendo as taxas mais baixas de cesarianas nos hospitais licenciados pelo SUS (12.9%, 36.5%, e 42.7% em 1998).

O projeto do estudo incluiu dois componentes: um exame dos hospitais e dos profissionais de saúde e um exame das mulheres que tinham se submetido a cesarianas em 1998, um ano após a promulgação da legislação.

Como primeiro componente do estudo, os autores coletaram dados de todos os nove hospitais que fornecem o cuidado obstétrico e administraram 17 entrevistas, em acordo com os informantes-chaves, incluindo médicos e gerentes do cuidado de saúde, de novembro 1999 a outubro 2000. Os informantes-chaves incluíram todos os nove gerentes do hospital, quatro ginecologistas que clinicam na cidade, dois professores de ginecologia e obstetrícia na Universidade local, um representante da associação médica local, e o gerente municipal do programa detalhado da saúde das mulheres. Além da entrevista, outros três instrumentos da pesquisa foram desenvolvidos. O primeiro era um esboço para coletar dados do hospital e para verificar a conformidade com exigências institucionais para executar a esterilização. Os outros instrumentos eram formulários para avaliar o conhecimento e as atitudes dos informantes chaves a respeito da legislação.

O levantamento de dados, incluindo o telefonema e as entrevistas nas casas das mulheres, foi conduzido de julho 2000 a janeiro 2001.

Segundo os autores, o conhecimento a respeito da legislação era muito pobre entre os profissionais entrevistados. Somente um médico da equipe de funcionários relatou realmente a leitura do novo ato federal. Embora a maioria sabia alguns aspectos da legislação, o artigo mais extensamente sabido era a exigência da assinatura do marido para o procedimento, não sabiam sobre a necessidade da também assinatura da mulher, e o período que o procedimento não pode ser executado (no pós-parto e pós-aborto imediatos). Os profissionais não sabiam das circunstâncias que o procedimento pode ser executado, a necessidade de que dois médicos assinem para a aprovação do procedimento, e exigências institucionais. Mais da metade dos entrevistados não podia informar o período de tempo requerido entre o pedido do paciente para a esterilização e o procedimento real. Além disso, os médicos não eram bem informados quanto às exigências a respeito da idade mínima e número de crianças.

Após ter o seu conhecimento sobre a legislação testada e, após ter recebido a informação correta, os informantes foram perguntados se concordavam ou discordavam com os termos da Lei. Havia geralmente mais acordo do que discordância com a Lei. Todos os informantes concordaram que dois médicos devem assinar uma aprovação para a esterilização quando uma gravidez subsequente colocaria a vida do paciente em risco, e que o paciente

deve fornecer seu consentimento, não estando sob o efeito de medicação ou de todas as outras circunstâncias que poderiam interferir em sua decisão. Quase todos concordaram que nem a histerectomia nem a ooforectomia devem ser executados como meios da esterilização. Somente um informante indicou que não concordou nem discordou com a obrigatoriedade da oferta de todos os métodos contraceptivos antes da esterilização ou com o consentimento assinado. Havia desacordo a respeito das circunstâncias legais relacionadas à idade e ao número de filhos.

Entretanto, a discordância mais forte dos profissionais com a lei, relacionou-se ao fato de que a legislação não permite que a esterilização seja executada no período pós-parto e pós-aborto imediato, questionavam que poderiam ser conciliados os procedimentos. Acham que não há nenhum problema com a esterilização em geral e não vêem sua associação com o número excessivo e desnecessário de cesarianas no Brasil. Alguns informantes comentaram: “*Esta lei é toda errada*”, “*a lei nunca fá-la-á fora do papel*”, querendo dizer que a lei não será aplicada na íntegra, ou ainda, os “*povos nunca aceitarão esta lei*”.

A conclusão dos autores diz que a consciência das mulheres entrevistadas a respeito dos métodos contraceptivos era boa. Todos os respondentes já tinham ouvido sobre contraceptivos orais, e 84.0% já tinham usado. Quase todos os respondentes (98.6%) souberam sobre a camisinha masculina e 33.0% relataram o uso da camisinha por seus parceiros. A Tabela era conhecida por quatro de cada cinco mulheres, e uma entre elas já tinha usado. O coito interrompido foi identificado por 76.0% das mulheres como um método contraceptivo, e 17.0% dos respondentes tiveram experiência prévia desse método. As injeções hormonais eram conhecidas por 84.0% e usadas por 14.6%. O uso de outros métodos contraceptivos eram insignificantes.

Um jogo das perguntas para avaliar o conhecimento das mulheres em contraceptivos também foi usado; 36.4% dos respondentes concordaram com a indicação que “*todos os métodos contraceptivos afetam a saúde das mulheres*”, 33.2% não confiaram na pílula, e 47.0% acreditaram que as mulheres esterilizadas poderiam ter mais crianças se desejassem. Quase 70.0% concordaram com a indicação que a “*camisinha não é um método contraceptivo de confiança*”, e 83.0% acreditavam que a melhor maneira de ter uma ligadura tubária era em combinação com uma cesariana. Apesar de toda desinformação, 90.0% estava ciente que a vasectomia não causa a impotência e 70.0% souberam que a vasectomia é mais fácil de executar do que a esterilização feminina. E, 85.0% discordaram com a indicação que “*todas as mulheres esterilizadas se tornam frígidas*”. O conhecimento dos respondentes foi classificado como baixo em 27.5%, médio em 42.8% e alto em 29.6%.

A maioria das mulheres tinha ouvido sobre a esterilização feminina de um parente (30.0%) ou do médico (29.6%). Poucos (6.0%) tinham lido sobre o assunto ou tinham aprendido sobre eles na televisão. Aproximadamente 15.0% tinham aprendido sobre métodos contraceptivos com os amigos, palestras, aulas e etc. Uns 70.0% tiveram pelo menos uma parenta (irmã, mãe, tia, prima) esterilizada. Somente 23 mulheres (8.2%) não foram esterilizados conjuntamente com o parto, mas mais tarde (variando do dia seguinte a um mês mais tarde). A maioria das mulheres (247, ou 88.2%) estava grávida quando tomaram a decisão de se submeter à esterilização. A idade média na esterilização foi 32.8 anos. Somente 11 mulheres (menos de 4.0%) foram esterilizadas abaixo dos 24 anos de idade, 63 (22.5%) 25 a 29 anos, 105 (37.5%) 30 a 34 anos, e 101 (36.1%) aos 35 anos ou mais de idade.

Quando as mulheres foram perguntadas por que tinham decidido se submeter à esterilização cirúrgica, 157 (56.1%) relataram estarem satisfeitas com o número de filhos que tiveram, 13.9% relataram que tinham se submetido a várias cesarianas prévias, 12.5% por problemas de saúde, 8.2% que a esterilização era seu meio preferido de contracepção, 3.9% responderam que tinham experimentado problemas com outros métodos contraceptivos, e 5.3% relataram outras razões, tais como, a idade ou problemas financeiros. De acordo com uma mulher, o médico reivindicou que não poderia executar a cesariana se não executasse também uma ligadura tubária.

É ressaltado, por este estudo que, as mulheres com níveis escolares e status socioeconômico mais elevado têm mais chances de ter poucas gravidezes do que mulheres mais pobres. Também começam as reproduções em uma idade mais atrasada, têm o conhecimento melhor de métodos contraceptivos, e são mais propensas a pagar pela laqueadura. O acesso à esterilização feminina é uma das desigualdades da saúde reprodutiva para mulheres brasileiras de um status socioeconômico mais baixo, como relatado previamente por outros estudos. Os resultados indicam que uma taxa elevada da esterilização em idades menos avançadas entre mulheres de um status socioeconômico mais baixo e com menos escolaridade reflete obstáculos e dificuldades com a contracepção reversível. Estes obstáculos relacionam-se à falta da informação sobre métodos contraceptivos, a escala limitada dos métodos oferecidos pelo sistema de saúde pública, e a privatização extensa do setor de saúde. As desigualdades na saúde reprodutiva para mulheres de um status socioeconômico mais baixo são associadas, particularmente, com a gravidez na adolescência e os níveis pobres de conhecimento a respeito dos métodos do planejamento familiar. Osis (1998) indicou que a gravidez na adolescência e a esterilização feminina precoce estão relacionadas.

O fato de que a maioria das mulheres (88.0%) que pediram a esterilização foi aconselhada pelos médicos que executaram a cirurgia e estavam grávidas quando fizeram sua decisão mostraram que muitos médicos são inconscientes de alguns princípios éticos que devem sustentar tal prática médica e, que muitas mulheres são inconscientes de seus direitos reprodutivos, como relatado em um estudo de Vieira (1998).

Esse estudo anterior destaca o fato que deve existir uma discussão e uma compreensão da legislação e da melhoria na qualidade total do cuidado do planejamento familiar no Brasil. Os profissionais de saúde devem ter habilidades e instrução para fornecer informação e, a comunicação poderia melhorar o acesso das mulheres de baixo-renda às escolhas do planejamento familiar. Além, da necessidade de melhorar o acesso das pessoas à informação de contracepção, reforçando a necessidade de instrução sobre sexo nas escolas e nas comunidades.

Apesar da liberdade sexual das mulheres não ser algo tão recente e conquistada com dificuldades, ainda existe um preconceito na sociedade e uma distorção entre o conceito da saúde sexual e reprodutiva, no Brasil (com referência explícita à esterilização feminina), tendo inclusive algumas inadequações, por parte dos profissionais da saúde, na provisão das informações, particularmente para mulheres pobres, que resultam, principalmente, de problemas na cultura da profissão médica (VIEIRA, 1998).

Almeja-se igualdade social e, apesar da Constituição de 1988 legitimar esse direito de igualdade no acesso aos serviços de saúde, com o propósito de fornecer igual oportunidade para todos indivíduos, não raro, presencia-se que o atendimento profissional diferencia quem merece mais, ou melhor, nosso cuidado.

Artigo 8: Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento.

Autores: VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* Publicado em 2005.

Com o propósito de coletar subsídios para avaliar a oferta de métodos cirúrgicos, a autora propôs os seguintes objetivos: caracterizar os candidatos aos métodos cirúrgicos; estudar as variáveis associadas à escolha do tipo de procedimento, laqueadura tubária ou a vasectomia e, verificar a adequação à *Lei n. 9.263* em relação à idade mínima e tempo de espera.

A pesquisa ocorreu em Ribeirão Preto, São Paulo. Foi feito um levantamento dos dados de 102 prontuários de candidatos a métodos cirúrgicos. Estes foram encaminhados das UBS para o ambulatório onde se realizava o aconselhamento, entre novembro de 1999 a 27 de julho de 2000- período inicial da implantação de oferta da esterilização cirúrgica. Foram considerados 95 prontuários de casais candidatos, cujos dados foram coletados na primeira entrevista, e que continham também os resumos das sessões de aconselhamento; sete pessoas sem parceiro não fizeram parte da amostra, pois se desejava avaliar os fatores que influenciam a escolha do método cirúrgico pelo casal.

As variáveis selecionadas para estudo foram: idade, sexo, estado marital, escolaridade, religião, renda familiar, número de filhos vivos, motivos da procura do método cirúrgico, uso anterior de contraceptivos, antecedente de aborto, número de orientações recebidas, qualidade do relacionamento conjugal (definido pelo orientador como bom, regular, ruim ou conflituoso com base em informações fornecidas pelos candidatos), o procedimento realizado, o tempo de decisão (contado a partir do registro da primeira data de realização de orientação até a data do procedimento) e a causa do não-procedimento. Todos os prontuários foram conferidos com uma lista emitida pela maternidade com nome, data, tipo de procedimento realizado e número de matrícula do usuário no serviço, no período de abril a novembro de 2001.

No período analisado, houve solicitação de 38 (40,0%) cirurgias de vasectomia e 57 (60,0%) de laqueadura. A idade dos candidatos variou de 24 a 59 anos, sendo a idade média 34,2 anos; 57 (60,0%) eram casados e 38 (40,0%) viviam em união consensual.

Em relação à escolaridade, 51 (53,7%) não tinham o primeiro grau. A renda familiar média mensal calculada foi de R\$ 544, 93, sendo a mínima de R\$ 130,00 e a máxima R\$ 1.100,00 mensais. A renda familiar *per capita* média mensal calculada foi de R\$ 108,81. Quatro casais não tinham renda e dependiam de outros para sobreviver. O número médio de membros da família encontrado foi 5,4, variando de 3 a 11. O número médio de filhos vivos

foi 3,3, variando de 1 a 9. Apenas uma candidata tinha um filho. Em relação à religião, a maioria (62,1%) identificou-se como católica.

A autora ressalta que o uso anterior de anticoncepcional oral foi relatado por 92 (96,8%) candidatas, e 38 (40,0%) referiram o uso do preservativo masculino. Em relação à contracepção atual, 87 (91,6%) candidatas relataram estar usando algum método, dos quais, 78 (89,7%) utilizavam a pílula. Dos nove candidatas restantes, seis declararam uso de métodos de baixa eficácia (dois usavam a tabela e quatro o coito interrompido). Dezenove mulheres referiram-se a abortos anteriores.

O tempo médio de aconselhamento foi 201,7 dias. Em apenas um caso houve tempo inferior a sessenta dias entre a solicitação e a realização do procedimento, pois se tratava de caso de risco à saúde previsto em Lei. Excluindo-se este, o tempo mais curto entre a manifestação da vontade e o procedimento foi 74 dias, e o mais longo, 438 dias. Realizaram-se, em média, 4,7 sessões de aconselhamento por candidato ou casal, variando de 1 a 9. A maioria participou de 5 ou 6 sessões de aconselhamento antes de submeter-se à cirurgia. As candidatas que se submeteram à laqueadura receberam maior número de orientações do que os candidatos que se submeteram à vasectomia. Dois casais, que inicialmente haviam optado pela vasectomia, acabaram escolhendo a laqueadura, e com um terceiro casal, aconteceu o inverso.

Dos 95 casais que se candidataram à cirurgia esterilizadora, 43 (45,3%) se submeteram à esterilização feminina, 34 (35,8%) à vasectomia e 18 (18,9%) não obtiveram o procedimento. Treze candidatas (13,7%) desistiram do procedimento ou resolveram adiá-lo por motivos diversos: idade jovem, relacionamento conjugal instável, desejo de constituir família em outra união e relacionamento conjugal conflituoso. Os outros cinco candidatos (5,3%) haviam obtido a guia para realização da cirurgia, mas não procuraram o hospital de referência no período de dois anos nem foram encontrados por contato telefônico para fornecer mais informações. Três mulheres (3,2%) engravidaram enquanto aguardavam o procedimento.

A idade média encontrada no estudo foi de 37,8 anos para a realização da vasectomia e, 32,7 anos, para a laqueadura. A vasectomia passa de 25,6% em homens até 34 anos para 67,6% em homens com 35 anos ou mais. Portanto, a idade mostrou ser um fator de influência na escolha do método cirúrgico, no sentido de favorecer a realização de vasectomia em homens de mais idade. Considerando-se os casais em que um dos parceiros é esterilizado, a chance de haver vasectomias em homens com mais de 35 anos é 6,1 vezes maior do que em homens com menos de 35 anos.

Verificou-se que, entre as mulheres que se submeteram à laqueadura, 48,8% eram casadas e 51,2% coabitavam, ao passo que, entre os homens que se submeteram à vasectomia, 79,4% eram casados e 20,6% coabitavam. Dentre as pessoas casadas, 56,2% se submeteram à vasectomia, contra 24,1% das pessoas que coabitam.

A porcentagem de mulheres com quatro filhos ou mais que fazem a laqueadura (73,1%) é maior que a porcentagem de mulheres com menos de quatro filhos (47,1%), mostrando associação significativa entre procedimento cirúrgico e número de filhos. Mulheres com quatro filhos ou mais fazem mais laqueadura do que mulheres com menos de quatro filhos.

As variáveis quanto à escolaridade, renda *per capita*, religião, histórico de aborto e qualidade do relacionamento não se mostraram associadas com o tipo de cirurgia. Os resultados mostram que a maioria dos candidatos à esterilização é de casais estáveis, de baixa renda e escolaridade, que apresentaram como motivo principal para encerrar a carreira reprodutiva, a satisfação com o número de filhos ou problemas de saúde. Destes, um terço recebeu recomendação médica para não ter outro filho. A maioria já havia tentado limitar a prole fazendo uso de métodos anticoncepcionais reversíveis. A implantação da oferta de métodos cirúrgicos veio atender ao direito constitucional de limitar o número de filhos, contemplando os indivíduos que têm problemas para tê-los, ou não querem mais reproduzir, bem como aqueles que não poderiam pagar para ter acesso ao procedimento.

A grande porcentagem de escolha da vasectomia mostra que houve mudanças em relação à participação masculina na contracepção. A esterilização por vasectomia é pouco freqüente: no Brasil, apenas 2,6% dos homens se submetem à cirurgia; no Estado de São Paulo, onde a prevalência é maior, o percentual é de 6,1% dos homens, diz Vieira. A grande porcentagem de escolha de vasectomia em Ribeirão Preto está, provavelmente, relacionada à facilidade da oferta associada ao aconselhamento. Este último permitiria esclarecer os tabus e medos, especialmente aqueles que relacionam a vasectomia com a castração, tal como já foi descrito por alguns autores.

Chama a atenção ter sido a vasectomia associada à maior idade e ao casamento em detrimento da coabitação. A primeira situação poderia favorecer uma interpretação de adequação da oferta de métodos cirúrgicos, já que a vida reprodutiva masculina é mais longa do que a feminina. Em relação à associação entre vasectomia e casamento, esta sugere um contexto de maior compromisso entre os parceiros.

A oferta dos procedimentos cirúrgicos no Município de Ribeirão Preto está adequada à *Lei n. 9.263*. E o aconselhamento oferecido está demonstrando eficácia em relação aos

objetivos propostos, afirma a pesquisadora. A porcentagem de desistência é compatível com o arrependimento estudado no Brasil, o que sugere que o aconselhamento poderia prevenir essa situação, pelo menos em parte (VIEIRA, 1998).

Na visão da autora, este estudo trouxe importantes informações para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher, em particular da contracepção. Dez por cento das mulheres encaminhadas da rede básica ao aconselhamento ou não usavam métodos anticoncepcionais ou usavam métodos de baixa eficácia. Portanto, não foi surpresa a ocorrência de duas gestações não desejadas.

Vieira termina dizendo que existe espaço para o aprimoramento da oferta de contracepção reversível, principalmente em nível primário e, outras investigações, com o objetivo de acompanhar a satisfação dos usuários, podendo contribuir e fornecer subsídios para a melhoria destes.

Artigo 9: Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.

Autores: OSIS, Maria José Duarte *et al.* Publicado em 2006.

O Ministério da Saúde solicitou ao Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP) que realizasse uma pesquisa para verificar se os métodos anticoncepcionais enviados aos municípios estavam disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e identificar possíveis obstáculos a essa disponibilidade.

Em outubro de 2001, foi proposta uma nova estratégia para aquisição de métodos anticoncepcionais reversíveis pelo MS para os municípios que atendessem a determinados critérios, com distribuição descentralizada e trimestral, visando a uma cobertura de aproximadamente 30% da demanda potencial por esses métodos, no Sistema Único de Saúde (SUS). O envio da primeira remessa de insumos aos municípios ocorreu em julho de 2002.

Realizou-se um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa: primeira etapa descritiva, de corte transversal e segunda, de estudo de casos.

Segundo os autores, os métodos anticoncepcionais eram enviados aos municípios na forma de *kits*: (i) *kits* básicos, compostos pela pílula combinada, pílula só de progesterona (minipílula) e preservativo masculino; e (ii) *kit* complementar, composto pelo dispositivo intra-uterino (DIU) e pelo injetável trimestral, enviado somente aos municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes, ou que informaram ao MS possuir profissional capacitado para a inserção do DIU.

Para a primeira etapa da pesquisa, o tamanho da amostra foi definido para avaliar o recebimento de cada tipo de *kit* por Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e UBS. Foi desenhado um plano complexo de amostragem, incluindo-se no estudo sobre o *kit* básico 499 SMS e 526 UBS, e 98 SMS e 125 UBS para o *kit* complementar.

Entre agosto e outubro de 2002, aplicou-se, por telefone, questionários sobre o recebimento recente de métodos anticoncepcionais, respondidos pelo(a) responsável pela então chamada Farmácia Popular, e pelo(a) gerente/coordenador(a) de UBS sorteadas em cada município.

Após o processamento dos dados, procedeu-se inicialmente a análise estatística descritiva. Em uma segunda etapa, avaliou-se a relação entre a situação de cada município e o recebimento dos métodos anticoncepcionais, utilizando como indicadores aspectos sociais, demográficos e do atendimento à saúde. Procedeu-se à análise, tendo como a variável dependente "recebimento de *kits* básicos completos pelas SMS". As variáveis independentes foram: proporção de unidades de saúde no município com gestão PAB e com gestão plena,

população dos municípios, coeficiente de mortalidade infantil, proporção estimada da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF), proporção de nascidos vivos de mães com mais de seis consultas no pré-natal e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal.

Essa pesquisa foi desenvolvida com uma abordagem qualitativa para descrever a atenção ao planejamento familiar e sua articulação com a estratégia de saúde da família. As capitais escolhidas foram Belém (Pará), Salvador (Bahia), Curitiba (Paraná) e Goiânia (Goiás), visitadas entre abril e maio de 2004 pelos entrevistadores. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com o(a) coordenador(a) de Saúde da Mulher, coordenador(a) do PSF, gerentes e profissionais de UBS e de equipes de saúde da família. Ao todo, obtiveram-se 99 entrevistas: 24 em Belém, 26 em Curitiba, 25 em Goiânia e 24 em Salvador.

Os resultados encontrados pelos autores foram que somente 4% das SMS declararam não ter recebido nenhum método do *kit* básico, enquanto 66% referiram ter recebido *kits* completos. Cerca de um terço das SMS estimou que as quantidades recebidas durariam menos de dois meses. Dentre as UBS, 17% disseram não ter recebido nenhum método desse *kit*, e dentre as que receberam, cerca de um terço estimou que as quantidades durariam menos de dois meses.

Mais de 90% das SMS receberam *kits* complementares completos. Um terço considerou que os DIU recebidos dariam para menos de dois meses, enquanto cerca da metade fez a mesma estimativa em relação ao hormonal injetável trimestral. Pouco mais de um terço das UBS declarou não ter recebido nenhum método desse *kit*, e quase 50% das que receberam estimaram que a quantidade duraria menos de dois meses. Cerca de 13% das SMS não referiram dificuldades para obter do MS os métodos anticoncepcionais do *kit* básico.

Os principais resultados encontrados pelos pesquisadores, na etapa qualitativa, foram de que nas capitais em que a saúde da família encontrava-se melhor implementada, verificou-se maior organização e efetividade das atividades de planejamento familiar. Embora os gestores municipais tenham enfatizado que essas atividades eram tão prioritárias quanto às demais da área de saúde da mulher, observou-se que, na prática, isto não acontecia. Entre os profissionais das UBS e das equipes de saúde da família, a maior ênfase continuava sendo o ciclo grávido-puerperal, e o planejamento familiar tendia a ocupar um plano secundário.

Osís (2006), ressalta que os profissionais das equipes de saúde da família não percebiam o planejamento familiar como parte da atenção básica, de caráter preventivo para a saúde da mulher e da criança.

Em duas capitais, as atividades de planejamento familiar não incluíam a infertilidade: não havia protocolo de atendimento nem sistema de referência. Nas outras duas capitais, o atendimento à infertilidade era parte das ações em planejamento familiar, incluindo um sistema de referência das UBS ou equipes da saúde da família para serviços especializados. Porém, só em um desses municípios houve consistência entre as informações dos gestores e dos profissionais entrevistados a esse respeito. Na outra capital, os profissionais pareciam não conhecer o sistema de referência mencionado pelos gestores.

Todos os entrevistados consideravam a provisão dos métodos anticoncepcionais como um dos pontos mais complicados das atividades de planejamento familiar. Em 2004, o suprimento de insumos era responsabilidade compartilhada entre municípios, estados e o nível federal. Apesar disso, em geral, os gestores e profissionais entendiam que a responsabilidade era só do Ministério da Saúde. E os municípios acabavam comprando métodos anticoncepcionais apenas pela demora, irregularidade e insuficiência dos insumos providos pelo Ministério.

Os gestores referiram dificuldades para planejar a compra de insumos por não saberem se e quando chegariam as remessas do Ministério da Saúde. Ressaltaram-se dificuldades de comunicação com o Ministério: por exemplo, não saber qual o melhor canal para pedir insumos, solicitar informações ou revisão dos quantitativos enviados ao município. Além disso, apontou-se também que o excesso de burocracia para compra de insumos em alguns municípios repercutia na falta de métodos anticoncepcionais nos serviços de saúde.

Profissionais das UBS e equipes de saúde da família relataram dificuldades de comunicação com o nível central em cada município, e que não sabiam como obter informações da coordenação municipal de saúde da mulher, solicitar suplementação de insumos etc.

De modo geral, os gestores e profissionais entendiam que a variedade de contraceptivos disponíveis nos municípios era satisfatória, porém a quantidade era insuficiente: a demanda era maior do que eram capazes de prover. Também apontaram dificuldades para fazer funcionar um sistema de referência e contra-referência das mulheres para outras UBS ou equipe de saúde da família, em que um determinado método poderia ser obtido.

A realização de atividades educativas em planejamento familiar, individuais ou grupais, foi referida em todas as capitais, e aconteciam nas UBS, como também em diferentes locais da comunidade. O público-alvo era, principalmente, mulheres. Os homens participavam eventualmente, quando estavam acompanhando as parceiras.

Foram poucas as referências a atividades educativas específicas para adolescentes, realizadas em escolas, e que enfocavam os métodos anticoncepcionais e diversos outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva.

Referiu-se que as mulheres que solicitavam métodos anticoncepcionais recebiam informação completa sobre todos os contraceptivos disponíveis na rede pública, e não apenas sobre o método desejado. Essa informação era passada por uma enfermeira, individualmente ou em grupo, ou por um médico, durante a consulta. Os profissionais consideravam que as mulheres, dificilmente, mudavam de idéia, mesmo depois de receberem novas informações, pois chegavam até eles já com um método anticoncepcional em mente.

Em três capitais, as mulheres tinham acesso aos métodos anticoncepcionais em livre demanda, sem necessidade de cadastro. Na outra capital, esse cadastramento era pré-requisito para receberem um método, porque a demanda era maior do que a disponibilidade de contraceptivos na rede pública.

Exceto em uma capital, os profissionais afirmaram que era difícil manter o suprimento de contraceptivos nas UBS ou equipes de saúde da família, e não era fácil saber para onde referir as mulheres para conseguirem o método anticoncepcional em uso. Com frequência, davam uma receita para elas comprarem na farmácia. Situação semelhante ocorria quando as mulheres queriam iniciar o uso de um método que não estava disponível naquela UBS ou equipe de saúde da família.

Havia dificuldade das mulheres passarem por consulta médica, a cada três meses, para obterem uma nova receita das pílulas anticoncepcionais, independentemente de terem alguma queixa ou não. Parte dos profissionais referiu que as (os) enfermeiras transcreviam a receita quando não havia queixa que exigisse uma consulta médica. Porém, este não era um procedimento uniforme, mas cercado de controvérsias.

Em nenhuma das capitais havia programa específico de saúde sexual e reprodutiva para homens.

Segundo os gestores, não havia qualquer norma para restringir o acesso de adolescentes ao atendimento em planejamento familiar. Porém, havia profissionais de saúde que solicitavam a presença de uma pessoa responsável pelo (a) adolescente. Alguns desses profissionais consideravam que estavam obedecendo a exigências legais. Outros referiram que só pediam a presença de um responsável quando entendiam que o (a) adolescente estava em situação de risco, como, por exemplo, quando suspeitavam de abuso sexual.

Em todas as capitais visitadas havia preocupação com os índices de gravidez na adolescência e grande ênfase quanto à necessidade de atuar para evitá-la. Para os adolescentes homens, centravam-se esforços na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Referiu-se a várias tentativas de captar adolescentes nas comunidades, especialmente através dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família. Uma das estratégias mais usadas eram as palestras nas escolas, feitas pelos profissionais de saúde. Apenas em uma capital havia programa específico para adolescentes, apoiado por cartilhas educativas, e se disponibilizavam preservativos nas escolas.

Segundo a autora, em duas capitais havia serviços credenciados para realizar a laqueadura e a vasectomia, com critérios e procedimentos definidos: oferta de métodos reversíveis, atividades educativas, encaminhamento. Em uma dessas cidades, porém, os profissionais não revelaram clareza quanto a esses procedimentos, e referiram não ter como acompanhar o atendimento às pessoas que solicitavam as cirurgias. Também referiam demanda reprimida pela esterilização cirúrgica, acumulada desde a entrada em vigor da regulamentação legal. A demanda pela vasectomia era menor do que pela laqueadura, embora fosse oferecida, muitas vezes, de forma intencional aos casais cuja mulher solicitava a laqueadura.

Em duas capitais, não havia serviços credenciados, porém os entrevistados reconheciam que a laqueadura era realizada mediante "arranjos pessoais" entre mulheres e médicos.

Em três capitais, os gestores referiram que a pílula de anticoncepção de emergência (PAE) estava disponível nas UBS e equipes de saúde da família, porém, havia profissionais desses serviços que não sabiam disso. Em uma capital, a PAE não estava disponível na rede pública no momento da pesquisa, mas, anteriormente, já estivera em algumas UBS.

Em geral, referiu-se pequena a demanda pela PAE. Em uma capital, os profissionais de saúde disseram que, quando houve demanda, foi de adolescentes. Ao mesmo tempo, nas quatro localidades, a existência do método não era ou era pouco divulgado à população.

Gestores e profissionais consideravam que a PAE só poderia ser dispensada mediante consulta médica. Havia preocupação de não "*ficar distribuindo por aí, porque é uma coisa de emergência*". Em uma capital, a tendência foi afirmar que a PAE só podia ser utilizada nos casos de violência sexual, e sempre prescrita por um médico.

Nas quatro capitais, havia cuidados especial para armazenar e dispensar a PAE. Em alguns serviços, o medicamento estava sob a responsabilidade do (a) coordenador (a), que era a única pessoa que poderia entregá-lo, mediante prescrição médica.

Nossos resultados confirmam que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde, e pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área.

Percebe-se, entretanto, que a assistência ao planejamento familiar nos municípios está ainda distante de um patamar satisfatório. As ações de planejamento familiar, com frequência, são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica, completa Osis.

Também se evidenciou, neste estudo, a dificuldade de funcionamento de um sistema de referência e contra-referência para as ações de planejamento familiar, fundamental para racionalizar a utilização dos recursos disponíveis. Embora esse sistema tenha sido mencionado pelos gestores entrevistados nas quatro capitais, os profissionais das UBS e das equipes de saúde da família não pareciam familiarizados e/ou não davam crédito ao mesmo.

Osis ainda diz que, em duas capitais visitadas, nem havia serviços credenciados para realizar laqueadura e vasectomia, o que deixava as portas abertas para que persistissem as distorções na obtenção dessas formas de contracepção, tão discutidas na literatura sobre planejamento familiar no Brasil.

Em relação às ações voltadas a adolescentes, ao mesmo tempo em que se observou grande ênfase sobre a necessidade desse grupo conhecer e utilizar métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez nessa faixa etária ficou evidente a pouca organização do atendimento em planejamento familiar para esse fim. Também se verificou que, em geral, os profissionais de saúde vivenciavam conflitos em sua prática diária quanto à autonomia dos (as) adolescentes para assumirem a responsabilidade de seu atendimento, e tomarem decisões sobre o uso de métodos anticoncepcionais, embora o MS venha enfatizando os direitos dos (as) adolescentes à preservação do sigilo e ao consentimento informado, bem como a necessidade de abordagens adequadas a essa etapa da vida. Porém, é preciso lembrar que orientar e atender adolescentes em questões de anticoncepção, bem como para a prevenção de doenças de transmissão sexual e AIDS, ultrapassam os aspectos de competência técnica, pois envolvem campo de valores, especialmente no que se refere ao exercício da sexualidade. Portanto, a capacitação dos profissionais para essa tarefa deve incluir a discussão sobre o lugar da sexualidade no processo de autonomização juvenil, que ainda hoje, é fortemente marcado pela hierarquia de gênero.

Para a autora, esta pesquisa reitera a existência de problemas crônicos quanto a quem corresponde comprar, e como assegurar que os métodos anticoncepcionais estejam

disponíveis nas UBS e equipes de saúde da família, em quantidade e variedade adequadas. A centralização da compra pelo MS voltou a ser proposta em 2005, mas essa medida não garante a disponibilidade de métodos anticoncepcionais nos municípios. Isso porque são conhecidos os tropeços que o Ministério tem enfrentado para comprar e distribuir métodos anticoncepcionais. Além disso, a responsabilidade deve ser compartilhada pelos três níveis de governo, a idéia que prevalece é de que a provisão de métodos anticoncepcionais é pertinente ao Ministério da Saúde. Portanto, será necessária a adequada compreensão dos municípios acerca dessa proposta, e a definição do Ministério sobre como e em qual prazo pretende avançar na provisão dos insumos contraceptivos, para evitar que alguns municípios entendam que, desde agora, não precisam destinar recursos para a aquisição de anticoncepcionais.

Entretanto, parece-nos fundamental frisar que, mesmo que o Ministério da Saúde consiga enviar os insumos contraceptivos aos municípios com regularidade e em quantidades adequadas, isso não garantirá que a atenção ao planejamento familiar alcance a qualidade e a eficácia desejadas para permitir aos cidadãos brasileiros exercerem o direito de decidir quando e quantos filhos querem ter. Isso é necessário, porém não suficiente, a menos que os municípios tratem as ações em planejamento familiar, de fato, como parte da atenção básica.

É preciso que o processo de humanização da atenção também alcance o planejamento familiar, no que se refere à incorporação de princípios relativos aos direitos humanos e a bioética, na atenção brindada à população, afirma Osis.

3.6 Síntese dos Artigos

Para facilitar a compreensão e comparação dos artigos descritos anteriormente, visualizaremos os Quadros a seguir:

Titulo dos Artigos	Objetivos da Pesquisa	Metodologia	Conclusão
1. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999.	Verificar a utilização de métodos contraceptivos e adequação do emprego de anticoncepcionais orais pelas mulheres de 20 a 49 anos, residentes da zona urbana.	Estudo transversal de base populacional. Comparação deste estudo com um realizado em 1992.	Comparado ao estudo de 1992, houve uma diminuição no uso de ACO, mas, aumento no nº de mulheres que utilizavam ACO com alguma contra indicação, (de 18,6% p/ 22,2%); houve um aumento no número de LTs, preservativos e DIUs. Demonstrando uma maior disponibilização de outros métodos pelo SUS.
2. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil.	Entender como são planejadas as famílias de mulheres de camadas populares em uma comunidade de baixa renda.	Estudo de Caso realizado em um bairro da periferia de Recife.	Segundo as conclusões do estudo, a articulação entre saúde e direitos reprodutivos ainda é algo a ser conquistado, dado que: # A " <i>intervenção branca</i> " impossibilita as mulheres, principalmente as pobres, de controlar seu próprio corpo, quer seja para o prazer, reprodução ou contracepção; e não necessariamente, acomoda as práticas reprodutivas à concepção reprodutiva da população; e, ainda manifesta o caráter socializador da medicina, e este pode servir de instrumento de controle social.

<p>3. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária.</p>	<p>O objetivo deste trabalho é analisar os impactos e as possíveis mudanças que a implementação da nova legislação sobre planejamento familiar teve nas práticas reprodutivas, especialmente na esterilização voluntária, e observar se os direitos reprodutivos de mulheres e homens têm sido satisfeitos.</p>	<p>Estudo quantitativo tipo follow-up; “coorte”. Foram acompanhados 15 mulheres e 15 homens durante seis meses, em cada uma das seis capitais de diferentes estados. Totalizou uma amostra de 159 indivíduos.</p>	<p>Os resultados mostram que, por diferentes motivos, a lei mudou pouco a prática usual da esterilização e ainda não satisfaz os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil.</p>
<p>4. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde</p>	<p>O objetivo deste estudo é identificar a percepção de mulheres que solicitaram um método anticoncepcional (MAC) no CAISM.</p>	<p>É um estudo longitudinal, descritivo que ocorreu no CAISM, da Universidade Estadual de Campinas. A coleta de dados ocorreu entre 2001 e 2002. Entrevistaram-se 250 mulheres que foram em busca de um MAC. Paralelamente, foi feita observação de cinco ações educativas, escolhidas ao acaso.</p>	<p>De um modo geral, os resultados apresentados indicam que as mulheres sentiram-se bastante livres para escolher um MAC, consideraram que a ação educativa aumentou essa liberdade e que não lhes faltou informação sobre o método escolhido.</p>

<p>5. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde.</p>	<p>O objetivo foi reconhecer as especificidades do trabalho da equipe de saúde que toma a laqueadura como alvo de intervenção.</p>	<p>Um estudo qualitativo, onde a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. Foram entrevistados nove profissionais da equipe de saúde. A análise dos dados ancorou-se também em estudos já realizados por outros pesquisadores e ainda para complementar foi utilizada a técnica da observação.</p>	<p>A autora conclui que na organização geral do trabalho desta equipe, o médico detém um espaço de poder, uma vez que se posiciona como coordenador da equipe de saúde da mulher, caracterizando a equipe como hierarquizada. Os profissionais mostraram interesse e envolvimento com a tarefa de discutir e avaliar as solicitações de esterilização tubária; visando a multidimensionalidade e a rearticulação do objeto de trabalho especializado. Apesar de as condições que propiciam a integração dos trabalhos estarem presentes, na organização do serviço estudado, a possibilidade de integração se mostrou frágil.</p>
<p>6. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária</p>	<p>O objetivo deste artigo é correlacionar a prática da laqueadura com alguns fatores sócio-demográficos, especialmente o nº ideal de filhos (NIF).</p>	<p>Foi elaborado um estudo de caso-controlado aninhado a uma coorte, onde 3.878 (91,2%) responderam o questionário, por meio de entrevistas realizadas num período de seis meses durante 1995, por uma equipe constituída de 24 pesquisadoras.</p>	<p>Os maiores riscos de estarem laqueadas foram observados entre as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e as que referiram escolaridade acima da 8ª série do ensino fundamental. Mais de 90,0% das mulheres que haviam feito laqueadura tinham companheiro. O grupo das mulheres com NIF ≤ NV apresentou um risco quase 2,5 vezes maior e significativo de estar laqueada do que as demais entrevistadas. É possível visualizar que a opção pela laqueadura não se dá em função das mulheres atingirem seu NIF, pois frequentemente esse número já havia sido ultrapassado.</p>

7. Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.	Este estudo examinou as percepções e atitudes dos médicos em relação à oferta atual da esterilização feminina e suas implicações legais, e a experiência das mulheres em obter o procedimento.	O estudo é qualitativo e quantitativo e incluiu dois componentes: Uma investigação dos hospitais e dos profissionais de saúde; e, uma pesquisa com mulheres esterilizadas durante o parto cesariana em 1998.	Das 2.457 mulheres contatadas, 12.1% (298) foram esterilizadas em combinação com o parto. O questionário foi aplicado a 280 mulheres esterilizadas. O conhecimento a respeito da legislação era muito pobre entre os profissionais entrevistados. A consciência das mulheres entrevistadas a respeito dos contraceptivos era boa. Todos os respondentes já tinham ouvido sobre contraceptivos orais, e 84.0% já tinham-nos usados.
8. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento	A pesquisa teve os seguintes objetivos: caracterizar os candidatos aos métodos cirúrgicos; estudar as variáveis associadas à escolha do tipo de procedimento; e verificar a adequação à <i>Lei n. 9.263</i> em relação à idade mínima e tempo de espera.	Estudo quantitativo descritivo onde, foi realizado um levantamento de dados de 102 prontuários de candidatas a métodos cirúrgicos Estes foram encaminhados das UBS para o ambulatório onde se realizava o aconselhamento, entre novembro de 1999 a 27 julho de 2000.	No período analisado houve solicitação de 38 (40,0%) cirurgias de vasectomia e 57 (60,0%) de laqueadura. A idade dos candidatos variou de 24 a 59 anos; 57 (60,0%) eram casados e 38 (40,0%) viviam em união consensual. A maioria participou de 5 ou 6 sessões de aconselhamento antes de submeter-se à cirurgia. Dos 95 casais que se candidataram à cirurgia esterilizadora, 43 (45,3%) se submeteram à esterilização feminina, 34 (35,8%) à vasectomia e 18 (18,9%) não obtiveram o procedimento. Treze candidatos (13,7%) desistiram do procedimento ou resolveram adiá-lo. Os outros cinco candidatos (5,3%) não procuraram o hospital de referência no período de dois anos nem foram encontrados por contato telefônico para fornecer mais informações. Três mulheres (3,2%) engravidaram.

<p>9. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa</p>	<p>Objetivos da pesquisa: verificar se os métodos anticoncepcionais enviados pelo Ministério da Saúde, aos municípios, estavam disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e identificar possíveis obstáculos a essa disponibilidade.</p>	<p>Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa: primeira etapa descritiva, de corte transversal, e segunda etapa de estudo de casos. As capitais escolhidas para realização da pesquisa foram Belém (Pará), Salvador (Bahia), Curitiba (Paraná) e Goiânia (Goiás), visitadas entre abril e maio de 2004.</p>	<p>Somente 4% das SMS declararam não ter recebido nenhum método do <i>kit</i> básico, enquanto 66% referiram ter recebido <i>kits</i> completos. Cerca de um terço das SMS estimou que as quantidades recebidas durariam menos de dois meses. Dentre as UBS, 17% disseram não ter recebido nenhum método desse <i>kit</i>, e dentre as que receberam, cerca de um terço estimou que as quantidades durariam menos de dois meses. Mais de 90% das SMS receberam <i>kits</i> complementares completos. Um terço considerou que os DIU recebidos dariam para menos de dois meses, enquanto cerca da metade fez a mesma estimativa em relação ao hormonal injetável trimestral. Pouco mais de um terço das UBS declarou não ter recebido nenhum método desse <i>kit</i>, e quase 50% das que receberam estimaram que a quantidade duraria menos de dois meses. Cerca de 13% das SMS não referiram dificuldades para obter do Ministério da Saúde os métodos anticoncepcionais do <i>kit</i> básico.</p>
--	--	--	---

3.7 Discussão

Após observar os artigos analisados durante a pesquisa, constatamos que cinco deles tratam do método contraceptivo definitivo. Os autores investigaram com a intenção de saber como está se dando a implementação da esterilização cirúrgica, após esse direito ser legitimado para os usuários do SUS.

A esterilização cirúrgica está longe de ser um método facilmente disponível pelo SUS, mas, sabe-se que o método mais utilizado, em todo Brasil, é a Laqueadura Tubária (LT), salvo alguns lugares e, que o número de vasectomias aumentou, demonstrando maior esclarecimento da população sobre o método. Esse elevado índice no número de LTs demonstra que muito antes da nova legislação ter incluído esse método, ele já era amplamente utilizado. O que difere é que antes esse direito era maior para quem podia pagar e, agora, com a política de planejamento familiar no país, está se ampliando o direito de escolha a todos os casais e ou indivíduos. Observamos que muito precisamos avançar em relação à educação dos casais sobre a vasectomia, pois em relação ao número de LTs é baixo, sendo que é um procedimento rápido e quase sem complicações, quando comparado ao método feminino. Esta argumentação faz pensar que tratamos de situações de gênero e poder na maioria das relações.

Chacham (2001) diz que quando a ligadura ainda não era paga pelo SUS, os médicos faziam as cesáreas e juntamente a esterilização, mas apenas a cesárea era cobrada do sistema público de saúde, enquanto a mulher pagava ao médico uma taxa extra pela esterilização. Ao mesmo tempo, o modelo brasileiro de assistência à saúde favorece uma abordagem intervencionista da prática médica, que também teria contribuído para esse modo específico de medicalização da saúde reprodutiva.

A autora ainda diz que, em sua pesquisa, dentre 1.416 mulheres cujo último filho nasceu por cesárea, 52,9% foram programadas, um índice extremamente alto. Ressaltamos também que um grande número de primíparas teve partos cesáreos (38,8%), o peso das cesáreas programadas devido as anteriores é uma possível explicação para o alto número de cesáreas eletivas.

Outra possível explicação é o uso do parto cesáreo como principal meio de se obter uma esterilização em várias regiões do país: entre as mulheres que foram esterilizadas junto com as cesáreas, 70% foram eletivas. Verifica-se essa inadequação na realização das LTs, pois muitas cesáreas poderiam ser evitadas. Também tem se utilizado o método definitivo no parto vaginal e pós-parto imediato, não sendo o preconizado pelo MS.

Talvez esse aumento no número de LTs tenha se dado pelo respaldo legal dos profissionais que realizam a esterilização conjunta com o parto cesáreo, não dificultado pelo pagamento do SUS, conforme relatado no artigo 3. A liberdade de escolha do tipo de parto deve ser uma decisão conjunta do casal e do médico, mas ambos devem estar orientados e conhecer os riscos e benefícios de uma ou outra alternativa, para assim definir a melhor intervenção, sendo ela natural ou cirúrgica.

Percebemos que há uma necessidade de melhor interação entre a equipe de saúde e o casal, para que a melhor opção seja feita. Não podemos esquecer que o parto fisiológico traz menos riscos pra mulher e para o bebê, possibilitando a formação do vínculo mais precocemente, favorecendo o aleitamento materno na primeira hora de vida, melhorando a involução uterina e diminuindo também os riscos de hemorragia, pois melhora a hipotonia uterina.

Ressaltamos a importância da intervenção cirúrgica no parto, que contribuiu para a diminuição da mortalidade materna e fetal. Porém, esse procedimento não deve ser banalizado e, sim, um aliado para o sucesso em um momento que é especial na vida dos nossos usuários: a formação da família.

Todos estes questionamentos, salientados ao longo deste estudo, nos remetem a pensamentos que vão ao encontro do MS. A humanização no parto é determinante para um atendimento transversal, onde cada caso seja conduzido da melhor forma possível e, assim, possibilitando escolhas para que a família tenha seu planejamento adequado.

Apesar da nova legislação sobre os métodos definitivos pelo SUS já ter completado dez anos, também constatamos que os profissionais da saúde ainda têm dúvidas, e pouco conhecimento da Lei, para exercerem as suas funções de aconselhamento e esclarecimento quanto aos métodos contraceptivos definitivos e acolher o planejamento familiar em suas práticas diárias.

Essa percepção é elucidada com o artigo sete, onde mostra que o conhecimento a respeito da legislação era muito pobre entre os profissionais da saúde. Somente um médico da equipe relatou na íntegra o novo ato federal. Embora a maioria conheça alguns aspectos da nova legislação, o artigo mais conhecido foi à exigência da assinatura dos maridos para a LT, e o período que o procedimento não pode ser executado. Mais que a metade dos informantes não sabia o intervalo instituído entre a solicitação do paciente e a esterilização. Além disso, os médicos ignoravam as exigências a respeito da idade mínima, o número de filhos, e os termos a serem incluídos no consentimento informado para que esterilização feminina pudesse ser executada.

Conforme pesquisa relatada, os casais que mais utilizam o método definitivo já haviam ultrapassado o número que eles próprios consideravam ideal de filhos. Isso demonstra que a legislação é de grande importância, mas falta sensibilizar os profissionais a fornecerem adequadas informações aos usuários para que possam escolher um método reversível ou definitivo. Talvez, podemos deduzir que os governos estão investindo em propaganda para divulgar o planejamento familiar junto à população, mas esquecendo de qualificar quem trabalha na ponta atendendo os usuários.

O poder médico sobre o paciente aparece como “intervenção branca”, e a esterilização é decidida mais pela vontade do profissional do que da mulher e ou do casal, como nos mostram alguns trechos do artigo dois: “*o médico disse que eu já tinha filhos demais*” e “*o médico disse que eu não tinha mais condições*”. Constata-se que 30% das entrevistadas apontaram o médico como maior responsável pela escolha do método contraceptivo e, mesmo que a mulher não estivesse satisfeita, utilizava o método por achar que “*o médico é que sabe o que é melhor*”, como se a mulher não tivesse condições de decidir sobre o próprio corpo.

Falta elucidação a alguns profissionais da saúde de que seu papel é orientar e esclarecer sobre o planejamento familiar e os métodos disponíveis, e que os casais devem livremente desejar ou não aumentar a sua prole. O conhecer para poder planejar, dar o direito de escolha, é o que almejamos e, não cabe ao médico o controle da natalidade dos filhos dos casais. A orientação inadequada pode gerar mal entendidos como relatado em uma pesquisa, anteriormente citada, que em torno de 47% dos entrevistados achavam que poderiam ter filhos após a esterilização. A comunicação é a grande vilã do século, falar sem que o outro entenda? Talvez seja melhor não falar. Na saúde lidamos com questões muito delicadas para ter mal entendidos desse nível.

Como constatado pela autora no artigo seis, também há uma hierarquia nas equipes de saúde, onde o médico, na maioria das vezes, ainda detém o poder e, com esse domínio, a interdisciplinaridade, que o SUS tem preconizado, fica prejudicada. Nesse processo, quem mais perde é o usuário, que fica privado de um trabalho em equipe que, com certeza, seria de melhor qualidade, pois aumentaria a integralidade do cuidado. Esse trabalho em equipe traria a garantia de que cada casal teria o controle de sua sexualidade para não ultrapassar o NIF desejado.

Mas, enquanto os profissionais não conseguirem construir meios para um trabalho conjunto, a população ficará a mercê da desinformação, acarretando problemas sociais, econômicos e educacionais para toda a sociedade. Isso fica visível em nossa população, onde o ciclo da pobreza é evidenciado diariamente.

Sobre a utilização de métodos reversíveis, encontramos, na cidade de Pelotas, que houve uma diminuição no uso da pílula, apesar de ainda ser o método reversível mais utilizado na cidade. Houve um aumento no uso da pílula, com contra-indicações e, conseqüente aumento no uso de outros métodos reversíveis. Esse aumento nos sugere uma maior oferta de contraceptivos pelo SUS, apesar de também observarmos que o fornecimento desses métodos, conforme pesquisa encomendada pelo MS e realizada em 4 capitais brasileiras, para a maioria dos gestores, ainda é insuficiente. Trazemos algumas falas para elucidar o comentário: “*Ministério da Saúde demora em responder a demanda*” (27,87%), “*foi a primeira vez que recebemos métodos diretamente do Ministério*” (27,45%), “*fornece esses métodos em número insuficiente*” (27,64%), “*não tinham contato com o Ministério /não sabiam a quem pedir*” (20,89%).

Esses resultados nos mostram que há uma falha na comunicação dos gestores da saúde. Não se entra em acordo de quem é responsável pelo quê na saúde. Não há uma boa articulação entre as esferas de governo, deixando descoberta uma área tão importante como o planejamento familiar. Ainda há descontentamento e desencontros na solução do problema. Parece que todo mundo assume tudo e ninguém realmente assume nada. Todos os entrevistados consideram a provisão dos métodos anticoncepcionais como um dos pontos mais complicados das atividades de planejamento familiar.

Em 2004, segundo o artigo nove, a responsabilidade de fornecimento dos contraceptivos era de todas as esferas de governo, mas os municípios entendiam que a compra deveria ser feita somente pelo Ministério, e acabavam comprando somente quando havia muito atraso no prazo de entrega e ou insuficiência de insumos.

A integralidade na oferta dos serviços de saúde deve ser resultado de uma articulação dos três níveis: municipal, estadual e federal; sendo respeitados os princípios e as diretrizes do SUS, resultando em um trabalho articulado e responsável para com os usuários.

O MS vem ampliando cada vez mais seu interesse no planejamento familiar, mas encontra muitos obstáculos, necessitando estimular os gestores e profissionais da saúde, envolvendo e capacitando-os para serem defensores desta causa.

Um aspecto do planejamento familiar que precisa de um olhar mais atento é a paternidade responsável. Constitui um trabalho que vem sendo desenvolvido por algumas ONGs, prefeituras, Ministério Público e demais órgãos, de maneiras diversas e em vários estados do Brasil.

No Rio Grande do Sul vem se espalhando essa idéia. A ONG Brasil Sem Grades - BSG- em parceria com o Ministério Público, tem promovido encontros em diversos

municípios do estado para abordar o tema. Oderich (2007), presidente da BSG, diz que esse convênio com o Ministério Público tem a função de mobilizar e responsabilizar os prefeitos e secretários municipais de saúde, para que coloquem em prática a Lei 9.263 e completa, “vamos começar pelo começo! Colocando no mundo apenas aquelas crianças que sejam frutos de relação de amor e não de meras relações sexuais, cujos pais se responsabilizem pela sua educação e sustento”.

Oderich ressalta ainda dados que mostram a importância da paternidade responsável, dizendo que a falta desta, influencia um jovem negativamente e, que 67,8% dos jovens em Porto Alegre que não freqüentam a escola não possuem pai presente. Além disso, 56,6% dos adolescentes que consomem droga carecem da presença paterna. Estes dados revelam que a ausência de um pai é fator relevante na delinqüência juvenil. Apesar da importância da responsabilização paterna, em pesquisa encontrada, o autor constatou que nenhuma das capitais analisadas havia programa específico de saúde sexual e reprodutiva para homens.

Conforme o autor, uma pesquisa realizada com adolescentes da antiga Febem, hoje denominada de Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul -Fase-, teve o denominador comum para 62% desses casos a ausência da figura paterna.

E, ainda completa dizendo que a delinqüência juvenil independe de classe social, haja vista o exemplo dos jovens que atearam fogo no índio Galdino, em Brasília, ou, mais recentemente, os que espancaram uma empregada doméstica na parada de ônibus, no Rio de Janeiro. A desculpa esfarrapada de que imaginavam que ela fosse uma prostituta não conserta a violência praticada. “*E daí, e se fosse?*” Esses são episódios famosos, mas, está cheio de casos semelhantes, sem a mesma repercussão na mídia. Pergunto: “*o que fizeram esses pais com seus filhos? Que tipo de educação? Será que eles sabem o que é amor?*”

A figura paterna deve estar presente. Se não for possível o pai perto da criança, essa função deve ser representada por alguém, pois fará falta na formação de indivíduo. A simples presença do pai talvez não seja suficiente, esse pai deve passar valores de família, dar exemplos para que os filhos possam entender como devem proceder nas diversas situações. Deve haver um vínculo, entre pais e filhos, onde as dúvidas possam ser esclarecidas, em casa, desde criança e as orientações necessárias para a formação de um indivíduo sejam passadas por quem mais confiam: os pais.

Em São Paulo, um projeto de paternidade responsável foi implantado, e seu principal objetivo era regularizar a situação de milhares de crianças sem a paternidade estabelecida na certidão de nascimento. A intenção era promover uma aproximação entre pais e filhos através de reconhecimento de paternidade.

Cada município vestiu a camiseta do projeto e realizou um mutirão. Até junho tinham sido feitas 31.758 solicitações de indicação de suposto pai em 495 cartórios dos municípios de todo Estado de São Paulo. Villa Nova, a idealizadora do projeto, diz que o resultado é bastante positivo, e acredita que estão trabalhando com um número muito expressivo. Para a primeira mobilização, podemos ver um resultado muito bom, que vem atrelado à conscientização da importância de ter o nome do pai no registro. E, que tiveram muitos casos que já puderam ser solucionados, seja pelo reconhecimento espontâneo, seja pela adoção (SÃO PAULO, 2007).

A cobrança de que a reprodução seja igualmente vivenciada pelo pai e pela mãe deve começar desde cedo. O menino deve saber que tem 50% da responsabilidade de uma gravidez. Se ele for o pai, que tem o direito à paternidade, mas o dever de assumir em todos os sentidos o filho. Desde cedo, essas colocações devem ser feitas aos adolescentes, pois temos que 20% das gestações são de mães adolescentes e, na maioria das vezes, o pai não assume, pois pode ter a idéia de que o problema não é dele, foi à menina que engravidou.

Não foi encontrado nenhum estudo envolvendo o planejamento familiar com adolescentes, no período pesquisado, nos Caderno de Saúde Pública. Um dado intrigante, pois é uma parcela da população que deve ser constantemente investigada para que a formação da família aconteça no tempo certo e seja desejada, para que se possa avaliar a eficácia dos programas de saúde. Isso talvez aconteça porque, nesse momento, os pesquisadores estão priorizando saber como está se dando a aceitação e a implantação da legislação de esterilização oferecida pelo SUS.

A gravidez na adolescência tem implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade.

Bruno (2006), diz que a gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública e é considerada de alto risco pela Organização Mundial da Saúde. Atualmente, postula-se que o risco seja mais social do que biológico e, atinge principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo na maioria das vezes, não planejada. E, que quase 50% das gestantes pararam de estudar. Um ano, e mesmo cinco anos após, poucas tinham voltado ao colégio. A baixa escolaridade tem como consequência uma menor qualificação profissional e desemprego, levando à perpetuação da pobreza.

Ainda ressalta que, quanto ao trabalho, a adolescente trabalha bem menos antes da gravidez do que um ou cinco anos após. Além de se tornar mais adulta, ela passa a trabalhar para manter seu filho.

Verificou-se, nessa pesquisa, que 61% das adolescentes que pariram e 70% das que abortaram, engravidaram novamente nos cinco anos seguintes da primeira gestação.

A autora completa dizendo que, no decorrer do tempo, os grupos entre as que tinham filho e que abortaram ficaram bem parecidos. A grande maioria de todas as adolescentes engravidou novamente até cinco anos após, relacionando esse fato, principalmente, com a baixa escolaridade, novos parceiros e uniões não estáveis.

É necessário maior reflexão e programas assistências aos adolescentes, principalmente àqueles das classes mais pobres, valendo-se de atividades que envolvam a educação sexual, a formação de adolescentes multiplicadores, um bom serviço de planejamento familiar e orientação à contracepção. Os mais pobres têm um nível de escolaridade mais baixo. Pela necessidade de começarem a trabalhar mais cedo, abandonam os estudos e, isso é um fator de risco para um número indesejado de filhos.

Na construção do presente trabalho, também não encontramos artigos sobre o aborto, atualmente tão falado na mídia, que é um assunto que envolve o planejamento familiar. O atual Ministro da Saúde, Temporão, tem se preocupado com os elevados índices de mortalidade materna, em decorrência do aborto mal feito. Temporão afirma que, para cada três bebês nascidos vivos no Brasil, ocorre um aborto induzido.

Uma pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) revelou que, em 2005, ocorreu 1,04 milhão de abortos clandestinos no país. Cerca de 220 mil mulheres realizam curetagens em decorrência de abortos no SUS, anualmente. E completa "*Se considerarmos que o aborto é um crime, todos os dias, 780 mulheres teriam que ser presas, sem contar seus médicos e, eventualmente, seus companheiros*" (GUERREIRO, 2007).

Temporão defende que o feto tem direito à proteção jurídica a partir da 12ª semana de gestação, quando começa a formação do sistema nervoso central. "*Antes, não há consciência nem dor*" e, a aceitação da descriminalização do aborto é um "*processo de amadurecimento da sociedade*", completa (GUERREIRO, 2007).

Rediscutir com a população a legalidade do aborto traz consigo a difícil tarefa de conscientização, pois um entendimento errado pode provocar revoltas e manifestações contrárias. Mas, a liberdade de escolha devidamente incentivada e preservada pode reforçar a idéia de que a constituição da família deva acontecer quando for o momento escolhido e planejado para o casal, pois cada um sabe qual o seu momento ideal.

Genro diz que a discriminação social é uma das principais razões apontadas para defender a legalização do aborto. Segundo ela, não é justo que as mulheres ricas recorram a clínicas especializadas, enquanto as pobres tenham que realizar abortos em condições precárias, arriscando sua saúde e sua vida. "Os números mostram que o aborto é uma realidade na sociedade brasileira", afirma a parlamentar, que defende a realização de um debate sem a interferência de crenças religiosas (CRAIDE, 2007).

Entendemos que o trabalho principal deve ser centrado em evitar uma gestação indesejada, para minimizar a angústia e os riscos que a realização de um aborto pode trazer para a mulher, mas, enquanto não conseguimos avançar nessas discussões, temos que pensar sobre as estatísticas que o problema nos traz, mostrando que os abortos acontecem de maneira perigosa para a saúde da mulher que depois de sofrer pelo ato, ainda passa pela avaliação moral que acontece nos hospitais. Sendo o momento pós-aborto um espaço em aberto para trabalhar o planejamento familiar, temos que nos despir de moralismos para tentar evitar que esse momento se torne de acusação e sim ter como objetivo um momento de educação em saúde. Sem a intenção de contemplar todos os aspectos importantes do planejamento familiar, mas trazendo um pouco dos muitos assuntos que devem ser abordados, para em conjunto, conquistarmos uma vida sexual e reprodutiva saudável e, sem preconceitos de qualquer natureza, entendo como produtivo o presente estudo. O direito sexual e reprodutivo deve ser enfatizado, mas sem esquecermos dos deveres que uma relação traz consigo. Banalizar a sexualidade também traz para a sociedade conseqüências como, por exemplo, a epidemia da AIDS. Talvez este seja no momento um importante aspecto a ser abordado no planejamento familiar, porque já estamos convivendo com uma geração de filhos contaminados.

A necessidade de olhar além do controle da natalidade e trabalhar com clientes no planejamento familiar criou novos desafios e oportunidades. O serviço de planejamento familiar pode ser um dos poucos contatos que as mulheres têm com o sistema de saúde. Os prestadores de serviços de saúde teriam oportunidade e responsabilidade de ajudar as clientes a fazer escolhas apropriadas para evitar uma gravidez indesejada e oferecer orientações sobre proteção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Estas questões delicadas devem ser discutidas com os usuários, sendo especialmente difíceis de serem manejadas com as mulheres casadas e, portanto, supostamente sujeitas a um risco menor de infecção, suposição esta, às vezes, errônea. Esta relutância poderá ajudar a explicar o porquê, a meados da década de 90, somente cerca de 25% das 3.000 clientes receberam informações sobre HIV/AIDS e/ou DSTs durante consultas de atendimento

materno e infantil de saúde e consultas para fins de planejamento familiar em cinco países africanos (EUA, 2007).

Precisamos cada vez mais nos apropriar da discussão de que a prevenção é o único meio na busca de um mundo sem as conseqüências da AIDS. Com a liberdade sexual também vem a responsabilidade de nos cuidarmos e cuidarmos do outro, com quem nos relacionamos. Sabemos que a mulher com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), não necessariamente vai gerar um filho infectado, com o uso de anti-retrovirais, acompanhamento no pré natal e cuidados pós natais com o recém nascido, pode-se diminuir consideravelmente o risco de contaminação do bebê.

Lunardi (1999) conta que o estudo realizado no estado de SP teve como resultado que o exame conhecido por carga viral e usado normalmente para medir a quantidade de vírus no paciente detecta a infecção pelo HIV em crianças a partir da terceira semana de vida. Essa é a primeira pesquisa realizada na América Latina que usa o teste de carga viral para detecção do HIV em bebês e diminuiu, no estado, a taxa de contaminação nos recém nascidos de 17% para 2,6%, sendo essa uma vitória muito importante, ampliando tal conquista para todo o país.

Estamos avançando na implantação de Programas de Planejamento Familiar, recebendo incentivos do governo federal, principalmente no que tange o interesse da população. Entretanto temos muito que avançar. Há que se priorizar a qualidade dos serviços e não apenas a quantidade. Para tanto, podemos estimular a iniciativa privada para ser um aliado, doando insumos, beneficiando os funcionários com o planejamento familiar, ressaltando o quanto essas atitudes podem ajudar no equilíbrio e reorganização da sociedade.

Da melhoria da qualidade dos serviços resultam muitos benefícios. Um exemplo disso é o aumento na adesão aos métodos anticoncepcionais, o acesso à informação e aos serviços, o que possibilita aos clientes tomarem decisões melhor informados, dando-lhes mais segurança quanto ao que é melhor para sua vida. Além disso, os profissionais de saúde obtêm maior integração com a população e o público tem uma imagem mais positiva tanto dos serviços quanto daqueles que os prestam.

É importante que se pratique o planejamento familiar para usufruir uma economia estável e o alcance da qualidade de vida tanto almejada. Apesar de ser um processo em que os resultados ocorrem ao longo prazo, deve-se trabalhar para que avance em maiores proporções e tentar, ao máximo, capacitar os profissionais da saúde para promover o planejamento familiar em todos os níveis e segmentos de atuação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo, objetivamos responder questionamentos levantados no início da pesquisa, os quais relembramos aqui: Qual a importância do planejamento familiar? De que modo a falta desse planejamento interfere no funcionamento da sociedade? Havia também a intenção de nos interar com o que estava sendo produzido e publicado sobre o tema, nos Cadernos de Saúde Pública, entre os anos de 2002 e 2006.

Com essa pesquisa, constatamos que o planejamento familiar não abrange igualmente toda a população. Os dados coletados e o referencial teórico demonstram que a diferença no número de filhos de mulheres com baixa escolaridade, condições sociais e econômicas desfavorecidas, é um dos importantes aspectos a se considerar quando atuamos no planejamento familiar. Tais dados evidenciam que as opções não são oferecidas com equidade a todas as mulheres, como prioriza um dos princípios do SUS.

A dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, pois, constatou-se que a quantidade fornecida pelo MS era insuficiente: a demanda era maior do que eram capazes de prover, precisando assim maior comprometimento de todos os níveis de governo e a falha na educação para as mulheres mais pobres são demonstradas por artigos encontrados, onde a maioria delas já tinha ultrapassado o número de filhos que gostaria de ter, ao realizar a esterilização, são importantes problemas. Essa constatação nos inquieta a pensar que essas mulheres não tiveram conhecimento e controle sobre seus próprios corpos e, ou sua prole. A opção visualizada para cessar a reprodução foi o método definitivo, que é importante, mas os casais deveriam ter escolha e orientação sobre todos os métodos e, não apenas à aceitação deste, como se os outros não fossem coerentes com as suas vivências.

Visualiza-se cada vez mais a importância do planejamento familiar no Brasil, pois ter um filho deve ser escolha do casal e não do destino. A criança deve ser desejada para não ser apenas mais um, no meio de milhões de brasileiros, sem a presença dos pais para dar-lhe uma vida digna, com amor, carinho e tudo que uma criança precisa para tornar-se um adulto responsável e feliz.

Ressaltamos que a falta do planejamento familiar aumenta o número de crianças e adolescentes nas ruas, em situações de risco para drogas e marginalidade, onde a recuperação

é algo difícil de ser conquistado. Sabe-se que é desde criança que se constrói a personalidade e se instiga a responsabilidade do indivíduo. É difícil a reorganização da sociedade se a consciência na educação não começar desde o desejo do casal em tornar-se pais.

Pesquisas mostram que a falta da presença do pai é um ponto relevante a ser considerado no planejamento familiar, pois desde os tempos remotos a carga do controle da prole e uso de métodos contraceptivos recai sobre a mulher. Com a evolução da liberdade sexual e a conquista do mercado de trabalho pela mesma, as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos começaram a ser divididos entre os casais, mas o machismo que permeia entre homens e mulheres, em nossa sociedade, ainda não admite uma responsabilização igualitária entre os gêneros.

Por isso, é realmente importante trabalhar desde cedo a responsabilidade da construção da família, para que o jovem saiba que, com o direito de exercer sua sexualidade, deve ter consciência dos deveres de assumir as conseqüências um ato impensado.

Cabe aos profissionais da saúde e aos governos construírem juntamente com a sociedade, a responsabilidade do cuidado com os filhos, desde o início da gestação. Também estimular a participação do pai no pré-natal e na tomada de decisões sobre como conduzir o cuidado na gravidez, ressaltando a paternidade responsável.

Conhecendo o que se produziu e se publicou nos últimos anos, constatamos uma preocupação dos pesquisadores e do MS na implantação da legislação sobre a esterilização cirúrgica, a fim de legitimar esse direito aos casais e verificar a adequada realização do procedimento pelos profissionais e estabelecimentos do SUS.

A discussão sobre a verticalização de uma equipe de saúde e as dificuldades encontradas na integração dessa, expõe uma realidade que existe no Brasil. Esse relato expressa as maneiras como estão sendo abordadas as questões de saúde, resultando no insucesso de algumas ações, por determinadas equipes.

A publicação de um artigo onde as mulheres estão escolhendo seus métodos contraceptivos, segundo conhecimentos conquistados na família, nos traz o sucesso na liberdade de escolha da mulher, além da consciência de que toda a população deve ser orientada. Aproveitar-se do conhecimento científico para evitar a passagem de informações leigas e ditas como verdade pela população, seria um dos métodos de esclarecimentos para evitarem-se filhos indesejados.

Devemos dispor de um olhar mais atento para outras direções antes da esterilização, pois se a mulher se conhecer e tiver controle sobre o próprio corpo, esse método vai reduzir-se e aumentará a procura por métodos menos invasivos.

Há outras demandas do planejamento familiar que não foram encontradas nos trabalhos pesquisados e que deveriam ser ressaltadas, como, por exemplo, saber o que está sendo disponibilizado, na prática do SUS, para o acesso dos casais inférteis às tecnologias aumentando as chances de terem filhos, pois a legislação do planejamento familiar também traz, como uma de suas metas, auxiliar e atuar de maneira efetiva nas realizações de procedimentos necessários para a infertilidade, capacitando profissionais e instituições para esse fim.

Almejamos inserir o planejamento nas gestações em todas as esferas sociais, com o intuito de mudar as estatísticas de que 80% das gravidezes não são programadas, proporcionando uma maior valorização desse fato tão importante na vida da família. As diversas faces do planejamento devem ser trabalhadas com toda a sociedade, pois muitos problemas de saúde pública se resolveriam com a efetivação do planejamento familiar. Diminuiria os abortos praticados pelo não desejo de ser mãe e com a rejeição pelos pais, além de crianças abandonadas nas ruas à própria sorte.

Os questionamentos levantados pela pesquisa foram respondidos, mas não podemos deixar de dizer que está longe de ser um assunto de fácil explanação e resolução, pois abrange uma vasta discussão sobre diversos pontos de vista. Esperamos maior conscientização da sociedade como um todo, dos profissionais de saúde e dos órgãos governamentais para que o planejamento familiar realmente aconteça e não fique apenas no papel. Com a aplicação correta da legislação, haveria uma sociedade mais igualitária e os direitos e desejos de ter ou não filhos seriam respeitados e coerentes conforme cada realidade de vida.

Fica, então, com este trabalho, a vontade de transpor barreiras de pré-conceitos para que uma série de atitudes seja discutida, e a educação das famílias aconteça também nas escolas, tornando-se parte da saúde pública brasileira e, assim, mudando o panorama da falta do planejamento familiar no país. Espera-se que a formação da família realmente possa ser escolhida por cada um de nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARILHA, Margareth. **Reproducción y desigualdad social**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?>>. Acesso em: 11 jun 2007.

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 jun 2007.

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. **Fecundidade em declínio**: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. São Paulo, n. 74, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 02 jun 2007.

BEMFAM. **Bemfam**: 40 anos de História e Movimento no Contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005.

BRASIL. Ibge. **Estatísticas de pobreza**. Brasília, 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br/ibgeteen>. Acesso em: 7 jun 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/destaques_plano_nacional_pr.htm>. Acesso em: 8 jun 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=142894>>. Acesso em: 7 maio 2007.

BRUNO, Zenilda Vieira. **Gravidez na adolescência**. Ceará, 2006. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/zenildabruno.htm> Acesso em: 02 nov 2007.

CARVALHO, José Alberto Magno de; BRITO, Fausto. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. bras. estud. popul.** São Paulo, v. 22, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 10 abr 2007.

CARVALHO, Luiz Eduardo Campos de *et al* . Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 29 jun 2007.

COOPER, Phyllis. **Métodos de Contraceção**: Resumo. Belo Horizonte, 1998. Disponível em: < <http://boasaude.uol.com.br/>>. Acesso em: 5 maio 2007.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; GIGANTE, Denise Petrucci; MENEZES, Ana Maria Baptista *et al*. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cad. Saúde Pública**. Rio

de Janeiro, v. 18, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 abr 2007.

CRAIDE, Sabrina. **Brasileiros não conhecem realidade do aborto no país: avaliam feministas.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/04/14>>. Acesso em: 02 nov 2007.

DATASUS. **Assistência à Saúde: Procedimentos Hospitalares por Local de Internação.** Brasília, 2001. Disponível em :<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 05 out de 2007.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al* . Contraceptive methods and adequacy of oral contraceptive use in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992-1999. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002 .Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 20 jun 2007.

EUA. Alan Guttmacher Institute. **Clandestine Abortion: A Latin American Reality.** New York, 1994. Disponível em: <http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGIENG.pdf>. Acesso em: 6 abr 2007.

EUA. Population Reports . **Um Passo Além do Planejamento familiar.** Maryland, 2007. Disponível em:<<http://www.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=14668&>>. Acesso em: 02 nov 2007.

FEGHALI, Jandira. **Proibição afeta a saúde pública.** Rio de Janeiro, 2006. <<http://www.jornaldedebates.ig.com.br/index.aspx?>> . Acesso em: 5 de jun 2007.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 Maio 2007.

FONSECA, Walter *et al* . Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 2 jun 2007.

FREITAS, Ângela. **PT reafirma posições a favor das mulheres.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.mulheresdeolho.org.br/?p=196>. Acesso em: 2 jun 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo:Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GUERREIRO, Gabriela. **Temporão diz que discussão sobre aborto é machista.** Brasília, 2007. Disponível em:<http://www1.folha.uol.com.br/foha/brasil/ult96u92083.shtml>. Acesso em 20 out 2007.

LISBOA, Mário Cavalheiro. Planejamento Familiar. **Rev. Digital.** Porto Alegre, 2005.

Disponível em: <http://www.revistadigital.com.br/opiniaio_leitor.asp?NumEdicao=316>. Acesso em: 10 jun 2007.

MARCOLINO, Clarice. **Planejamento familiar e laqueadura tubária**: análise do trabalho de uma equipe de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 18 Maio 2007.

ODERICH, Luiz Fernando. **Paternidade Responsável foi tema de seminário realizado em Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.brasilemgrades.org.br>. Acesso em: 05 nov2007.

OSIS, Maria José Duarte *et al* . Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 18 Maio 2007.

_____. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 Maio 2007.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Esterilização e gravidez na adolescência**: fatores inter-relacionados. In: Vieira EM, Fernandes MELF, Bayley P, McKay A, organizadores. *Gravidez na adolescência*. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International; 1998. p. 67-73.

_____. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/scielo.php?>>. Acesso em: 15 abr 2007.

POLLI, Rita. **Ministério da Saúde lança política nacional de direitos sexuais e reprodutivos**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.ubmulheres.org.br/paginas/noticias/direitos_reprodutivos.htm>. Acesso em: 2 jun 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Prefeitura de Boqueirão do Leão. **Manual de Planejamento Familiar**: para agentes comunitários de saúde.Boqueirão do Leão, 2004. Disponível em: <http://www.brasilemgrades.org.br/anexos/manual_pf.pdf>. Acesso em: 15 abr 2007.

SÃO PAULO. Associação dos Registradores de Pessoas Naturais do Estado de São Paulo. **Projeto de reconhecimento de paternidade atende milhares de mães em todo o Estado de São Paulo**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.arpensp.org.br/principal>. Acesso em: 18 out 2007.

SCHOR, Néia. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 24, n. 2, 1990. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?>>. Acesso em: 6 jun 2007.

SOUZA, Mauro Luís Silva de. **Planejamento Familiar**: atuação nas causas. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.rsvirtual.com.br/artman/publish/article_33713.shtml#top>. Acesso em: 10 jun 2007.

VARELLA, Drauzio. **Controle da fertilidade**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/>>. Acesso em: 5 abr 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1998; 14 Suppl 1:59-68.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; FORD, Nicholas John. Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 Maio 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al* . Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 Maio 2007.

WHO. (World Health Organization), **Guidelines for the management of mild hypertension**: Memorandum from a WHO/ISH meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993.

ZAMBIASI, Sérgio. **Senado Federal**: Pronunciamento Completo. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/pls/prodasen>>. Acesso em: 10 jun 2007.

OBRAS CONSULTADAS

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 10 out 2007.

BERGAMINI, R. **Um estudo sobre a população brasileira no século XX**. Disponível em: <http://www.desempregozero.org.br/artigos/um_estudo_sobre_a_populacao_brasileira_no_seculo_xx_fonte_ibge.Php>. Acesso em: 5 abr 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 2 abr 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Assistência em Planejamento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRONFMAN, M.; LOMBARDI, C.; FACCHINI, L. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; BÉRIA, J. U. & TEIXEIRA, A. M. B., 1988. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; D'ELIA, Paula Berenhauser; MOREIRA, Mônica Regina. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 abr 2007.

DEZETT, Jefferson. **Abortamento como um problema de saúde pública**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/problema_saude05.doc>. Acesso em: 7 jun 2007.

MACHADO, Adriana Rosa. **Representação Social: O Significado do Planejamento Familiar na Visão das Famílias Cadastradas na Equipe 1 do PSF DE Venâncio Aires**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

MAIA, Mônica Bara; CHACHAM, Alessandra Sampaio. **Grupos de Planejamento Familiar dos Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede**. Ouro Preto, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_Gen_ST43_Maia_texto.pdf>. Acesso em: 15 mar 2007.

SILVA, Susana Maria Veleda. **Inovações nas Políticas Populacionais: O Planejamento Familiar no Brasil**. Rio Grande: UFRG, 2000. Dissertação (Doutorado em Geografia Humana), Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Rio Grande, 2000.

VARELLA, Drauzio. **Planejamento familiar**. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/>>. Acesso em: 5 abr 2007.

