

DIREITOS REPRODUTIVOS: O DISCURSO E A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

[Reproductive rights: nurses' speech and practice on family planning]

[Derechos reproductivos: el discurso e la práctica de los enfermeros referida a la
planificación familiar]

Sheila Rubia Lindner*, Elza Berger Salema Coelho**, Fátima Büchele***, Cristiane Soares****

RESUMO: Este artigo se propõe investigar o conhecimento e a prática dos profissionais enfermeiros envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre "Direitos Reprodutivos" tendo como foco o Planejamento Familiar. Para tanto desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, com o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Evidenciamos que em relação ao Planejamento Familiar o que ocorre é a distribuição dos contraceptivos e a orientação destes exclusivamente, prejudicando o direito à escolha e à decisão por parte da mulher. Evidenciamos dissonância entre o discurso e o que é praticado nas Unidades de Saúde pelos profissionais em relação aos Direitos Reprodutivos com ênfase no Planejamento Familiar. Destaca-se um trabalho baseado na demanda, não refletindo sobre o seu "fazer", não concretizando o que colocam como importante para a saúde da mulher, que é a autonomia desta como sujeito capaz de decidir por si mesmo, assegurando os direitos reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Familiar; Saúde da Mulher; Atenção Integral a Saúde.

ABSTRACT: This article aims to investigate professional nurses' knowledge and practice involved in women's health care on "Reproductive Rights", focusing on Family Planning. Thus, we developed a qualitative research, the analysis method used was the Speech of Collective Subject (DSC). It was evidenced that, in relation to Family Planning, it exclusively occurs the distribution and guidance of contraceptives, harming women's right of choice and decision. We also evidenced the differences between the speech and what is practised by professionals in health units in relation to family planning. It has been pointed out the work based on demand, not reflecting on its doing, as well as not materialize what they deem to be important for women's health, which is their autonomy while capable subjects to choose and to decide on their own, assuring their reproductive rights.

KEYWORDS: Family planning; Women's health; Nursing; Full health care.

RESUMEN: Este artículo se propone a investigar el conocimiento y la práctica de los profesionales enfermeros vinculados a la atención de la salud de la mujer, particularmente en lo que se refiere a la concepción de "Derechos Reprodutivos", teniendo como foco el Planeamiento Familiar. Para eso, desarrollamos una investigación cualitativa que tiene como método de análisis el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Mostramos que, en relación al Planeamiento Familiar, lo que ocurre efectivamente es la distribución de contraceptivos y la orientación para su uso exclusivo, perjudicando el derecho a la elección y a la decisión por parte de la mujer. Observamos que se manifiesta una disonancia entre el discurso y lo que es practicado en las unidades de salud por los profesionales, en relación a los derechos reproductivos. Lo que ocurre es un trabajo centrado en la demanda, donde falta una reflexión acerca del "hacer", así como un trabajo que no tiende a aquello que se considera importante para la salud de la mujer, que es su autonomía como sujeto capaz de elegir y decidir por sí misma, garantizando el ejercicio de sus derechos reproductivos.

PALABRAS CLAVE: Planeamiento Familiar; Salud de la Mujer; Atención Integral a la Salud.

*Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

**Professora. Doutora do Centro de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

***Professora. Doutora do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

****Acadêmica de Graduação em Enfermagem da UFSC. Participante do grupo de pesquisa "Saúde da Mulher Políticas Públicas".

Autor correspondente:

Sheila Rubia Lindner

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário Trindade – 88010-970 – Florianópolis/SC

E-mail: sr_lind10@yahoo.com.br

Recebido em: 24/04/06

Aprovado em: 02/11/06

1 INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar, como ação em saúde tem sido reconhecida como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela sociedade e o normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde. As controvérsias passam pela Enfermagem, haja vista que esta prática social basicamente se concretiza nas instituições de saúde, tendo como centro de sua ação o cuidar e o assistir, sendo assim, elegemos o planejamento familiar como tema de discussão.

Entende-se como Planejamento Familiar um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Ele é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido em 1968, pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263, sobre o Planejamento Familiar que assegura, o oferecimento dos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção⁽¹⁾. O planejamento familiar, no entanto, está assegurado desde 1984 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), mas somente em 1996 se fez uma lei específica, devido à dificuldade dos serviços em implantarem ou implementarem esse atendimento.

Um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, relativa ao ano de 2001 é o de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território⁽²⁾.

Sendo o Enfermeiro de Saúde Pública um profissional que tem a possibilidade de desenvolver suas atividades com o indivíduo, a família e a sociedade, ao mesmo tempo, sua ação esclarecendo, orientando e refletindo sobre o Planejamento Familiar, torna-se de fundamental importância para a tomada de decisão no que concerne as práticas contraceptivas pela mulher.

A partir destas colocações esse estudo investiga o conhecimento e a prática dos profissionais enfermeiros envolvidos na atenção à Saúde da Mulher sobre a concepção de "Direitos Reprodutivos" tendo como foco o Planejamento Familiar. Ressaltamos que, "ter direitos reprodutivos quer dizer ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente"^(3:31). Assim, "Direitos Reprodutivos" significa ter direito à decisão sobre o que se quer na sua vida reprodutiva, direito de escolha em ter ou não filhos, amparados pela lei, a quantidade destes, acesso aos métodos contraceptivos vigentes, acesso à assistência à infertilidade, direito à orientação profissional a respeito de sexualidade e reprodução e assistência à saúde integral.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: assistência à saúde da mulher

Em 1983, o Estado brasileiro assume publicamente uma política de assistência à mulher com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas, na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital⁽⁴⁾. Grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencida de que aquele modelo proposto seria capaz de atender as necessidades globais da Saúde da Mulher⁽⁵⁾. Faz parte deste programa, o planejamento familiar que dispensava atenção tanto à infertilidade como à anticoncepção, no qual definia a política contraceptiva oficial, mas, na prática, não foi implementado conforme preconizado.

O planejamento familiar e a anticoncepção surgem, de maneira clara e inequívoca, no enunciado das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da publicação no Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e de regulamentações complementares, atualmente em vigor^(6,7).

Na área de Saúde da Mulher, a NOAS inclui, além do pré-natal e da prevenção do câncer do colo do útero, o planejamento familiar como de responsabilidade municipal. O planejamento familiar salienta entre as responsabilidades municipais, as atividades de consultas médicas e de enfermagem, fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais, realização ou referência para exames laboratoriais⁽⁷⁾.

As diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, devem ser conhecidas, também, pelo enfermeiro como profissional. Isto porque, é, a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas Políticas é que às instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender as necessidades da população⁽⁷⁾.

Para investigar o conhecimento e a prática dos profissionais enfermeiros envolvidos na atenção à saúde da mulher a respeito da concepção de "Direitos Reprodutivos" tendo como foco o planejamento familiar, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa tendo como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre⁽⁸⁾, o qual está estruturado a seguir.

3 ESTRUTURANDO O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

Foram sujeitos do estudo nove enfermeiros que se encontravam na faixa etária entre 30 e 40 anos. Apenas um

é do sexo masculino. A maioria dos enfermeiros, sete, trabalha em Unidade Local de Saúde (ULS) entre um e cinco anos. Apenas dois trabalham há menos de um ano. As ULSs fazem parte do Programa Docente-Assistencial (PDA) do município de Florianópolis (SC). Essas unidades são locais de inserção de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3.1 OS ASPECTOS ÉTICOS

Foram considerados em todas as etapas da pesquisa, os aspectos éticos e, inicialmente solicitamos a autorização da direção da instituição para a realização do estudo. Ao entrarmos em contato com os Enfermeiros, apresentamos os objetivos e a metodologia a ser adotada, garantindo-lhes a liberdade de participação, como o direito de suspender ou retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo; o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas foram garantidos. Tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da instituição atendendo a Resolução 196/96 com parecer nº 005/04.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) ⁽⁸⁾. O discurso que expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social. Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos de um dado tema, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social ⁽⁸⁾.

Neste estudo, para a elaboração dos discursos dos enfermeiros partiu-se destes em estado bruto, que foram submetidos a trabalho analítico inicial de decomposição. Consistiu basicamente na seleção das idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, que terminou de forma sintética, a reconstituição discursiva da representação social, entendida aqui como, o conjunto do discurso dos profissionais enfermeiros.

As etapas operacionais utilizadas baseadas na proposta foram ⁽⁹⁾: 1) instrumento de análise de discurso 1 – IAD1 (5 passos): juntar as respostas de cada questão, identificar e sublinhar as expressões-chave, identificar as idéias centrais, agrupar as idéias centrais e denominá-las; 2) instrumento de análise de discurso 2 – IAD2 (2 passos): reunir as expressões-chave de cada idéia central e construir o discurso do sujeito coletivo propriamente dito.

A partir daí foram estabelecidas categorias de análise, através do DSC que permitiu a geração ou reconstrução de qualidades que é o caso do pensamento coletivo, aproximando-se assim dos propósitos da pesquisa que é analisar a atenção à saúde da mulher desenvolvida

por profissionais enfermeiros que prestam assistência no Programa de Saúde da Família (PSF), na Rede Básica de Saúde de Florianópolis.

3.3 DEMONSTRANDO AS IDÉIAS CENTRAIS DOS DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS

Com o intuito de descrever o sentido dos discursos em estado bruto foram utilizadas figuras metodológicas da idéia central e das expressões-chave (ECH). A idéia central (IC), segundo Lefèvre ^(8:43),

é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

As ICs neste estudo foram:

“Todas as ações desenvolvidas para a Saúde da Mulher são importantes”.

“Ação mais importante desenvolvida para a Saúde da Mulher, o Planejamento Familiar”.

“Ação importante desenvolvida para a Saúde da Mulher, o preventivo de câncer de colo uterino”.

3.4 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

DSC - Na unidade de saúde as ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. Acho que todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes, depende do período que esta mulher está vivenciando, pois uma complementa a outra em cada fase que a mulher se encontra. Na unidade de saúde temos programa educativo o grupo de gestantes, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual onde utilizo como material de apoio os métodos, álbum seriado, folder explicativo, próteses feminina e masculina e a mama amiga para prevenção do câncer de mama e auto-exame. Não sinto dificuldades para a realização do planejamento familiar nas consultas, apenas queria ter mais segurança nas coisas que eu falo, mais material e poder compartilhar mais com os outros profissionais, mas não temos muito tempo para isto. Faço destaque como ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos, por causa da anticoncepção, a gestação adolescente, mas

o planejamento familiar não conseguiu atingir sua plenitude na assistência. É realizado nas consultas agendadas, no acolhimento, durante a coleta do preventivo e puerpério. O método que eu recomendo é principalmente a camisinha, oriento todos, mas estímulo o preservativo como método principal nos dias de hoje, principalmente por causa das DST's e da AIDS, falo da importância e da responsabilidade dela como mulher com ela mesma. Agora se a mulher tem necessidade de outro método que não está disponível na unidade encaminho ao ginecologista da unidade para ele ver qual o encaminhamento necessário como é o caso da laqueadura. Se a mulher tem necessidade de um outro método que não está disponibilizado na unidade encaminhamos ao planejamento familiar na policlínica ou a outras unidades de saúde aqui perto que possuem ginecologista. Os métodos que são disponibilizados à população na unidade são a camisinha masculina e feminina. DIU, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, as marcas destes produtos são sempre as mesmas. O método que as mulheres preferem é com toda certeza o anticoncepcional oral. Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica. Considero também como ação importante desenvolvida para a saúde da mulher o preventivo de câncer de colo uterino, pois as mulheres ainda não se sensibilizaram para a importância deste. Agora, direitos reprodutivos para mim é o direito de conhecer todos os métodos contraceptivos, de optar por algum e de obtê-lo conforme a sua necessidade e respaldada em conhecimento técnico também, pois às vezes o que ela quer não é o melhor para ela, pois tem que conhecer e compreender esse processo para daí poder optar e escolher o método. É o direito das pessoas ter ou não seus filhos, ter acesso aos métodos e a garantia de seu fornecimento pela rede pública. Sobre a lei do planejamento familiar não me lembro da lei, acho que ela fala a respeito dos direitos reprodutivos e estabelece algumas normas para os diferentes níveis de atenção. Em parte acho que estão sendo efetivados na prática, pela deficiência que o planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do CS, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades. Às vezes não temos o método escolhido pela mulher. Temos dificuldades de encaminhamentos devido a grande demanda.

4 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS SOBRE "DIREITOS REPRODUTIVOS" COM FOCO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Podemos perceber no Discurso dos profissionais que, quando o assunto é "Direitos Reprodutivos" e "Planejamento Familiar", tais conceitos se confundem, principalmente com relação aos direitos reprodutivos, em que os profissionais apontam o que está na Lei do

planejamento familiar e, quando questionados sobre esta Lei, referem o que segue:

"Agora, direitos reprodutivos para mim é o direito de conhecer todos os métodos contraceptivos, de optar por algum e de obtê-lo conforme a sua necessidade e respaldada em conhecimento técnico também. Pois, às vezes, o que ela quer não é o melhor para ela, pois tem que conhecer e compreender esse processo para daí poder optar e escolher o método. É o direito das pessoas ter ou não seus filhos, ter acesso aos métodos e a garantia de seu fornecimento pela rede pública. Sobre a lei do planejamento familiar não me lembro da lei, acho que ela fala a respeito dos direitos reprodutivos e estabelece algumas normas para os diferentes níveis de atenção" (DSC).

Para os profissionais, direitos reprodutivos é referenciado apenas como "algo" relacionado à contracepção, não correlacionado a temas como, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde de maneira integral. Direitos reprodutivos é "ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente" (3:31). A expressão "direitos reprodutivos" é amplamente utilizada pelo movimento feminista e trata, sobretudo, das questões que a compõem (esterilização, aborto, contracepção, concepção e assistência à saúde) sem que haja definição conceitual (9).

Durante a III Conferência Internacional da ONU, realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento (CIPD), foi reconhecido por consenso como direito reprodutivo das mulheres o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital (10). Em contrapartida, em 1996 no Brasil, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana (1). Mesmo tendo sido aprovada há quase 10 anos, os profissionais apresentam dificuldades em citá-la, conforme discursos a seguir:

"Quanto à lei do planejamento familiar eu não conheço na íntegra, mas fala a respeito do acesso aos métodos e da garantia da escolha pela pessoa" (DSC).

"Sobre a lei do planejamento familiar não me lembro da lei, acho que ela fala a respeito dos direitos reprodutivos e estabelece algumas normas para os diferentes níveis de atenção" (DSC).

A especificidade da Lei do Planejamento Familiar não é evidenciada pelos profissionais, uma vez que, estes confundem a expressão direitos reprodutivos, com a Lei.

As dificuldades por eles evidenciadas são

substancialmente de caráter administrativo, não relacionado à sua prática como profissionais; dificuldades no acesso aos métodos contraceptivos, falta de profissionais e de material didático, entre outros, que podemos evidenciar no discurso a seguir:

“Também não acho que está sendo efetivada. Precisava que as pessoas tivessem mais acesso e também há falta de profissionais” (DSC).

Os discursos dos enfermeiros evidenciam que as diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, deveriam ser conhecidas pelo profissional, aspecto apontado pela literatura⁽⁵⁾. Isto porque, é a partir das diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas políticas, as instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender às necessidades da população.

O desafio colocado como “pensar integralmente” em uma perspectiva relacionada ao planejamento familiar e direitos reprodutivos, é que para os profissionais que “vivem o dia-a-dia da assistência”, refletir a respeito do fazer requer assumir o papel de orientador, no sentido de proporcionar atenção à saúde respaldada pela informação e assumir o compromisso de garantir tal direito.

Com este propósito, procuramos identificar com os profissionais quais ações eles identificavam como sendo importantes em relação à saúde da mulher, uma vez que diante do exposto, foram consideradas todas as ações importantes com vistas à integralidade.

4.1 AS IDÉIAS CENTRAIS IDENTIFICADAS NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS - DSC

4.1.1 Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes

“Acho que todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes, depende do período que esta mulher está vivenciando, pois uma complementa a outra em cada fase que a mulher se encontra” (DSC).

“(...) as ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS” (DSC).

Podemos perceber no discurso dos profissionais que desenvolvem ações voltadas para a saúde da mulher, que todas as ações desenvolvidas são importantes, enfatizando ainda que “depende do período que a mulher está vivenciando”. Porém, quando questionamos quais são as

ações desenvolvidas na ULS, percebemos que as mesmas são voltadas basicamente para o período reprodutivo e da atenção materno-infantil; uma vez que, estes profissionais apontam ações específicas, como planejamento familiar, pré-natal e puerpério, sem mencionar a integralidade destas ações na assistência à mulher.

O discurso dos profissionais vai ao encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que, afirmam “não haver atendimento à infertilidade na unidade de saúde”. O que ocorre é a realização de encaminhamento (referência) em outro nível da atenção à saúde (ambulatório ou hospital), mas não referem acompanhamento, por parte da ULS, relacionado ao encaminhamento realizado (contra-referência), conforme discurso a seguir:

“Em relação aos casos de infertilidade encaminhamos ao ginecologista da Unidade e ele encaminha para a Maternidade” (DSC).

Portanto, a atenção integral à saúde da mulher implica ainda na articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que na prática tem sido um dos grandes entraves à sua operacionalização. Evidenciamos no discurso do sujeito coletivo que o sistema de referência e contra-referência não ocorre nas ULSs em que foi realizada a pesquisa, deixando esta população à mercê da “descompatibilização” da complexidade em saúde, ou seja, os níveis de assistência desenvolvem suas atividades de maneira independente e desconexa, uma vez que não há menção por parte dos profissionais a respeito de qualquer retorno do encaminhamento realizado.

Cabe destacar que a ULS, como “Porta de Entrada” do sistema de saúde, tem como característica atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e as unidades especializadas só receberiam o paciente através do encaminhamento realizado por estas unidades “Portas de Entrada”. O conjunto das unidades de saúde classificado por níveis de complexidade deveria articular-se, administrativa e tecnicamente, para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Esta articulação entre as unidades de saúde dos diferentes níveis permitiria a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema.

Como o discurso sobre o procedimento relacionado à infertilidade realizado pelos enfermeiros nas ULSs é o encaminhamento, percebe-se, desconhecimento por parte destes profissionais das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e sobre a concepção de “direitos reprodutivos” e “planejamento familiar”, uma vez que estas discorrem sobre a temática da infertilidade e a assistência à saúde. Assim, o desconhecimento acaba por traduzir-se em uma prática descontextualizada em relação às necessidades em saúde e à integralidade, comprometendo a assistência e resolubilidade da atenção à mulher.

Questões estas, que nos remetem às diretrizes básicas

que regem o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Mas principalmente o da integralidade, ou “atendimento integral, como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” como é citado no artigo 198 desta Constituição ⁽¹¹⁾.

4.1.2 Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento familiar

“Faço destaque como a ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos, por causa da anticoncepção, a gestação adolescente...” (DSC).

Evidenciamos no discurso dos enfermeiros que o planejamento familiar é uma ação importante para a saúde da mulher, na qual o profissional tem a oportunidade de orientar quanto aos métodos contraceptivos. No entanto, no DSC, a atividade educativa como atividade coletiva vem sendo realizada ainda na lógica da atenção materno-infantil, uma vez que encontramos grupos de gestantes reunindo-se quinzenalmente. Sendo que, o planejamento familiar na maioria das unidades de saúde pesquisadas não é desenvolvido coletivamente, mesmo que esta atividade tenha sido referenciada pelo profissional como uma ação importante, dentre as desenvolvidas para a saúde da mulher. Os discursos que seguem evidenciam a afirmação:

“Na unidade de saúde temos programa educativo o grupo de gestantes, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual” (DSC).

Ainda que os profissionais considerem o planejamento familiar, uma ação importante, não se envolvem com a atividade. Na maioria das unidades de saúde pesquisadas a atividade de grupo em planejamento familiar não é oferecida à população. As atividades são voltadas para grupo de gestantes, momento em que o planejamento familiar não é o foco de atenção.

Estudo aponta as mudanças estratégicas e conceituais propostas pela política do PAISM e as compara com as características do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Dentre várias comparações, a que chamou a atenção, em função deste estudo, foi quanto à educação em saúde em que, para o PSMI, ela “é recomendada e a abordagem está relacionada aos cuidados com a gestação e o conceito”. Enquanto no PAISM, a educação em saúde é de “oferta obrigatória com práticas educativas sobre o corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania” ^(12:28).

Esta colocação é contrária à explicitada pelos

enfermeiros neste estudo, pois a oferta nas ULSs em relação à educação em saúde restringe-se ao grupo de gestantes e o Planejamento Familiar é realizado na maioria das ULSs de maneira individual e restrito à orientação dos métodos contraceptivos, disponíveis na Unidade Local de Saúde. Também é contrária ao que, para este estudo, definiu-se como “direitos reprodutivos”, uma vez que dentre vários direitos que compõem esta concepção, um deles é o direito da mulher receber a orientação do profissional a respeito de sexualidade e reprodução, e não apenas a informação relativa a método contraceptivo, conforme discurso a seguir:

“O método que eu recomendo é principalmente a camisinha, oriento todos, mas estimo o preservativo” (DSC).

Segundo o Ministério da Saúde, as atividades relacionadas ao planejamento familiar devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive da sexualidade. As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser reforçadas pela ação educativa individual ⁽¹³⁾.

Nas ULSs pesquisadas, a prática da ação educativa relacionada ao planejamento familiar em sua maioria restringe-se ao âmbito individual, ou seja, em consultas à mulher no puerpério e na coleta do preventivo do câncer de colo uterino. Encontramos apenas o desenvolvimento da ação educativa em grupo em uma ULS, dentre as pesquisadas. Mesmo assim, o profissional não participa ativamente da atividade, conforme observamos a seguir:

“Existe também um grupo de planejamento familiar que se reúne mensalmente e no qual não me envolvo de maneira direta. Apenas levo algum material para que elas possam trabalhar, mas não desenvolvo o grupo” (DSC).

De acordo com a literatura “esta atividade educativa é reconhecida como direito do usuário e dever do serviço público de saúde, e tem como objetivo informar ao usuário sobre os diferentes métodos contraceptivos, possibilitando a opção livre e consciente do indivíduo” ^(14:129).

No que se refere à assistência relativa ao planejamento familiar, é preconizado pelo Ministério da Saúde que “as ações de saúde devem ser voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde” ^(15:75). O que podemos observar no DSC é que a comunidade, ou a população-alvo da área de abrangência da ULS, como

coloca o Ministério da Saúde, não tem conhecimento do que é desenvolvido na unidade de saúde. Conforme DSC a seguir:

“O planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do Centro de Saúde, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades” (DSC).

No entanto, percebemos no DSC, que estes apontam dificuldades administrativas na implementação do planejamento familiar devido às condições do serviço de saúde, como, por exemplo, dificuldade para encaminhamentos e falta do método anticoncepcional:

“Pela deficiência que o planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do Centro de Saúde, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades. Às vezes não temos o método escolhido pela mulher. Temos dificuldades de encaminhamentos devido a grande demanda” (DSC).

Nesse sentido, se faz necessário que os profissionais, como categoria, articulem, discutam e reivindiquem a assistência à saúde e não se deixem imobilizar pelas precárias condições dos serviços de saúde⁽⁵⁾. Quando nos reportamos à prática destes métodos contraceptivos, ou seja, quem deve utilizá-los, no DSC evidenciamos que é de responsabilidade da mulher, e o adotado pela maioria é o anticoncepcional oral:

“Mas o método que as mulheres mais preferem é o anticoncepcional oral e o DIU já que temos médico ginecologista que coloca aqui e o menos solicitado é o diafragma” (DSC).

Mas, a contracepção não ocorre como um fato isolado, unicamente em decorrência da existência de uma prática contraceptiva. Ela se torna concreta mediante as condições sócio-econômicas, culturais, crenças, políticas de saúde e estruturas dos serviços de saúde. Sendo assim, a educação em saúde seja individual ou coletiva, deve orientar a escolha do método adequado, cabendo ao profissional de saúde, principalmente ao enfermeiro, a garantia desta prática na ULS.

Queremos, pois, chamar a atenção para as oportunidades perdidas de informação que os enfermeiros estão criando em suas práticas. A educação em saúde é algo que vai mais além, convocando profissionais e serviços a oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, mudando os comportamentos sociais, políticos e culturais^(16: 1027).

É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são sociais e historicamente determinadas, mesmo quando apreendidas e transformadas

em práticas na sua dimensão individual⁽¹²⁾. Logo, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando uma atenção mais humanizada e qualificada”^(17: 114).

Esta prática de orientação exclusivamente dos contraceptivos disponíveis, não atende o direito à decisão e à escolha por parte da mulher, ou seja, dos “direitos reprodutivos”, na qual se preconiza que esteja disponível todo o conjunto de alternativas tecnológicas, cientificamente seguras, para que as mulheres não sejam conduzidas a um método pela ausência de outro ou até referenciadas para outro nível de assistência, devido à falta do método contraceptivo.

Mas ainda encontramos profissionais que consideram ações pontuais em relação à saúde da mulher como ações mais significativas, como o preventivo de câncer de colo uterino e assistência ao pré-natal, dificultando ainda mais a prática da integralidade e da oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde de quem procura o serviço, como discutiremos a seguir.

4.1.3 Ação mais importante para a Saúde da Mulher é o preventivo de câncer de colo uterino

“Considero importante também o preventivo como ação desenvolvida para a saúde da mulher, pois as mulheres ainda não se sensibilizaram para a importância deste” (DSC).

Quando nos deparamos com esta situação vamos ao encontro do que é definido no Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem como objetivos específicos a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina e a redução da mortalidade materna. Tendo como metas, aumentar em 30% a cobertura de Papanicolaou na população de risco, que se encontra na faixa etária de 35 a 49 anos. Bem como, aumentar a realização de exames de rotina de pré-natal para as gestantes, entre outros⁽¹⁸⁾.

No entanto, cabe refletir que, apesar da importância destas ações dentre as várias desenvolvidas para a saúde da mulher, os sentidos da integralidade em saúde para as mulheres compreendem a valorização da oferta de atenção a todas as suas demandas e necessidades, em todos os níveis de complexidade da atenção. Preconiza-se que todo o contato das mulheres com os serviços sejam oportunidades de acolhimento, que devem ser usadas em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde⁽¹²⁾.

Destarte a coleta do preventivo de câncer de colo uterino, sem dúvida, é uma atividade de grande importância inserida na atenção à saúde da mulher, mas também é uma

oportunidade em que o profissional, além de orientar para a prevenção da enfermidade ou assistir a mulher em um aspecto pontual, deve apreender a oportunidade de perceber a mulher na condição de sujeito integral, enfim, aproveitar para desenvolver ações em outros aspectos de sua vida, oportunizando a educação em saúde e a aproximação em relação à necessidade em saúde, beneficiando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe ressaltar, como o próprio Plano de Ação do Ministério da Saúde coloca, a atenção à Saúde da Mulher é integral. Onde a noção de saúde integral está vinculada à aplicação (ou operacionalização) desse conceito na esfera das ações de assistência, em que o princípio de integralidade deve encontrar tradução ao nível das técnicas cientificamente informadas de tratar, cuidar, prevenir e promover, quer dizer, deve estar traduzido em cuidados efetivos à Saúde da Mulher^(19, 20).

Os serviços de saúde da mulher têm sido, tradicionalmente correlacionados às demandas de saúde reprodutiva, incluindo, às vezes, a detecção precoce de câncer ginecológico. Embora essa abordagem tenha permitido melhorar o acesso a esses serviços, também propiciou uma fragmentação no atendimento à mulher, cujos problemas de saúde não se limitam aos órgãos reprodutivos⁽²⁰⁾. Essa afirmação vai ao encontro do observado no discurso dos enfermeiros, no qual estes apontam ações desenvolvidas para a saúde da mulher, sendo específicas da vida reprodutiva e da atenção materno-infantil, referenciando o pré-natal, puerpério, planejamento familiar.

A Atenção Integral à Saúde da Mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições como sujeito capaz e responsável por escolhas e necessidades em saúde⁽¹⁸⁾.

Portanto, a integralidade intimamente ligada à concepção de saúde e doença, define-se pela capacidade de oferecer ações que satisfaçam às demandas ligadas à promoção e recuperação da saúde⁽²¹⁾. Ou seja, a necessidade em saúde deveria estar intimamente ligada à prestação dos serviços, uma vez que, mesmo para os profissionais que participaram deste estudo, ações pontuais se caracterizam como atividades essenciais, a necessidade em saúde ainda é absoluta e no sentido de integralidade deve ser garantida.

Ao definir a integralidade da oferta de ações tem-se que:

[...] a aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social^(22, 149).

Aponta-se, portanto, para a necessidade de superação de falsas dicotomias no desenvolvimento das

práticas sanitárias com ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, exigindo-se uma articulação entre a ação de um profissional e as especialidades dessa profissão, entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os diversos níveis de hierarquização tecnológica da assistência^(23, 24).

Nos DSC, uma vez que as ações pontuadas por eles, fazem parte do desempenho de suas atividades no cotidiano da ULS, refletindo um “fazer desarticulado e individual”. Portanto, para a garantia da integralidade, como princípio, é fundamental que os serviços e suas equipes congreguem esforços e articule-se. As dificuldades geradas pela minimização das importantes diferenças entre os agentes historicamente envolvidos no processo de produção, em relação ao processo de trabalho, ao elemento desencadeador de ações, aos principais insumos utilizados e ao local de produção das ações, o que leva à ênfase na articulação entre diferentes equipes conforme o objeto e o processo de trabalho para conseguir a “Atenção Integral”⁽²⁵⁾.

Percebemos, portanto, que a atenção dispensada à mulher, deve abranger a prevenção do câncer de colo uterino e a assistência ao pré-natal, mas dentro de uma perspectiva integral, na qual estas ações sejam uma dentre várias da complexidade que é a necessidade em saúde. Não deixando de ressaltar que a concepção de “direitos reprodutivos” com foco no planejamento familiar, objeto deste estudo, enfatiza a garantia da integralidade na atenção a saúde das mulheres e de sua autonomia como sujeito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A orientação ao planejamento familiar deve, além da informação em relação ao método contraceptivo, abranger a orientação no concernente a sexualidade, reforçando a autonomia da mulher e respeitando sua necessidade em saúde. Uma vez que, a aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para o seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso do método escolhido. Cabendo ao profissional reivindicar do Estado o atendimento preconizado e o cumprimento da Lei do planejamento familiar.

A dissonância entre o discurso e a prática que vem sendo desenvolvido nas Unidades Locais de Saúde pelos profissionais enfermeiros, a respeito de direitos reprodutivos voltados para o planejamento familiar, reflete que estes têm trabalhado com a demanda espontânea, não refletindo sobre o seu “fazer”, bem como não concretizando o que evidenciam como importante para a saúde da mulher, que é a sua autonomia como sujeito capaz de escolher e decidir por si mesma. Concordamos com afirmação que

a formação do futuro profissional é apontado como um dos possíveis caminhos para a quebra deste hiato, aliando novos conceitos do cuidado que respondem aos anseios da sociedade contemporânea, aos princípios científicos, tornando-se protagonistas da transformação da realidade da Enfermagem^(26, 94).

É necessário que a Enfermagem, como categoria profissional, articule, discuta e reivindique a assistência à saúde e não se deixe imobilizar pelas precárias condições dos serviços de saúde. Esta precisa conquistar espaços para que o planejamento familiar, como direitos reprodutivos, sejam amplamente discutidos, no sentido do atendimento preconizado e o cumprimento das Leis e, articule-se, com grupos organizados da sociedade para que possa ser reconhecida como profissão comprometida com a sociedade, em uma perspectiva interdisciplinar.

É preciso que as instituições promovam educação continuada aos profissionais para que estes possam atender as necessidades apresentadas pela sociedade para que a Enfermagem desenvolva suas atividades voltadas para as necessidades da população.

Os resultados desta pesquisa foram discutidos em capacitações com os profissionais das ULs, encaminhado um exemplar da dissertação para a Secretaria Municipal de Saúde. Como ainda estas unidades compõem os campos de estágio dos alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, este tema é objeto de discussão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Lei do planejamento familiar. Diário Oficial da União. Brasília, 15 jan. 1996. p. 561-70.
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
3. Petchesky R. The body as property – A feminist revision. In: Ginsburg FD, Rapp R, editores. *Conceiving the new world order. The global stratification of reproduction*. Berkeley; University of Califórnia, 1994.
4. Berquó ES. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. In: *Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania*. Brasília: CFEMEA; 1994.
5. Coelho EBS. A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
6. Costa NFP, editor. Normas técnicas em anticoncepção. Rio de Janeiro: BEMFAM; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional da Assistência a saúde (NOAS- SUS). Brasília; 2001.
8. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
9. Ávila MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Rev Estudos Feministas* 1993; 1(2):382-400.
10. Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas; 1994.
11. Constituição Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
12. Costa AM. Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil [tese]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.
13. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2002.
14. Chacham AS, Maia MB. Grupos de planejamento familiar dos centros de saúde do município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado pela rede. *Rev APS* 2002; 5(2):118-27.
15. Ministério da Saúde (BR). Assistência ao planejamento familiar. Brasília; 1996.
16. Moura ERF, Silva RM da. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciê Saúde Col* 2004; 19(4):1023-32.
17. Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde: In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ ABRASCO; 2001. p. 113-26.
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007. Brasília; 2004.
19. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil: In: Giffin K, Costa S, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 319-36.
20. Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa S, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 299-18.
21. Silva Jr AG da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. In: *Saúde em Debate. Série Didática*. São Paulo: HUCITEC; 1998.
22. Mendes EV, Teixeira CF, Araújo EC et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Mendes EV, organizador. *Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO; 1994. p. 159-85.
23. Novaes HM. Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Proamsa; 1990.
24. Mendes EV. Reordenamento dos Sistemas Nacional de Saúde: visão geral. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; mar 1986; Brasília (DF). Brasília (DF): Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1987.
25. Machado FA. A sugestão para um modelo alternativo de atenção à saúde. *Saúde em Debate* 1991;(31):31-5.
26. Kletemberg DF, Mantovani M de F, Lacerda MR. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare* 2004; 9(1):94-9.