



Artigos Originais

O discurso e a prática de médicos sobre Direitos Reprodutivos

The speech and the practical one of the doctors on Reproductive Right

Sheila Rubia Lindner¹

Elza Berger Salema Coelho²

Fátima Büchele³

¹Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil

²Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

³Professor Associado, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

RESUMO - Este artigo objetiva investigar o conhecimento e a prática dos profissionais médicos envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre a concepção de direitos reprodutivos, tendo como foco o Planejamento Familiar. Desenvolve-se pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, e como método de análise, o Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre (2003). Evidenciou-se, a partir do discurso médico, que relacionado ao Planejamento Familiar ocorre distribuição de anticoncepcionais seguida exclusivamente de orientação desse método, prejudicando o direito à escolha e autonomia da mulher, marginalizando-as em relação a sua integralidade em saúde. Para que a assistência integral seja garantida, o compromisso do profissional deve ultrapassar a consulta e a demanda espontânea, comprometendo-se em garantir o que é preconizado, fazendo valer a Lei do Planejamento Familiar. Isso evidencia a dissonância entre o discurso e o que é praticado nas unidades de saúde pelos profissionais, ou seja, o trabalho baseado na demanda, que não reflete o “fazer” e não busca a autonomia da mulher enquanto sujeito capaz de escolher e decidir por si mesmo.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos; Planejamento Familiar; Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT - This article aims to investigate the knowledge and practice of medical professionals involved in the health of the woman on the concept of reproductive rights, focusing on Family Planning. Develops descriptive qualitative approach, and as a method of analysis, the Collective Subject Discourse proposed by Lefevre (2003). It was evident from the medical discourse, which is related to the distribution of family planning contraceptive guidance then only this method, undermining the right to choice and autonomy of women, marginalizing them in their entirety in relation to health. For full assistance is guaranteed, the commitment of the professional consultation and exceed spontaneous, pledging to ensure that it is recognized in enforcing the Law of Family Planning. This highlights the dissonance between rhetoric and what is practiced in health facilities by professionals, or work based on demand, which does not reflect the “doing” and not seek to empower women as subjects able to choose and decide for yourself same.

Keywords: Reproductive Rights; Familiar Planning; Collective Subject Discourse.

1. INTRODUÇÃO

Planejamento Familiar compreende um 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. Ele é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido em 1968, pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263, sobre o Planejamento Familiar que assegura o oferecimento dos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção¹.

Sendo o Planejamento Familiar uma das ações abrangidas nos direitos reprodutivos está, portanto, relacionado a “ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente”, ou seja,

ter direito à decisão sobre o que se quer na sua vida reprodutiva, direito de escolha em ter ou não filhos, a quantidade destes, acesso aos métodos contraceptivos vigentes, acesso à assistência à infertilidade, direito à orientação profissional sobre sexualidade e reprodução e assistência à saúde integral².

Porém ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história.

Autor correspondente

Sheila Rubia Lindner

Universidade Federal de Santa Catarina.

Rua Waldemiro Dias, 26 cs 1 - B: Santa Mônica.

Florianópolis, SC – CEP: 88035-140.

Tel: (48) 88361617;

Email: sheila.lindner@hotmail.com

Artigo encaminhado: 03/04/2013

Aceito para publicação: 03/06/2013

Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, inclusive na área da saúde, que evidenciam seu caráter patriarcal. Nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos³.

De acordo com Foucault⁴:

Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade há dois ou três séculos não estaria ordenada senão em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir as formas de relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora.

1.1 Movimento de mulheres e saúde reprodutiva: contextualizando os direitos reprodutivos

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam os conceitos relacionados à mulher, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século XIX e na primeira metade do século XX. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina”, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher³.

Foi com esses conceitos, muitas vezes equivocados, que se expandiu a assistência pré-natal no Brasil. E essa centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídico-puerperal. A ampliação da atenção à mulher, a partir do final dos anos 60, não teve por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. As conquistas do feminismo no Brasil e no mundo são significativas e têm permitido uma evolução da sociedade em relação ao reconhecimento dos direitos de cidadania igualitários entre homens e mulheres, também no campo da saúde. De acordo com o

Ministério da Saúde³, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem a priori para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo de cesarianas e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções³.

Os direitos reprodutivos seguem como tema de discussão na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em Brasília, de 10 a 13 de outubro 1986, que resulta em reivindicação para que o Estado preste assistência à mulher em sua opção de evitar, conceber ou interromper a gravidez não desejada. As afirmativas do evento definem que cabe ao Estado garantir um direito e não exigir um dever.

Paralelo ao movimento de mulheres e com a participação de ativistas feministas, o governo brasileiro tenta implantar Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher, a seguir descritas.

1.2 Políticas públicas de saúde: assistência à saúde da mulher

Em 1983, o Estado brasileiro assume publicamente uma política de assistência à mulher com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. Para Berquó⁵, “neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas, na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital”. Fazia parte deste Programa o Planejamento Familiar que dispensava atenção tanto à infertilidade como à anticoncepção. Este programa pretendia definir a política contraceptiva oficial, mas, na prática, não foi implementado conforme preconizado.

O PAISM surgiu um pouco antes da promulgação da nova Constituição Federal, representando uma esperança de resposta ao quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido, segundo Coelho⁶, grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencida de que aquele modelo proposto pelo

PAISM seria capaz de atender as necessidades globais da saúde da mulher.

Além deste princípio, a concepção da Assistência Integral à Saúde da Mulher contempla, ainda, a percepção de gênero no âmbito do atendimento em saúde. A prática médica constitui o lugar do exercício de um poder e, quando voltada para as mulheres, agrega as discriminações de gênero. Para o programa, as práticas educativas constituem o processo de reconstrução de identidade, e é através destas práticas educativas que as mulheres estarão habilitadas para a escolha das melhores alternativas, para a participação como agentes de decisão.

O planejamento familiar e a anticoncepção surgem, de maneira clara e inequívoca, no enunciado das políticas do SUS a partir da publicação no Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde⁷ e de regulamentações complementares, atualmente em vigor⁸.

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

A garantia de acesso em um sistema regionalizado e hierarquizado resultará da implantação de estratégias de regulação, ou seja, de instrumentos que normatizem a oferta e a demanda dos serviços de saúde³. O principal propósito deste estudo é relacionar o conhecimento com a prática assistencial desenvolvida pelos profissionais médicos nas unidades de saúde, envolvidos na atenção à saúde da mulher, acerca dos Direitos Reprodutivos tendo como foco o Planejamento Familiar.

2. OBJETIVO

A partir destas colocações esse estudo propõe investigar o conhecimento e a prática dos profissionais médicos envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre a concepção de “Direitos Reprodutivos” tendo como foco o Planejamento Familiar.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Foram sujeitos do estudo nove profissionais médicos que se encontravam na faixa etária entre 40 e 50 anos.

Quatro do sexo masculino e cinco do feminino. Sete deles trabalham na Unidade Local de Saúde entre um e cinco anos. Apenas um está no local há menos de um ano. Somente um atua por mais de dez anos na mesma Unidade. O local de coleta de dados foram as Unidades Básicas de Saúde integravam o Programa Docente- Assistencial - PDA do município de Florianópolis – Santa Catarina e contam com o Programa Saúde da Família do município de Florianópolis – SC. As unidades estudadas foram: Itacorubi, Córrego Grande, Fazenda do Rio Tavares, Rio Tavares, Saco Grande II, Agrônômica e Lagoa da Conceição. Essas unidades são locais de inserção de acadêmicos do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

As entrevistas semi-estruturadas foram orientadas por um Roteiro com questões abertas e fechadas (ou estruturadas), diretamente relacionadas ao objeto de estudo, possibilitando aos sujeitos discorrerem sobre os temas investigados.

Numa primeira parte, o Roteiro teve como objetivo investigar a prática do profissional relacionada à saúde da mulher, bem como a importância das ações desenvolvidas para a mulher e o envolvimento deste profissional nesta ação, procurando acessar, portanto, representações das práticas vivenciadas em seu ambiente de trabalho. Na segunda parte deste mesmo roteiro, o objetivo era o conhecimento teórico-conceitual relacionado aos temas “direitos reprodutivos” e “planejamento familiar”, finalizando com uma questão de ordem pessoal sobre a prática destes conceitos, anteriormente questionados, na realidade da unidade de saúde.

O roteiro utilizado tinha como objetivo principal a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo Lefèvre,

a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração de perguntas, passando pela coleta de dados até culminar com a apresentação dos resultados.

As entrevistas foram conduzidas pela própria autora do trabalho por se tratar de dissertação de mestrado da mesma.

Utilizamos como método dentro do aspecto da pesquisa qualitativa, a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), definido por Lefèvre⁹ como:

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

Para a elaboração do DSC dos médicos partiu-se destes em estado bruto, que foram submetidos a um processo analítico inicial de decomposição. Este consistiu basicamente na seleção das Idéias Centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos reunidos, que terminou de forma sintética, a reconstituição discursiva da representação social, entendida aqui como, o conjunto do discurso dos profissionais médicos.

As etapas operacionais utilizadas baseadas na proposta de Lefèvre⁹, foram:

- instrumento de análise de discurso 1 – IAD1 (5 passos) juntar as respostas de cada questão; identificar e sublinhar as expressões –chave; identificar as idéias centrais; agrupar as idéias centrais e denominá-las.

- Instrumento de análise de discurso 2 – IAD2 (2 passos). Reunir as expressões-chave de cada idéia central; e construir o discurso do sujeito coletivo propriamente dito.

Em seguida foram estabelecidas categorias de análise, através do DSC que permitiu a geração ou reconstrução de qualidades que é o caso do pensamento coletivo, aproximando-se assim dos propósitos da pesquisa que é analisar a atenção à saúde da mulher desenvolvida por profissionais médicos que prestam assistência no Programa de Saúde da Família – PSF, na rede básica de saúde de Florianópolis.

Idéias Centrais:

- Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes;

- Planejamento familiar uma ação desenvolvida para a saúde da mulher;

- O Pré-Natal também é uma ação desenvolvida para a saúde da mulher

Discurso do Sujeito Coletivo:

Existem várias ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher na unidade de saúde, como o pré-natal,

puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. Para mim todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes, depende muito do período que esta mulher está vivenciando, pois há uma complementação uma da outra nas diversas fases que a mulher se encontra. Na unidade de saúde temos como programa educativo o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. Considero o planejamento familiar uma ação desenvolvida para a saúde da mulher. Em relação ao grupo de planejamento familiar este não é desenvolvido na unidade de saúde. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual. Acho que o principal motivo para não desenvolvermos o planejamento familiar de uma maneira mais efetiva é a falta de tempo, as mulheres não participam muito do grupo também são poucas as que comparecem nas reuniões, também pela falta de divulgação, elas não sabem o que o posto oferece. Se elas soubessem, tivesse facilidade, e não tivesse burocracia era muito melhor. Durante a minha assistência eu realizo o planejamento familiar é no retorno do preventivo ou para anticoncepção principalmente com adolescentes e no puerpério ou pré-natal quando questionado por ela. Quanto ao método contraceptivo que recomendo depende da paciente, exponho as vantagens e desvantagens de cada método. O método contraceptivo mais recomendado é o anticoncepcional oral combinado com o uso do preservativo, mas sou fã do DIU, também acho muito prática a questão dos anticoncepcionais injetáveis, tanto os mensais como os trimestrais, dependendo do caso é claro. Agora se ela tiver necessidade de algum método contraceptivo que não está disponibilizado na unidade de saúde eu encaminho ao planejamento familiar da Policlínica, mas sempre tentamos trabalhar com os métodos que o posto nos oferece. Os métodos que a unidade disponibiliza à população sempre são os preservativos, o anticoncepcional oral e injetável. O método que as mulheres preferem é com toda certeza o anticoncepcional oral. Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica. O Pré-Natal também é uma ação desenvolvida para a saúde da mulher. As mulheres estão despreparadas e desorientadas quanto ao manejo do recém-

nascido, também evita intercorrências. Relacionado ao meu entendimento sobre direitos reprodutivos eu acho que é a escolha da reprodução, como, quando, quantos, têm que ser uma discussão do casal envolvido. Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço. Agora eu não acho que isto está sendo efetivado na prática da unidade de saúde, porque o serviço é assistemático, não existe divulgação sobre este tema, o foco é a criança. Não existe envolvimento da equipe para que isto ocorra. Na unidade de saúde ainda não são disponibilizados todos os métodos, faltam informações por parte das mulheres e baixa qualidade destas informações. O trabalho é muito individualizado, as pessoas não têm acesso aos métodos e aos serviços, teria que ter mais espaço físico, agendamentos, mobilização da equipe, disponibilidade do profissional, material didático. Os agentes comunitários deveriam fazer uma comunicação melhor com todas as famílias do que o posto oferece, porque ao meu entender a comunidade não sabe o que o posto oferece. Também acho que perdemos muito tempo com orientações, isto deveria ficar com a enfermagem. Existe muita dificuldade em relação ao acesso a laqueadura e a vasectomia também (DSC).

3.1 Aspectos Éticos

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

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos perceber no Discurso dos profissionais que, quando o assunto é “Direitos Reprodutivos” e “Lei do Planejamento Familiar”, tais conceitos se confundem, principalmente com relação aos “Direitos Reprodutivos”, onde os profissionais apontam o que está na Lei do Planejamento Familiar e, quando questionados sobre esta Lei, referem:

Relacionado ao meu entendimento sobre direitos reprodutivos eu acho que é a escolha da reprodução, como, quando, quantos, têm que ser uma discussão do casal envolvido. Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço. (DSC).

No caso dos profissionais deste estudo, os médicos das Unidades Locais de Saúde (ULS), “Direitos Reprodutivos” é referenciado apenas como “algo” relacionado à contracepção, não correlacionado a temas como: esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde de maneira integral. Sobre Direitos Reprodutivos, para Petchesky², é “ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente”. Enquanto para Ávila (1993) o termo “Direitos Reprodutivos” é amplamente utilizado pelo movimento feminista e trata, sobretudo, das questões que o compõem (esterilização, aborto, contracepção, concepção e assistência à saúde) sem que haja definição conceitual.

Durante a “III Conferência Internacional da ONU”, realizada no Cairo, em 1994¹⁰, sobre População e Desenvolvimento (CIPD), foi reconhecido por consenso como direito reprodutivo das mulheres o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital. Em contrapartida, em 1996 é aprovada a Lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana. Mesmo tendo sido aprovada há quase 10 anos, os profissionais apresentam dificuldades em citá-la, conforme discursos a seguir:

A lei do planejamento familiar é a garantia do acesso ao método pela mulher e a liberdade de opção em relação a este método. (DSC)

Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço. (DSC)

As especificidade da Lei do Planejamento Familiar não é evidenciada pelos profissionais, já que estes confundem o termo “Direitos Reprodutivos” com a Lei. Isto reflete diretamente na prática destes na unidade de saúde, uma vez que, não conhecendo a normatização em relação ao seu “fazer” enquanto profissionais o serviço prestado fica diferenciado das necessidades apresentadas por este grupo específico. As dificuldades por eles elencadas são substancialmente de caráter administrativo, não relacionado, à sua prática enquanto profissionais.

Como dificuldades no acesso de métodos contraceptivos, falta de profissionais e de material didático, entre outros, como podemos evidenciar no discurso a seguir:

Não acho que isto vem sendo efetivado na prática. O trabalho é muito individualizado. As pessoas não têm acesso aos métodos e aos serviços. Teria que ter mais espaço físico, agendamentos, mobilização da equipe, disponibilidade do profissional, material didático. Os agentes comunitários deveriam fazer uma comunicação melhor com todas as famílias do que o posto oferece, porque ao meu entender a comunidade não sabe o que o posto oferece. (DSC).

Os discursos dos profissionais médicos evidenciam o que afirma Coelho⁶, onde as diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, deveriam ser conhecidas pelo profissional. Isto porque é a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas políticas, as instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender às necessidades da população.

O desafio colocado enquanto “pensar integralmente” numa perspectiva relacionada à saúde da mulher e a concepção de “Direitos Reprodutivos”, é que para os profissionais que “vivem o dia-a-dia da assistência”, refletir sobre o fazer requer assumir o papel de orientador, no sentido de proporcionar atenção à saúde respaldada pela informação e assumir o compromisso de garantir tal direito.

Com este propósito, procuramos identificar junto aos médicos das ULSs quais ações eles identificavam como sendo mais importantes em relação à saúde da mulher, uma vez que diante do exposto, todas as ações deveriam ser consideradas importantes com vistas à integralidade.

4.1 Idéias Centrais:

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

Para mim, todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes, depende muito do período que esta mulher está vivenciando, pois há uma complementação

uma da outra nas diversas fases que a mulher se encontra. (DSC).

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

Podemos perceber nos discursos acima que, para os profissionais que desenvolvem as ações voltadas para a saúde da mulher, todas as ações desenvolvidas são importantes, enfatizando ainda que “depende do período que a mulher está vivenciando”. Porém, quando questionamos quais são as ações desenvolvidas na unidade de saúde, percebemos que as mesmas são voltadas basicamente para o período da vida reprodutiva e da atenção materno-infantil. Uma vez que estes profissionais apontam ações específicas, como planejamento familiar, pré-natal, puerpério, sem mencionar a integralidade destas ações na assistência à saúde da mulher no que tange à sua necessidade em saúde.

O discurso do sujeito coletivo, a seguir, é contrário ao preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que os profissionais afirmam “não haver atendimento à infertilidade na unidade de saúde”. O que ocorre é a realização de encaminhamento (referência) a outro nível da atenção à saúde (ambatório ou hospital), mas não referem acompanhamento, por parte da unidade de saúde, relacionado ao encaminhamento realizado (contra-referência):

Portanto, o atendimento ou não à infertilidade nos remete às diretrizes básicas que regem o Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Constituição de 1988. Mas principalmente o da integralidade, ou “atendimento integral, como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” como é citado no artigo 198 desta Constituição¹¹.

No que tange a temática deste estudo, “Direitos Reprodutivos”, podemos perceber que, apesar do preconizado pelo Ministério da Saúde, a saúde da mulher é praticada de forma compartimentalizada, não havendo garantia do princípio de integralidade e da necessidade em saúde, bem como do direito de escolha e decisão por parte da mulher.

Uma das ações identificadas pelos profissionais enquanto atividade educativa em relação ao Planejamento Familiar, que será discutida a seguir.

4.1.2 Planejamento familiar uma ação desenvolvida para a saúde da mulher

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

O programa educativo que existe na unidade em relação à saúde da mulher é o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, no qual preparo as reuniões, e participo das mesmas. O grupo de planejamento familiar não é desenvolvido. (DSC).

Ou seja, ainda que os médicos considerem uma ação importante, não se envolvem na atividade e na maioria das unidades de saúde nem sequer oferece o serviço. O que desenvolvem enquanto atividade é o grupo de gestantes, momento em que o planejamento familiar para as mulheres não é o foco de atenção.

... exponho as vantagens e desvantagens de cada método. (DSC).

No que se refere à assistência relativa ao Planejamento Familiar, é preconizado pelo Ministério da Saúde³ que “as ações de saúde devem ser voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde”. O que podemos observar no relato dos profissionais é que a comunidade, ou a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, como coloca o Ministério da Saúde, não tem conhecimento do que é desenvolvido na unidade de saúde. Conforme DSC a seguir:

Acho que o principal motivo para não desenvolvermos o planejamento familiar de uma maneira mais efetiva é a falta de tempo, as mulheres não participam muito do grupo também são poucas as que comparecem nas reuniões, também pela falta de divulgação, elas não sabem o que o posto oferece. Se

elas soubessem, tivesse facilidade, e não tivesse burocracia era muito melhor. (DSC).

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

O trabalho é muito individualizado, as pessoas não têm acesso aos métodos e aos serviços, teria que ter mais espaço físico, agendamentos, mobilização da equipe, disponibilidade do profissional, material didático. (DSC).

Nesse sentido, Coelho⁶ afirma que se faz necessário que os profissionais, enquanto categoria, articulem, discutam e reivindiquem a assistência à saúde e não se deixem imobilizar pelas precárias condições dos serviços de saúde. Quando nos reportamos à prática destes métodos contraceptivos, ou seja, quem deve utilizá-los, no DSC dos profissionais, esta é de responsabilidade da mulher. Uma vez tomada a responsabilidade do escolher e do uso do método contraceptivo para si, a mulher elege ainda determinado método como o de sua preferência, conforme encontrado no DSC dos profissionais, onde percebemos que o método contraceptivo adotado pela maioria das mulheres é o anticoncepcional oral:

No caso das preferências das mulheres elas optam sem dúvida pelo anticoncepcional oral e DIU. (DSC).

Mas, a contracepção não ocorre como um fato isolado, unicamente em decorrência da existência de uma prática contraceptiva. Ela se torna concreta mediante as condições sócio-econômicas, culturais, crenças, políticas de saúde e estruturas dos serviços de saúde. Porém o que foi evidenciado nos discursos dos profissionais médicos é que “perdem muito tempo com orientações”, e que isto é papel da enfermagem, como observamos no discurso a seguir, refletindo que a relação médico e paciente se restringe na recomendação do método, através da prescrição.

acho que perdemos muito tempo com orientações, isto deveria ficar com a enfermagem. (DSC).

É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são sociais e historicamente determinadas, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual¹². Logo, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada”¹³.

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

4.1.3 Pré-natal também é uma ação desenvolvida para a saúde da mulher

O Pré-Natal é uma ação importante desenvolvida em relação à saúde da mulher. As mulheres estão despreparadas e desorientadas quanto ao manejo do recém-nascido, também evita intercorrências. (DSC).

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

Como afirma Silva Jr.¹⁴, “a integralidade define-se pela capacidade de oferecer ações que satisfaçam às várias demandas ligadas à promoção e recuperação da saúde”. Ou seja, a necessidade em saúde deveria estar intimamente ligada à prestação dos serviços, uma vez que, mesmo que para os profissionais que participaram deste estudo, ações pontuais se caracterizam enquanto atividades essenciais, a necessidade em saúde ainda é absoluta e no sentido de integralidade deve ser garantida.

A discussão da Integralidade também incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de

serviços, no qual são relevantes as contribuições de Schraiber, Campos e Machado^{15,16,17}.

E, por fim, conforme coloca Mendes¹⁸, a solução proposta, para uma efetiva saúde integral, é a democratização da medicina, com uma desprofissionalização conseqüente. Em outras palavras,

...a medicalização societal só poderá ser respondida pela politização da saúde... a democratização da saúde transcende a estatização dos serviços de saúde e a universalização da atenção médica erigindo, como questão fundamental, a participação efetiva da população enquanto sujeito de sua própria saúde.

Sendo que, a luta contra as doenças, ou ações pontuais, não é uma luta contra os serviços ineficazes para combatê-las, mas uma luta, no meio de outras, pelos direitos sociais da população e suas necessidades em saúde.

Percebemos, portanto, que a atenção dispensada à mulher, deve também abranger a prevenção do câncer de colo uterino e a assistência ao pré-natal, mas dentro de uma perspectiva integral, onde estas ações sejam uma dentre várias da complexidade que é a necessidade em saúde. Não deixando de ressaltar que a concepção de “Direitos Reprodutivos”, foco principal deste estudo, enfatiza a garantia da integralidade das mulheres e de sua autonomia enquanto sujeito.

Como a atenção integral à saúde da mulher é uma das prioridades do Ministério da Saúde, como definido no Plano de Ação para a Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004-2007, deverá existir um esforço para que este “fazer integral” realmente seja implementado na prática das unidades de saúde. Bem como, perfazer esta prática, nos diversos setores e níveis de assistência, reforçando a prática da referência e contra-referência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão deste estudo, o conhecimento e a prática de integralidade da assistência ao Planejamento Familiar, enquanto “Direito Reprodutivo”, deve ser reforçada. O observado na prática das unidades de saúde em relação ao Planejamento Familiar e que ocorre marcantemente é a distribuição dos contraceptivos disponibilizados nas unidades de saúde.

Portanto, a orientação ao Planejamento Familiar deve, além da informação em relação ao método

contraceptivo, abranger a orientação sobre sexualidade, reforçando a autonomia da mulher e respeitando sua necessidade em saúde. Pois a aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para o seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso do método escolhido. Cabendo ao profissional reivindicar do Estado o atendimento preconizado e o cumprimento da Lei.

Deve haver uma sensibilização para que a assistência à saúde da mulher não se reduza à prevenção e controle de doenças ou que as suas necessidades em saúde sejam subjugadas a órgãos reprodutivos e a fase reprodutiva. Oportunizando assim, práticas outras dentro de uma ação específica, garantindo o princípio da integralidade e do “Direito Reprodutivo”.

A dissonância entre o que colocado enquanto discurso e o que vem sendo desenvolvido nas unidades de saúde pelos profissionais reflete que estes têm trabalhado com a demanda da unidade de saúde, não refletindo sobre o seu “fazer”, bem como não concretizando o que evidenciam como importante para a saúde da mulher, que é a sua autonomia enquanto sujeito capaz de escolher e decidir por si mesma.

Enfim para que a assistência à saúde de maneira integral seja garantida, o compromisso do profissional deve ultrapassar a consulta e a demanda espontânea. Deve existir um comprometimento deste em garantir o que é preconizado, ou seja, fazer valer a Lei do Planejamento Familiar, que por sua vez é desconhecida da grande maioria dos profissionais, bem como a concepção de “Direitos Reprodutivos”, que embora ainda seja incipiente colocam o direito à decisão como um dos principais objetivos desta temática.

Ao achados dessa pesquisa apontam para uma necessária readequação da educação médica (leia-se: reformas curriculares) para a inclusão do conteúdo relacionado de fato a: Saúde da Mulher, bem como de uma reorientação de Políticas Públicas mais integrais e claras no que tange o direito de escolha ao método contraceptivo tanto pela mulher quanto pelo homem ou pelo casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Lei do planejamento familiar. Brasília: Diário Oficial da União.; 1996. p.561-70.
2. Petchesky R. The body as property – A feminist revision. In: Ginsburg FD, Rapp R. (org). Conceiving the new world order. The global stratification of reproduction. University of Califórnia Press 1994. 387-406.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Foucault M. A História da Sexualidade I: A vontade de Saber. Barbosa MTCA. Albuquerque JAG. (Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
5. Berquó E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. In: Berquó E. (org). Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania. Brasília: CFEMEA, 1994.
6. Coelho EBS. (Tese) A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Florianópolis. 2000
7. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a saúde (NOAS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Costa NFP. (ed.). Normas técnicas em anticoncepção. Rio de Janeiro: BEMFAM; 2002.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS; 2003. 256 p.
10. Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas; 1994.
11. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
12. Costa AM. (Tese). Atenção Integral à saúde das mulheres: Quo Vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Universidade de Brasília/UnB, Brasília.
13. Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde: In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-126.
14. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1998.
15. Schraiber LB. (Org.). Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC; 1990.
16. Campos GW. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC; 1991.
17. Machado FA. A sugestão para um modelo alternativo de atenção à saúde. Saúde em Debate 1991; (31): 31-5.
18. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/Finep; 1984.