

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

EDILEUSA DA SILVA

O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA FEMININA.

**FRANCA
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

EDILEUSA DA SILVA

O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA FEMININA

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Serviço Social, a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Íris Fenner Bertani.

FRANCA
2007

Silva, Edileusa da

O planejamento familiar na perspectiva feminina / Edileusa da Silva. –Franca: UNESP, 2007

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1.Assistente Social – profissão 2.Mulher – Saúde pública – Brasil. 3.Planejamento familiar. 4.Políticas públicas – Aspectos Sociais – Brasil.

CDD – 361

EDILEUSA DA SILVA

O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA FEMININA

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Serviço Social, a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social.
Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof.^a Dr.^a Íris Fenner Bertani
Universidade Estadual Paulista – UNESP - Franca

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, ____ de _____ de 2007.

*Ao meu marido Ulisses, aos meus filhos Rafael e Beatriz
por serem os maiores amores da minha vida.*

*Aos meus pais, os quais estarão sempre presentes na
minha lembrança e na minha saudade.*

AGRADECIMENTOS

À professora Íris Fenner Bertani, minha orientadora, por entender meus limites e acreditar nas minhas possibilidades.

Às professoras Raquel Santos Sant'Ana e Regina Maura Rezende pela preciosa contribuição no momento da qualificação.

A todas as mulheres que se arriscam cotidianamente na difícil tarefa de ser mulher, trabalhadora e mãe.

Às mulheres usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar, em especial àquelas que prontamente concordaram em participar dessa pesquisa.

À minha família, por acreditar em mim, na certeza de carinho e apoio sempre presentes na minha vida.

Às minhas amigas Regina e Edvânia por estarem sempre presentes me apoiando e estimulando nos caminhos do trabalho, da pesquisa, mas principalmente nos caminhos da vida.

À Miriam e à Neli, minhas amigas de hoje e de sempre.

À Glória minha amiga e colega de trabalho na UBS do Progresso pelo estímulo.

À equipe do Ambulatório de Planejamento Familiar, na convivência desses anos com os quais muito aprendi.

À equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde – UBS Progresso, pelo carinho e amizade sempre presentes nestes dez anos de convivência.

À Secretaria de Saúde do Município de Franca.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma aproximação da realidade vivenciada pelas mulheres que fazem uso do Ambulatório de Planejamento Familiar, equipamento de saúde pertencente à Secretaria Municipal de Saúde no município de Franca /SP. Trabalhamos como assistente social neste ambulatório desde a sua implantação em maio de 2000, o que nos possibilitou uma maior compreensão dos aspectos relativos à vida sexual e reprodutiva das usuárias, despertando nosso interesse em estudar e pesquisar assuntos pertinentes as suas vidas na tarefa de ser mulher, trabalhadora e mãe. Pesquisamos qual conhecimento estas mulheres têm sobre o planejamento familiar, considerando serem elas as maiores usuárias dos serviços de saúde e, em geral, quem decide qual método contraceptivo será usado pelo casal, mesmo quando quem vai se submeter à cirurgia de esterilização seja o seu companheiro. Justifica-se nosso interesse no descortinamento dessa realidade, pois munidas dessas reflexões elas poderão ter maiores condições de decidirem sobre suas vidas, mesmo dentro do contexto e influência da sociedade a qual pertencem e do meio em que vivem. Utilizamos-nos da pesquisa quantitativa e qualitativa. Para a abordagem quantitativa aplicamos questionário a sessenta mulheres usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar. Realizamos a pesquisa qualitativa entrevistando seis mulheres selecionadas aleatoriamente deste universo. A análise favoreceu a elaboração de um perfil das usuárias do ambulatório, bem como identificação das crenças e valores por elas relatados. O estudo favoreceu uma compreensão da vida dessas mulheres que ressaltam a maternidade como umas das vantagens em ser mulher, mas num paradoxo a colocam como um peso, um fardo, e expressam suas insatisfações em se aterem à vida privada, deixando explícito o desejo de se interarem do mundo público.

Palavras-chave: mulher; planejamento familiar; políticas públicas; assistente social.

ABSTRACT

This research has as objective to do an approach of the reality lived by the women that make use of the Clinic of Family Planning, equipment of health belonging to the Municipal Secretariat of Health in the municipal district of Franca / SP. We worked as social worker in this clinic from the implantation in May of 2000, what made possible us a larger understanding of the relative aspects to the users' sexual and reproductive life, rousing our interest in to study and to research pertinent subjects their lives in the task of being woman, worker and mother. We researched which knowledge these women have about the family planning, considering be them the largest users of the services of health and, in general, who decides which contraceptive method will be used by the couple, same when who will submit to the sterilization surgery is his companion. It is justified our interest in the discovery of that reality, because starting from those reflections they can have larger conditions of they decide about their lives, same inside of the context and influence of the soci

worker

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	-Síndrome da Imunodeficiência adquirida
APF	-Ambulatório de Planejamento Familiar
CCI	-Centro de Convivência do Idoso
CIT	-Comissão Intergestora Tripartite
CTA	-Centro de Testagem Anônima
CPMF	-Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DIR	-Direção Regional de Saúde
DIU	-Dispositivo Intra Uterino
DST	-Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	-Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	-Lei Orgânica de Assistência Social
LBA	-Legião Brasileira de Assistência
LOPS	-Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	-Lei Orgânica da Saúde
OMS	-Organização Mundial da Saúde
SUS	-Sistema Único de Saúde
PAIMS	-Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher.
PNDS	-Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNAD	-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	-Programa de Saúde da Família
PT	-Partido dos Trabalhadores
TCLE	-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das usuárias por idade.	61
Figura 2 - Estado civil das mulheres pesquisadas.	63
Figura 3 - Se exerce atividade remunerada.	65
Figura 4 - Rendimento mensal familiar.	65
Figura 5 - Condições de moradia.	68
Figura 6 - Opção religiosa.	69
Figura 7 - Número de filhos por mulheres.	70
Figura 8 - Grau de escolaridade.	71
Figura 9 - Conhecimento dos métodos contraceptivos.	72
Figura 10 - Conhecimento sobre os Programas da Saúde da Mulher.	73
Figura 11 - Conhecimento da Lei de Planejamento Familiar.	73
Figura 12 - Método de esterilização escolhido.	76

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	16
1.1 Breve retrospectiva da saúde pública no Brasil	24
1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)	27
1.3 Programas do Ministério da Saúde	33
CAPITULO 2 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	37
2.1 Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS	46
CAPITULO 3 A IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM FRANCA – SP	48
CAPITULO 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS	55
CAPITULO 5 PLANEJAMENTO FAMILIAR SEGUNDO A PERSPECTIVA FEMININA: RESULTADO DA PESQUISA ..	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	92
ANEXO A Caracterização das usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar	93
ANEXO B Termo de consentimento pós-informado	95
ANEXO C Roteiro da entrevista	96

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa caracteriza nossa inquietude, enquanto pesquisadora, em conhecer a complexidade inerente à vivência das mulheres que se utilizam do Ambulatório de Planejamento Familiar (APF), equipamento de saúde existente no município de Franca SP. Buscamos compreender suas condições de vida e percepções sobre o planejamento familiar.

Inicialmente gostaríamos de ressaltar a opção pelo tema, que nos propomos pesquisar, pois, como nos ensina Martinelli (2006) sobre a dialética da escolha, não sabemos se escolhemos o tema ou se fomos por ele escolhida. Há 10 anos trabalhamos como assistente social na área da Saúde Pública, na Atenção Básica, no município de Franca, atuando em uma Unidade Básica de Saúde denominada UBS – Progresso, e há seis anos no Ambulatório de Planejamento Familiar. Grande parte da população usuária deste serviço é composta por mulheres que procuram atendimento para si, para seus filhos ou familiares.

É bem conhecido o fato de que as mulheres são as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde. Contudo, pouco se sabe sobre estas mulheres que lutam cotidianamente para manterem suas famílias, principalmente as de classes mais empobrecidas e que se deparam com a falta de emprego, precárias condições de moradia, de higiene e saúde, ao mesmo tempo em que sentem a falta de perspectivas de que suas vidas possam ser melhor.

Acreditamos que, ao adentrar no universo destas mulheres e identificarmos suas necessidades, anseios e paixões, poderemos oferecer serviços de saúde que possam ir de encontro com suas expectativas, o que seria sem sombra de dúvida um grande salto para o trabalho de qualidade, almejado pelo Serviço Social.

A ação dos assistentes sociais nas unidades de saúde está voltada para o trabalho preventivo/educativo, na perspectiva de ampliar o conhecimento da população para que, ao

tomarem ciência dos seus direitos, possam deles usufruir e introduzir melhorias em sua qualidade de vida.

Neste trabalho de pesquisa optamos pela utilização do referencial teórico com marcante viés feminista, pois nos identificamos com autores que desenvolveram suas pesquisas nesta perspectiva, na busca da compreensão de assuntos que envolvam a vida das mulheres: seus anseios e projetos de vida, nas mais diversas áreas.

Procuramos não perder de vista o fato que essas mulheres estão inseridas na família, na sociedade e recebem influências dessas instâncias, mas acreditamos na força do feminino, que elas possam fazer a diferença na construção de uma sociedade mais humana e mais justa.

Falamos de planejamento familiar na perspectiva feminina em pleno século XXI, tema dessa pesquisa, pode parecer um contra-senso para alguns leitores menos familiarizados com essa realidade e que poderiam supor que, num mundo globalizado com tantas informações e tecnologias a disposição, a contracepção ainda possa ser uma das dificuldades de conhecimento e acesso para as mulheres. Porém, a realidade ainda se apresenta permeada de muitas dificuldades para as mulheres sujeitos de nossa pesquisa.

No Capítulo 1 abordamos as políticas públicas de saúde fazendo uma breve retrospectiva dos anos de 1920, 1930 no governo de Getulio Vargas, momento em que as políticas são implantadas objetivando maior controle da classe trabalhadora. Abordamos, na seqüência, o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em nossa concepção, uma das políticas sociais mais avançadas, sem desconsiderarmos as dificuldades de sua implantação de forma efetiva, problemas esses que persistem até os dias atuais.

No capítulo 2 realizamos uma retrospectiva dos programas e atendimentos voltados para a saúde da mulher, dando ênfase a saúde reprodutiva. Destacamos os programas

de saúde da mulher no decorrer do processo histórico, os quais foram construídos com ênfase no risco gravídico. Numa perspectiva mais global, temos a construção do Programa de Atenção Integral a Saúde da mulher em 1983, e no enfoque do planejamento familiar como direito temos a promulgação da Lei de Planejamento Familiar em 12 de janeiro de 1996.

No Capítulo 3 relatamos e discutimos como ocorreu a implantação do Ambulatório de Planejamento Familiar no município de Franca, em 3 de maio de 2000, dando ênfase na Lei de Planejamento Familiar nº. 9.263. Demonstramos como este Ambulatório está estruturado para atender aos usuários dos SUS, as dificuldades de funcionamento, aspectos que precisam ser superados, o descompasso entre as diretrizes neste aspecto da saúde da mulher e suas dificuldades de implantação. Mas, fazendo um contraponto, não podemos deixar de discutir os benefícios que ainda assim oportunizou para quem deste serviço se utilizou. Acreditamos ter trazido parte da história deste ambulatório que foi construída nesses seis anos e oito meses de funcionamento, pois até a presente data não conhecemos nenhum outro estudo sobre esta iniciativa.

No Capítulo 4 apresentamos os caminhos metodológicos por nós utilizados para a elaboração da pesquisa. Nossa opção se deu pela pesquisa quanti-qualitativa, estudo este realizado com mulheres que procuram atendimento no ambulatório de planejamento familiar. Os instrumentais utilizados foram construídos pela pesquisadora, e contém questionário com perguntas que favoreceram a elaboração do perfil das usuárias, bem como um roteiro de entrevista que nos permitirá ouvir as mulheres na perspectiva da abordagem qualitativa.

No Capítulo 5 descrevemos os resultados encontrados e, através da análise de conteúdo, apresentamos o perfil das usuárias a fim de compartilhá-lo com os que se interessam pelo assunto, nessa trajetória enquanto pesquisadora.

No final desta pesquisa tecemos algumas considerações finais por entendermos que os resultados aqui apresentados constituem uma aproximação da realidade que se

apresenta de forma entrecortada, dinâmica e contraditória, apreendida no momento histórico das entrevistas com essas mulheres sujeitos da nossa pesquisa e que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas sociais podem ser definidas como o conjunto de medidas e instituições que tem por objetivo o bem estar e os serviços sociais, visando ampliar a cidadania e a inclusão social e política dos indivíduos (LAURELL, 2002). Mas, numa sociedade injusta e desigual, o Estado tem um papel redistributivo, desenvolvendo políticas sociais do ponto de vista econômico com caráter compensatório e promocional, para oferecer serviços à população e controlar o modo de relações na sociedade. As políticas sociais são mediadoras das relações do Estado com a sociedade do ponto de vista econômico, social, cultural e de acesso à infra-estrutura.

Há um consenso que considera o final do século XIX, como o período que favoreceu o surgimento das primeiras medidas de proteção social, com destaque para a Inglaterra e a Alemanha. No conjunto de novos problemas desencadeados pelo processo de Unificação do Estado Alemão e Italiano, além Inglaterra, em plena era Vitoriana e sua industrialização, da precariedade das condições de vida e de habitação, o Estado percebe a necessidade de implementar medidas ou respostas para “melhorar” a qualidade de vida dos trabalhadores para produzir mais e serem úteis à acumulação de riquezas (PEREIRA, 2000)

Essa característica do Estado regulador tem por finalidade o desenvolvimento do capitalismo monopolista. Ao mesmo tempo em que intervém nas desigualdades sociais, para evitar conflitos e não desestabilizar a ordem social, a política regula e redistribui a aplicação de recursos econômicos e atende interesses de classes e grupos sociais. Reconhece-se que a existência das políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa no seu modo capitalista de produzir e se reproduzir.

As políticas sociais ganham uma nova configuração a partir dos anos 1930, momento em que o capitalismo enfrenta uma de suas maiores crises econômicas, com queda de produção, desemprego, falência de bancos e empresas. Nos Estados Unidos, frente à crise, o governo adotou de início políticas emergenciais de trabalho público para ocupar os desempregados, então pagos com bônus alimentícios, e de previsão de combustível para aquecimento (FALEIROS, 2000).

Em nenhum momento os governantes pensaram as políticas sociais como forma de superar o capitalismo, mas simplesmente numa perspectiva de amenizar conflitos e estimular o consumo.

No Brasil as políticas sociais emergem no final da República Velha e na Crise da Oligarquia Cafeeira, na década de 1920 e ganham destaque nos anos de 1930 no início do governo de Getúlio Vargas. Com forte apelo populista, as medidas visavam combater as greves e os movimentos sociais, enquanto contemplavam algumas categorias de trabalhadores sendo, portanto, injustas e desiguais, pois deixavam de fora uma imensa massa de trabalhadores sem acesso a bens e serviços mínimos para sua subsistência.

Segundo Faleiros (2000), anteriormente a Vargas, em 1923, por iniciativa do deputado Eloy Chaves, foi implementada a previdência social dos ferroviários numa tentativa de minimizar os efeitos das lutas sociais e greves articuladas por essa categoria de trabalhadores, o que vinha prejudicando a exportação de café realizada pelo Brasil.

No período em que Getúlio Vargas esteve no poder, ou seja, na primeira fase ditatorial (1930 – 1945), há um direcionamento da política no sentido de transformar as relações entre Estado e sociedade, visando beneficiar a industrialização do país. “A política trabalhista de Vargas buscava ao mesmo tempo controlar as greves e os movimentos operários, e estabelecer um sistema de seguro social. Explicitava abertamente substituir a luta de classes pela colaboração de classes” (FALEIROS, 2000. p. 45).

Dando continuidade a sua política de governo, foi implantado um sistema de seguros, por meio de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), por categorias de trabalhadores como os marítimos, estivadores, bancários e industriários. Os trabalhadores rurais, sem condições salariais, por pressões dos latifundiários e sem organização de seus interesses, ficaram fora do sistema estatal da previdência, e também outras categorias como as empregadas domésticas e trabalhadores autônomos que não foram incluídas até 1970.

O modelo Getulista de proteção social, em especial na segunda fase (1951 – 1954) que abriu a economia para o capital estrangeiro, era um modelo que se definia como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social das classes trabalhadoras. Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) coordenada pela primeira dama do Estado, inicialmente para atender famílias dos soldados envolvidos na Segunda Guerra Mundial e, em 1946, com o final da guerra sem ter que se ocupar dessas famílias passa a dedicar-se à maternidade e à infância, tendo vários programas sociais voltados para este segmento. Este modelo predominou até o golpe militar de 1964.

Em 1960, houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que definia a unificação dos benefícios dos vários institutos. A LOPS incorporou os trabalhadores autônomos à previdência social e definiu um período mínimo de cinco anos de contribuições para aposentadoria das mulheres aos 60 anos e dos homens aos 65 anos. O contexto político era populista, também conhecido como período da redemocratização brasileira (1946 – 1964), em que o governo fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas, através do nacionalismo, desenvolvimentismo, moralismo e reformismo.

Os anos da década de 1960 iniciam no Brasil uma fase difícil na área político-econômica. O país vive uma crise profunda, pois com a política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (1956 – 1961) ocorre o endividamento. No governo, Jânio Quadros

(1961) não faz as mudanças necessárias e renuncia sete meses depois, quando assume o seu vice-presidente João Goulart, sem apoio político, tanto do setor militar como da classe burguesa, necessário para governar. Portanto, em março de 1964 acontece o golpe militar que leva o país à ditadura e ao obscurantismo, que vai perdurar por 20 anos, deixando uma marca na história do Brasil.

Nesse período, de 1964 a 1988, ano em que é aprovada a nova Constituição Federal, o país se desenvolveu economicamente com a expansão da produtividade, modernização da economia e entrada do capital estrangeiro em parceria com o Estado. A ditadura se caracterizou por forte censura, ausência de eleições, controle do Congresso Nacional, poder militar no executivo e repressão violenta aos opositores considerados subversivos por lutarem, de forma armada ou não, pela derrubada dos sistemas autoritários e sua substituição pelo governo democrático e ou socialista (FALEIROS, 2000).

Em 1966, foram unificados de forma verticalizada pelo governo os Institutos de Aposentadorias e Pensões num único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Numa conjuntura de emprego, embora com arrocho salarial, os limites estruturais da economia também não impediram que se ampliasse a previdência aos trabalhadores rurais (1971), aos empregados domésticos (1972), aos jogadores de futebol (1973) e aos ambulantes (1978). E, em 1974, os idosos pobres com mais de 70 anos foram beneficiados por uma renda mensal vitalícia de um salário mínimo, para aqueles que houvessem contribuído ao menos um ano com a Previdência Social.

No campo da Saúde Pública as principais alternativas adotadas foram:

- 1930 a 1940 – ênfase nas campanhas sanitárias;
- 1930 – criações dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS);
- 1937 – interiorização das ações para as áreas de endemias rurais;

-
- 1941 – combate às endemias: reorganização Departamento Nacional Saúde;
 - 1966 – Unificação da Previdência Social.

Apesar de alguns avanços, ainda havia muitas desigualdades, as ações voltavam-se para campanhas de erradicação de doenças e 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços de saúde.

Segundo Faleiros (2000), o setor privado era destinado para os ricos que tinham condições de pagar por todos os procedimentos; os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média; os serviços públicos para os pagantes da previdência social e para os pobres considerados indigentes; a caridade, em geral, por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal.

Os programas de saúde e de educação desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo nas políticas sociais as tendências da nova política econômica implantada. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor da saúde assumiu as características capitalistas, com incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A medicina pública teve, nesse período, um declínio e a medicina previdenciária cresceu principalmente após a reestruturação do setor.

Segundo Faleiros (2000), a ruptura com o regime militar foi lenta e gradual, com a anistia em 1979 que possibilitou a remissão aos torturadores e concedeu direitos políticos e civis aos considerados inimigos da nação. A conjuntura econômica já se demarcava pela inflação e dívida pública acentuada, mas a sociedade emergiu com força inusitada dos porões da ditadura e da repressão com manifestações de rua, formação de comitês, articulação de organismos, estruturação de abaixo-assinados, organização de vários grupos. Fizeram-se ouvir as vozes das mulheres, dos índios e dos negros, além de empresários, setores específicos de

empresas, ruralistas e evangélicos na disputa por seus interesses na Assembléia Nacional Constituinte.

Nas décadas de 1960/1970, com o agravamento da situação econômica e da desigualdade social, as políticas sociais ganharam dimensões inusitadas com propostas para adequar os serviços à realidade. O empobrecimento e certo grau de politização da população favoreceram o surgimento de movimentos sociais, associados à defesa da democracia e da liberdade política e civil, contra o autoritarismo e a ditadura da época. Guerrilhas e luta camponesa, com forte apoio das lideranças estudantis, religiosas e comunistas, firmaram-se num sistema bi-partidário – Movimento Democrático Brasileiro e a Aliança Renovadora Nacional (MDB *versus* ARENA) e os partidos de esquerda – Partido Comunista do Brasil e o Partido Comunista Brasileiro (PC do B e PCB), colocados na clandestinidade e em conjunto com as lideranças populares e estudantis, engrossando, fortalecendo e ganhando cada vez mais simpatia da opinião pública e também das classes médias e formadoras de opinião.

Segundo Fausto (2002), no que tange ao aspecto econômico, na vigência do governo Médici, foram apresentadas, no ano de 1973, medidas que objetivavam o crescimento, sob o comando do poderoso Ministro Delfin Netto. Ficaram conhecidas como II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e aproveitavam o momento extremamente difícil no cenário internacional com a crise do Petróleo. A preocupação era essencialmente com o setor energético e propunha avançar no setor petrolífero, nuclear, energia hidráulica e na construção civil. Na concepção dos autores deste projeto, o Brasil era um país que estava predestinado a crescer.

Vultosos empréstimos internacionais, obtidos de organismos financeiros, abriram a economia e injetaram uma quantidade enorme de capital, provocando um grande “inchaço” da economia, cujos resultados chegaram ao índice de 7% de crescimento anualmente. Desta forma, o plano provocou na sociedade um alargamento da classe média, grande oferta de

empregos, crescimento das atividades das grandes estatais e a transformação do país num enorme campo de obras, mas, ao mesmo tempo no cenário político, tais recursos estavam atrelados a condição de que a repressão aos movimentos de esquerda deveria endurecer, cada vez mais.

Nos anos de 1980, ao mesmo tempo em que a sociedade vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais, sendo considerada a década perdida do ponto de vista econômico, embora palco de muitas mobilizações sociais. Nesta década o Brasil experimentou a recessão econômica, no período do governo Sarney (1984-1989), com a inflação atingindo a casa dos 84% ao mês, impondo-se assim o processo hiperinflacionário. Na busca de controlar a crise, o governo cria medidas e pacotes econômicos como o Plano Cruzado; confisco do boi no pasto pela Polícia Federal; plano Bresser de Deflação; plano de reestruturação monetária e o corte de zeros e mais zeros da moeda. A população foi convidada, pela equipe de governo, a participar dessa nova empreitada, gerando, cada vez mais, caos social e acirramento das distâncias sociais, pois os níveis inflacionários nunca estiveram tão altos.

Iniciada a década de 1990, temos a eleição direta para presidente da República, marcada pelo desejo e luta da sociedade que participou ativamente da campanha pelas diretas, que ficou conhecida como movimento das Diretas-Já.

Eleito, Fernando Collor de Mello, implementa de forma efetiva o projeto neoliberal, mas devido a inúmeras denúncias de corrupção no seu governo é afastado, via *impeachment*, assumindo seu vice, Itamar Franco, em 1992.

O governo de Itamar Franco foi importante no aspecto econômico, pois implantou o Plano Real e através dele conseguiu debelar a inflação, utilizou-se, contudo, de alguns

recursos artificiais como o controle do câmbio e outros ajustes cujo custo social mais tarde iria aparecer no cenário da política econômica.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) é eleito colhendo o êxito do plano real do qual foi um dos criadores, pois era o ministro da economia no governo de Itamar. Permaneceu durante oito anos no governo, devido à reeleição em 1999, dando continuidade ao modelo de governo iniciado por Collor, o neoliberalismo, e ao invés de investir recursos para a política social conforme prevista na Constituição preferiu criar outros mecanismos de atendimento que não se pautam pelo direito e pela equidade. Um dos claros exemplos é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), pois ao invés de implementá-la criou o Comunidade Solidária, uma política pontual, fragmentada e focalizada na pobreza.

Na saúde, o ministro Adib Jatene consegue no congresso a aprovação da lei de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com a finalidade de gerar recursos extras para a área. Criados sem um debate com a sociedade, estes recursos não demonstraram efetividade, sendo que o aumento da carga tributária, que era tido como provisório, permanece até os dias atuais.

Em 2003, é eleito um sindicalista, considerado um homem da esquerda política, que teve sua carreira construída no Partido dos Trabalhadores (PT), Luis Inácio Lula da Silva. Ele basicamente não mudou a política econômica e social do seu antecessor, continuando com uma política assistencialista e voltada para a valorização do mercado. Em janeiro de 2007, assumiu o seu segundo mandato após reeleição.

1.1 Breve retrospectiva da saúde pública no Brasil

No contexto mundial, em 1978, aconteceu a 1ª Conferência Internacional da

Atenção Primária à Saúde que enuncia a Declaração de Alma-Ata. A Conferência destaca a determinação econômica e social da saúde e a investigação de uma abordagem diferenciada, para extrapolar a direção centrada na doença. Ela realça a atenção para as necessidades humanas básicas e a importância da renda familiar, oportunidade de emprego, nutrição, educação, habitação, saneamento básico e meio ambiente, como condicionantes favoráveis à saúde das populações.

A Declaração de Alma-Ata enuncia a atenção primária como o novo paradigma da saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a estratégia indicada para promover a saúde de todos os povos, indicando aos governos essa prioridade na organização dos serviços. A estratégia aponta a necessidade de capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua vida, incluindo a participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

As discussões buscavam indicações para a saúde pública voltadas para as necessidades de saúde dos países, apontando como estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. A promoção da saúde, no novo paradigma mundial, é compreendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria das suas condições de vida e saúde, incluindo a participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19)

Ao identificar a saúde como “um recurso para a vida”, o conceito toma um enfoque positivo que enfatiza os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas. A promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, depende de condições e recursos fundamentais como: justiça social, educação, alimentação, renda, paz, habitação, ecossistema estável, recursos sustentáveis e equidade. São pré-requisitos que estão

interligados e destacam as políticas públicas de todos os setores, influenciando os determinantes de saúde e estabelecendo o ambiente para as outras serem possíveis.

Nesse contexto de mudanças e crises, o Brasil vivencia o movimento para a Reforma Sanitária. A idéia central do movimento, que transcorre historicamente nos anos de 1970/1980, é a organização do sistema de saúde propondo uma reforma total neste campo. Tal movimento conta com a participação dos profissionais da saúde, partidos políticos de oposição, sindicatos, movimentos sociais urbanos e rurais e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que começam a discutir as responsabilidades do Estado sobre a saúde.

As proposições para a Reforma Sanitária, iniciada em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram “dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação, como elementos essenciais para a reforma do setor” (BRAVO, 1996, p. 4). As reivindicações destes sujeitos exigiam respostas do Estado relacionadas às questões sociais emergentes no país: desemprego, saúde restrita a alguns, falta de saneamento básico, habitação, infraestrutura inadequada, problemas sociais resultantes do processo acelerado da industrialização, urbanização, imigração e empobrecimento, dentre outros.

A formulação de propostas nesta área procura viabilizar a construção da saúde como um direito, apresentando a cidadania como um componente central. As principais propostas defendidas são: a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos gestão. O debate ampliado e a participação da sociedade civil foram decisivos para a concretização do direito à saúde e das atribuições dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, com o tema: “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, teve a participação maciça

de 4500 pessoas, sendo 1000 delegados, deliberando propostas que foram encaminhadas e defendidas na Assembléia Nacional Constituinte que, naquele período, elaborava a nova Constituição do país. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo à sociedade como um todo e propondo não somente um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária no país (BRAVO, 1996).

Considerada um marco na história da saúde pública brasileira, a 8ª Conferência consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, assinalando um processo democrático, sistematizando e formalizando como proposta política as principais teses discutidas, envolvendo o conceito abrangente de saúde e seu reconhecimento como direito de cada cidadão brasileiro e dever do Estado. As propostas constituem as idéias centrais que vão favorecer a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), concentrando as necessidades e expectativas da sociedade, em relação à saúde, na perspectiva de um atendimento justo e digno para todos os brasileiros, independente de contribuição.

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Na contramão do projeto neoliberal, a elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988 foram consideradas um marco que pôs fim aos últimos vestígios formais do regime autoritário. A abertura iniciada pelo general Geisel em 1974 levou mais treze anos para desembocar em um regime democrático. A promulgação da Constituição foi um grande avanço na área das Políticas Sociais que passaram a ser consideradas como direito de todo cidadão, não mais como favor ou caridade, formando-se assim o tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo esta última contributiva. Destacamos neste trabalho a Saúde que passa a ser contemplada como direito de todos e dever do Estado:

Art. 196 - Saúde direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

A partir da Constituição, foram criados os elementos que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde é definida como um elemento da Seguridade Social, que compreende: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1998, p. 103). Tal conceito traz objetivos de universalidade, equidade e descentralização, entre outros.

O direito à saúde é, portanto, legalizado na Constituição Federal de 1988, e: “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998, p. 32). É quando o SUS se apresenta como um grande avanço, instituindo o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, uma das conquistas mais significativas da nossa sociedade. Muitas das suas propostas e princípios não conseguiram se efetivar, existindo um vácuo entre a lei e a realidade, mas, ainda assim, pode ser considerada uma das políticas sociais mais avançadas do país.

A história da saúde é marcada por mudanças significativas, passando a ser uma questão social reconhecida pelo Estado, especialmente por ser um problema social que se tornou uma questão política, tornando-se então uma política pública, necessitando que haja financiamento e enfrentamento. No plano jurídico, a promulgação da Constituição e a criação do SUS representam garantias importantes de direitos sociais para os cidadãos, construídos ativamente pela sociedade civil e tornando-se um direito reconhecido. Ao tornar-se pública, a

questão da saúde no país favorece abertura e espaço de luta pela democracia e conquista de cidadania.

As ações e serviços públicos de saúde são definidos como de relevância pública, devendo integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituindo o Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade”. (BRASIL, 1998, p.105)

Destaca-se que o SUS tem como competência diversas atribuições voltadas para o controle, fiscalização, execução de ações de saúde, formação de recursos humanos, proteção do meio ambiente e do trabalho, entre outras; e, como objetivos, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades sociais que interferem na saúde. O financiamento do Sistema é feito com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, significando recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população (BRASIL, 1998).

A regulamentação do SUS foi estabelecida em 1990, através do conjunto de duas leis, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº. 8.080/90 e a de nº. 8.142/90, para dar execução e disciplinar legalmente à proteção e a defesa da saúde, com diretrizes e limites que devem ser adotados pelo território nacional, esclarecendo o papel das três esferas de governo. Na LOS nº. 8.080/90, destacam-se os princípios organizativos e operacionais do Sistema, de tal modo que indica a descentralização político-administrativa e enfatiza a municipalização dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, de competências e de recursos e afirma o novo conceito:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 20).

A saúde, compreendida até então como a ausência de doenças e um bem estar físico e mental, passa a ter um conceito ampliado em seus diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, com a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde. A visão de saúde na concepção integral prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os indivíduos, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde.

Na sua composição abrange as idéias por um novo modelo de saúde pública, as quais constituem os princípios e as diretrizes, também estabelecidos no art. 7º da LOS 8.080/90:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 4).

O tripé de sustentação – integralidade da assistência, descentralização e participação da comunidade – compõe o modelo e a base de sustentação do SUS. A participação popular foi garantida na LOS nº. 8.142/90, que dispõe sobre a criação de espaços com poder de decisão no setor, através de Conselhos e Conferências nas três instâncias: municipal, estadual e federal. Esta Lei regulamenta as diretrizes para o funcionamento dos órgãos representativos e define a maneira como a população irá acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde. A idéia de controle social e de co-gestão é inovadora e democrática:

Estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Mas, embora esteja prevista em Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos (BRASIL, 1990, p. 12).

O controle social preconiza a participação e influência da população na gestão do SUS e possibilita as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O Conselho de Saúde é:

[...] um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [...] (BRASIL, 1990, p. 11).

No que se refere à participação da população na gestão do SUS, a mesma tem sido mínima tendo em vista a dificuldade de mobilizar a presença dos usuários e dos trabalhadores da saúde, além disso, percebe-se que a população perdeu em parte sua tradição de participação, podendo ser um dos motivos os longos anos de repressão. Outro fator pode ser a falta de vontade dos gestores para que haja essa participação e obviamente se submeterem ao controle da comunidade. Na prática foram criados inúmeros conselhos, mas poucos conseguiram se efetivar em sua plenitude.

O princípio de universalidade, como garantia de acesso e de atenção à saúde em todos os níveis de assistência, a todo e qualquer cidadão brasileiro, sem discriminação e de acordo com suas necessidades, independente se contribui ou não com a Previdência Social e o princípio de igualdade à assistência, que prevê o atendimento a todas as pessoas sem preconceitos ou privilégios, foram considerados como avanços nessa área da saúde, marcada pela exclusão.

Segundo Bravo e Matos (2002), a universalidade como direito foi um dos aspectos que provocou tensão e resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. As premissas dessa resistência pautam-se em concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às propostas de concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemonico.

Ainda dentro da perspectiva de análise destes mesmos autores, a refilantropização e a desprofissionalização da saúde foi realizada com utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, mobilizando a sociedade para se responsabilizar e assumir o custo da crise enfrentada pelo País.

Na prática o princípio da universalidade tem se dado muitas vezes de forma excludente visto que, em momento de contenção de custos e controle de gastos recomendados pela política econômica, o que tem sido adotado, predominantemente, é o seu significado com

viés neoliberal, que transfere para as famílias e sociedade a responsabilidade pelos cuidados com saúde.

Segundo Faleiros (2000, p. 54), “o Estado neoliberal prevê que cada indivíduo vele pelo seu bem-estar, ao invés da garantia do estado de direito.”.

Nesse processo, o acesso facilitado aos serviços de saúde tenta ser garantido no princípio de equidade, considerando os obstáculos econômicos, culturais, geográficos e funcionais que afastam, de um lado, a população mais necessitada e, de outro, a população economicamente favorecida e tem como função reorientar os serviços na distribuição dos recursos para os locais mais carentes e assegurar ações de saúde em todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras.

Na essência significa que todos têm direito ao atendimento às suas necessidades, mas são diferentes e vivem em condições adversas, suas necessidades são diferentes e a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de adequar as ações às necessidades de cada parcela da população. A equidade e a igualdade se complementam, em razão da realidade diversa do país, dos estados e municípios.

1.3 Programas do Ministério da Saúde

O processo de descentralização do SUS tem como pressupostos a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, ou seja, a maneira de organização do Sistema para que seja mais eficaz, nos aspectos de atendimento prestado e aplicação de recursos. Estes são subsídios que devem contribuir no planejamento das ações, oferecendo serviços conforme as necessidades de saúde da população de determinada região e evitando duplicidade. Esta estratégia de organização tem como objetivo focar a assistência, a promoção e a prevenção,

com a intervenção da equipe de saúde sobre a comunidade local, a família, o indivíduo e as instituições.

A descentralização indica que o poder de decisão deve pertencer aos responsáveis pela execução das ações, por estar mais perto dos problemas e ter melhor conhecimento das necessidades e soluções. Isso facilita o direito de participação de todos os segmentos envolvidos e a administração dos serviços, o que supõe ser mais eficiente na solução dos problemas identificados, significando, ainda, que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais, as que alcançam vários municípios devem ser estaduais e as que são dirigidas a todo território nacional são responsabilidades federais.

O SUS tem como metas desenvolver ações previstas nos Programas do Ministério da Saúde, nas áreas da: Saúde da Mulher, Criança, Família, Controle da Hipertensão e do Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Eliminação da Hanseníase e Tuberculose, Saúde Mental, DST/AIDS, Assistência Farmacêutica, Exames de Apoio e Diagnóstico, Vigilância em Saúde: Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Sistema de Informação e Controle Social, entre outros. Presta atendimento na área de atenção básica, média e alta complexidade – ambulatorial e hospitalar, através de serviços próprios, conveniados e/ou contratados.

A direção nacional do SUS é responsabilidade do Ministério da Saúde, estabelecendo normas com assessoria técnica aos estados e municípios. É responsável por todas as ações e serviços realizados sobre o indivíduo e o meio ambiente, e por qualquer substância ou produto que é consumido e/ou utilizado pela população. Além disso, desenvolve diversas Políticas e Programas de Saúde, destacando-se:

- Brasil Sorridente, ações para melhorar as condições da saúde bucal;
- Bolsa Alimentação, para complementar a renda familiar e a nutrição;
- Bancos Leite Humano, promover expansão do uso do leite humano;

-
- Banco de Preços em Saúde - Aids, política de medicamento da área;
 - Cartão Nacional de Saúde, para facilitar a identificação usuário no Sistema;
 - Doe vida. Doe órgãos, campanha que visa à doação órgãos;
 - Educação Permanente em Saúde, para a formação dos trabalhadores da área;
 - Farmácia Popular, para disponibilizar remédios de baixos custos;
 - Humaniza SUS, melhorar as relações entre trabalhadores da saúde e usuários;
 - REFORSUS, recurso para investimento e recuperação da rede física;
 - Qualisus, qualificar a rede em relação à fila de espera e risco de saúde;
 - Projeto Expande, para alta complexidade em oncologia;
 - Saúde Mental, para reintegração social de usuários com transtornos mentais;
 - SAMU, atendimento para implementar a assistência pré-hospitalar;
 - SIS, sistema de informação para monitorar os indicadores de saúde na rede;
 - VIVA MULHER, reduzir o número de mortes pelo câncer do colo de útero e mama, melhorar acesso, diagnóstico e tratamento.

As políticas e programas visam implementar e qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do SUS, e minimizar problemas que dificultam e/ou impedem mudanças no modelo de atenção.

Faz-se necessário ratificar o SUS como uma política necessária ao acesso dos serviços de saúde, mesmo que muitos já tenham perdido as esperanças, mesmo que profissionais tenham se deixado embalar pela mídia e por todo o aparato criado para desqualificá-lo, e além do notório interesse do Estado e do mercado em não efetivá-lo.

Temos um Estado com forte viés neoliberal que segue orientações de fornecer apenas o mínimo para a população e deixar o mercado cuidar dos outros procedimentos, favorecendo a mercantilização da saúde.

O Estado tem sido um grande “pai” para o mercado, numa contradição de oferta de serviços, os procedimentos de alto-custo têm sido realizados pelo SUS mesmo para os usuários conveniados, pois é universal: todos têm direito, deixando os convênios médicos, que visam lucros, livres desses custos. Ele tem, ainda, favorecido a isenção de impostos para quem paga esses mesmos convênios médicos, recursos estes que poderiam estar sendo destinado para atendimentos pelo SUS.

A criação e a implantação do SUS não trouxeram solução decisiva para área da saúde, mas sim formas relevantes de atendimentos mais dignos, de maior inclusão, o que não é pouco num país como o nosso marcado pela desigualdade social e pela péssima distribuição de renda. Mais do que isto, é a única forma de acesso para milhões de brasileiros que não podem comprar sua saúde via mercado, através dos pagamentos de convênios ou de atendimentos particulares, da compra de medicamentos e realização de exames. Enfim, a defesa do SUS se faz necessária para que ele funcione em toda a sua plenitude, caso contrário vai continuar prevalecendo à lei do mercado, ou seja, quem tem mais dinheiro compra mais saúde.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Madalena foi pro mar
E eu fiquei a ver navios
Quem com ela se encontrar
Diga lá no alto mar
Que é preciso voltar já
Pra cuidar dos nossos filhos

Chico Buarque – Madalena Foi Pro Mar

Desde o Século XIX, o corpo feminino vem sendo esquadrihado e normatizado pela prática médica, gerando diversas propostas de intervenção. Até a década de 1960, essas propostas se restringiam apenas à adequação das mulheres ao seu papel de mães saudáveis, na geração de filhos igualmente saudáveis. A sexualidade, a educação e o comportamento das mulheres eram normatizados visando esse objetivo. O pré-natal, o parto, a amamentação e o cuidado com os filhos eram os principais temas tratados nos manuais de higiene e de serviços públicos de saúde.

Durante décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento das demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo.

Segundo Fausto (2002), nos anos de 1950, período este em que o mundo saía da 2ª guerra mundial, o Brasil vivia um período de mudanças, deixando de ser um país eminentemente agrícola e caminhando rumo à industrialização, abrindo sua economia para o capital internacional, financiando tais mudanças.

No Brasil e na América Latina essas ações começaram nos anos de 1960, época em que a pílula anticoncepcional foi lançada. Havia uma preocupação mundial com medidas que trouxessem o controle de natalidade. Os eventos na área da reprodução multiplicaram-se.

Inúmeros métodos anticoncepcionais de base hormonal, com diferentes vias de administração, começam a ser difundidos.

As propostas governamentais da época faziam referência ao planejamento e ao controle da prole por grupos e instituições filantrópicas e privadas, apoiados por instituições internacionais e pelo próprio governo. Disseminavam entre as populações mais pobres, tecnologias contraceptivas como o Dispositivo Intra Uterino (DIU), os hormonais e a esterilização. No final da década 1970, a ideologia dominante era que a pobreza das famílias decorria do grande número de filhos.

Ainda nos anos de 1970, inúmeras clínicas e maternidades foram construídas no Brasil crescendo o número de leitos públicos e privados para os cuidados aos problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

Segundo Fausto (2002), o fenômeno demográfico mais significativo foi a redução da taxa de fecundidade, sobretudo a partir dos anos de 1970. A redução da taxa significa que as mulheres em condições de engravidar tiveram menor número de filhos. Durante a década de 1940, as mulheres brasileiras apresentavam uma taxa de fecundidade de 6,3 filhos. Essa taxa caiu para 5,8 durante a década de 1960 e na primeira década de 1980 baixou para 3,3, isto é, foi reduzida quase à metade. Embora os índices variem de acordo com a classe social e a região, deve-se salientar que a queda da taxa é um fenômeno geral no País e mundialmente constata-se a mesma tendência.

Aparentemente, a queda da taxa de fecundidade resultou sobretudo das campanhas pelo uso de preservativo e de esterilização das mulheres. Como o aborto era, e ainda é, considerado crime, exceto em casos excepcionais, não é possível dizer se houve também uma ampliação clandestina dessa prática. Seja como for, a utilização de métodos anticoncepcionais reflete não só uma política governamental, muito criticada pela igreja católica, mas também como um desejo das mulheres e dos casais de terem um número menor de filhos. Entre as

razões desse desejo, destaca-se a consciência da impossibilidade de sustentar uma prole grande.

Em 1973, o Ministério da Saúde e seus representantes elaboram o I Programa de Atenção Materno Infantil e, logo após, em 1977, o Programa de Gravidez de Alto Risco ainda dentro do marco materno-infantil e sob a ótica do risco gravídico.

Encerrando a década de 1970 e iniciando a de 1980, os movimentos de mulheres participavam de debate acirrado ao direito da escolha em ter filhos. Na década de 1970, os direitos reprodutivos estavam centrados nas reivindicações das mulheres pelo controle do próprio corpo, da fecundidade e atenção especial à saúde. Foi um período fortemente marcado pela luta para a descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção. O movimento feminista lutou por programas destinados à promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, independente do período reprodutivo gestacional.

Em 1983, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Sendo assim, é lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, concomitantemente, no âmbito do Movimento Sanitário se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico,

tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras. O PAISM não conseguiu se efetivar em todo país, deixando uma lacuna no atendimento integral e de totalidade à mulher.

Apesar da denominação freqüente de Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova ótica – a assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços, como um todo (BRASIL, 1984, p. 14).

Segundo Vianna e Lacerda (2004), foi a partir da Constituição Federal de 1988 que se estabeleceu a obrigação do Estado brasileiro com a implementação das recomendações e compromissos firmados nos tratados internacionais, como a 4ª Conferência Mundial da Mulher – Igualdade, Desenvolvimento e Paz, no Cairo em 1994 e em Beijing, 1995, sendo o Brasil um dos países signatários dessas conferências.

A Constituição Federal de 1988 inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar:

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 para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASI, 1998).

Em 12 de janeiro de 1996, foi decretada a Lei nº. 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. No Capítulo I, art. 4º, dessa lei, lê-se: “O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário á informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade”.

O planejamento familiar é previsto como livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo realizado na perspectiva do atendimento global e integral à saúde.

Artigo 1º. O Planejamento Familiar é direito de todo cidadão.

Artigo 2º. Para fins desta lei, entende-se Planejamento Familiar como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Artigo 3º. O planejamento é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, do homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

No que diz respeito às mulheres, a Constituição de 1988 assume vários pressupostos já estabelecidos em documentos internacionais, como a igualdade entre homens e mulheres em geral (art. 5º) e especificamente no âmbito da família (art. 226, § 5º), a proibição de discriminação no mercado de trabalho, por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil (art. 7, regulamentado pela Lei nº. 9.029 de 13/04/95, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas que possam prejudicar as mulheres, para admissão ou permanência no trabalho); a proteção da maternidade como direito social (art. 6º); a garantia de licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, por 120 dias (art. 7º,) (BRASIL, 1998).

Em 2004, foi apresentada, pelo Ministério da Saúde, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, em dois volumes: “Princípios e Diretrizes” e “Plano de Ação 2004-2007”. O documento foi elaborado em parceria com diversos setores da

sociedade civil organizada, gestores (as) do SUS, sociedades científicas, pesquisadores (as) e agências de cooperação internacional.

As ações visam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres. Segundo os dados apresentados no Plano do Ministério da Saúde, no Brasil as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral; as neoplasias, em especial o câncer de mama, de pulmão e o colo de útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente a pneumonias (que podem estar encobrendo casos não diagnosticados de síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS); as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para os casos de diabetes e causas externas.

Chama a atenção o fato da mortalidade ligada ao ciclo gravídico-puerperal e o aborto não aparecerem entre as dez primeiras causas de óbito.

Segundo Coelho, Calvo e Coelho (2006), a gravidade do problema fica evidenciada quando se observa que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e em 92% dos casos, estas mortes maternas são evitáveis. Ainda, segundo os mesmos autores o perfil epidemiológico das mulheres brasileiras evidencia que as maiores causas de adoecimento e morte são a pobreza, o preconceito, a discriminação, a medicalização do corpo e a precariedade da assistência.

O governo alega colocar a saúde da mulher como prioridade desta gestão e a Política Nacional traduz os compromissos com a garantia dos direitos humanos das mulheres e com a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Ao incorporar os enfoques de gênero, raça, etnia, orientação sexual, a integralidade e a promoção da saúde, busca consolidar avanços e ampliar ações para grupos até então à margem das políticas públicas, nas suas especificidades.

Como política de governo, elaborou-se documento em parceria com outros órgãos da gestão federal enfatizando as ações de Planejamento Familiar como direito do(a) cidadão(ã) e dever do Estado. Neste sentido, recupera as proposições do PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, que no ano de 2006 comemorou 23 anos de seu lançamento.

Para concretizar esta política no SUS, o Ministério da Saúde estabelece, dentre outras, as seguintes prioridades: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; distribuição de material educativo; capacitação de profissionais de saúde; atenção em reprodução humana assistida na rede pública e ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária, conforme o que dispõe a Lei Federal nº 9.263/96. (BRASIL, 1996).

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, responsável pela formulação e fomento das políticas de saúde destinadas à população feminina, com intuito de informar e contribuir para o aprimoramento do planejamento, da gestão e da avaliação sobre gastos com atenção à saúde da mulher no Brasil, apresenta uma breve explanação sobre a execução orçamentária específica da Área, alusiva ao Plano Pluri anual – PPA 2004-2007.

Os recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde para dar suporte a programas destinados à Atenção à Saúde da Mulher estão aprovados na Lei Orçamentária Anual 2004 e as linhas de ação priorizadas, com os respectivos percentuais de aplicação dos recursos, foram:

- promoção do parto normal – estratégia de apoio à formação da enfermeira obstetra em todos os estados;
- elaboração, produção, impressão e publicação de normas e materiais técnicos;
- melhoria da qualidade da atenção à mulher em situação de violência doméstica e sexual;

-
- apoio a eventos de promoção da atenção à saúde da mulher.

Cabe ressaltar que o aporte de recursos financeiros do Ministério da Saúde direcionados para a atenção à saúde da mulher não está, em sua maior parte, vinculada ao Programa ou Unidade Orçamentária, podendo ser identificado em várias áreas da estrutura do Ministério, de acordo com as diretrizes do SUS e as regras de financiamento. As ações que geram dispêndio financeiro direto do Ministério da Saúde têm recursos transferidos por meio de convênios, dos repasses fundo a fundo e também pela remuneração por serviços produzidos.

O Ministério da Saúde se compromete em desenvolver as seguintes linhas de ação:

- impacto das políticas públicas de desenvolvimento na saúde da mulher – apoiar a implementação de projetos de atenção integral à saúde da mulher;
- prevenção dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes;
- organização da vigilância do óbito materno na região norte;
- elaboração, impressão, publicação e distribuição de normas e materiais técnicos para a rede SUS;
- estudos e pesquisas que forneçam subsídios para formulação de estratégias que contribuam para os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

E os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher são:

- promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras,

mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;

- contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

2.1 Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS

O Ministério da Saúde decidiu que as ações de anticoncepção devem ser garantidas para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva, adultas (os) e adolescentes, que desejem ter acesso a métodos e meios para regulação da sua fecundidade.

Nesta perspectiva, apresentou proposta, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que definiu a inclusão dos métodos anticoncepcionais (pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona – minipílula, pílula anticoncepcional de emergência, preservativo masculino, injetável mensal, injetável trimestral, DIU e diafragma) no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica.

Com relação especificamente ao DIU e ao diafragma, a aquisição deverá cobrir progressivamente 100% da necessidade do país, inicialmente atendendo 1.200 municípios, em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano, para os anos de 2006 e 2007.

Os municípios a serem atendidos com o DIU e o diafragma, inicialmente, serão aqueles que, na atual estratégia, recebem o kit complementar com os métodos anticoncepcionais. A ampliação do número desses municípios se dará a partir da informação ao Ministério da Saúde, por parte das secretarias municipais ou secretarias estaduais de saúde, da existência de profissionais capacitados para o manejo destes métodos, tendo em vista que muitos municípios ainda não possuem essa condição.

Tomou-se por base, para definir a população alvo, a população de mulheres em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos, que sejam usuárias de métodos anticoncepcionais modernos (cerca de 70% deste universo, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS/1996), e que sejam atendidas na rede SUS (cerca de 74% da população, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/1998). Os parâmetros utilizados definem uma população-alvo em torno de 30.366.934 mulheres.

Esta proposta contempla a disponibilização da pílula anticoncepcional de emergência na atenção básica, de modo que não fique restrita apenas aos serviços de referência para mulheres vítimas de violência sexual. A pílula anticoncepcional de emergência é um recurso importante nas situações de relações sexuais desprotegidas, ajudando a diminuir o número de gestações indesejadas e de abortos provocados.

Os esforços em atender às necessidades das mulheres nas diversas fases de sua vida, ainda não foram efetivados em sua plenitude, nem mesmo ações como o fornecimento de insumos de métodos contraceptivos tem sua distribuição regularizada e se perdem muitas vezes nos caminhos da política, da burocracia e na inoperância do sistema.

CAPITULO 3

A IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM FRANCA – SP

A população assistida pela Direção Regional de Saúde, DIR XIII, em termos regionais é de 650 mil habitantes e Franca tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, de 321.969 mil habitantes (IBGE, 2006). O município está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema desde 1998, com repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, e tem responsabilidade na execução e controle das ações básicas de saúde, no gerenciamento de toda a rede pública ambulatorial e hospitalar e no pagamento dos prestadores contratados e conveniados ao SUS.

Conforme preconizado pela atual estrutura do SUS, toda ação de saúde pública é de responsabilidade do município que tem autonomia para implantar e implementar serviços que atendam á demanda e necessidades de sua população.

Franca realiza atendimento primário por meio de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem equipe multiprofissional mínima, composta por: assistente social, psicólogo, enfermeira, fonoaudiólogo, dentista, pediatra, clínico geral, ginecologista, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como recepcionistas e serviços gerais de limpeza. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o município possui 05 Núcleos de Programas de Saúde da Família (PSF) com equipe composta por clínico geral, enfermeira e agentes comunitários. Estes equipamentos de saúde, UBS e PSF, constituem a porta de entrada para os usuários do SUS e estão geograficamente distribuídos para facilitar o acesso dos usuários de diferentes regiões da cidade.

O atendimento secundário é realizado por ambulatórios especializados nas mais diversas áreas através do Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 16, serviço este que congrega

atendimentos nas mais diversas especialidades. Existem, ainda, outros ambulatórios funcionando no Centro de Saúde, Casa do Diabético, Ambulatório de Planejamento Familiar, o nível terciário por hospital conveniado como Fundação Civil Santa Casa de Misericórdia, Hospital do Coração, e Fundação Espírita Allan Kardec para os casos que necessitem de internações psiquiátricas.

Para cumprimento e efetivação da Lei nº 9.263/96, o município de Franca criou, em maio de 2000, o Ambulatório de Planejamento Familiar que vem trabalhando na perspectiva de regularizar os casos que necessitem de cirurgias de esterilização.

O Ambulatório de Planejamento Familiar de Franca é composto por equipe multiprofissional com enfermeira, médico ginecologista e obstetra, psicólogo e assistente social. O serviço é de referência a todo o município, funcionando de 2ª e 4ª feira das 13h às 17 horas. Uma das dificuldades enfrentadas é que esta equipe não é específica do Ambulatório e todos os profissionais estão vinculados a outras unidades, disponibilizando somente parte da sua carga horária para realização deste trabalho, fato este que dificulta as ações, as quais necessitam de maior dedicação e constante aprimoramento.

A Lei nº. 9.263/96, no capítulo I, prevê a capacitação da equipe que deverá se orientar por ações preventivas e educativas, conforme art. 4º, no parágrafo único, prevê que o Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva, fato este que não vem se efetivando numa perspectiva mais ampla.

O Ambulatório não possui instalações próprias para realização dos seus trabalhos. No início de suas atividades foi lhe cedido o espaço no Centro de Convivência do Idoso (CCI) no Centro de Saúde, no período vespertino, tendo em vista o fato de que o referido serviço funcionava no período da manhã. Em 2005, com a mudança do gestor local, o CCI passou a

funcionar por oito horas, o que levou o Ambulatório a mudar-se para o Centro de Testagem Anônima (CTA), também em espaço cedido.

Portanto, o Ambulatório não possui equipe e instalações próprias para que possa desenvolver seu trabalho. Outro aspecto que necessita ser enfatizado é que o Ambulatório foi implantado sem nenhuma divulgação, nem mesmo uma placa que indicasse o seu local de funcionamento. Constata-se, assim, a precarização das instalações do Ambulatório, bem como a necessidade de se efetivar uma equipe interdisciplinar que se dedique a esse trabalho e que seja continuamente capacitada para atender a demanda.

A porta de entrada para o serviço são os equipamentos disponíveis na atenção primária, sendo encaminhada à demanda através das já referidas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 Núcleos do Programa de Saúde da Família (PSF), que também deveriam estar preparados para realizarem ações educativas de planejamento familiar. O que se observa, na prática profissional, é que estes serviços não estão organizados e sensibilizados para assuntos referentes à vida sexual e reprodutiva das mulheres, nem para o desenvolvimento de ações especificamente relacionadas ao planejamento familiar.

A atenção básica de saúde deveria estar preparada para o fornecimento de todos os métodos contraceptivos orais, vaginais e injetáveis, pílula de emergência, preservativos masculinos e femininos e DIU, entre outros.

Quando o casal decide por um método contraceptivo definitivo é necessário que a mulher realize uma consulta com o ginecologista para se ter uma garantia da realização dos exames preventivos como papanicolau, entre outros. Dando seguimento ao processo, a usuária é atendida pela assistente social ou enfermeira da unidade que a orienta sobre o planejamento familiar.

Se a decisão for a opção pela cirurgia, o casal é encaminhado ao Ambulatório de

Planejamento Familiar. O agendamento para o referido serviço é realizado pelas recepcionistas das UBS e PSF. No atendimento do ambulatório, a mulher deverá comparecer com seu companheiro. Nos casos em que o homem ou a mulher não sejam casados ou não convivam com nenhum companheiro, o critério anterior não se aplica.

A demanda encaminhada ao ambulatório, no município de Franca, deve seguir alguns critérios estabelecidos, tais como o usuário que for se submeter à cirurgia deverá ter 30 anos, ou três filhos vivos.

Percebe-se que, neste item, houve uma mudança dos parâmetros utilizados pelo município, tendo em vista que a lei em seu artigo 10º estabelece 25 anos ou dois filhos vivos, e para as mulheres que já tenham história de duas cesáreas sucessivas poderá ser autorizada à laqueadura no momento do parto. Este critério adotado pelos responsáveis da implantação do Ambulatório no município de Franca restringe o direito legalmente instituído dos usuários, tendo em vista a alteração da idade e número de filhos para pleitear uma cirurgia. Na época da implantação do Ambulatório a alteração foi justificada alegando-se a excessiva demanda que seria solicitada para o atendimento a este serviço.

A equipe interdisciplinar do Ambulatório de planejamento realiza trabalhos educativos, discutindo vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos e a importância do planejamento familiar como direito social que atende a todos os cidadãos. Posteriormente, realiza-se a avaliação social e psicológica necessária à autorização da cirurgia de esterilização.

Os usuários, ao firmarem a vontade de realizar a cirurgia, retornam dois meses após este primeiro atendimento, oportunidade esta em que assinam documentos constando a participação na reunião de planejamento familiar e que foram orientados sobre a existência dos métodos reversíveis que evitam gravidezes, sobre o fato de estarem se submetendo aos métodos definitivos de esterilização, confirmando que estão realizando o procedimento de livre e espontânea vontade. É esclarecido, sobre o documento que estão assinando, que é a

autorização para o médico realizar a cirurgia e que, até o momento da realização da mesma, podem voltar atrás em sua decisão, sem qualquer prejuízo, para poderem pleitear, em uma outra oportunidade, a realização da mesma ou de quaisquer outros atendimentos se assim o desejarem.

Em janeiro de 2004, o serviço de planejamento familiar passou a funcionar apenas às segundas feiras, o que provocou a grande demanda reprimida. Em 2005, o atendimento voltou a ser realizado às quartas-feiras. Mesmo com essa alteração não se conseguiu diminuir a lista de espera, e por determinação da secretaria de Saúde interrompeu a realização de agendamentos de novos casos, pois em abril de 2006 já havia usuários agendados até dezembro. O agendamento que permaneceu foi aquele para gestantes que tem possibilidade de realizar laqueadura no momento do parto, desde que, com histórico de duas cesáreas ou mais.

Em Dezembro de 2006, na tentativa de sanar as dificuldades apresentadas pelo Ambulatório, como demanda excessiva, falta de instalações e equipe que se dedique exclusivamente a este serviço, houve uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde de capacitar as equipes de cada UBS, desde que haja interesse em realizar o trabalho de planejamento familiar. Caberia, neste caso, criar condições de favorecimento do acesso a este atendimento, bem como despertar o olhar para as reais necessidades destas mulheres, ainda na

material educativo, propõe descentralizar o atendimento como alternativa única para a resolução dos problemas enfrentados.

Podemos ressaltar que, apesar de todas as dificuldades apresentadas, a lei de planejamento familiar e sua implantação no município de Franca, trouxeram mais justiça social, haja vista que coloca o ato de planejar a família como um direito e não como uma imposição ou mesmo com descaso por aqueles que não vêem essa questão como relevante, pois a Lei regulariza a esterilização possibilitando este método a todos brasileiros.

Atualmente, o Ministério da Saúde demonstra estar se empenhando no sentido de prestar assistência às mulheres, oferecendo consultas de pré-natal, incentivando o parto normal com uso de anestesia, realizando várias campanhas como a do câncer de mama e colo uterino. Percebemos, contudo, que ainda é uma política que não contempla a mulher numa perspectiva integral, como sujeito de direitos, inclusive incentivando-a a participar na elaboração de programas voltados para seu atendimento, sem falar no desenvolvimento de ações voltadas á melhoria da sua qualidade de vida.

Apesar dos esforços relatados, ainda não vislumbramos uma política de saúde voltada às necessidades da população brasileira em qualquer um de seus segmentos e, especialmente no caso das mulheres, políticas que contemplem todas as fases de sua vida, desde a infância, passando pela adolescência, vida adulta e envelhecimento.

CAPITULO 4

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Minayo

A pesquisa foi realizada no município de Franca - SP, mais especificamente no Ambulatório de Planejamento Familiar, equipamento pertencente à Secretaria Municipal de Saúde, ao qual comparecem em média 60 casais por mês. A população a ser estudada foi composta por mulheres usuárias deste serviço.

Nossa opção em pesquisar as mulheres na perspectiva do planejamento familiar, se justifica pelo fato de que, pela nossa experiência profissional, são elas as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde, são elas que têm assumido com maior freqüência as responsabilidades perante a maternidade não só nos aspectos biológicos, mas nos aspectos sociais também e, principalmente, por serem elas que em geral decidem qual método contraceptivo o casal vai usar.

Utilizamos como fonte para esta pesquisa os dados primários obtidos através dos instrumentais que foram por nós elaborados constando de questionários elaborados com perguntas abertas e fechadas e entrevistas efetivadas com base em roteiro, e na observação participante durante nossos atendimentos de rotina no campo de trabalho profissional. Completamos nossos estudos com informações secundárias a respeito do assunto contidas nos prontuários e documentações disponíveis na Secretaria de Saúde. Trata-se de pesquisa com abordagem quanti-qualitativa para conhecimento e explicação do cotidiano da vida dessas mulheres.

Segundo Minayo e Sanches (1993), pode-se trabalhar simultaneamente com pesquisa quantitativa e qualitativa, pois do ponto de vista metodológico não há contradição, assim como não há continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Ainda, segundo Minayo (2004), no decorrer da pesquisa pode surgir a necessidade da elaboração de um questionário fechado para captar aspectos considerados relevantes para iluminar a compreensão do objeto, estabelecer relações e generalizações. É importante o uso de várias técnicas e não há oposição entre elas.

O instrumental utilizado na pesquisa baseou-se na aplicação de um mesmo questionário (Anexo A) a todas as mulheres que freqüentaram o Ambulatório de Planejamento Familiar no mês de setembro de 2006, perfazendo sessenta entrevistas. Optamos em realizar a aplicação dos questionários nos momentos que antecederiam as reuniões do planejamento familiar, pois tínhamos o interesse de saber qual conhecimento prévio elas detinham quando chegavam ao serviço, porque durante as reuniões elas receberiam informações sobre os métodos contraceptivos existentes, vantagens e desvantagens de cada um, bem como sobre a Lei de Planejamento Familiar.

Antes de iniciarmos a aplicação dos questionários, reunimos todas as mulheres presentes na sala de reuniões utilizada pelo Ambulatório de Planejamento Familiar para a realização de suas atividades. Explicamos a todas do que se tratava a pesquisa, discutimos os objetivos da mesma bem como seu caráter científico e acadêmico, sendo que esta pesquisa poderia não trazer nenhum benefício para elas, mas os resultados da pesquisa poderiam trazer mudanças na forma de atendimento trazendo benefícios a outras usuárias deste serviço.

Deixamos explícito o sigilo pertinente a este tipo de pesquisa, lemos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foram por elas devidamente assinados (Anexo B), bem como pelas respectivas testemunhas, pautando-nos pela ética e deixando bem claro que a participação era espontânea. Deste universo, duas usuárias não concordaram em participar das entrevistas alegando terem pouco tempo, o que foi respeitado.

Em seguida realizamos a aplicação do questionário individualmente em sala de atendimento, resguardando mais uma vez o sigilo das perguntas e principalmente das respostas, preservando assim o espaço de cada uma das nossas usuárias.

Optamos pelo preenchimento do questionário ser realizado pela pesquisadora, formulando as perguntas e oferecendo alternativas para a escolha das entrevistadas. Esta postura investigativa foi modificada apenas na questão sobre o conhecimento que tinham dos métodos contraceptivos, em que deixamos que elas elencassem livremente quais conheciam, apesar de termos no questionários as opções contraceptivas conhecidas.

O questionário foi dividido da em cinco partes contendo nove perguntas cada, agrupado de forma a facilitar a compreensão dos aspectos por nós estudados.

- 1- Dados Pessoais: idade, local da residência, estado civil, religião, grau de escolaridade, número de filhos.
- 2- Condições Socioeconômicas: ocupação da usuária, condições de moradia, renda familiar.
- 3- Nível de Informações: conhecimento dos métodos contraceptivos, Lei de Planejamento Familiar, opção de método de cirurgia.
- 4- Serviços de Saúde: conhecimento dos Programas de Saúde da mulher, sugestões de melhoria no atendimento à saúde da mulher.
- 5- Vantagens e desvantagens de ser mulher.

Numa segunda etapa de nossa pesquisa, foi realizada a abordagem qualitativa, quando nos utilizamos do recurso da gravação das falas, após a autorização expressa das mulheres entrevistadas, não havendo nenhuma objeção.

Nesta fase da coleta de depoimentos realizamos seis entrevistas. Esta etapa foi efetuada dois meses após aplicação dos questionários, quando as mulheres pertencentes ao nosso universo de pesquisa retornavam ao Ambulatório para confirmarem a opção em realizarem a cirurgia de esterilização. A seleção foi realizada de forma aleatória. Neste momento utilizamo-nos de roteiro (Anexo C), para nortear a nossa pesquisa.

Os nomes das mulheres entrevistadas não serão revelados por questões éticas e recorreremos a nomes fictícios para indicar falas, as quais entendemos necessário transcrever, para elucidar a compreensão desta realidade.

Após as entrevistas realizamos a transcrição das fitas, para possibilitar a análise, e emergiram dos textos obtidos categorias como: trabalho, medo de engravidar interferindo na sexualidade, motivação para realização da cirurgia, conhecimento do planejamento familiar.

CAPITULO 5

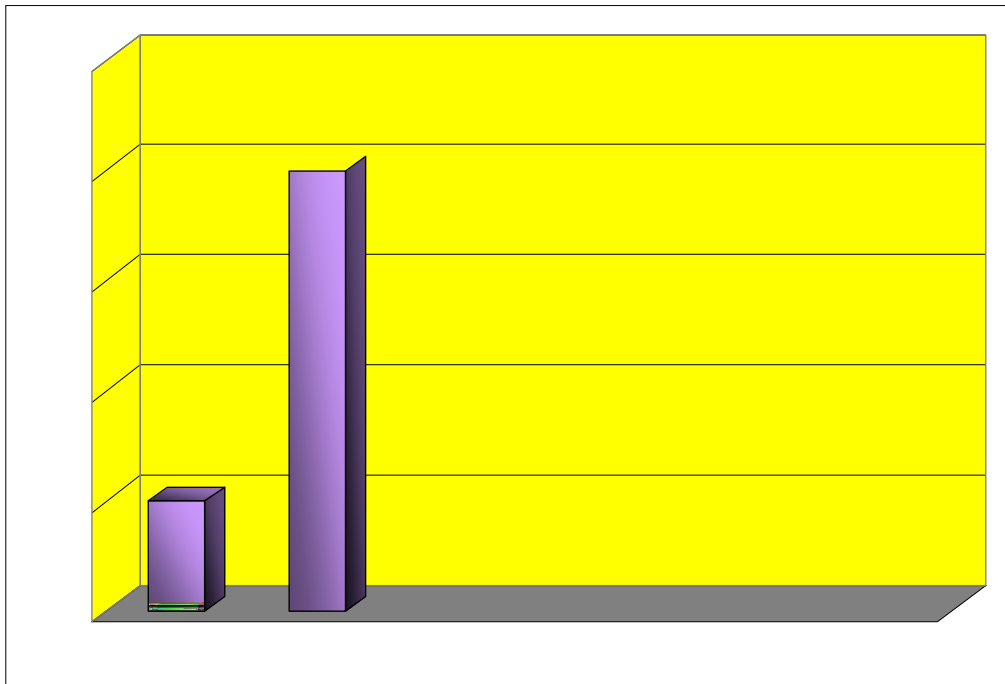
PLANEJAMENTO FAMILIAR SEGUNDO A PERSPECTIVA FEMININA: RESULTADO DA PESQUISA

Eu tropeço no possível, mas não desisto de fazer a descoberta que tem dentro da casca do impossível

Carlos Drummond de Andrade

Neste capítulo procuramos elaborar o perfil das mulheres usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar da Secretaria de Saúde de Franca-SP, onde realizamos esta pesquisa.

Nesta etapa do trabalho realizamos a análise dos dados, na perspectiva da análise de conteúdo. A pesquisa quantitativa e qualitativa foi realizada separadamente, mas a análise foi realizada de maneira interligada, para uma melhor apreensão da realidade.

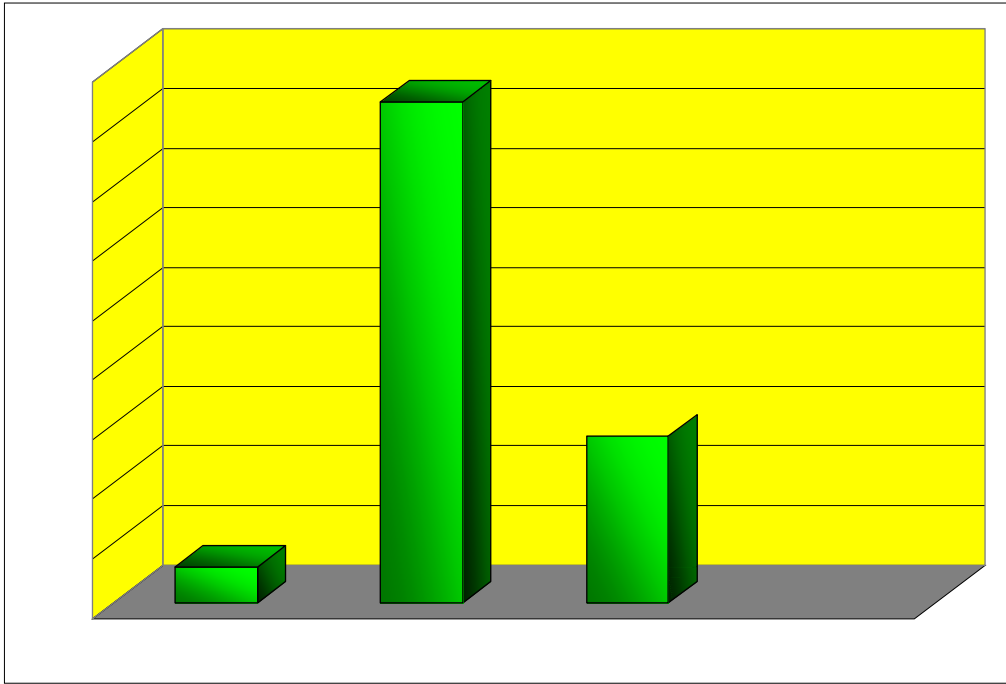


Na Figura 1 demonstramos a idade das mulheres, sendo que, do total, duas mulheres têm mais de 41 anos.

Em relação à idade das usuárias, que procuram o Ambulatório de Planejamento Familiar em busca de cirurgia de esterilização, podemos constatar que do total pesquisado, um universo de 60 mulheres, 53 têm entre 26 e 40 anos, portanto, dentro da faixa etária estabelecida pela Lei nº. 9.263/96 para a realização de laqueadura ou vasectomia, pois no art.10 desta lei lê-se: “somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maior de vinte e cinco anos de idade ou com dois filhos vivos” (BRASIL, 1996).

Entre as que tinham idade entre 20 e 25 anos, 5 mulheres procuraram o serviço; em geral, às mulheres dessa faixa etária são encaminhadas ao Ambulatório após terem se submetido a duas cesáreas ou mais, devido à possibilidade de realizar a cirurgia na hora do parto, conforme preconiza a lei, desde que comprovada a necessidade.

Segundo Minella (2005), levando-se em conta que a trajetória de vida de uma mulher pode sofrer várias alterações, incluindo as possibilidades de separação, viuvez, perda de filhos, necessidade de construir novas relações nas quais a falta de filhos pode ser cobrada, a esterilização de pessoas excessivamente jovens ou que tem apenas um filho deveria ser seriamente reavaliada do ponto de vista ético, dado o caráter praticamente irreversível do procedimento.



irreversibilidade do método, pois como já referido, podem ocorrer mudanças na vida das pessoas levando a mulher a desejar conceber outro filho, o que pode trazer sofrimento e transtornos.

O programa preconiza a existência de equipe interdisciplinar, como já abordado, para ações sócio-educativas, tanto no sentido de esclarecer sobre os métodos contraceptivos disponíveis, como para explicar a irreversibilidade do método de esterilização, debater sobre a lei de planejamento familiar e os direitos de cada um nos aspectos relacionados à sua vida sexual e reprodutiva.

Todas as preocupações em relação à cirurgia de esterilização são pertinentes, mas cabe aos profissionais da saúde desenvolver trabalhos de cunho educativo com as mulheres e os homens, favorecer o acesso aos programas de saúde, mas não lhes compete decidir qual método deva ser usado. As mulheres são as maiores interessadas nessa decisão, então, cabe a elas decidir a forma como desejam se prevenir de gravidezes não desejadas e, como cidadãs com autonomia, encontrando o seu caminho, possam desenvolver a aptidão, segundo Demo (2005), de “saber pensar” e saber decidir, e poder viver a cidadania emancipada.

Saber pensar não combina com cidadania tutelada, aquela que nos quer massa de manobra, submissos e ignorantes. Nem combina bem com cidadania assistida, porque aceita apenas a assistência necessária e tem como ideal viver sem assistência. Combina com cidadania emancipada, aquela que sabe o que quer, por que e como quer (DEMO, 2005, p. 18).

Como já nos ensinava, em 1949, Simone de Beauvoir ao publicar seu livro “O segundo sexo” em que discutia a condição feminina na perspectiva sexual, psicológica, social e política, sobre o que entendia ser a invisibilidade das mulheres ao afirmar “O certo é que, até aqui, as possibilidades das mulheres foram sufocadas e perdidas para a humanidade; já é

tempo, em seu interesse e no de todos, de deixá-las enfim correr todos os riscos, tentar a sorte” (BEAUVOIR, 1980)

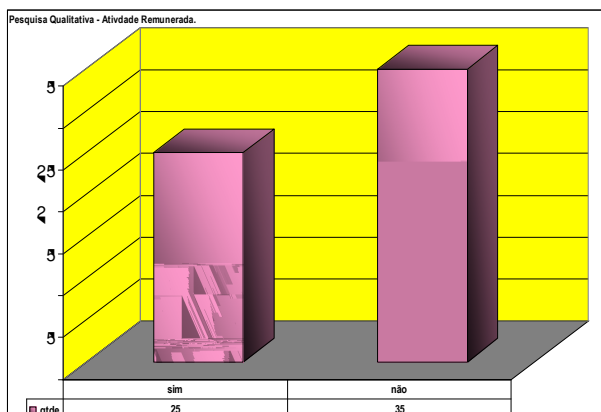


Figura 3 - Se exerce atividade remunerada.

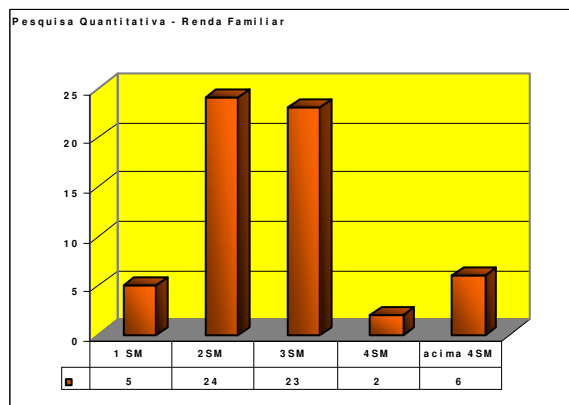


Figura 4 - Rendimento mensal familiar.

Dando continuidade ao nosso levantamento, procuramos saber se as usuárias entrevistadas exerciam alguma atividade remunerada e, deste universo pesquisado, 35 mulheres alegam que executam as atividades diárias de donas de casa, não tendo, portanto nenhuma renda própria, ficando dependentes dos seus esposos ou companheiros. As usuárias que declararam exercer alguma atividade remunerada alegam executar funções de domésticas, vendedoras, sapateiras, portanto, atividades de baixa remuneração e pouco prestígio social.

Com relação ao rendimento, 5 dentre elas se situavam na faixa de 1 salário mínimo (SM), 24 tinham rendimento mensal equivalente a 2 SM, 23 alegaram receber 3 SM, enquanto 2 admitiram ganhar 4 SM e 6 referenciaram receber mais de 4 SM. O salário mínimo vigente é de R\$ 350,00. Cabe ressaltar que o rendimento relatado é pertencente ao grupo familiar como um todo, não sendo rendimento específico e exclusivo das mulheres entrevistadas. O que ficou constatado é que se elas tivessem apoio para cuidarem dos filhos poderiam se inserir no mercado de trabalho melhorando o rendimento familiar. Segundo dados apresentados pelo IBGE, referentes ao ano de 2000, o rendimento médio dos moradores

do município de Franca era de R\$ 634, 45. As pessoas acima de dez anos com rendimento mensal de 1 a 2 salários mínimos perfazia 47.899 mil habitantes e de 2 a 3 salários mínimos 29.567, o que nos leva afirmar que os usuários do ambulatório correspondem ao perfil de renda do município (IBGE, 2006).

Segundo Fausto (2002), a partir da década de 1970, as mulheres ingressaram em número crescente no mercado de trabalho. Dentre os inúmeros motivos pode-se destacar o crescimento econômico, que resultou em maior oferta de empregos, acompanhado de incentivo ao consumo e aumento das desigualdades sociais. Muitas mulheres induzidas por esta fase do capitalismo liberal, que então se instalou no país, passaram a buscar trabalho fora de casa, visando contribuir para o orçamento doméstico e para ampliar o consumo de bens.

Os baixos salários relegados a essa categoria de trabalhadoras e a falta de equipamentos sociais para deixarem seus filhos são fatores que podem afastar as mulheres do mercado de trabalho, não tendo muitas vezes como disponibilizar recursos para pagar uma pessoa ou a escola.

Cabe ressaltar o crescente número de mulheres que, por necessidades financeiras, assumem dupla jornada de trabalho com atividades fora de casa e, ainda assim, permanecendo sua responsabilidade de cuidar de todos os afazeres domésticos. Isto porque não recebem o suficiente para pagar alguém que cuide da casa e dos filhos e, ainda, enfrentam dificuldades de obter a adesão dos seus companheiros na divisão dos trabalhos domésticos. Em nossa

dedicarem à criação dos filhos, conforme apresentamos nos fragmentos das falas de nossas entrevistadas.

Não logo assim que eu tive a primeira, eu já não trabalhei mais.

Antes de engravidar, 1 mês antes de engravidar eu parei e em seguida engravidei.

É, aí depois não teve como, assim foi mais difícil ir trabalhar, porque para mim na época não tinha com quem deixar, tinha minha mãe, mas tinha dificuldade porque para ela, igual ela falava que já criou 6 filhos então cada um dos filhos que casasse que arrumasse quem cuidava dos seus, então eu optei para eu mesmo olhar. (Giovana)

Depois que eles nasceram o Guilherme foi o meu primeiro filho, parei um mês antes do parto eu parei de trabalhar, quando ele tinha três anos, eu fiquei grávida de novo parei definitivamente. Porque com dois filhos não tenho com quem deixar. (Tânia).

Não, o trabalho eu deixei por opção minha mesma eu morava longe da minha mãe, longe da mãe dele também, não tinha como levar a menina para casa dos parentes então eu deixei de trabalhar. (Edna).

Percebe-se que as mulheres assumem ter deixado o trabalho como uma opção o *trabalho eu deixei por opção minha mesma*, afastada do mercado por não ter as condições necessárias para continuar. Sendo assim, ao assumirem a decisão, não questionam o sistema vigente e nem as condições impostas aos trabalhadores, neste caso específico, às mulheres.

Uma das entrevistadas hoje com 28 anos alega ter abandonado a escola após a primeira gravidez; na época ela em que engravidou estava com 18 anos. Constata-se que muitas adolescentes enfrentam a mesma situação. Não se pode negar que as mulheres assumem com maior frequência as questões inerentes às gravidezes, não só no aspecto biológico como gerar o filho, dar a luz e amamentar, mas também nos aspectos sociais.

Na primeira gravidez tive que deixar a escola, pois fiquei com vergonha, por ser solteira, tinha 18 anos, estava na oitava série. (Luciana)

As mulheres demonstram desejo de voltar ao trabalho, caso tenham com quem deixar os filhos.

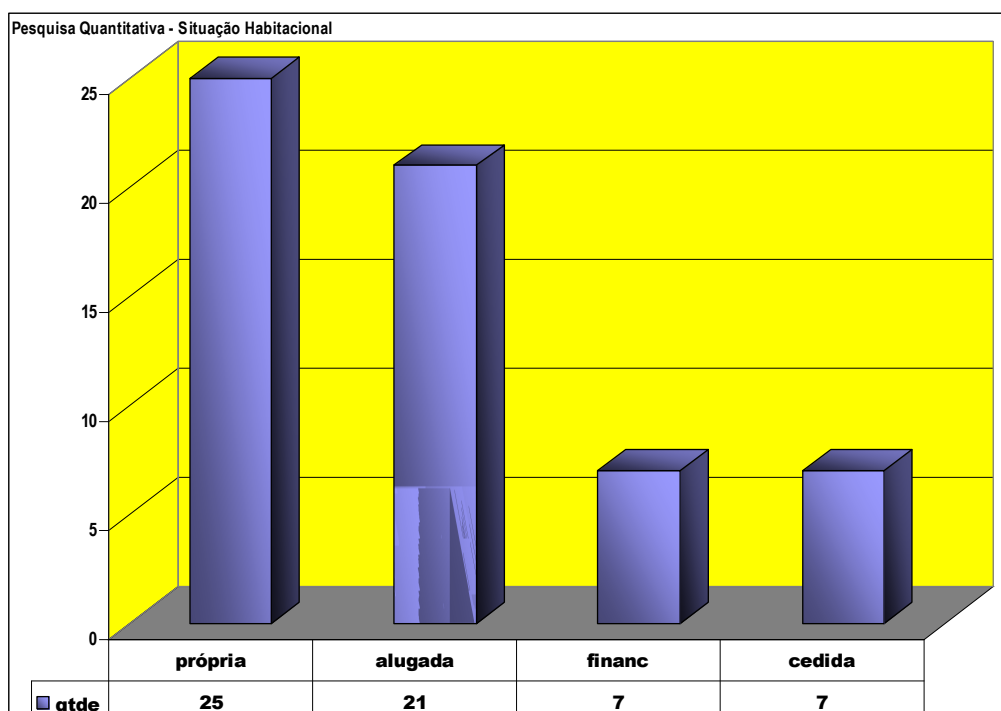


Figura 5 - Condições de moradia.

Pudemos constatar os baixos salários que essas famílias têm para sobreviverem e ainda as despesas com habitação, tendo em vista que 25 residem em casa própria, mas 21 dessas famílias residem em casas alugadas. Tal situação dificulta a manutenção do grupo familiar, pois além das despesas de alimentação, transporte, educação, vestuário ainda gastam com moradia, tendo uma renda insuficiente. Conforme demonstrado, 47 famílias ganham entre 2 ou 3 salários mínimos tendo, portanto, rendimento entre R\$700,00 e R\$1350,00 reais para manutenção de todos os gastos familiares e, ainda, destinam uma parte significativa dos seus rendimentos para pagarem os aluguéis.

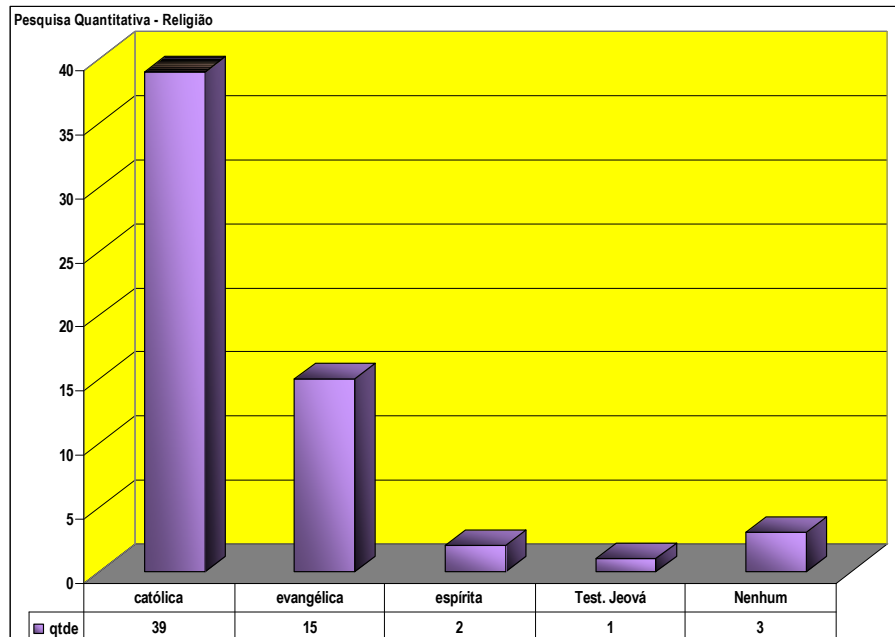


Figura 6 - Opção religiosa.

Com relação ao aspecto religioso, 39 declararam-se católicas, 15 evangélicas, 2 espíritas, 1 testemunha de Jeová e 3 alegaram não ter nenhuma religião.

Destaca-se na religião um aspecto ambivalente, pois não foi referida como fator determinante na decisão de se realizar a cirurgia de esterilização, tendo em vista que a religião católica, opção da maioria (39), não aceita e não recomenda nenhum método contraceptivo a não ser os naturais. Em nossa experiência profissional atendemos mulheres que em decorrência da orientação religiosa não usam nenhum método contraceptivo.

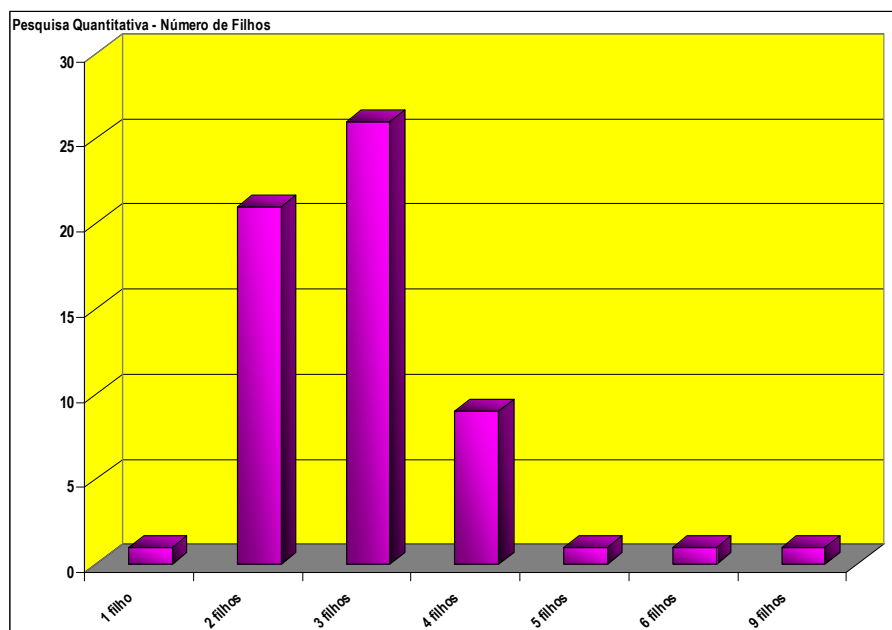


Figura 7 - Número de filhas por mulheres.

No aspecto referente ao número de filhas, 20 mulheres têm 2 filhas e, do universo pesquisado, 25 tem 3 filhas. Portanto, perfaz-se um total de 45 mulheres que têm de 2 a 3 filhas, o que vem ilustrar a diminuição das famílias brasileiras. De acordo com dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2006), o índice de fecundidade na última década apresenta queda, pois se em 1990 eram 2,79 filhas por mulheres, em 2004 a taxa de fecundidade era de 2,31.

O número de filhas por mulheres varia conforme a região ou classe social. A maior parte das mulheres tem demonstrado preferência por um número reduzido de filhas, o que pode estar relacionado com as condições econômicas, com a política adotada pelo País nas questões referentes ao planejamento familiar ou mesmo com outros interesses pessoais como estudar e trabalhar, enfim, poder se dedicar a outras atividades pessoais e profissionais, que não tenham funções exclusivas ligadas à maternidade.

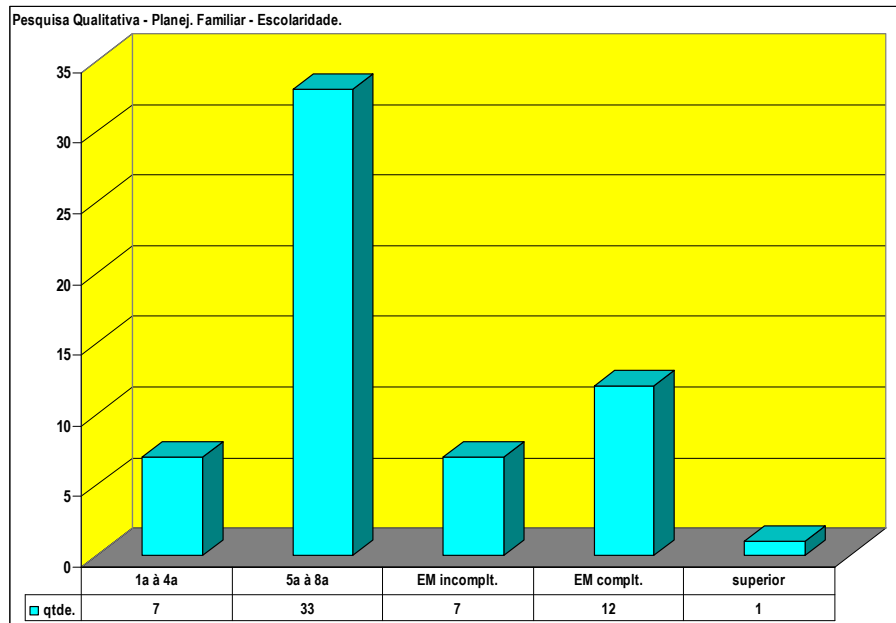


Figura 8 - Grau de escolaridade.

Podemos constatar que as mulheres entrevistadas têm pouca instrução formal, pois deste total 33 estudaram da 6^a a 8^a série, tendo apenas uma com curso superior.

Acreditamos que a baixa escolaridade pode ser um fator relacionado ao conhecimento de método contraceptivo de massa, como é o caso da pílula amplamente divulgado pela mídia e pelos laboratórios que realizam a sua fabricação, pois realizam um trabalho sistemático através dos seus propagandistas de visitas regulares aos médicos, responsáveis pela prescrição destes e de outros métodos contraceptivos.

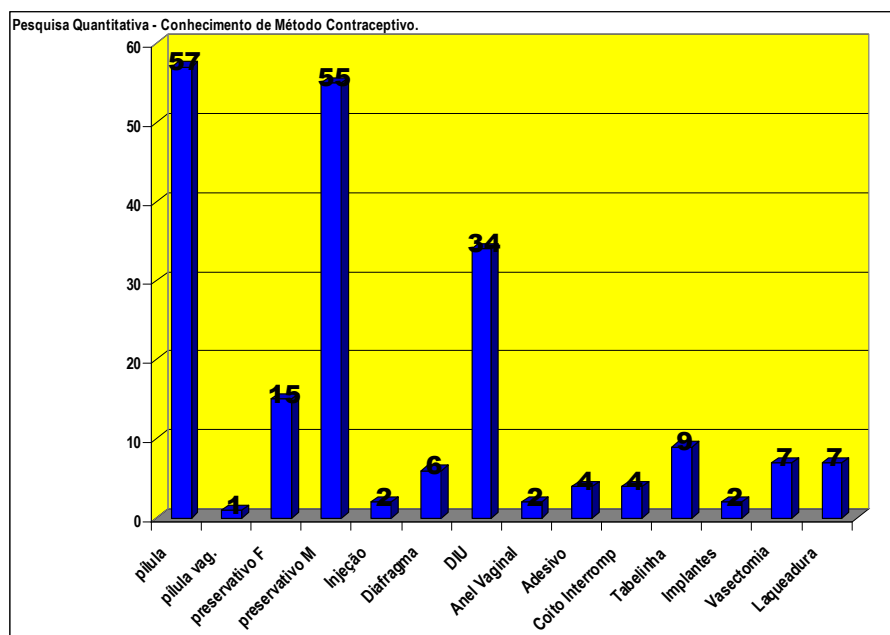


Figura 9 - Conhecimento dos métodos contraceptivos.

O conhecimento que as mulheres alegam ter sobre os métodos contraceptivos se apresenta da seguinte forma: a pílula é citada por 57 respostas, seguido do preservativo masculino 55, o DIU por 34 respostas, o preservativo feminino por 15 entrevistadas. Chama-nos a atenção, o pequeno número de mulheres que referem conhecer a vasectomia e a laqueadura, tendo em vista serem métodos irreversíveis procurados por elas no Ambulatório de Planejamento Familiar.

A estes indicativos correspondem informações encontradas na pesquisa qualitativa, quando as seis mulheres entrevistadas relatam que o método contraceptivo por elas utilizado era a pílula e o preservativo.

Mostram ainda o desconhecimento dos métodos naturais e de barreiras, que exigem conhecimento do corpo e de aspectos relacionados à sua sexualidade.

O medo de engravidar é constante na vida dessas mulheres, podendo até interferir na vida sexual, muitas vezes dependendo delas o uso de algum método, pois nem sempre o companheiro aceita fazer uso do preservativo.

Se eu não tomar nenhum método para prevenir eu tenho medo. Interfere, interfere muito porque você acaba se afastando do marido, porque eu acho que o medo é tanto de engravidar que se deixa o marido, se ele vai procurar, a gente os deixa e sempre arruma uma desculpa, por medo. E a gente tomando, igual vamo supor eu optei para tomar anticoncepcional algum tempo só que faz mal, então um tempo a usa um jeito, coisa assim estranha porque sente se você não tomar o remédio você tem mais medo mesmo usando o preservativo você tem medo. Não pode acontecer. Interfere porque às vezes, nem todas as vezes, o marido da gente quer usar o preservativo. Então, acaba acontecendo a relação e aí você fica sempre, você fica o mês inteiro até chegar o dia de vir à menstruação, você fica com aquele medo de estar grávida então ai fica um transtorno. (Giovana).

A usuária continua sua fala dizendo que confia no preservativo como método contraceptivo, porém nem sempre o esposo concorda em usar.

Eu confio (no preservativo). Eu até assim é por causa ele é que não quer usar, nem todas às vezes Eu confio no preservativo só que nem todas às vezes ele quer usar, e devido vamos supor que dormir todos os dias na mesma cama então nem todas às vezes o marido quer usar o preservativo.

Assim tem se a relação sem nenhum método de proteção.

Ai de repente acontece à relação então você fica apavorada, você fica o mês inteiro apavorada, achando que esta grávida, porque aconteceu (a relação sexual) se você tem a opção de não engravidar. (Giovana)

Tenho medo de engravidar, fico coladinha na pílula, tem mês que eu não tenho dinheiro para comprar, fico uns dias sem tomar, ai eu compro. (Luciana).

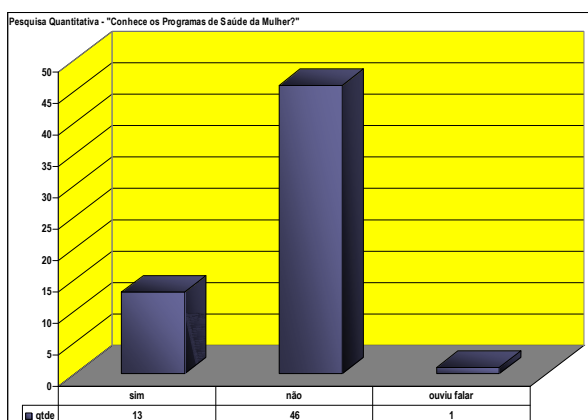


Figura 10 - Conhecimento sobre os Programas da Saúde da Mulher.

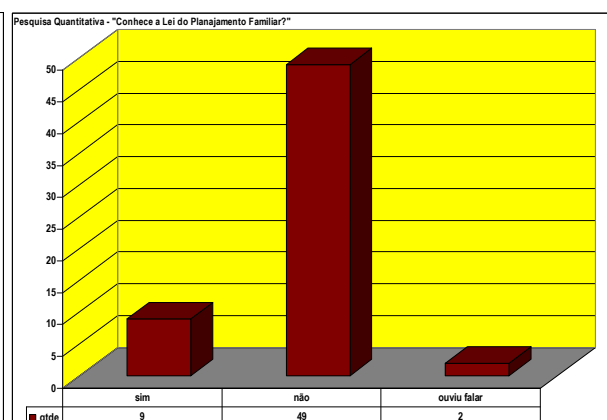


Figura 11 - Conhecimento da Lei de Planejamento Familiar.

Outro aspecto que chama a atenção é o índice de mulheres, 48 do nosso universo de pesquisa, que alegam não conhecer a lei de Planejamento Familiar, regulamentada desde Janeiro de 1996, prestes a completar 11 anos e implantada no município desde maio de 2000. Compreendemos que se faz necessário ampliar o debate sobre esta lei, devido a este desconhecimento referido por parte tão significativa das usuárias. Esta situação revela o desinteresse dos gestores de todos os níveis em divulgar a política de saúde voltada para as mulheres.

Segundo Coelho (2006), as mulheres são as principais usuárias do SUS. Elas consomem, em média, 62% das internações hospitalares, proporção que se eleva para 75% na idade reprodutiva. São as principais consumidoras de medicamentos, tanto dos necessários como dos desnecessários, por se tornarem vítimas da “empurroterapia” e do descaso com que são tratadas suas queixas, em geral transformadas em receitas de antidepressivos (2/3 dentre os usuários de medicamentos controlados). As mulheres são, também, as principais cuidadoras, atendem os doentes de suas casas, muitas vezes sem a menor orientação; ministram a medicação; freqüentam os centros de saúde levando seus filhos; é o maior contingente de profissionais de saúde, portanto, um papel estratégico dentro do SUS, mas tratado como uma questão subalterna.

As entrevistadas alegam não conhecer também os programas de saúde da mulher. Questionadas se conheciam os programas das unidades básicas que elas freqüentam, a resposta foi não por 46 mulheres. Um número significativo por serem elas usuárias dessas unidades de saúde, o que pode estar acontecendo é o fato de que, quando usam os serviços como consultas, exames, grupos educativos, elas não relacionam esses procedimentos como programas voltados para a saúde da mulher.

A falta de conhecimento sobre a lei de planejamento familiar e dos programas de saúde da mulher pode estar relacionada com falhas na atenção primária. É possível que a

equipe não esteja abordando estes assuntos ou o estejam fazendo apenas de maneira pontual e não sistemática.

As mulheres desconhecem a lei, bem como seus direitos nela contidos, mas demonstram, à sua maneira, o seu entendimento do que vem a ser planejamento familiar: como fazer planos para suas vidas conjugais; decidir quantos filhos terão; como se programar para não ter um filho atrás do outro. Elas demonstram preocupações com as questões relacionadas à saúde, educação, o que oferecer para seus filhos, o que se observa nos comentários que tecem quando são indagadas sobre o que entendem por planejamento familiar.

Eu acho que é questão assim do casal conversar quantos filhos vão ter, planejar é o futuro, pensar a frente, eu penso assim eles pensarem a frente, quantos filhos terão se vão poder dar condições melhores para os filhos pensar na educação dos filhos, na questão da saúde acho que é tudo isso. (Marlene)

O planejamento familiar é a gente pensar para ter os filhos, fazer assim é estudar um modo de ter os filhos pra não acontecer de ter um filho atrás do outro que a gente vê muito. (Tânia)

Ah, sei lá assim no meu entender eu acho assim eu acho que o nome já vem falando né, fazer um plano na família assim, sei lá a gente poder dar o melhor para os filhos, fazer um planejamento para poder ter uma criança. (Michele)

Eu não sei, é um plano igual quando nós fizemos um plano, agora tem de correr atrás. (Luciana)

As preocupações e angústias são tantas que uma usuária relata que “pobre não deveria ter filhos, pois não tem nada de bom para oferecer”.

Em um caso específico uma usuária respondeu sobre o ambulatório e não sobre o que significa para ela planejamento familiar.

O que eu entendo assim que é algo (o ambulatório) que ajuda a família na hora que mais precisa, esse é meu modo de entender. Igual no nosso caso que prefere fazer vasectomia e achei que foi muito bom muito importante, nessa parte do que eu conheço assim, eu achei importante porque é uma coisa rápida. (Giovana)

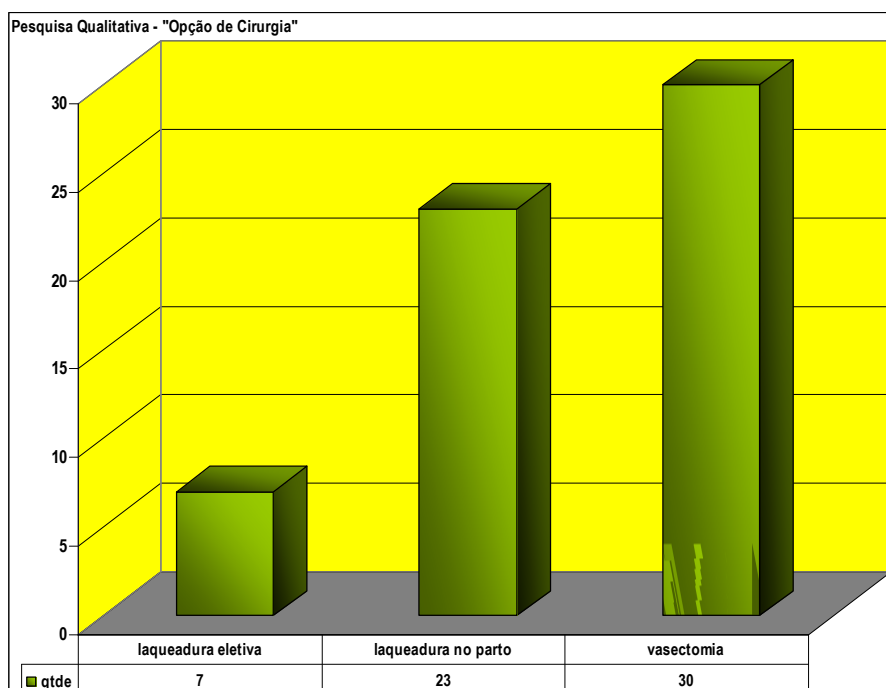


Figura 12 - Método de esterilização escolhido.

Em relação ao método de cirurgia escolhido pelos casais, a vasectomia foi a opção para 30 casais, a laqueadura na hora do parto para 23 e a laqueadura eletiva apontada por 7 mulheres. A vasectomia, como opção masculina, é um fator importante para a mulher, pois podem compartilhar a responsabilidade do planejamento familiar, quando a maioria dos métodos contraceptivos existentes é destinado às mulheres.

As mulheres demonstram preocupação com as gravidezes, mas não verbalizam qualquer inquietação com as doenças sexualmente transmissíveis, como podemos constatar através desta fala “Quero fazer laqueadura, pois cada vez que ele volta, faz um filho, já tenho cinco” (Tereza). É necessário abordar, de forma sistemática, estas questões com as mulheres, pontuando que a cirurgia de esterilização evita gravidez, mas não evita doenças sexualmente transmissíveis.

Por eu estar a muito tempo tomando pílula. Porque eu não paro, eu tomo direto, ele assim por medo de outro, por não querer mais filhos mesmo, não tem vontade de arrumar mais filhos, aí nós conversamos muito né, antes de vir dar a resposta aqui. Outras coisas também por condições financeiras, os estudos delas a gente pode dar um estudo melhor quando elas crescer então acho se a gente tiver mais filhos essa condição fica limitada. (Edna)

Constata-se que os casais pesquisados demonstram não querer nenhum método que requeira disciplina e uso contínuo e preferem um método definitivo. Tem havido uma boa aceitação da vasectomia pelos homens que procuram o ambulatório. Desmistifica-se assim, preconceitos do senso comum de que os homens não aceitam fazer vasectomia. Constatamos no nosso cotidiano profissional que lhes falta informações e acompanhamento, o que é dificultado no dia-a-dia pelo fato deles não freqüentarem os serviços de saúde. Essa ausência pode estar relacionada com o funcionamento das unidades das 7 às 19 horas, em horário comercial. Outro aspecto relevante que merece ser destacado é a questão cultural, pois essas responsabilidades do cuidado com a saúde em geral e com a saúde reprodutiva são socialmente percebidas como assuntos designados às mulheres. Mas a partir do momento que eles recebem as devidas orientações, passam a se interessar pela vasectomia devido às facilidades de sua realização.

Outro assunto abordado por meio de pergunta aberta no questionário desta pesquisa foi sobre as vantagens e desvantagens de ser mulher e foi significativo o número de entrevistadas 41, que responderam como maior vantagem o fato de poderem ser mães, conforme destacamos algumas falas, com o conteúdo da valorização da maternidade.

“Vantagem boa de ser mulher é ser uma boa mãe, dona de casa”.

“Vantagem o dom de ser mãe, Deus dá a benção de ter os nossos filhos.”

“Vantagem gerar um filho, é muito bom, poder amamentar”.

“Vantagem dar vida para um ser, não tem coisa melhor que isso”.

Uma das usuárias ao demonstrar através de sua fala a satisfação em ser mãe, “Única vantagem é que Deus me deu cinco filhos queridos, mas eu não quero mais não, cinco já passou é demais”, ressalta o número de filhos que possui, mas também deixa claro o peso em ser mulher, mãe, e verbaliza se pudesse nasceria homem. “Ai se eu pudesse nascer homem eu nascia: a casa, os filhos, trabalhar fora”, o que deixa explícito que na sua concepção o universo público é bem mais interessante do que o privado e verbaliza “homem não, é só o serviço; chega em casa está tudo pronto”.

É interessante observar o paradoxo que esta usuária nos apresenta, a maternidade ressaltada como única vantagem, mas em seguida apresentada como um fardo, um peso, verbalizando o desejo de ser homem, como se isso lhe conferisse condições de deixar o desvalorizado território doméstico e se ater à interessante vida pública, deixando para trás todos os seus dissabores, que lhe parecem impostos pela sua condição de ser mulher.

Esta ênfase nos aspectos positivos da maternidade nos leva a realizar algumas reflexões, pois são respostas dadas em um momento em que elas procuram por um método de esterilização, não querem ter mais filhos. Durante as reuniões quando destacamos que a cirurgia é um método definitivo, elas reagem dizendo, “mas é isso mesmo que nós queremos”. É pertinente apontar, aqui, que a maternidade foi construída socialmente como forma de valorização da mulher, definindo o papel que elas deveriam desempenhar na construção da sociedade: “É a partir do convencimento que a maternidade é defendida como a mais perfeita realização de suas vidas” (ROHDEN, 2003, p. 221).

São contradições que permeiam a vida das mulheres e aparecem no contexto desse trabalho, na busca da compreensão e análise da fala individualizada dessas mulheres, se faz necessária uma aproximação desta realidade que, nos dizeres de Demo (2005, p. 36), “se mostra ‘jeitosa’, ‘manhosa’ para sua compreensão, completando a fala humana é tão cheia de detalhes, sinais e meneios, olhares e rostos, gestos e entonações, que muito escapa ao olhar mais analítico e, ao final das contas, só quem fala sabe, e, por vezes, nem sabe”. Por isso se fazem necessárias sucessivas aproximações da realidade.

Outro aspecto, levantado nas perguntas abertas do questionário, refere-se ao outro lado da questão, as desvantagens de ser mulher, apontadas pelas entrevistadas, tais como a sobrecarga do trabalho doméstico, a discriminação e o fato de acreditarem que a vida do homem é mais fácil.

Tudo de desvantagem. A gente não é livre, tudo não pode, a gente é discriminada por ser mulher. Eu queria ter nascido homem. Homem é livre, a gente não. A mulher trabalha mais que o homem, pois trabalha de dia e de noite. Eu sou revoltada de ser mulher, desde criança, minha filha está do mesmo jeito. Minha mãe falava isso não é coisa de mulher é coisa de homem.

É todas as desvantagens, salário menor, mais desprezada, não respeitam como respeitam os homens.

Ficar grávida, ganhar neném é muito difícil. A mulher ganha menos, trabalha mais, não tem vantagem nenhuma.

Desvantagem em tudo, homem é mais fácil. Tudo sobra para a mulher. Você arruma filho é problema para o resto da vida, não acaba mais.

A mulher trabalha em casa e fora, tem que ajudar os filhos na escola, a mulher mesmo trabalhando fora tem de cuidar da casa.

As desigualdades culturais, econômicas e políticas entre homens e mulheres, a diferenciação tendenciosa de papéis, são fatores que podem levar as mulheres a demonstrarem de forma nítida as desvantagens apontadas.

O trabalho da mulher em seu domicílio é invisível. A rotina do trabalho doméstico, todas as demandas que deve atender, requer longas e cansativas jornadas de trabalho e constituem alguns dos problemas que a mulher enfrenta por sua condição de esposa e mãe.

Segundo Muraro (2002), historicamente a mulher foi colocada em uma situação de submissão e reduzida ao domínio do privado com função de cuidar da geração e da manutenção da vida, seja a vida biológica, seja a do cotidiano. Desde criança ela foi treinada para se perceber como inferior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho nos deu a convicção da complexidade do tema que nos dedicamos a pesquisar, pelas múltiplas facetas histórica e culturalmente construídas. A certeza de que ninguém tem a palavra final sobre as questões humanas, está expressa em Fausto (2002), quando afirma que esta se sujeita aos percalços da pesquisa e da experiência pessoal do pesquisador. Mas, esta pesquisa nos possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada por mulheres usuárias do ambulatório de planejamento familiar, nossa área de atividade profissional, e veio reafirmar o nosso desejo de continuar pesquisando as condições dadas às mulheres nos aspectos relevantes que envolvem as políticas públicas, as questões de gênero, saúde reprodutiva, assuntos que, a nosso ver, precisam ser debatidos e enfrentados cotidianamente.

Acreditamos na necessidade de ampliar os direitos das mulheres, o poder delas nas discussões dos rumos deste país, do estado e das cidades participando das suas demandas, o que exige grande esforço e discussão coletiva, capaz de orientar as políticas públicas na orientação de melhoria de suas vidas.

O direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988, fruto de muitas lutas de vários segmentos da sociedade com ênfase ao movimento da reforma sanitária. O SUS se apresenta como grande avanço, instituindo o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro. Ele representa uma das conquistas mais significativa do povo brasileiro, mas muitas das suas propostas e princípios não conseguiram se efetivar, prevalecendo um vácuo entre a lei e a realidade, mas ainda assim, pode ser considerada uma das políticas sociais mais avançadas do país.

Faz-se necessário ainda discutir aspectos relacionados com a perversidade do

modelo econômico, concentrador de renda e excludente da maioria da população, adotado no país, pois quem tem condições financeiras para pagar pela cirurgia pode se beneficiar deste e de muitos outros métodos contraceptivos. Já as mulheres, sem poder econômico e político e sem conhecimentos, ficam sem acesso às informações, aos métodos disponíveis para deles se beneficiarem na regularização da sua fecundidade e no planejamento de suas famílias.

Ainda assim, podemos ressaltar que a lei de planejamento familiar trouxe avanços nos aspectos relacionados à efetivação da cidadania e saúde reprodutiva da mulher. Contudo, está ainda permeada por contradições, pois ao mesmo tempo em que trouxe mais justiça social, ao colocar o ato de planejar a família como um direito, dando à mulher maior liberdade de opção por um método contraceptivo, muitas vezes não fornece os recursos suficientes para que ela possa usufruir dessa lei em sua plenitude, ou seja, não se efetiva na prática. O fato de não ter sido completamente implantada confere-lhe o destaque de uma política excludente, pois inúmeras mulheres alegam não conhecer a lei de planejamento familiar, bem como os programas de saúde da mulher instituídos em seu município, ou mesmo na Unidade Básica que freqüentam não têm acesso ao serviço de planejamento familiar, tendo em vista as dificuldades de atendimento devidas à demanda excessiva, por falta de estruturação do ambulatório.

Torna-se necessário debater o financiamento para os programas voltados para a saúde da mulher, os poucos recursos destinados a sua efetivação e onde estão sendo aplicados, inviabilizando assim sua efetivação enquanto política pública.

Há necessidade de garantir trabalhos de cunho educativo na atenção primária, capacitação das equipes, fornecimento sistemático de insumos de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde, bem como a realização de todas as cirurgias de esterilização, sem distinção, procedimentos esses garantidos por lei.

Por outro lado, se atentarmos para o fato de que no município de Franca há sete

anos não se realizava nenhuma cirurgia de esterilização pelo SUS, era mesmo considerada ilegal, não havendo debate sobre a saúde reprodutiva podemos, então, afirmar que sua criação trouxe avanços, pois inúmeras pessoas tiveram acesso a esse procedimento, possibilitando a perspectiva de sua realização, bem como o direito que cada cidadão tem em recorrer à justiça se não obtiver êxito nas suas necessidades referentes à saúde. Ressaltamos que a lei não prevê apenas a cirurgia, mas toda atenção à vida sexual e reprodutiva da mulher e do homem, bem como prevê atendimento para aqueles casais que não podem ter filhos.

A partir dos dados levantados traçamos o perfil das usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar. São mulheres com idade variando entre 26 e 40 anos, residem em casa própria, não possuem na sua maioria atividades remuneradas, o marido é o provedor, têm renda familiar média de dois a três salários mínimos, possuem de dois a três filhos, a religião predominante é a católica e o índice de escolaridade é de 5ª a 8ª série. Em relação ao método contraceptivo, o mais conhecido é a pílula; desconhecem a lei de planejamento familiar bem como os programas de saúde voltados especificamente para o atendimento da saúde da mulher e, em relação ao método definitivo, a cirurgia mais escolhida foi a vasectomia.

As mulheres pertencentes ao nosso universo de pesquisa enfatizaram “ser mãe”, como uma das maiores vantagens de ser mulher, mas também de forma enfática colocaram como desvantagens o “cuidado dos filhos, da casa”, conferindo a esses aspectos um fardo para suas vidas.

Enquanto trabalhadores da saúde, temos o desafio de programar ações concretas nos serviços de saúde, democratizando os avanços conquistados no campo da formulação dos direitos reprodutivos e sexuais, levando a assistência em planejamento familiar para adultos e adolescentes, na atenção à mulher, dentro de uma visão de atendimento integral a saúde.

Embora reconheçamos ser necessário oferecer conteúdos objetivos, informações sobre a sexualidade feminina, maternidade, métodos contraceptivos e aborto, dentre outros, o

mais importante nos parece ser buscar um diálogo constante com estas mulheres, pois através delas poderemos construir uma saúde voltada para seus reais interesses e necessidades.

Acreditamos que novos tempos se descortinam na vida das mulheres, que elas possam trazer valores atribuídos ao feminino como a delicadeza, a demonstração de afeto, a cortesia, a solidariedade, mas que, na verdade, são valores inerentes ao ser humano e que precisam ser despertados em cada um, quem sabe assim possamos garantir a sobrevivência neste planeta.

BIBLIOGRAFIA

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**: a experiência vivida. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BILAC, E. D.; ROCHA M. I. B. (Orgs.) **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/Unicamp; São Paulo: 34, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: DF 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/>. Acesso em: 14 de Dezembro de 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: MS, 2002.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. As Políticas brasileiras de Seguridade Social: saúde. In: Programa de Capacitação em Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD, 2000.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P.(Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2002.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BUCHER, J. S. N. F. A mulher e o trabalho. Revista **Promoção da Saúde**, v. 3, n. 6, out. 2002.

CHINALI, I. G. **Fábrica e emprego doméstico na visão do mundo das empregadas domésticas de Franca**. 1991. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

COELHO, E. B. S; CALVO, C.; COELHO, C.C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: UFSC, 2006.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DEMO, P. **Saber Pensar**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2005.

EHRHARDET, U. **Meninas boazinhas vão para o céu as más vão á luta**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das Políticas Sociais no Brasil. In: Programa de Capacitação em Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD, 2000.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde de Franca. **Plano Municipal de Assistência Social**. Franca: CMAS, 1999.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo demográfico 2000**. IBGE Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 20 dez. 2006.

LAURELL, A. C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução Rodrigo Leon Contrera. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEÃO, E. M.; MARINHO L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil. Subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília: MS, v. 3, n. 6, out. 2002.

MACHADO, L. Z. Os frágeis direitos da mulher. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília: DF, v. 3, n. 6, out. 2002.

MARSIGLIA, R. M. G. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: Programa de Capacitação em Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD, 2000. p. 19-44.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MATOS, M. I. S.; SOIHETY, R. (Orgs.) **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: UFSC, 2005.

MURARO, R. M. **A mulher no terceiro milênio**. 8. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata: OPAS, 1978.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998.

PASTORE J. A mulher dos anos 2000. **Revista de Promoção da Saúde**, Brasília: MS, v. 3, out. 2002.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I. S.; SOIHETY, R. (Orgs.). **O corpo feminino em Debate**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PRIORE, M. D. (Org.) **História das mulheres no Brasil**. 7 ed.. São Paulo: Contexto, 2004.

REZENDE, R. M. **Mulher, cuidado e felicidade: fragmentos de autobiografias**. 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade “Júlio de Mesquita Filho”, Franca.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SAFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SILVA, E.; FIGUEIREDO G. L. A. Regulação da Fecundidade na perspectivas das políticas públicas. In: SEMANA DE SERVIÇO SOCIAL, 14. Franca, 2003. **Anais da 14ª semana de Serviço Social**. Franca: Unesp, 2003.

SOARES, L. T. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. 1995. 246 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1995.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

VIANNA, A.; LACERDA, P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**. O panorama atual. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Caracterização das usuárias do Ambulatório de Planejamento Familiar

1. nunca

2. a
3. a
4. a

2. Condição Sócio-econômica:

2. a c a g u a a l i v a a u n a a a ?
))

ua? 

2.2 n a F a

-) a
-) 2
-)
-) 4
-) a 4

3. Situação habitacional:

- a,) a ó a
-) a u g a a
- c,) n a n o a a
-) c a
-) u

4. Composição Familiar:

4. c c a n

))

4.2 F

5. Conhecimento dos métodos contraceptivos:

- a,) u a
-) R a v a l v i n n
- c,) R a v a l v a c u n
-) n
-) C a r a g a
-)

ANEXO B - Termo de consentimento pós-informado

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Descrição do Estudo e Objetivos, A n a l á n c n w a a a a l o a
 u a . P a n a n r F a w a , t r t u v . t a n t a a a a c
 t . n v c n o n r a l u . , u u á v a w a a ú
 ú c a , n u a p a . g a a o r c a a ú a u , u a
 . a c a u a i n n a n a o a n r , u n a . a
 w a , c t v n c u a a a . g a a . a ú , u a c n v w a
 . c a a n t a a . a . c n v . a l v a c u c n a , P a a . t a a
 v n á a , t a a o a , a o a . c n c a a u a a n r w l a a
 u a n v c n o n r a l u . a ú a n a n r a v a ,
 P a . v a p a a g u a g u n t a , c a n a a c n c a u n r
 w l a . a d r a a
 u a a l o a n t u v u n á v a , v c n u a a l o a , v c
 a c u a n a a . u a á c a a . u a n n r a u n . a u n a ,
 v c . a c t a c n v r , á u a v a a u a u n r n a .
 u a a l o a n t u , u a u a a , a a a p a , c n n u a
 c a a n , n c n a á c u a u a n a g a v o n a u a n r ,
 v u u a n r w l a a v a a n a a a n r o
 k u a a u a c u a l n a a ú n t u , u a g u a c v a
 u . v c a r a a a a n a a a u a a
 u a n r a n a v u g a a , á a n t v a a u r
 c a u u w . u) n r n a n á a u a a n v a a o a
 c n c a a l o a t t u ,

L ca 

 n r w l a , 

 n r w l a , 

T t u n a -----

ANEXO C - Roteiro de entrevista

- 1- u n n Pan a n Fa a ,
- 2- c n ac i v u á u u ,
- Pan a n a g a v ,
- 4- a ca n g a v ,
- 5- . l v u a a a u c a w p r a g á v a u a ó
na o n u a) ,
- n g a v a n a n n a v a u a ,
- 1- i v a ca a a a c u a a u g a a a ,
- 1- n n a n n n n a n a U i n a a a a a u ,
- 1- u g l u a a a n a n n n a a u ,

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)