

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WALESKA DE BRITO NUNES

**INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO
FAMILIAR EM CIDADES DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

CUITÉ-PB
2012

WALESKA DE BRITO NUNES

**INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO
FAMILIAR EM CIDADES DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde; como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem; na área de concentração (Saúde da Mulher).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Dantas Farias de Andrade.

CUITÉ- PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N972i Nunes, Waleska de Brito.

Investigação de ações de enfermagem no planejamento familiar em cidades do Curimataú Paraibano. / Waleska de Brito Nunes – Cuité: CES, 2012.

68 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Planejamento familiar. 2. Papel do profissional de enfermagem. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 614

WALESKA DE BRITO NUNES

**INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO
PLANEJAMENTO FAMILIAR EM CIDADES DO CURIMATAÚ
PARAIBANO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde; como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem; na área de concentração (Saúde da Mulher).

Aprovada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Luciana Dantas Farias de Andrade (Doutora em Psicologia, UFCG)

Profa. Janaína von Söhsten Trigueiro (Mestre em Enfermagem, UFCG)

Profa. Nathanielly Cristina Carvalho Brito Santos (Especialista em Enfermagem, UFCG).

Dedicatória

Aqui nestas inúmeras linhas estão contidas palavras que, para minha pessoa, ultrapassam o sentido de uma monografia, mas atuam como elemento favorável à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros, num ponto significativo da assistência: o Planejamento Familiar.

Dedico esse trabalho à minha família e a todos os profissionais, enfermeiros, que se reconhecem como elementos transformadores da Assistência à Saúde.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de muito esforço e dedicação na minha vida acadêmica e pessoal, sendo a marca de uma transição tão esperada em minha existência, posso metaforicamente afirmar, que se trata de meu segundo filho e, por esse motivo, agradeço:

À Deus que sempre me deu a perseverança diante de qualquer obstáculo.

À minha amada filha Ana Cecília, por ter de se deparar desde tão pequena, com a necessária ausência de sua mãe.

À minha orientadora e professora Luciana Dantas Farias de Andrade, por toda compreensão, paciência e ensinamentos disponibilizados.

Ao meu companheiro Matias que sempre me incentivou e aceitou minha dedicação exacerbada pela graduação.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho que, na minha visão pessoal, é uma conquista imensurável, independente de qualquer outro fator.

*Assim como a célula é para o corpo, a
família é para a sociedade.*

(Autor Desconhecido)

RESUMO

NUNES, W. B. **Investigação das ações de enfermagem no planejamento familiar em cidades do curimataú paraibano.** 2012. – 70 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Pb.

Introdução: Diante da percepção pessoal sobre a importância e necessidade de efetivação das ações de Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família na região, optou-se por pesquisar essa temática adentrando no papel do enfermeiro enquanto profissional da área da saúde e suas ações nas Unidades de Saúde da Família. **Objetivo:** investigar as ações de planejamento familiar oferecidas pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família nos municípios de Barra de Santa Rosa e Damião, os quais compõem parte do Curimataú paraibano – Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando-se de questionário semiestruturado e entrevista realizada com 06 enfermeiros dos municípios de Barra de Santa Rosa e Damião, ambos na Paraíba. **Resultados e discussão:** Analisando as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros houve o confronto entre as informações fornecidas pelos profissionais com o que é preconizado pela Lei 9263/96 e pelo Ministério da Saúde. A pesquisa revela uma realidade de ações mínimas e inespecíficas de planejamento familiar pelos enfermeiros que elucidam dificuldades na aquisição de materiais informativos, limitação na oferta de contraceptivos e falta de capacitação. **Conclusão:** Apesar de, teoricamente, ter-se dado ênfase ao planejamento familiar nas políticas públicas e existir uma boa percepção dos enfermeiros sobre a importância das ações de planejamento familiar, o cenário prático dessa assistência deixa lacunas e o profissional da enfermagem necessita de subsídios que vão desde a capacitação através da educação permanente, até a aquisição de insumos materiais e de estrutura física, para poderem oferecer o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Lei 9.263/96.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Papel do profissional de enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

NUNES, W. B. **Research in shares of nursing in cities of family planning Curimataú Paraibano, Brasil. 2012.** – 70 f. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité – Pb.

Introduction: Given the personal perception of the importance and need to implement actions of Family Planning in Family Health Units in the region, we decided to research this issue entering the professional role of nurses as health care and their actions in the Health Units Family. **Objective:** To investigate the family planning activities offered by the nurses in the Family Health Units in the municipalities of Barra de Santa Rosa and Damião, which make up part of Curimataú Paraiba - Brazil. **Method:** The study is qualitative in nature, using a semi-structured questionnaire, the interview was conducted with 06 nurses, the municipalities of Barra de Santa Rosa and Damião, both in Paraíba revealed a reality of actions and minimal nonspecific family planning nurses mentioning considerable difficulties of investigation and reasonable. **Results** Analyzing the activities undertaken by nurses, realizing his connection with what is stated by Law 9263/96 and the Ministry of Health and knowing the position of a trader in respect of actions for family planning. **It was concluded** that although theoretically have given emphasis to family planning, public policy and there is a good perception of nurses about the importance of family planning activities, the practical scenario of this assistance leaves gaps, and also the professional nurses need subsidies ranging from training, and material inputs to the physical structure, in order to offer what is recommended by the Ministry of Health and Law 9.263/96.

Descriptors: Family Planning (Public Health); Nursing; Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

QUADRO I – Síntese da organização metodológica da análise de conteúdo obtida das respostas dos questionários, da observação participante e transcrição das entrevistas.....	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DIU - Dispositivo intrauterino

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

PNAISM - Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

USF - Unidade de Saúde da Família

Sumário

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	17
REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 O Planejamento Familiar no Brasil	19
3.2 Papel do enfermeiro nas ações de planejamento familiar.....	21
3.3 Deliberando termos.....	22
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
4.1 Tipo de pesquisa	25
4.2 Cenário da pesquisa	25
4.3 Sujeitos e aspectos éticos da pesquisa	26
4.4 Coleta de dados.....	26
4.5 Análise dos dados	27
A PESQUISA: ANÁLISE E DISCUSSÃO	29
5.1 Compreensão e importância dada pelos enfermeiros às ações de planejamento familiar ..	29
5.2 Caracterização das ações de planejamento familiar oferecidas pelos enfermeiros	32
5.2.1 Consulta limitada ao público feminino.....	33
5.2.2 Escolha de métodos direcionada, principalmente, pelo que há disponível para distribuição gratuita e resistência à dupla proteção	35
5.2.3 Ausência de grupos para educação em saúde no planejamento familiar	38
5.3 Dificuldades elencadas pelos enfermeiros na operacionalização das ações de planejamento familiar.....	40
5.3.1 Falta de treinamento e/ou capacitação	41
5.3.2 Dificuldades particulares dos profissionais que atuam na zona rural.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
ANEXOS	61

Introdução

INTRODUÇÃO

As funções sexual e reprodutiva vêm ganhando espaço nos discursos das políticas públicas de saúde, por estarem sendo percebidas como fundamentais para o estabelecimento de uma melhor qualidade de vida para cada indivíduo, desde seu aspecto pessoal até a sua convivência em sociedade.

Nessa vertente, a assistência ao Planejamento Familiar (PF) assume papel de instrumento que garante informações adequadas para uma amarração saudável dessas duas atividades humanas, ou seja, através das ações no PF o indivíduo deve ter ciência de que sua sexualidade e sua reprodução podem ser exercidas independentemente, mas para isso, é primordial que dúvidas sejam esclarecidas, enfocando as especificidades de cada uma dessas atividades.

Importante ressaltar o fato de que o PF, como ação de saúde, é reconhecido como uma necessidade do ser humano, todavia apresenta controvérsias entre o que é praticado pela sociedade e o que é estabelecido nas normas do Estado e, sobretudo, o que é disponibilizado pelos serviços de saúde (CORTEZ; ZAGONEL, 2011).

Ainda nessa vertente, merece realce a criação da Lei nº. 9.263 de 12/01/96 (Anexo A) que estabelece a política do planejamento familiar com visão ampliada dos conceitos de saúde e direitos reprodutivos, que garante os direitos sexuais, a igualdade e liberdade no exercício da sexualidade de homens e mulheres.

Frente ao entendimento da importância das ações de PF e ao vivenciar uma experiência pessoal de gestação não planejada, com observação de ações limitadas (ou ausência destas) na região do curimatá paraibano, instigou-se a curiosidade em verificar como a assistência ao PF vem sendo ofertada por profissionais enfermeiros, nas USF dessa região. Para fortalecer ainda mais o interesse nessa temática, a vivência nas atividades teórico-práticas oferecidas pela matriz curricular do curso de Bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, demonstraram situações incompatíveis com as propostas do governo para o PF, valendo-se da ausência de atividades voltadas a essa assistência em algumas unidades de saúde.

A opção pelo profissional enfermeiro, se deu pela compreensão de que se trata de um profissional mais presente na rotina das USF e nas ações voltadas ao PF, dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Acredita-se que estudos verificadores da realidade de trabalho desses profissionais, em especial na nossa região, têm o potencial de revelar fragilidades da

assistência ao planejamento familiar elucidando possibilidades de superação para melhoria da qualidade da assistência em especial no que se refere à Atenção Primária em Saúde (APS¹).

Entendendo ainda que o enfermeiro deve perceber a importância de suas ações na implantação e manutenção das políticas de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF), percebeu-se a necessidade de investigações das ações realizadas por esse profissional no que tange o PF, tendo em vista que elas poderão servir de suporte para os enfermeiros adequarem suas práticas diárias, além de propiciar a criação de espaços onde mulheres e homens possam discutir suas experiências e a opção de ter ou não filhos, contribuindo para o exercício da atividade profissional e a construção da cidadania, evidenciando a razão do PF constituir uma das sete áreas prioritárias de intervenção da atenção básica.

Se lacunas existem nas ações de PF, o enfermeiro tem que ser um agente que busque, dentro de suas possibilidades profissionais, a melhoria desse quadro mediante subsídios materiais e capacitações a fim de disponibilizar aos usuários aquilo que eles devem ter por direito assegurado pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Consoante ao exposto questiona-se: quais são as ações de planejamento familiar que têm sido oferecidas pelos enfermeiros nas USF nos municípios de Barra de Santa Rosa e Damião e sua relação com a Lei nº 9263/96 ?

¹Internacionalmente tem-se apresentado “Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que alimentam discussões acadêmicas nacionais auxiliando o reconhecimento científico das produções brasileiras. No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades (MATTA; MOROSINI, 2009).

Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Investigar as ações de planejamento familiar oferecidas pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família nos municípios de Barra de Santa Rosa e Damião, que compõem parte do Curimataú paraibano – Brasil.

Objetivos específicos:

Analisar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas USF ao adolescente, homem, mulher e casal no tocante à sexualidade e reprodução percebendo sua ligação com o que é indicado pela Lei N°. 9263/96 e pelo Ministério da Saúde;

Conhecer o posicionamento do enfermeiro das USF em relação às ações voltadas ao planejamento familiar dos usuários da Estratégia Saúde da Família nos municípios supracitados.

Referencial Teórico

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Planejamento Familiar no Brasil

No Brasil, até a década de 1970, percebendo o que foi dito por Freitas et.al (2009), as políticas públicas com relação à saúde sexual e reprodutiva estavam voltadas, basicamente, para as mulheres se preocupando apenas com a função procriativa e eram efetivadas a partir dos cuidados ao ciclo gravídico-puerperal com foco na imagem da mulher como mãe, constituindo o modelo materno-infantil.

Após a Conferência Mundial de População de Bucareste, de 1974, o governo brasileiro passou a considerar o planejamento familiar como um direito das pessoas e dos casais. O Programa de Saúde Materno-Infantil, lançado pelo Ministério da Saúde, em 1977, foi o pontapé estatal no sentido de oferecer o planejamento familiar e prevenir gestações de alto risco. Todavia, esse programa foi alvo de críticas por seu enfoque limitado, pois defendiam propostas que assistiam a mulher apenas em seu intento materno (ALVES, 2010).

As políticas públicas de saúde que preconizam o PF resultaram das reivindicações do movimento feminista cujas lutas, contribuíram para a mulher ocupar o mercado de trabalho e em modificações nas estratégias do governo, buscando alcançar os anseios das mulheres, entre eles o da autonomia sobre o próprio corpo (COSTA; CRISPIN, 2010)

Só com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, agora Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)², é que foi incorporado um novo enfoque nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher, centrando-se no conceito de saúde integral e com ênfase na função educativa dos serviços (MOURA; SILVA, 2004). Desde então, nesse novo panorama, tornou-se necessário a implantação de novas formas de abordagens sobre os temas reprodução e sexualidade, adentrando nas diferentes realidades, sociocultural e economicamente apresentadas pelas mulheres.

Desde 1996 a assistência ao PF está regulada pela Lei Nº. 9.263 (Anexo A) que determina ações pautadas nos direitos reprodutivos, de forma a garantir a todos os usuários, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, seja para limitar ou aumentar a prole (MOURA; GALVÃO, 2007).

²A referida política visa a implementação dos princípios do SUS, ou seja, a universalidade, integralidade e a equidade, e incorpora uma concepção de atenção que enfatiza a promoção da saúde, ampliando o leque de propostas de ações do PAISM. Preocupa-se em melhorar a atenção obstétrica, ao planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2005).

Mesmo com as ações do Estado, visando atuar no PF, discrepâncias de realidades na questão reprodutiva da população continuavam a acontecer. Segundo Berquó e Cavenaghi (2004), as mulheres com até três anos no ensino fundamental e renda domiciliar per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo apresentavam, no ano 2000, taxas de fecundidade acima de 5 filhos por mulher, enquanto aquelas com nove ou mais anos de ensino fundamental e renda domiciliar per capita superior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo já apresentavam fecundidade abaixo do nível de reposição.

Perfilhando que a população pobre tem menor acesso aos métodos de regulação da fecundidade, o Ministério da Saúde criou, em 11 de fevereiro de 1999, a Portaria Nº. 048 com o objetivo de estabelecer normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução de ações de planejamento familiar pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. O Governo Federal passou a se comprometer com um suprimento crescente de métodos contraceptivos e a sua disponibilidade para estados e municípios (ALVES, 2010).

Nesta mesma linha de atuação, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) lançou, em 2005 a “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” cujos objetivos envolvem: a) Ampliar a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde se responsabiliza pela compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do SUS (até então, o Ministério era responsável por suprir de 30% a 40% dos contraceptivos ficando os outros 70% a 60% a cargo das secretarias estaduais e municipais de saúde); b) Ampliar o acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, aumentando o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, em todos os estados brasileiros; c) Introduzir a reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

Em 2007, o governo Federal lançou a “Política Nacional de Planejamento Familiar”, que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva e estabelece também que a compra de anticoncepcionais será disponibilizada na rede Farmácia Popular³.

No cenário atual das políticas públicas, a atenção ao planejamento familiar não se trata apenas de uma abordagem singular à figura feminina no aspecto materno infantil, mas sim

³O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". Neste programa, o MS paga até 90%(noventa por cento) do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo MS e opv-at do medicamento e/ou correlato adquirido. (BRASIL, 2012).

numa abordagem ampla que envolva os casais desde o início de sua vida sexual e por toda vida adulta, atentando para a questão da sexualidade responsável, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada, conforme a assistência integral à saúde preconizada.

3.2 Papel do enfermeiro nas ações de planejamento familiar

A Enfermagem, ao longo de sua história, vem se defrontando com diferentes questões sociais que perpassam a vida do indivíduo, da família e da comunidade, nesse aspecto, Coelho (2005) relata que a assistência de enfermagem impulsiona a convivência com “atores” sociais em diferentes situações, de vida e morte, deparando-se com situações de submissão, resignação e inconformidade, refletindo crenças, valores e preparos diversificados.

A atuação dos profissionais de saúde, especificamente no âmbito do planejamento familiar, está amparada na Constituição Federal, artigo 226, parágrafo 7º, que recomenda uma assistência embasada no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais, como afirmado por Moura e Silva (2005).

As autoras supracitadas compartilham a compreensão de que a competência profissional no campo da anticoncepção deve abranger os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos clientes, incluindo habilidades para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais (MAC) e acolhendo com respeito o/a cliente.

Diante do que é preconizado pelo governo e ainda atendendo ao que é apontado por lei, a assistência ao planejamento familiar na rede pública, em especial na Atenção Primária à Saúde, deve ser oferecida pelas equipes de saúde da família, no que pulsa os direitos sexuais e reprodutivos dos usuários, podendo ser direcionada de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº26⁴, ou outros materiais referentes à temática.

Mesmo sabendo que toda a equipe de saúde pode disponibilizar informações e assistência ao planejamento familiar, consoante Camiá (2000), é o enfermeiro que acaba sendo indicado para desenvolver tais ações, tendo em vista que esse profissional, diante de

⁴O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva busca abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e de saúde das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva (BRASIL, 2010).

sua realidade de educador, e também mais próximo de sua clientela, pode facilmente identificar as reais necessidades da população, em especial no cenário da APS.

O Ministério da Saúde (2006) enfatiza ainda que na realidade atual do país, onde cerca da metade das gestações não são planejadas, é de suma importância a implementação da atenção ao planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção/prevenção do HIV, da gravidez e de outras ISTs, nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de imunização.

Destarte o exposto, a função desempenhada pelos enfermeiros diante da assistência ao planejamento familiar tem assumido uma importância inquestionável, pois a assistência pode assumir uma conduta totalmente satisfatória no processo de educação em saúde aos usuários da Atenção Primária à Saúde.

3.3 Deliberando termos

Para adentrar no tema deste trabalho, é interessante que se levantem alguns conceitos relacionados ao mesmo, como: família, planejamento familiar e enfermagem, para que se perceba sua abrangência e aplicação no presente estudo.

Conceituar família é uma tarefa difícil, já que se trata de uma entidade que assume importância e significado social, diferentes para os distintos grupos, assim sendo, é oportuno destacar ainda, que os parâmetros sociais sofrem alterações conforme o momento histórico vivenciado, fazendo com que cada vez mais se tornem amplos os conceitos dados a esse instituto.

A definição dada no dicionário Aurélio de língua portuguesa (2001) à família descreve: “1-pessoas aparentadas que vivem na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. 2- pessoas do mesmo sangue. 3- origem, ascendência”.

Sabe-se que, hoje, a conformação familiar pode se estabelecer de conjunturas bem distintas da considerada “família núcleo” na qual existe um pai, uma mãe e filhos convivendo sob o mesmo teto ou não. Neste trabalho, o termo família se limitará ao amoldamento da “família núcleo (pai, mãe e filhos)”, tendo em vista que uma abordagem maior seria inviável pela amplitude que haveria de ser dada na pesquisa.

Partindo da delimitação do termo família, passemos a especificar o que seja o planejamento familiar. De acordo com a Lei N°. 9263/96, o planejamento familiar é definido como “o 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”. Será essa visão do planejamento familiar, percebida nessa pesquisa.

Agora, sobre o profissional enfermeiro, de ajuste com a Lei Nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que trata da lei do exercício profissional, são enfermeiros o titular do diploma de “Enfermeiro” conferido por instituição de ensino, nos termos da lei.

Para a classe profissional referida, ainda são apresentadas no Regulamento do Exercício da Enfermagem (2010), como de caráter privativo a esses profissionais, diversas atividades das quais podemos elencar: o planejamento, a organização, a coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; a consulta de enfermagem; e a prescrição da assistência de enfermagem.

Essa característica de uma gama de atuações do enfermeiro no âmbito da saúde confere uma imensa responsabilidade na assistência prestada, tendo em vista que sua autonomia deve prevalecer a fim de garantir o resultado final esperado, que é a oferta de uma saúde de qualidade para todos os usuários, cumprindo o preconizado para atuação laboral.

Dentre as atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, as ações de planejamento familiar estão inseridas e remete a responsabilidade do profissional na dimensão da assistência ao indivíduo, família e coletividade, bem como na participação ativa como integrante da equipe multiprofissional.

Trajectoria Metodológica

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de pesquisa

O PF está incluído nas ações de assistência integral à saúde da mulher e integra o conjunto de atividades da atenção primária que devem ser executadas por toda equipe da ESF. Como afirma Araújo (2004), trabalhar as questões referentes a essa temática significa fazer uma incursão no campo da subjetividade, da sexualidade e do relacionamento entre mulheres e homens, envolvendo significados e valores construídos socialmente, mas que nem sempre são verbalizados pelos(as) usuários(as) e profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo de campo, exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, com questionário semiestruturado, responde às questões muito particulares envolvendo níveis de realidades que não podem ser quantificadas, evidenciando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores dentro das relações.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família dos municípios de Barra de Santa Rosa e Damião, que compõem parte da microrregião do curimataú ocidental paraibano.

Localizado na mesorregião da Borborema, agreste paraibano, o território polarizado por Barra de Santa Rosa fica, aproximadamente, a 193 km de distância da capital do estado, João Pessoa, Paraíba e, aproximadamente, 77 km de Campina Grande, importante pólo industrial e tecnológico do interior do estado. Neste sentido, Damião encontra-se a 200 km de distância de João Pessoa e 84 km de Campina Grande.

Como a Universidade Federal de Campina Grande possui campus em Cuité, este cenário foi ventilado para atuação acadêmica da pesquisadora, entretanto, por motivos burocráticos envolvendo o atendimento às prerrogativas exigidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP), ficou inviável o envio da folha de rosto em tempo hábil, uma vez que o secretário de saúde e seu representante legal estavam em outras atividades administrativas ou em viagens de trabalho nas tentativas de contato pessoal com o pesquisador.

4.3 Sujeitos e aspectos éticos da pesquisa

Participaram da pesquisa e compõem toda a amostra, 06 profissionais enfermeiros, sendo 05 do município de Barra de Santa Rosa (valor que totaliza o número de profissionais do município em USF), e 01 do município de Damião (valor que representa a metade dos profissionais do município, que possui 02 USF).

Os profissionais entrevistados são todos do sexo feminino e graduados em enfermagem, estão exercendo essa profissão nas Unidades de Saúde da Família nos municípios escolhidos e só tiveram suas respostas incluídas no estudo, diante da inteira concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) proposto, respeitando os preceitos éticos da Resolução 196/96

Observando os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia a pesquisa com seres humanos, todo procedimento, assim como objetivo da pesquisa, foram explicados aos profissionais e, em seguida, cada um optou em participar ou não.

As entrevistas foram realizadas individualmente, dentro dos consultórios de enfermagem ou equivalentes, de acordo com a preferência dos sujeitos.

O sigilo e o anonimato foram assegurados, de forma que, em hipótese alguma será revelada a identidade do entrevistado. Utilizou-se o termo “Enf.” seguido de um número representativo da sequência com que aconteciam as entrevistas, a exemplo “Enf.1”, para tratar da identificação, condizendo com os preceitos legais supracitados prosseguindo com a assinatura do termo de consentimento.

4.4 Coleta de dados

Após aprovação do CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiros/UFCG, as entrevistas se deram através da aplicação de questionário semiestruturado, elaborado a partir do estado da arte da atuação do enfermeiro nas ações do planejamento familiar e baseado no instrumento utilizado na pesquisa de Araújo em 2004 (ANEXO B).

O instrumento modificado, com alterações necessárias, para atender os objetivos desse estudo é composto por perguntas de múltipla escolha e dupla escolha, parte considerada objetiva, sendo respondida de próprio punho pelo entrevistado (APÊNDICE A).

No que concerne às questões abertas, as respostas foram gravadas, diante da prévia permissão do entrevistado e posteriormente transcritas, garantindo uma avaliação mais precisa das respostas.

Optou-se por esse método tendo em vista o valor que o estudo qualitativo assume na coleta e interpretação dos dados, por possibilitar que a realidade seja captada através não apenas do discurso dito e não dito, mas, sobretudo, da avaliação geral, incluindo a parte técnica propriamente dita (MINAYO, 2002).

Além da entrevista com o questionário semiestruturado, lançou-se mão da observação participante que, segundo Minayo (2002), corresponde a uma tática complementar da entrevista, se tratando de uma observação de forma rápida e superficial e que será exercida através da visualização do cenário geral em que o enfermeiro trabalha as questões do planejamento familiar nas USFs.

Como subsídio, todas as informações consideradas importantes para o estudo e que vão além dos questionamentos da entrevista, foram anotadas no diário de campo para, sempre que necessário, recorrer às informações nele constadas.

4.5 Análise dos dados

Para analisar os dados empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2004, p. 27), que a define como sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, cujo objetivo consiste na inferência de conhecimentos relativos às condições de produção que recorre a indicadores, sejam eles qualitativos ou não.

Tal análise foi constituída por três etapas: pré-análise; exploração e tratamento dos resultados obtidos; e interpretação (BARDIN, 2004).

Na pré-análise procedeu-se a organização dos dados, ou seja, os materiais e documentos, depois de selecionados, foram reunidos para favorecer a análise e, diante de uma leitura flutuante, se estabeleceu um contato constante com os dados e com as ideias sistematizadas retomando os objetivos iniciais da pesquisa.

A segunda fase se deu com a exploração do material com posterior codificação e tematização das informações já classificadas e categorizadas, mediante observações importantes à temática.

Por conseguinte, os resultados foram discutidos com suporte teórico e expostos seus pontos mais marcantes, de acordo com a temática.

A pesquisa: análise e discussão

A PESQUISA: ANÁLISE E DISCUSSÃO

A partir das respostas dos questionários, da observação participante e transcrição das entrevistas, a reflexão exaustiva conduziu à formação de categorias para melhor apreensão das informações adquiridas. Seguem as categorias estabelecidas, em forma de quadro, para facilitar a leitura.

Categorias	Subcategorias
1 Compreensão e importância dada pelos enfermeiros às ações de PF	Não há subcategorias
2 Caracterização das ações de PF oferecidas pelos enfermeiros	2.1 Consulta limitada ao público feminino; 2.2 Escolha de métodos direcionada, principalmente, pelo que há disponível para distribuição gratuita e resistência à dupla proteção; 2.3 Ausência de grupos para educação em saúde no PF.
3 Dificuldades elencadas pelos enfermeiros na operacionalização das ações de PF	3.1 Falta de treinamento e/ou capacitação; 3.2 Dificuldades particulares dos profissionais que atuam na zona rural.

QUADRO I – Síntese da organização metodológica da análise de conteúdo obtida das respostas dos questionários, da observação participante e transcrição das entrevistas.

5.1 Compreensão e importância dada pelos enfermeiros às ações de planejamento familiar

Em se tratando da compreensão dos profissionais entrevistados a respeito das ações de planejamento familiar, houve uma leve limitação ao definirem o que entendiam sobre essa assistência. Uma parte dos entrevistados apresentou claramente que a Política de Atenção ao PF envolve a possibilidade dada aos casais de realizarem o planejamento da concepção de seus filhos, como é explicitado pelas falas a seguir:

“É uma forma de minimizar a preocupação dos casais em se deparar com uma gravidez não planejada, fazendo uma orientação quanto aos métodos e como podem utilizar” (Enf.04).

“É a maneira de orientar os casais no sentido de que eles venham planejar quando querem conceber uma família” (Enf.05).

“É a assistência que a gente tem que oferecer ao casal quando apresenta o desejo de ter filhos, a partir disso a gente orienta o casal” (Enf.06).

Durante as entrevistas, ficou perceptível que algumas profissionais falavam com certo receio e timidez sobre o tema passando a impressão de que não estavam tão familiarizadas com tal assistência em sua rotina de atendimento, por esta razão as respostas foram, em sua maioria, curtas, objetivas e sem acréscimos de percepção pessoal ou experiências vivenciadas sobre a temática (NOTAS DE CAMPO, 03 mai 2011).

Ainda que a impressão passada pela maneira que os profissionais se referiam às ações de PF demonstrou em sua maioria, que a visão desses profissionais, mesmo direta e objetiva, acorda com o que está exposto pelo Ministério da Saúde e com a Lei Nº. 9263/96. É necessário, no entanto, a percepção ampla de que se trata de uma ferramenta que deve garantir o direito dos casais em planejar a formação de sua família e que seus resultados transcendam além da área da saúde, com reflexos no âmbito social (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, quando se questionou a importância dada pelas profissionais às ações de PF, foi unânime a visão de que correspondem a uma temática fundamental, em especial na APS, assim como foi unânime a especificação de que, mesmo compreendendo essa significância, as ações vêm sendo negligenciadas, por diversos motivos, como revela as falas a seguir.

“A assistência ao planejamento familiar é muito importante, principalmente com o problema da gravidez na adolescência, muitas engravidam por falta de orientações... eu sempre coloco esse ponto em reunião porque se o PSF é voltado para a prevenção e promoção da saúde, esse assunto deveria ser tratado como os outros programas, a exemplo do hipertensão e do pré-natal” (Enf.01).

“A assistência ao planejamento familiar, a meu ver, é uma das ações mais importantes porque a repercussão causada pela falta de planejamento familiar em uma comunidade é gritante (...). Acredito que o planejamento familiar é deixado de lado porque muitos profissionais visualizam as consequências da falta dessa assistência, limitadas apenas à família, acredita-se que essas consequências não atingem a comunidade. Quantas crianças a gente vê dentro de famílias desestruturadas que ficam tendo filho, filho, sem garantir educação, saúde e até o básico, que é a alimentação” (Enf.02).

“Não sei se vou saber te responder, porque com tantas atividades, o planejamento familiar acaba ficando esquecido” (Enf.04).

“(...) o desejo de um casal em ter ou não filhos, deve ser levado em consideração, tem que ser trabalhado como qualquer outra assistência até pelo caráter de prevenção e promoção da saúde” (Enf.05).

“O planejamento familiar vem a estruturar famílias, pois quando se orienta um casal sobre o momento certo de ter um filho e da prevenção de DST, vejo que é uma ação de muita importância para a estruturação familiar” (Enf.06).

Nas opiniões expostas pelas profissionais, ficou explícito que todas percebem as ações voltadas ao PF como primordiais à assistência à saúde dos clientes e que sua abordagem deveria ser enfatizada com a mesma intensidade que outras políticas assistenciais.

Ao relatarem que as ações de PF “deveriam/teriam que ser” trabalhadas como as demais assistências transparece o fato dessa temática ficar, por vezes, esquecida da rotina da assistência.

Historicamente o PF vem sendo abordado de maneira secundária às outras ações. Coelho (2005) levanta a questão de que a concepção e a contracepção, como componentes do Planejamento Familiar, constituem-se em ações da Enfermagem, inseridas quase sempre no contexto da assistência materno-infantil. Essa realidade é preocupante para estudiosos do tema, pois a Política de Planejamento Familiar, hoje, mais do que antes, deve ser oferecida em seu sentido mais amplo, indo ao encontro da integralidade da assistência.

Em contradição ao que é palpável nas USF estudadas, o próprio Ministério da Saúde adverte sobre a importância de ações efetivas e continuadas de assistência à saúde reprodutiva e sexual dos usuários, e enfatiza que, entre os oito objetivos de desenvolvimento do milênio definidos na Conferência do Milênio⁵, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2000, quatro possuem relação direta com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010).

Mais à frente nos objetivos do governo no âmbito da saúde, a Lei Nº. 9263/96 (ANEXO A) estabelece o direito dos cidadãos em realizar o PF e o define no Art. 2º como “o 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”, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde devendo ser orientado por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

A questão da importância dada pelos profissionais ao que tange o planejamento familiar revela uma visão positiva sobre o que significa tal assistência, para tanto, não é

⁵Em preparação à Conferência do Milênio das Nações Unidas, o então Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Kofi Annan, lança o documento “Nós, as Pessoas: o Papel da ONU no Século 21”, com uma visão prática da missão da organização em um mundo globalizado. As principais mensagens do documento incluem um processo de globalização inclusivo, mais oportunidades para todos e o fim da pobreza e da exclusão de bilhões de pessoas. Durante a Conferência do Milênio das Nações Unidas, uma das maiores reuniões de líderes mundiais da história da ONU, é adotada a Declaração do Milênio das Nações Unidas, comprometendo os países a uma parceria inédita para reduzir a pobreza e garantir os direitos humanos básicos em todo o mundo, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) (BRASIL, 2005).

suficiente relatar o valor dessas ações e, em embate, não viabilizar a execução das mesmas. Dito de outra forma, o fato de os profissionais referirem que prestar uma assistência no PF tem sua relevância não reflete a operacionalização adequada dessas ações pelos mesmos, de tal modo que essa perspectiva não ultrapassa, na maioria das vezes, aspectos teóricos ou simples ideologia.

Consoante ao exposto, o profissional sabe conceituar teoricamente o tema, reconhece sua importância na assistência, embora o questionamento venha a convergir com as ações que são colocadas em prática de posse deste conhecimento.

5.2 Caracterização das ações de planejamento familiar oferecidas pelos enfermeiros

Dentre as atividades que podem ser realizadas para garantir a assistência ao PF, pode-se enfatizar que variadas são as maneiras de abordar a temática, partindo da consulta de enfermagem com execução do processo de enfermagem na APS, assim como a formação de grupos para trabalhar a educação em saúde reprodutiva.

A respeito da consulta de enfermagem, a Resolução COFEN nº159 de 1993 discorre em seu Art. 1º que a mesma deve ser “obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem”, em todos os níveis de assistência à saúde seja em Instituições Públicas ou Privadas. Sobre a consulta de enfermagem, ainda na Resolução COFEN 272 de 2002, estabelece em seu Art. 1º, que ela “deve constituir-se de histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, devendo ser registrada no prontuário do usuário dos serviços de saúde tanto público quanto privado”.

Frente a esse parâmetro, o enfermeiro está resguardado legalmente para executar a consulta, assim como tem o dever profissional de executá-la adequadamente para com seus clientes.

Frisando a consulta de enfermagem no PF, Camiá, Marin e Barbieri (2000) pontuam a necessidade de se utilizar o processo de enfermagem⁶, pois é a melhor metodologia para exercer e registrar o cuidado profissional, tendo em vista uma assistência embasada para prosseguir os cuidados e garantir a efetividade das ações.

⁶ O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Ainda referente às atividades clínicas, voltadas à saúde sexual e reprodutiva, o Ministério da Saúde pontua que elas devem ser realizadas visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, inserindo a anamnese, o exame físico, a identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva, conferindo fonte inesgotável de informações para o processo de enfermagem no âmbito da APS (BRASIL, 2010).

Novamente Camiá, Marin e Barbieri (2000) enfatizam que é perceptível que a consulta de enfermagem faz parte da assistência e contribui para o alcance dos objetivos traçados pela ESF, no entanto, é necessário que essa consulta esteja de acordo com preceitos técnico-científicos considerados adequados para o bom desenvolvimento da profissão e das políticas públicas.

Diante da relevância da consulta de enfermagem, no levantamento de informações, houve relatos sobre realidades semelhantes entre si que fortaleceram a fragilidade dessa assistência no âmbito da APS, dentre elas podemos destacar a consulta limitada ao público feminino, a escolha de métodos direcionada, principalmente, pelo que há disponível para distribuição gratuita e ausência de grupos para trabalhar a temática.

Para explicar melhor o que fora ventilado, viu-se a necessidade de elaborar subcategorias que explicitassem o objetivo de conhecer a operacionalização da enfermagem perante a política assistencial de atenção ao PF.

Neste sentido, foram selecionadas três subcategorias: Consulta limitada ao público feminino; escolha de métodos direcionada, principalmente, pelo que há disponível para distribuição gratuita acrescido da resistência à dupla proteção; e ausência de grupos para educação em saúde no planejamento familiar.

5.2.1 Consulta limitada ao público feminino

A primeira e grande realidade a ser exposta sobre a consulta de enfermagem no PF é a de que o público que procura esse tipo de atendimento é, eminentemente, o feminino. Tanto as mulheres adultas, quanto as adolescentes, requisitam este serviço como foi verificado nas falas das profissionais, ratificadas pelas informações contidas no diário de campo.

“Quem me procura mais são as gestantes e adolescentes” (Enf.01).

“As mulheres é quem vem mais, aí no primeiro momento a gente tem uma conversa” (Enf.02).

“A gente faz a avaliação da mulher, mas é difícil dá sequência devido a não adesão do companheiro que nem vem pras consultas” (Enf.04).

“Temos uma imensa dificuldade, até porque quem mais procura são as mulheres, nunca vimos um casal procurar junto, e sabemos que tem que ser trabalhado com o casal e até com a família como um todo...” (Enf.05).

“Não faço uma consulta específica, até pelas próprias mulheres que não têm paciência de ficar na USF, aí é realizada de forma bem resumida na puericultura e citológico” (Enf.06).

As circunstâncias apresentadas nas respostas das profissionais não surpreendem, infelizmente, sendo construídas historicamente e sedimentadas socialmente visões deturbadas e preconceituosas, tanto de homens como de mulheres, no que se refere à sexualidade e reprodução. Os homens continuam deixando as mulheres como “responsáveis” em se preocupar com a “procriação”, enquanto eles se preocupam com outras questões (NOTAS DE CAMPO, 09 Abr 2012).

Sobre as situações exibidas, juntamente com as falas das profissionais, foi percebido esse impasse, da escassez da participação masculina no PF, até pelo próprio MS ao afirmar que as ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento do público masculino nessas questões (BRASIL, 2010).

Ainda nas ações direcionadas para as mulheres pelo MS, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, sendo preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem, inclusive para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado por Moura e Silva (2006), a ausência da procura dos homens pela assistência ao PF foi referido como um grande problema nas ações. Essa ausência, ou não possibilidade dos maridos/companheiros participarem das consultas, culminava numa rejeição destes, em aceitar o que era exposto pelas mulheres ao retornarem a seus domicílios e repassarem o que fora informado e combinado com os profissionais de saúde.

Para possível resolução desse obstáculo foi sugerido pelas autoras, que se realizassem atividades noturnas já que é nesse turno que a maior parte dos homens está livre de suas atividades laborais, ideia essa que poderia ser lançada para outras USF que passam pela mesma situação.

Uma das iniciativas do governo no intuito de contribuir para a participação dos homens nas atividades oferecidas pela atenção primária é a elaboração da Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁷, apresentando oficialmente propostas de oferta de serviços em horários não comerciais, pois facilita o acesso às atividades preventivas e de promoção à saúde desta clientela.

De qualquer forma, independente da procura ou não dos usuários por orientações sobre o PF e sexualidade, é necessário que os profissionais da equipe de ESF busquem soluções para esse problema, vislumbrando que uma atenção voltada apenas à mulher não alcança completamente o propósito da assistência ao planejamento familiar.

Assim, devem ser estudadas e criadas possibilidades com os próprios casais, ou homens em particular, para que esse público adentre às ações clínicas e educativas de planejamento familiar, as estratégias merecem ser específicas baseando-se na realidade da população atendida por cada equipe.

5.2.2 Escolha de métodos direcionada, principalmente, pelo que há disponível para distribuição gratuita e resistência à dupla proteção

Outro fato comum dentro das consultas, e que merece ser elencado, discorre sobre a maneira como as clientes escolhem os métodos contraceptivos.

Verificou-se que não há, em nenhuma USF incluída nesse estudo, um protocolo formal que estabeleça como deve ser a decisão dos métodos contraceptivos a serem utilizados pelas usuárias e muito menos, existe uma consulta específica que aborde o PF (NOTAS DE CAMPO, 12 de Março de 2012; 07 e 09 de Abril de 2012). O que ficou aparente na visualização do pesquisador foi o fato de uma demanda mínima aparecer espontaneamente, em busca de receber a receita para adquirir, geralmente a pílula, sem uma investigação dos profissionais em introduzir-se na temática.

A maioria dos profissionais afirmou que, de início, a escolha do método a ser utilizado pelas mulheres se dá, levando em consideração a vontade da usuária, contrária a esta assertiva, as falas das entrevistadas revelaram que escolha do contraceptivo vale-se do fato de que é realizada de acordo com o que o serviço dispõe gratuitamente, como percebido adiante:

“O método é decidido de acordo com o perfil da mulher e, às vezes elas querem injeção só depois de uma conversa, digo o que tenho disponível e ela muda de

⁷A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada em 2009, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

opinião. Mas, por exemplo, aquelas que ficam tendo filhos, um atrás do outro, eu sempre quero que usem injetáveis para que eu tenha um maior controle” (Enf.02).

“Temos uma disponibilidade boa de comprimidos, preservativos e injetáveis. A gente diz o que tem disponível de método contraceptivo e elas escolhem o que querem dentro do que há na farmácia do posto” (Enf.03).

“Decidimos de acordo com que tem disponível no posto e aceitação delas”. (Enf.04).
 “A escolha se dá de acordo com a apropriação do método para cada uma e quanto o que temos disponível” (Enf.06).

Os relatos das profissionais, assim como o cenário investigado durante a pesquisa de campo revelaram que as consultas geralmente não são direcionadas ao PF em sua essência real, que é a de aconselhamento, escuta e oferta de autonomia aos usuários. O que parece corriqueiro é uma continuidade da distribuição de métodos contraceptivos que as USF dispõem, sem uma maior abordagem e sem abertura para a autonomia dos clientes.

Em contrariedade a realidade encontrada, Costa, Guillhen e Silver (2006), afirmam que a autonomia consiste na capacidade de pensar, decidir e agir, com base no livre pensamento e decisão independente. Para tanto, a vontade e a capacidade não são suficientes para o pleno exercício da autonomia, sendo fundamental a oferta de informações para a escolha que o indivíduo realiza, no contexto de uma sociedade equilibrada.

Os discursos revelam dificuldades em se dispor para os usuários, o que é indicado pela Lei N°. 9.263/96 onde está estabelecido em seu Art. 9º que, para o exercício do direito ao PF, “deverão ser oferecidos todos os métodos e técnicas de contracepção e concepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção” (BRASIL, 1996).

Convém ressaltar que os métodos contraceptivos podem ser de caráter hormonal, de barreira, natural ou comportamental⁸, sendo que todas as profissionais entrevistadas afirmaram que não indicam métodos diferentes do hormonal e do preservativo pelo principal motivo de os julgarem “arriscados” (NOTAS DE CAMPO, 13,18, 21de Março de 2012).

O risco que se corre em optar por métodos contraceptivos não hormonais existe de fato, porém ele se agrava a partir do momento em que não se lança mão de um trabalho de acompanhamento e orientações exaustivas a respeito de sua correta utilização (BRASIL, 2010).

⁸Os métodos comportamentais de planejamento familiar são técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. Baseando-se na identificação do período fértil da mulher, o casal pode concentrar as relações sexuais nesta fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso deseje espaçar ou evitar a gravidez. Como métodos anticoncepcionais a taxa de falha, no primeiro ano de uso, atinge até 20%, em uso habitual. Entre usuários adaptados ao método (uso correto) este índice cai para 0,5 a 9% (BRASIL, 2010).

Ainda sobre a questão das profissionais não indicarem os métodos não hormonais, associando ao risco, e também de prestarem uma orientação limitada sobre os hormonais, pode estar ligado à falta de tempo para se dedicarem a uma orientação e educação completa, como ainda na opinião de Osis (2009), pode advir da falta de capacitações dos profissionais de saúde, culminando em ações em que os profissionais não têm a aptidão de fornecer informações mais abrangentes, já que não tem conhecimento maior sobre o assunto, ou ainda, por não estarem habituados a estabelecer uma rotina de trabalho que valorize o planejamento familiar.

Outro ponto importante que está ligado à forma de escolha dos métodos faz alusão ao que as USFs disponibilizam de fato, tanto para o trabalho das profissionais quanto para os usuários. Praticamente não há material educativo nas UBS pesquisadas sobre os diversos métodos anticoncepcionais não hormonais. Nas farmácias dos postos de saúde a entrega dos contraceptivos hormonais acontece de maneira indiscriminada, tendo em vista que maior parte dos profissionais não adentra em uma consulta completa e acabam apenas por prescrever ou transcrever os anticoncepcionais hormonais (NOTAS DE CAMPO, 12 DE março de 2012).

Acerca da escolha dos métodos contraceptivos, deve-se enfatizar a necessidade de orientação sobre a dupla proteção, que só é garantida com a utilização de contraceptivos de barreira. Neste sentido, foi unânime a queixa das profissionais sobre o fato de que as mulheres praticamente não usam o preservativo como métodos anticoncepcionais e justificam essa realidade afirmando que os companheiros não aceitam de forma alguma a utilização desse método.

“É impressionante a quantidade de mulheres casadas com DSTs recorrentes. A AIDS ficou banalizada, antigamente as pessoas tinham medo, hoje não querem usar o preservativo porque acreditam que o coquetel é a cura da AIDS” (Enf.02).

“Sempre incentivo o uso do preservativo, falo que a fidelidade, hoje, é muito difícil, principalmente por parte dos homens, mas justamente eles, não aceitam o uso” (Enf.03).

“Enfatizo a importância de usar o preservativo para prevenir as DSTs, mas ainda há muita resistência” (Enf.05).

“Os preservativos não são aceitos pelos homens da região e quase não é usado pelas usuárias” (Enf.06).

Neste aspecto, Madureira e Trentini (2008) destacam que comumente os programas de saúde fragmentam a atuação profissional e desvinculam a contracepção da prevenção de IST/Aids, apesar de ambas integrarem o campo da saúde sexual e reprodutiva. Nas falas das profissionais entrevistadas, percebeu-se a preocupação em se estabelecer esse ponto de intercessão e, em contrariedade, a não adesão ainda muito presente entre os usuários.

O fator da não utilização de preservativo é muito inquietante no cenário das ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, pois, como exposto por Santos et. al (2002), sabe-se que a epidemia de aids é um problema de saúde pública no Brasil e embora existam mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia sem notificação tem tido crescimento expressivo nas mulheres, fato constatado inclusive em outros países latino-americanos como Argentina e Chile. Os autores citam ainda que os métodos anticoncepcionais são utilizados em 76% das mulheres casadas no Brasil e destas, 40% já foram submetidas à esterilização cirúrgica, fato que revela um obstáculo à adoção da prática do sexo seguro com o uso do contraceptivo de barreira.

Sabendo-se quão rápido e fácil é a disseminação das IST/ AIDS, visualiza-se a necessidade do planejamento e execução de estratégias que venham enfatizar a percepção dos usuários sobre a necessidade da utilização do preservativo e da realização de exames periódicos para a prevenção e/ou detecção, em tempo hábil, das possíveis patologias advindas da prática sexual insegura, buscando ainda um tratamento eficaz, caso necessário, pois só a dupla proteção é enérgica na prevenção de uma gestação não planejada e controle das IST-AIDS.

5.2.3 Ausência de grupos para educação em saúde no planejamento familiar

Na vivência das USF estudadas não existe nenhum tipo de grupo para educação em saúde, e esse fato é significativo ao contrastar com o que é proposto pelo MS que indica que as ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Os depoimentos a seguir revelam a lacuna que existe no que se refere à educação em saúde realizada em grupos (BRASIL, 2002).

“Pretendo formar um grupo quando tiver uma sala que eu possa trabalhar com a parte de educação em saúde” (Enf.01).

“Não tenho como reunir um grupo, trabalho na zona rural e é quase impossível formar qualquer tipo de grupo, tem usuário que mora há 32 quilômetros da USF e não quer nem um atendimento mais demorado por falta de tempo” (Enf.02).

“Não tenho nenhum grupo” (Enf.03.).

“Estamos tentando implantar um grupo de planejamento familiar que de início será para todos os interessados, depois poderemos até separar os adolescentes e outros” (Enf.04).

“Não tenho grupos formados, mas sempre trabalho no puerpério, os riscos de uma nova gravidez não planejada” (Enf.05).

“O que a gente faz é ir às escolas fazer educação em saúde sobre sexualidade, porque nosso município está entre os da região com maior número de casos de gravidez na adolescência” (Enf.06).

A formação de grupos para trabalhar a educação em saúde é, sem dúvida, uma ferramenta riquíssima, pois dentro de um grupo podem ser dialogadas e socializadas situações que servirão para o aprendizado de todos os componentes através da troca de experiências.

Algumas pessoas não se sentem à vontade para expor dúvidas ou problemas que podem ser comuns aos de outros que têm coragem para se expor sem nenhuma dificuldade. Assim, através das atividades grupais, o conhecimento é disseminado, muitas vezes, de maneira mais efetiva que uma consulta individual.

No caderno de Atenção Básica, especifica que a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, atividades de aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (BRASIL, 2010).

Essas atividades tanto podem ser desenvolvidas em consultas individuais como em grupos de educação em saúde, sendo que nestes, o resultado pode ser muito mais eficaz, tendo em vista que muitas dúvidas podem ser coletivizadas facilmente em detrimento ao sentimento de receio em questionar diretamente na consulta individual.

Silva (2009) enfatiza que é necessário o entendimento de que a educação e a saúde são áreas do conhecimento correlacionadas, integrando e articulando-se, visando à promoção de transformações na vida dos indivíduos e, conseqüentemente, na sociedade. A educação em saúde precisa representar o ambiente de prática e informação que venha possibilitar a relação entre a ação de saúde e o cotidiano da população.

Partindo dessa conjectura, é fundamental uma conciliação entre consultas individuais e a formação de grupos de educação em saúde, viabilizando a oferta de informações mútuas sobre o tema “planejamento familiar e sexualidade”, pois isso culmina na garantia da autonomia e na efetivação dos direitos oferecidos para os usuários.

Com a aquisição de informações corretas e fundamentais, os clientes poderão ter autonomia para agir com responsabilidade na hora de decidir sobre como conceber sua família e usufruir de sua sexualidade, por conseguinte, com a formação de grupos isso acaba por ser proporcionado de maneira dinâmica.

A situação verificada demonstra que ainda tem de se percorrer alguns passos para que seja proporcionada uma educação em saúde participativa nas unidades de saúde incluídas na

pesquisa, e as profissionais precisam se sensibilizar para dar o pontapé inicial buscando reverter essa realidade.

Neste sentido, as ações de planejamento familiar realizadas pelos profissionais enfermeiros das cidades investigadas acontecem, basicamente, através da consulta de enfermagem, que geralmente é: a) limitada ao público feminino, não adentrando na abordagem de aspectos gerais da vida das usuárias; b) a escolha de métodos é direcionada, principalmente, pelo que há disponível gratuitamente pelo serviço, sendo o preservativo, o método menos aceito; c) por fim, não há uma complementação das consultas com grupos de educação em saúde para o planejamento familiar ou ações extramuros das UBS.

5.3 Dificuldades elencadas pelos enfermeiros na operacionalização das ações de planejamento familiar

Diante da caracterização das ações dos enfermeiros na assistência ao planejamento familiar e, visualizando as fragilidades apresentadas, acreditou-se ser importante a abordagem das principais dificuldades apresentadas por esses profissionais na tentativa de atender essa necessidade dos usuários.

As ações do PF nos serviços são marcadas por dificuldades diversificadas. Coelho (2000) destaca a oferta limitada de métodos contraceptivos, falta de consciência multiprofissional e influência do poder médico, seguidas pelo espaço físico inadequado, falta de capacitação profissional, dificuldade da mulher em assimilar e seguir as orientações. Dentre esses entraves, os que foram percebidos, com intensidade relevante, no cenário das USF das cidades do curimataú paraibano foram: A falta de capacitação do profissional e ausência de espaço físico adequado para executar as ações, em especial nas áreas rurais, que serão discutidas separadamente, didaticamente apresentadas como subcategorias.

5.3.1 Falta de treinamento e/ou capacitação

A falta de treinamento e capacitação específica para trabalhar o PF foi um ponto levantado no questionário objetivo, por maior parte (04) das profissionais e também percebido durante a realização das entrevistas, na qual foi unânime o relato de que não conheciam

nenhum material específico para o planejamento familiar, vindo do MS (NOTAS DE CAMPO, 09 Abr, 2012).

Em relação aos materiais disponíveis pelo MS, existe na internet, específico sobre o PF, o Manual Técnico de Assistência ao Planejamento Familiar⁹, este é dividido em duas partes: assistência à contracepção e assistência à infertilidade conjugal. Esse material contém, em sua versão impressa, pontos fundamentais para que o profissional possa se nortear e realizar uma assistência de qualidade. No entanto, não há disponibilidade para as profissionais em suas USF.

Além do manual já referido, outros materiais como ‘cartilhas e os Cadernos de Atenção Básica’, são disponibilizados, via internet, pelo MS e podem ser usados como base para realizar as ações em PF, por todo profissional da saúde.

Frente a essa limitação de disponibilidade de materiais para os profissionais, é primordial que se realce a dimensão subjetiva do interesse pessoal, em manter-se informado sobre determinados temas. Muitas vezes pode não existir material disponível na forma impressa, que indubitavelmente é mais acessível, mas os profissionais poderiam buscar outras formas de informações, a exemplo da própria internet, embora por motivos secundários, não buscam tais informações.

Como agravante adicional, no que se refere ao treinamento e capacitação do profissional sobrevém a realidade de que se vive uma política de educação que ainda não forma o profissional para o serviço público e para o diálogo, formam-se profissionais apenas para a abordagem clínica do consultório, onde decide o melhor para o paciente, neste caso, para o casal (LIMA; LIMA, 2008).

Na mesma linha de pensamento, Moura e Silva (2005) relataram que pesquisadores do tema PF perceberam que a maioria das faculdades de medicina e de enfermagem não inclui o conteúdo PF em suas matrizes curriculares e as que o fazem abordam somente os métodos anticoncepcionais, deixando de lado aspectos como os direitos reprodutivos e sexuais, técnicas de comunicação, dentre outros.

⁹Consiste em um manual que pretende oferecer aos profissionais de saúde um conjunto de informações atualizadas sobre anticoncepção, a fim de apoiá-los nesta tarefa de fundamental importância. Defende a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos evidenciando ser uma das ações imprescindíveis para que possa ser garantido o exercício dos direitos reprodutivos no país. E, para que isto se efetive, o manual realça a necessidade em se manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

Essa realidade fortalece a situação de despreparo de muitos profissionais quando se trata da abordagem ao PF, já que desde a graduação, acredita-se que este deva ser deixado em segundo plano, em relação às outras temáticas.

Alguns relatos fortalecem a hipótese de que a falta de capacitação interfere diretamente na operacionalização das ações pelos profissionais:

“Eu acho que tem muita gente à frente das equipes da ESF e que não têm um preparo, o material é muito escasso. Até pra você fazer uma palestra, não é fácil como no câncer de útero ou de mama, que você acha muita coisa. O planejamento familiar fica muito em segundo plano onde deveria ser um dos carros chefes das equipes (...). Eu tenho apostilas da BEMFAM, não participei do curso, mas adquiri o material porque acho muito importante a gente se reciclar” (Enf. 02).

“O planejamento familiar é um tema interessante e eu gostaria de ter mais informações sobre isso porque o que eu sei é muito pouco, eu gostaria de saber mais pra poder passar pra minhas usuárias” (Enf. 05)

Acrescente-se agora que, na parte objetiva do questionário, a maioria dos entrevistados (04) respondeu que não recebeu capacitação específica para atuar no PF, e os demais, (01) estudou por interesse próprio os materiais da BEMFAM¹⁰ e outro (01) relatou ter participado de capacitação oferecida pela mesma entidade. Nessa circunstância, é essencial que se busque uma educação continuada entre os profissionais, isso para que a assistência possa ser ofertada com qualidade e o próprio profissional tenha segurança das ações que executa.

Ainda partindo da discussão acerca da capacitação profissional no PF é importante ressaltar a necessidade de reavaliações, tendo em vista que falhas técnicas na atuação profissional desencadeiam problemas diversos para os usuários devido às consequências de técnicas inadequadas, uso incorreto dos métodos anticoncepcionais, entre outros (MOURA; SILVA, 2005).

As consequências de um despreparo profissional podem culminar, por exemplo, na ineficiência das políticas de saúde, e no caso do PF, pode-se pressupor que casos de gravidez não planejadas são potencialmente possíveis, aumento na incidência da gravidez na adolescência, disseminação das IST/ Aids, abortamentos provocados, etc. Tais consequências reforçam a importância em se buscar soluções que se adequem à realidade de cada município.

¹⁰A BEMFAM – Bem-estar Familiar no Brasil - é uma organização não governamental, de ação social e sem fins lucrativos com 46 anos de atuação. Certificada pelo Ministério do Desenvolvimento Social como uma entidade beneficente de assistência social. Atua em âmbito nacional desenvolvendo atividades voltadas à promoção da assistência social básica e especial para a defesa e promoção dos direitos sociais, socioambientais, sexuais e reprodutivos, individuais e coletivos, contribuindo para o desenvolvimento social e para a melhoria da saúde, ampliando o acesso da população - em especial de grupos socialmente mais vulneráveis - a produtos e serviços. Realiza também, pesquisas sociais, médicas e demográficas na área materno-infantil, operacionais diagnósticas e de avaliação da qualidade de atenção dos serviços (BEMFAM, 2012).

5.3.2 Dificuldades particulares dos profissionais que atuam na zona rural

Em se tratando das profissionais que atuam na zona rural, elevaram-se problemáticas além das realçadas pelas profissionais atuantes na zona urbana, não apenas em relação à assistência ao PF, mas em todas as ações desempenhadas pelo profissional enfermeiro dentro da realidade rural.

Expuseram uma dificuldade que praticamente impossibilita as ações educativas em grupo e, até mesmo, as consultas de enfermagem individuais. Referiram-se à distância existente entre as USF e as residências dos usuários, fazendo com que as consultas sejam escassas e limitadas às informações mínimas conforme relatos:

“Não trabalho com nenhum grupo porque não tenho como. Minha USF tem âncoras e eu mal paro na sede, tudo é distante e tem usuário que tem de percorrer mais de 30 quilômetros pra chegar ao posto (...). Por isso, eu priorizo as atividades que são mais emergenciais, como pré-natal, hiperdia (...)” (Enf.01).

“As atividades de planejamento familiar ficam muito a desejar, pois como o tempo é muito curto, a gente junta com outros atendimentos como puericultura e citológico, e as próprias mulheres ficam achando ruim quando queremos fazer uma consulta mais completa” (Enf. 02).

Pesquisas que abordem a temática da assistência à saúde em áreas rurais são muito escassas, maior parte dos estudos acabam por generalizar os resultados quando, na verdade, a situação é bem particular ao se tratar de usuários que precisam percorrer distâncias significativas, geralmente sem usufruto de meios de transportes regulares e sem condições mínimas para alcançar os serviços públicos de saúde.

Um estudo realizado por Santos e Freitas (2011) é exposto que dados atuais das taxas de fecundidade sugerem que o Brasil se caracteriza por uma sociedade com baixa fecundidade. Todavia, esses dados devem ser analisados nas distintas regiões do país, pois segundo os autores as reduzidas taxas de fecundidade das regiões mais desenvolvidas do país mascaram os problemas presentes em regiões como o Nordeste. A comparação das taxas de fecundidade exemplifica as controvérsias regionais presentes na sociedade brasileira e essa questão ainda varia entre áreas urbanizadas e rurais.

É primordial que se busque a percepção de gestores e dos próprios profissionais de saúde sobre a singularidade da população rural, que por sinal, mesmo que não lancem mão de dados estatísticos específicos, na prática, é visível que é a camada que mais necessita de orientações gerais, em especial, no PF.

Nesse panorama, é coerente ressaltar a abordagem feita por Alves (2010) ao explicar que, embora a “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” (2005) e a “Política Nacional de Planejamento Familiar” (2007) tenham uma concepção coerente e com base nos direitos humanos, ainda existem dificuldades para o acesso universal à saúde reprodutiva no Brasil, pois estas políticas ainda apresentam dificuldades para atender à demanda por métodos contraceptivos, especialmente nas camadas mais pobres da sociedade e das comunidades mais distantes dos grandes centros urbanos.

Outra dificuldade referida pelas entrevistadas, e merecedora de destaque, a qual trata da impossibilidade de proporcionar a educação em saúde reprodutiva, quando se deparam com uma compreensão positiva dos usuários em relação ao benefício ofertado pelo governo às mães da zona rural, o salário-maternidade¹¹. Os usuários percebem o valor em dinheiro como algo bom e esquecem, muitas vezes, de outras questões relacionadas ao provimento das necessidades básicas posteriores ao parto, como fica explicitado a seguir:

“As pessoas ficam tendo filhos até mesmo pra ganhar o benefício do governo, que eu acho errado. Eu digo sempre a eles que o máximo que vão comprar é uma moto velha que não vai durar nem dois anos. É muito complicado” (Enf.01).

“Geralmente eu incentivo aos casais que dêem um intervalo maior entre as gestações, porque com esses incentivos do governo, as mulheres não planejam seus filhos pensando na família em si, mas no dinheiro que vão receber e eu digo que um filho não é só por um ano, mas pra vida toda” (Enf.02).

“Elas ficam preocupadas o tempo todo, com o que é necessário para dar entrada no auxílio natalidade do governo” (Enf.06).

AS narrativas refletem uma realidade que deve ser averiguada pelos poderes públicos, que têm o dever de promover políticas efetivas para melhorar a qualidade de vida dessas famílias. Os profissionais também têm seu papel importante e, na medida do possível, devem buscar melhorias para o atendimento e para sua situação de trabalho requerendo os insumos necessários para o cumprimento do que é preconizado na Política de Planejamento Familiar e na Lei 9.362/96.

Embora seja bastante útil e até necessário o auxílio-maternidade em um contexto de extrema carência de recursos, a utilização deste benefício na maioria das vezes não são destinados às necessidades da criança ou a mãe, mas para saciar os desejos materiais do

¹¹O Estatuto do Trabalhador Rural criou o FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural) prevendo concessões de benefícios previdenciários envolvendo auxílio-doença, aposentadora por invalidez, pensão por morte e auxílio funeral, além de assistência à maternidade e assistência médica. O cálculo da renda do salário-maternidade deve ser apurado na forma do inc. III, do art. 73 da Lei Nº. 8.213/9 (PICARELLI, 2009).

mantenedor masculino da família. A fala da enf 01 explicita muito bem o fato quando diz normalmente que *o máximo que vão comprar é uma moto velha*, sendo ratificada pela entrevistada 06 ao expor que *elas ficam preocupadas o tempo todo com o que é necessário para dar entrada no auxílio*, ou seja, o governo oferece um benefício que se adequa às condições insalubres e sazonais dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, principalmente na região do curimataú paraibano, clima semiárido com pluviosidade escassa e economia representada, principalmente pela agricultura e pecuária.

Os principais produtos agrícolas cultivados são o sisal, algodão, milho, feijão e mandioca. A pecuária destaca-se pela criação de bovinos, caprinos e ovinos, além da avicultura e criação de galináceos.

Neste sentido, o benefício do auxílio-maternidade representa uma boa iniciativa do governo na garantia de um salário mensal ao casal agricultor por um período de um ano que supre as carências emergenciais pela chegada do nutriz, entretanto, este benefício têm sido utilizado de maneira indiscriminada e destinado a outros fins materiais que não atende especificamente ao ciclo gavídico-puerperal.

Por esta razão, as mulheres não aderem às ofertas das políticas públicas de atenção às ações do planejamento familiar, deparam-se com situações de risco fisiológicos e psicológicos pela multiparidade sequenciada justificada pela busca de benefícios, pois no momento em que termina o auxílio-maternidade a tendência é a manutenção do bolsa família¹² garantindo um salário mensal, muitas vezes maior que o salário mínimo adquirido com carteira assinada, e que nem sempre atenderá às necessidades básicas das famílias pela ideologia consumista do mercado, dito de outra forma, o benefício financeiro muitas vezes não irá para aquisição de alimentos e vestuário, mas para compra de utensílios domésticos, automobilísticos e bebidas alcoólicas (NOTAS DE CAMPO, 09 Abr 2012).

E a proposta de emancipação nem sempre será atendida, pois a tendência é a procura constante por benefícios financeiros do governo sem grande esforço trabalhista para isso e por esta razão as enfermeiras vêm o auxílio-maternidade como algo maléfico dentro das atividades realizadas na Atenção Primária à Saúde, refletidas diretamente em aspectos laborais da profissão.

¹²O Bolsa família refere-se à transferência direta de renda às famílias com condicionantes. Os condicionantes envolvem mulheres e crianças menores de sete anos visando o cumprimento do calendário vacinal, seguimento do calendário de consultas de pré-natal na gestante e da assistência puerperal e realização da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos (BRASIL, 2011).

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é a base da sociedade e é diante de sua estruturação que se levantam diversos aspectos exitosos perante a sociedade, embora diversos problemas de saúde pública também têm sua origem na desestruturação familiar. Dentre os quais poderíamos listar resumidamente: o aumento da mortalidade materna, o abortamento provocado, abandono de crianças, menor qualidade de vida, crescimento no número de mães solteiras e/ou adolescentes, gestações de alto risco, entre inúmeros outros.

Sabe-se que o PF, ao ser estabelecido por lei, ganhou teoricamente impulso para ser ofertado de maneira integral e efetiva, no entanto, o cenário prático das ações nas USF's demonstra que ainda há muito a se percorrer para que o direito seja concedido de modo concreto e que o enfermeiro deve se fazer agente construtor de uma nova visão sobre a temática executando as ferramentas disponíveis para a efetivação da mesma.

Na presente pesquisa, a realidade apresentada pelas ações mínimas ou inexistentes dos profissionais da enfermagem revelou fragilidades consideráveis em oferecer a devida orientação sobre PF, mostrando o quanto é necessário que se estabeleçam mudanças e adaptações buscando a integralidade da assistência, a autonomia e o maior conhecimento dos usuários acerca da sua sexualidade e reprodução.

A autonomia dos usuários na escolha dos métodos contraceptivos, assim como a visão de responsabilidade com a vivência de uma sexualidade só podem ser conquistadas através do fornecimento de informações fundamentais aos usuários juntamente com disponibilização dos insumos inerentes às suas decisões.

Os profissionais entrevistados nessa pesquisa demonstraram possuir um conhecimento basal sobre a assistência ao PF e revelaram que uma prática de educação continuada deveria ser adotada para mantê-los atualizados e preparados para oferecer as orientações necessárias à demanda. Diante da escassa disponibilidade de materiais informativos, é primordial a busca e aquisição pessoal de insumos materiais e informativos sobre os métodos contraceptivos em geral, isso em especial para que sejam disponibilizados, não só as orientações, mas o direito de cada indivíduo.

Cabe não só aos profissionais como também aos gestores, a viabilização das ações no PF, ações essas que devem alcançar todo o público que adentra nessa assistência, ou seja,

adolescentes, homens, mulheres e casais. Tais ações devem estar atreladas às de educação em saúde sexual já que se trata de assuntos complementares tendo entre si outros tantos fatores, como merece destaque o incentivo à prevenção de ISTs/AIDS, tema tão debatido, mas que ainda confere problema de saúde pública.

A discussão envolvendo as ações do PF na APS deve ser estimulada em ambientes acadêmicos, na prática assistencial, na comunidade, em congressos, artigos científicos e gestão dos serviços de saúde a fim de proporcionar debates, reflexões e propostas para o enriquecimento da qualidade da assistência prestada ao usuário.

É interessante a percepção de que disponibilizar ações concretas e completas sobre PF não é apenas a prestação de um serviço, mas a garantia de um direito e promoção da autonomia dos indivíduos no que diz respeito a sua sexualidade e reprodução, buscando disponibilizar as melhores condições para os que procuram informações sobre métodos contraceptivos e os que necessitam de orientação sobre o que há de disponível para a concepção.

A abordagem ao PF nas comunidades rurais deve ser averiguada em pesquisas posteriores, pois é de grande contribuição para a melhor qualidade de vida desses usuários assim como também poderá nortear novas medidas a serem tomadas para garantir o acesso à saúde de forma integral, a toda população.

Infere-se ser de grande relevância que novas pesquisas adentrem nessa temática, tendo em vista que ela engloba muitos ramos que contribuem significativamente para a melhoria nas políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. O Planejamento Familiar no Brasil. **Cidadania e Meio Ambiente**. Jun. 2010.

ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família no Município de Campina Grande**, PB. Monografia (curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB). Campina Grande: UEPB, 2004. p. 70.

BEMFAM. **Bem-Estar Familiar no Brasil**. Disponível em: <http://www.grupobemfam.org.br/bemfam/sobre-a-bemfam/>. Acesso em: 09 Mai. 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Decreto - Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção básica nº 16**. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMIÁ, G. E. K; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Consulta de enfermagem em planejamento familiar: uma proposta de ação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, número especial, parte II, p. 66-69, 2000.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, Mar. 2000.

COELHO, E. A. C. LUCENA, M. F.G. SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, Mar. 2000.

COELHO, E. B. S. Enfermagem e planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Rev Bras Enferm.** 58(6):665-72. Nov/Dez, 2005.

CORTEZ, E M F; ZAGONEL, I P S. Implicações culturais no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher/família e a teoria de Leininger . **Cogitare Enferm.** Abr/Jun; 16(2):296-302,2011.

COSTA, M; CRISPIM, Z M. Política de aúde do planejamento familiar na ótica do enfermeiro. **Rev enferm UFPE.** on line. abr./jun.;4(2):568-76, 2010.

COSTA, A. M; GUILHEM, D; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres em questão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 6, n.1, Jan./Mar., 2006.

FREITAS, G. L; VASCONCELOS, C. T. M; MOURA, E. R. F, Pinheiro, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Rev de Enferm.** 13 (1): 188-193. Jan- Mar. 2009

LIMA, M. A. R. O; LIMA, L. O. Planejamento Familiar: Conflitos e Soluções. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder.** Florianópolis, agosto de 2008.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2009. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro. 22 ed: Vozes, 2003.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. Competência profissional e anticoncepção. **Rev Saúde Pública**. 39 (5): 795-8, 2005.

MOURA, E. R; SILVA, R M. Informação e Planejamento Familiar como Medidas de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [São Paulo].v. 9 (4): 1023-1032, 2004.

MOURA, E. R; SILVA, R M. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na Opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 19 (2): 150-6, 2006.

MOURA, E. R; SILVA, R M; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do Atendimento em Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (4): 961-970, Abril, 2007.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da Implantação de Serviços de Saúde Reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25: 5279-5290,2009.

OSIS, M. J. D. et.al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (11): 2481-2490, nov, 2006.

PICARELLI, E. T. **Trabalhador rural**: considerações sobre as alterações promovidas pela Lei Nº. 11.718 de 20 de Junho de 2008. 2009. Disponível em: http://www2.trf4.jus.br/trf4/upload/editor/rlp_ETP_Trabalhador_Rural_Consideracoes_Lei_11718.pdf. Acesso em: 08 Out 2012.

SANTOS, J. C; Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (3):1813-1820, 2011.

SILVA, K. M. **Planejamento Familiar**: uma estratégia no Programa Saúde da Família. 2009. Webartigos. Acessado em 15.08.2012. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/planejamento-familiar-uma-estrategia-no-programa-saude-da-familia/30394/#ixzz1xCRNA7OA> –.

Apêndice

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO E ROTEIRO PARA ENTREVISTA GRAVADA

Questionário

I - Identificação pessoal

Sexo: _____ Idade : _____

Religião : _____ Profissão: _____

II - Formação Profissional

Graduação (s): _____

Há quanto tempo é graduado em enfermagem: _____

Pós- graduação: _____

Tempo de atuação na área de saúde: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

III – Questões específicas

1 - Nesta Unidade são desenvolvidas ações voltadas para o PF? () sim () não

2 -Assinale abaixo os profissionais que atuam nessas ações nesta USF.

() Enfermeiro

() Psicólogo

() Agente Comunitário de Saúde

() Assistente social

() Técnico de enfermagem

() Médico

3- Caso outros profissionais estejam envolvidos nas ações de planejamento familiar nessa unidade de saúde da Família, com que frequência participam das mesmas?

() Sempre

() Poucas vezes

() Só quando são requisitados

4- Você, ou alguém da equipe foi capacitado para trabalhar com PF?

() sim () não

5- Assinale a alternativa que melhor descreve como se dá o processo de informação e fornecimento dos métodos contraceptivos nessa USF.

() apenas entrega o método

() entrega do método e explicação sobre a utilização abordando aspectos gerais como reações adversas, contraindicações, etc.

- realiza consulta de enfermagem individual abordando aspectos gerais da vida do (a) usuário (a)
- outros, especifique.

6- Em relação às dificuldades para desenvolver as ações de planejamento familiar nessa USF enumere as afirmativas abaixo de acordo com o grau de dificuldade que cada uma dispõe: 0 não há essa dificuldade; 01 há pouca dificuldade e 02 há muita dificuldade.

- Falta de insumos materiais (métodos contraceptivos, preservativo, informativos, etc)
- Falta de trabalho multiprofissional
- Falta de capacitação profissional para desempenhar essa assistência
- Falta de estrutura física apropriada
- Falta de demanda para esse serviço (usuários)
- Falta de interesse pessoal para desenvolver ações de PF

7- Marque o público que você assiste nas ações de PF (pode marcar mais de uma alternativa).

- mulheres homens adolescentes casais idosos todos

8- Marque os métodos de PF apresentados e discutidos com os usuários.

- preservativo masculino pílulas
- diafragma DIU
- métodos comportamentais preservativo feminino
- injetável mensal injetável trimestral

9- Quais os métodos disponibilizados pela USF?

- preservativo masculino pílulas combinadas injetável trimestral DIU
- diafragma preservativo feminino injetável mensal

Roteiro

1- A presente pesquisa é dirigida às ações do profissional enfermeiro no Planejamento Familiar- PF, nesse sentido você poderia me dizer o que entende por essa assistência?

2- Em sua opinião, o planejamento familiar merece atenção dos profissionais enfermeiros, tanto quanto, outras ações como o pré-natal, hiperdia, etc.? Por quê?

3- Descreva como funciona o PF nessa USF.

4- Você costuma realizar a consulta de enfermagem em planejamento familiar? Se sim, quais pontos você aborda?

5- Em relação aos métodos contraceptivos, como é decidido o método a ser utilizado pelos (as) usuários (as)?

6- Existe algum grupo específico (adolescentes, gestantes, casais, etc.) no qual você trabalhe a temática do planejamento familiar? Se sim, qual e por que esse grupo foi escolhido?

7- Você tem conhecimento da normatização e da proposta do PF do Ministério da Saúde? Se Sim, comente.

8- Você costuma orientar quanto à relação dos métodos contraceptivos com as ISTs e AIDS? Se sim como é feita essa abordagem?

9- Você deseja fazer mais alguma colocação em relação ao tema planejamento familiar? Fique à vontade.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho nacional de Saúde, através do presente termo, busca-se o consentimento da participação de V.S^a na realização da pesquisa: *Investigação das Ações de Enfermagem no Planejamento Familiar em cidades do curimatáu paraibano, Brasil*. Esse estudo tem por objetivo averiguar as práticas do profissional enfermeiro de Unidades de Saúde da Família-USF nos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité e Damião no que se refere às ações de planejamento familiar para os usuários adscritos em suas USFs.

A pesquisa se dará através de questionário semiestruturado, aplicado pela acadêmica Waleska de Brito Nunes do curso de graduação em enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, e abordará questões inerentes à temática, já exposta, será resguardado o direito ao sigilo de sua identidade levando-se em consideração apenas as respostas, as quais contribuirão para uma posterior melhoria da assistência de enfermagem ao planejamento familiar na região ocasionando benefícios tanto para os profissionais quanto para o serviço e usuários das USFs.

As informações fornecidas serão utilizadas apenas para este estudo. Seus dados relativos a esta pesquisa são confidenciais. Seu nome ou outras informações de identificação pessoal não serão usados em nenhum relato, nem publicações que venham a resultar deste estudo. Não será pago nenhum valor por sua participação nesse estudo, assim como nada lhe será cobrado.

Garantimos disponibilidade para qualquer esclarecimento antes e durante a realização da pesquisa assim como a possibilidade de retirada de consentimento em qualquer fase da realização da mesma. Os telefones e endereços eletrônicos para contato são:

- (83) 91847502 waleskinhabio@hotmail.com.;
- (83)99215477; luciana_dantas_farias@yahoo.com.br;
- Secretaria Municipal de Saúde de Barra de Santa Rosa. Rua Nossa Senhora da Conceição nº 25,tel.(83) 3376 1011;
- Secretaria Municipal de Saúde de Damião. Rua Manoel Inácio da Silva S/N,tel (83) 33651062 e;
- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos- CEP/HUAC (83) 21015545, cep@huac.ufcg.edu.br.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento. Tive minhas dúvidas esclarecidas satisfatoriamente. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida o contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento. Recebi uma cópia assinada desta, para referência futura. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Participante da pesquisa

____/____/____
Data

Assinatura do Pesquisador

____/____/____
Data

Assinatura do (a) orientador (a)

____/____/____
Data

Anexos

ANEXO A – LEI 9.263/96

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

§ 7º do art. 226 da Constituição Federal Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o 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.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

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

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

ANEXO B- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE*

I - Identificação do entrevistado

1.1. Sexo: _____ 1.2. Idade : _____
1.3.: Religião : _____ 2.4. Profissão: _____

II - Formação Profissional

2.1. Formação acadêmica: _____
2.2. Tempo de formado: _____
2.3. Pós- graduação: _____
2.4. Tempo de atuação na área de saúde: _____
2.5. Tempo de atuação no PSF: _____

III-O Discurso

- Na pesquisa que estou realizando o foco é dirigido às ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar (PF), nesse sentido você poderia me dizer o que entende por PF? E por Educação em Saúde?

- Nesta Unidade são desenvolvidas ações voltadas para o PF? Desde quando?

- Quais os profissionais que atuam nestas ações?

-Descreva o funcionamento do PF na sua Unidade (sistemática de atendimento, individual e em grupo), envolvendo o percurso do usuário no atendimento e procedimentos da equipe.

-Você, ou alguém da equipe foi capacitado para trabalhar com PF? Se sim, quem capacitou? Que tipo de capacitação? Explicar abordagens.

- No atendimento ao PF as atividades educativas estão contempladas? Se não, por quê? Que tipo de atividade é desenvolvida? Quais e como elas se processam?

- Quais os profissionais envolvidos na efetivação das mesmas?

- Como se dá o processo de informação e fornecimento dos métodos?

- Existe ou não alguma dificuldade com relação à realização do trabalho com PF? E com relação às atividades de Educação em Saúde no PF? Quais e por quê? (explorar espaço físico para atendimento individual e de grupo, RH, insumos, recursos didáticos, ...)

- Você tem conhecimento da normatização e da proposta do PF do Ministério da Saúde?
Se sim, comente.
- Quais os métodos de PF apresentados e discutidos com os usuários. Quais os métodos disponíveis pelo PSF? Você conhece mais algum, mas que não trabalham com ele? Por quê?
- Quais os métodos mais utilizados?
- Como é decidido que método será usado pelo (a) usuário?
- Qual a rotina de seguimento das usuárias cadastradas no PF? Avalie.
- A Unidade possui estatística sobre o número de mulheres em idade fértil na sua área de abrangência?
- A equipe tem conhecimento do número de mulheres que realizaram laqueadura tubária?
- A demanda para o PF existente consegue ser atendida? Qual a estimativa da demanda reprimida?
- Você saberia dizer se existem reivindicações específicas da equipe com relação ao PF?
E das usuárias?
- Você gostaria de fazer mais alguma colocação?

ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

I - Identificação do Serviço

1.1. UBSF _____

1.2. Número de famílias e população adscrita

1.3. Localização: _____

1.4. Estrutura do serviço

Número de equipes instaladas: _____

Número de consultórios _____

Equipamentos de consultórios e estado de conservação

Espaço físico para ações de Educação em Saúde:

Recursos metodológicos: _____

*Extraído de Araújo (2004)