

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA- NESC
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA
GRANDE- PB**



FLÁVIA MENTOR DE ARAÚJO

*Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas
Unidades de Saúde da Família do Município de Campina
Grande-PB*



CAMPINA GRANDE- PB

2004

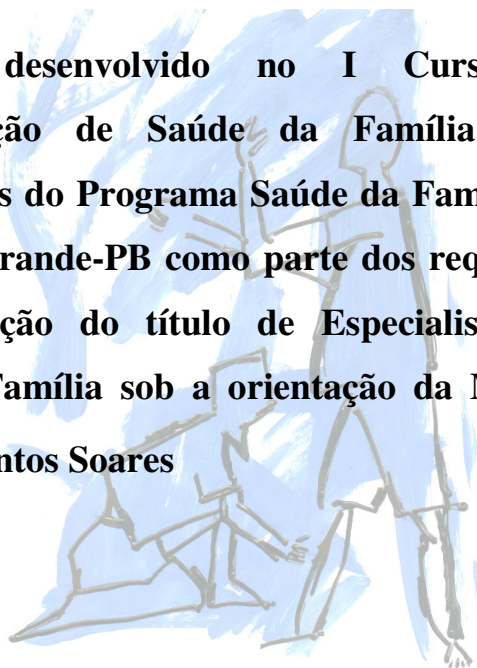
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA
GRANDE- PB**



ELÁVIA MENTOR DE ARAÚJO

*Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas
Unidades de Saúde da Família no Município de Campina
Grande-PB*

**Trabalho desenvolvido no I Curso de
Especialização de Saúde da Família para
Profissionais do Programa Saúde da Família de
Campina Grande-PB como parte dos requisitos
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família sob a orientação da Mestra
Gilberta Santos Soares**



CAMPINA GRANDE- PB

2004

Ficha catalográfica

ARAÚJO, Flávia Mentor de

Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB : UEPB: 2004. 71p.

Monografia (curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB).

UEPB;NESC-UFPB; SMS de Campina Grande.

1- Educação em Saúde; 2- Planejamento Familiar;3 Programa Saúde da Família;4- Saúde da Mulher

FLÁVIA MENTOR DE ARAÚJO



Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB

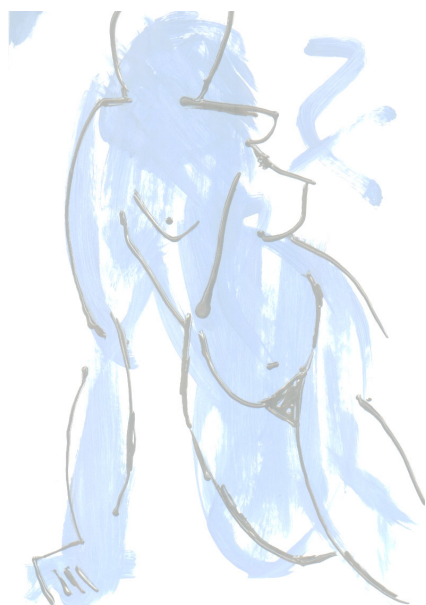
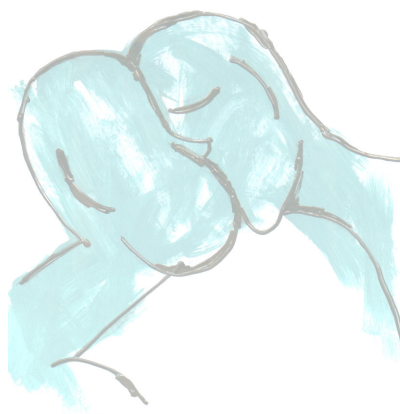
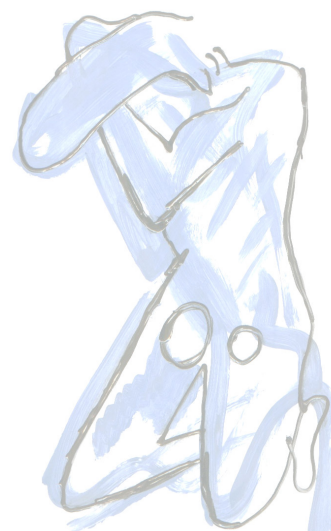
Campina Grande, _____ de _____ de 2004

Ms. Gilberta Santos Soares
Presidente da Banca Examinadora



Ms. Teresa Cristina Péret

Ms Ademilda M^a Gomes de
Sousa Garcia



Este trabalho é dedicado aos(às) profissionais do “Saúde da Família”, acreditando que estas reflexões possam vir a contribuir na melhoria das nossas ações e cuidados com os(as) nossos(as) usuários(as) da saúde.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado das reflexões cotidianas da minha vida pessoal e profissional. Realizá-lo representou um desafio que foi superado com a ajuda de inúmeras colaborações e de negociações institucionais, profissionais e afetivas. Assim, agradeço:

A todos que contribuíram, possibilitaram e incentivaram esta pesquisa.

À Gilberta, pela orientação e pelo cuidado dispensado nos momentos críticos.

À Cristina, pelo empenho e dedicação que me estimulavam a ir adiante, mesmo nos períodos monossilábicos.

À Felicidade que, com sua competência inquestionável, conseguiu desatar os “nós” do trabalho.

À Nyco por ter traduzido em imagens a essência do trabalho com tanta sensibilidade e plasticidade.

Às equipes que participaram da pesquisa, por acreditarem na relevância do estudo para o aprimoramento das nossas ações e do cuidado com os(as) nossos(as) usuários(as).

À equipe Azul do PSF Pedregal II, e em particular a Socorro Matias e Licléris que seguraram a “barra” nos momentos em que me ausentei da Unidade.

A Adon, Mielle, Thiago e Marina por fazerem de “Pétala por pétala” uma música significativa na minha vida e também pelo carinho e paciência nos momentos mais críticos de ausência/presença.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar como as ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar(PF) no Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB vêm se realizando. Procedeu-se a investigação junto a nove profissionais do “Saúde da Família” de três equipes distintas com realização de entrevista semiestruturada, observação de atividades de grupo e caracterização do serviço através de formulários. Através de uma abordagem qualitativa, peça de fundamental importância para este estudo, as significações dos entrevistados sobre Educação em Saúde, particularmente no PF, foram apreendidas e analisadas. A pesquisa evidenciou como principais entraves existentes para a realização da atividade educativa a falta de capacitação técnico-político-pedagógica dos profissionais e gestores para o PF; a limitação e/ ou ausência de material pedagógico como suporte para as ações educativas; a limitação dos métodos contraceptivos disponibilizados para os(as) usuários(as) e o espaço físico inadequado para a realização de ações de PF nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Foi possível constatar que estes entraves, somados à prevalência de utilização de metodologia em que se prioriza a pedagogia de transmissão, vêm comprometendo a efetivação plena do PF nas Unidades de Saúde da Família no município em questão.

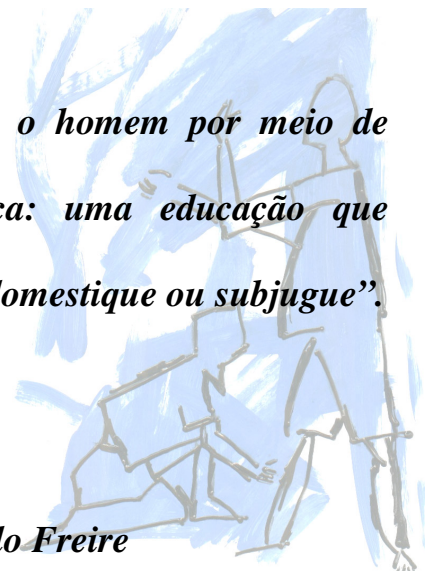
PALAVRAS- CHAVE: Educação em Saúde; Planejamento Familiar; Programa Saúde da Família; Saúde da Mulher

ABSTRACT



“É importante preparar o homem por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjugue”.

Paulo Freire



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - O Programa Saúde da Família no Brasil como Estratégia para Mudança no Modelo Assistencial de Saúde.....	15
CAPÍTULO II - Educação em Saúde- Componente Fundamental na Construção do Novo Modelo de Saúde.....	21
CAPÍTULO III - Considerações Gerais sobre a Política de Planejamento Familiar no Brasil..	25
CAPÍTULO IV - Trajetória Metodológica.....	31
CAPÍTULO V - A Pesquisa de Campo	35
V. 1. Caracterização dos Serviços.....	35
V. 2. Estrutura Física dos Serviços.....	36
V. 3. Insumos: Material Educativo e Métodos Contraceptivos.....	41
V. 4. Recursos Humanos.....	48
V. 5. Concepções dos Profissionais de Saúde da Família sobre Planejamento Familiar e Educação em Saúde no Planejamento Familiar.....	52
V.5.1. Planejamento Familiar: Direito de Livre Escolha?.....	52
V.5. 2. Planejamento Familiar: Um Direito do Homem, da Mulher e do Casal?...	57
V.5.3. Educação em Saúde no Planejamento Familiar: Prática Controlista X Prática Dialógica.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXO I - Lei de nº 9.263 -	I
ANEXO II - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- UEPB.....	II
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista para Profissionais do Programa Saúde da Família do Município de Campina Grande- PB	III
APÊNDICE B – Roteiro Para Caracterização dos Serviços	IV

LISTA DE ABREVIATURAS

ACHO – Anticoncepcional Hormonal Oral

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ES – Educação em Saúde

MS – Ministério da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

PSF – Programa Saúde da Família

SAB – Sociedade de Amigos de Bairro

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO I -CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL ATUAL E DO “SAÚDE DA FAMÍLIA”	18
TABELA I - INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE A POPULAÇÃO POTENCIAL PARA PF ATENDIDA PELAS EQUIPES DO PSF PESQUISADAS.....	35
TABELA II - INSTALAÇÕES FÍSICAS DAS UBSFs ENVOLVIDAS NA PESQUISA REALIZADA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE NO ANO DE 2003.....	40

Introdução

Sabe-se que as práticas contraceptivas e os métodos de controle da fertilidade sempre existiram na história da humanidade e, no mundo moderno, estiveram intimamente relacionadas às necessidades econômico-políticas das sociedades industriais e tecnológicas.

No Brasil, a partir da década de 1960, seguindo esta lógica, observa-se a preocupação com o crescimento populacional, e ações dirigidas à contracepção surgem inseridas em um programa específico denominado de Planejamento Familiar (PF). A atuação do setor público é praticamente insignificante e entidades do setor privado internacional, com interesses voltados para o controle da natalidade, é que realmente assumiram as ações do PF.

Até a década de 1970, as políticas públicas com relação à saúde das mulheres se preocupavam com a função procriativa e eram traduzidas em cuidados ao ciclo grávido-puerperal com ênfase na visão da mulher como mãe (COSTA e AQUINO, 2000), constituindo o modelo materno-infantil.

Com o aprofundamento da crise do setor saúde e o processo de democratização da saúde que desemboca no movimento da “Reforma Sanitária” surgem condições para o questionamento do modelo de atenção à saúde da mulher. Em 1983 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como proposição do movimento feminista, resultante de sua crítica ao modelo materno-infantil a partir da perspectiva de gênero. Desta forma, é incorporado um novo

ênfase nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado no conceito de saúde integral e com ênfase na função educativa dos serviços.

Apesar deste avanço normativo, “*a tradução da proposta política do PAISM para a organização concreta dos serviços não é simples nem automática*” (D’Oliveira e Senna, 2000, p.88), assim, preponderantemente, as ações voltadas à questão reprodutiva são reduzidas ao aspecto biológico, dentro de um enfoque reducionista não considerando os direitos sexuais e reprodutivos. Como consequência, temos uma baixa qualidade da assistência ao PF (BRASIL, 2002a).

Um dos pontos fundamentais para a efetividade das ações do PF é o acesso às informações que possibilite ao indivíduo condições de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade e, de tal forma, que promova o desenvolvimento da sua autonomia, resultando na melhoria das suas condições de vida e saúde.

Em nosso contexto assistencial não é ainda comum o reconhecimento e a valorização da educação nas práticas de saúde. Frequentemente, encontramos profissionais de saúde que não percebem que em suas ações está implícita uma ação educativa (mesmo que não tenha este propósito de forma consciente), enquanto outros reproduzem uma ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença e de educação como mera transmissão de informações (ASSIS, 2002).

Pensar saúde relacionada à qualidade de vida implica em realizar atividades de educação em saúde inseridas numa perspectiva participante num processo que proporcione condições de exercer maior controle sobre sua saúde e meio ambiente.

Os(as) profissionais do “Saúde da Família”, por trabalharem com população adscrita, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, têm um papel importante com relação a estas questões.

Diante destas reflexões, esta pesquisa foi concebida e reforçada pela percepção da existência de dificuldades para realização de atividades educativas pelos(as) profissionais do “Saúde da Família” de Campina Grande-PB, fato observado na minha prática pessoal, em reuniões de avaliação das equipes e no decorrer da realização do “I Curso de Especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande- PB”.

Desta forma, esta pesquisa objetiva avaliar como as ações de ES no PF vêm sendo realizadas pelos(as) profissionais do “Saúde da Família”, bem como identificar as suas concepções sobre PF e seus entendimentos sobre o processo de ES.

Por entender que a estrutura física, os recursos humanos e os materiais disponíveis para o desenvolvimento do trabalho educativo, bem como a metodologia utilizada representam peças de fundamental importância para o desenvolvimento de ações de ES no PF, a sua avaliação também é um dos objetivos desta pesquisa. Assim, a observação das atividades educativas realizadas nos grupos de PF representou um instrumento privilegiado nesta pesquisa para atingir estes objetivos.

A análise dos dados e sua interpretação, realizada numa abordagem qualitativa, possibilitou o aprofundamento das significações dos(das) entrevistados(as) sobre Educação em Saúde (ES) no Planejamento Familiar (PF). Através da análise das concepções apresentadas, bem como com a investigação crítica e sistemática de documentos e da literatura especializada, podem-se evidenciar contradições e convergências, favorecendo a avaliação aproximativa de como vêm se processando as ações de ES no PF do PSF de Campina Grande.

Neste sentido, esta pesquisa constitui-se num ciclo que, como afirma Minayo (1995, p.27):
“nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior.”

Capítulo I

O Programa Saúde da Família no Brasil como Estratégia para Mudança no Modelo Assistencial de Saúde

Nas últimas décadas, observamos uma série de avanços e retrocessos na política de saúde que provocaram sensíveis transformações no setor e que culminou com o atual processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), forjado pelo movimento da Reforma Sanitária e institucionalizado pela Constituição de 1998 (CORDEIRO, 2000).

Apesar de ser pautada pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade e ser organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, além de trazer no seu bojo um conceito de saúde¹ mais ampliado, essa reordenação da saúde por si só não se mostrou capaz de transformar a prática sanitária brasileira de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros. Na prática, observa-se que “*distintas concepções ou projetos de SUS têm-se configurado na realidade brasileira*” (PAIM, 2002, p. 281).

Verifica-se que o modelo assistencial de saúde em vigor e hegemônico ainda é centrado no assistencialismo individual e curativo, hospitalocêntrico e que valoriza o uso de tecnologia sofisticada (muitas vezes utilizada de forma acrítica) não tem demonstrado efetividade na resolução dos problemas de saúde da população (PIANCASTELLI et al, 2000), demandando um

¹ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” art.196 da Constituição Federal (BRASIL,1988 a).

novo modelo assistencial que venha suprir as lacunas encontradas e que seja pautado pelos princípios do SUS. Cordeiro coloca que:

A construção do novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implantação e generalização do Programa Saúde da Família, articuladas com os princípios de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS (CORDEIRO, 1996, p.11).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma nova estratégia para reordenação do modelo assistencial da saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Atua com população adscrita, prestando atenção integral à saúde da família, dentro dos princípios do SUS e propõe resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção das doenças e a cura, como também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2002 b).

A equipe do PSF recomendada pelo MS é composta, no mínimo, por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo incorporar outros profissionais de saúde, de acordo com as demandas dos serviços locais. Cada equipe é responsável por 600 a 1000 famílias.

Campina Grande - PB foi um dos municípios pioneiros na implantação desta nova estratégia. Os critérios definidos para a escolha dos bairros/localidades onde seriam implantadas as equipes foram: mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias; taxa de mortalidade infantil e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer. Estes dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Nascidos

Vivos (SINASC). Inicialmente foram implantadas 05 equipes em dois bairros, Pedregal e Mutirão. Estes dois bairros apresentavam os piores indicadores da cidade, com taxa de mortalidade infantil de 63 crianças por mil nascidos vivos e 132 por mil, respectivamente.

Em 1998, aconteceu a primeira ampliação do PSF, com a implantação de 09 equipes. Em 2000, mais 05 equipes foram incorporadas ao programa. No ano de 2001, a SMS realizou mais uma ampliação do PSF quando 12 novas equipes passaram a integrar o PSF - Campina Grande. Atualmente, o município conta com 49 equipes de Saúde da Família, atuando em 25 bairros/localidades, com cobertura populacional de aproximadamente 32%. A partir de 2003, acontece uma ampliação na composição da equipe em Campina Grande, passando esta a ser composta também por odontólogo(a) e auxiliar de consultório dentário, por orientação do MS, além da inclusão do(a) assistente social, por iniciativa do poder local.

Esta nova proposta acontece num momento de crise do modelo de saúde e é visto como uma estratégia na reordenação da atenção básica², visando à reestruturação do modelo assistencial brasileiro vigente que se volta mais para a cura e que não apresenta boa resolutividade (LESCOVITZ e GARRIDO, 1996).

Podemos observar, no quadro a seguir, as diferenças mais marcantes entre os dois modelos de atenção à saúde vigentes no nosso país, o atual, que representa o modelo assistencial hegemônico, e o modelo assistencial alternativo representado pelo Saúde da Família :

². Atenção básica esta que é definida como: "... conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação[...] a ampliação deste conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente..."(BRASIL,1999).

QUADRO I – CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL ATUAL E DO “SAÚDE DA FAMÍLIA”

MODELO ATUAL	SAÚDE DA FAMÍLIA
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Trata o indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família , ao domicílio e à comunidade
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada à ação setorial	Promove ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada

Fonte: Ministério da Saúde, março, 1996, Documento Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde – Versão Preliminar (BRASIL, 1996 a)

O “Saúde da Família” representa um modelo de atenção à saúde que é a expressão do paradigma da produção social em saúde, que tem seus fundamentos na teoria da produção social,

[...] a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos, tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades (MENDES, 1996, p.240).

Entende-se então que a produção social da saúde transcende o setor sanitário, perpassando todos os seus determinantes (fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos) e encontra-

se em permanente construção na busca de alcançar o conceito de saúde enquanto qualidade de vida.

O exercício pleno do direito à saúde pelos(as) cidadãos(ãs) brasileiros(as) depende essencialmente da transformação das condições de vida associado à mudança no modelo de atenção onde se assuma, de fato, uma concepção mais ampla que tenha como linha mestra a promoção à saúde. Como bem coloca Feuerwerker:

Contra a concepção hegemônica tradicional, busca-se reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à sua própria saúde (FEUERWERKER, 2000, p.19).

Para atingir este objetivo os(as) profissionais de saúde devem, apesar da formação centrada no modelo curativo hegemônico, ter domínio no “saber-fazer”, levando em conta o técnico, o político e o ético. “Para o profissional de saúde, não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso” (L’ABBATE, 1999, p.17).

Este novo modelo exige reformulação administrativa, financeira e tecnológica, além da reelaboração nas relações entre instituições/ servidor/ usuários de forma a possibilitar mudanças tanto no profissional quanto no usuário, visando ao desenvolvimento da cidadania social e política (L’ABBATE et al, 1982).

Assim, alguns desafios são colocados para sua viabilização, dentre os quais a questão da reorientação dos modelos de formação profissional. Neto (1999) destaca a importância de que haja uma diretriz política que norteie o questionamento do atual modelo educacional formador dos(das) profissionais da saúde, tanto no âmbito de graduação quanto de educação permanente, para efetivar este novo paradigma.

Enquanto isso não for mudado, é impossível se pensar na sustentabilidade do modelo, da estratégia de Saúde da Família e, muito menos, da possibilidade de que esta estratégia possa vir a induzir uma mudança global do paradigma e da reestruturação das práticas da saúde no país, na perspectiva da reforma sanitária e do SUS (NETO, 1999, p. 51).

Ao se pensar saúde como qualidade de vida, torna-se necessário práticas de saúde que englobem a visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade em que se está inserido e isto remete à questão da “Promoção da Saúde”³.

Neste novo modelo proposto a “Promoção da Saúde” está inserida num contexto mais ampliado, como um jeito de pensar e fazer saúde onde as pessoas sejam vistas dentro do seu contexto político e cultural, com sua autonomia preservada, de forma a se sentirem sujeitos capazes de superar as adversidades e serem instituintes de um modo de vida saudável (PEDROSA, 2003).

Dentro deste contexto e fortalecido pela concepção de saúde integral, está incluída a questão da saúde reprodutiva e sexual, componente indissociável do ser humano e que precisa ser abordado nos serviços de saúde de tal forma que possa contribuir para o fortalecimento pessoal, influenciando diretamente a promoção da saúde. Desta forma para atingir promoção da saúde torna-se necessário estar atento para o envolvimento e a participação ativa da população de forma a favorecer o processo de mudança e onde a educação em saúde represente um instrumento de fundamental importância.

³ Promoção da Saúde ,segundo a Carta de Ottawa (1986), é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” .

Capítulo II

Educação em Saúde – Componente Fundamental na Construção do Novo Modelo de Saúde

É preciso entender que a educação e a saúde são campos do conhecimento que se inter-relacionam, se integram e se articulam, visando “promover transformações na vida das pessoas e conseqüentemente, na realidade de uma sociedade” (COSTA, FUSCELLA, 1999, p.45). A ES deve representar o espaço de prática e conhecimento que promova a relação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001; SOPHIA, 2001).

Desta forma, as ações de ES encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos(as) usuários(as) e as escolhas mais adequadas e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (MATTOS, 2001). Entretanto, nem sempre essa ação representa espaço criador e promotor de mudanças, depende basicamente de como se processa o ato educativo e qual a sua finalidade, se normatizadora, autoritária e biologicista ou se dialógica e problematizante.

Assim, as ações de ES são norteadas por concepções pedagógicas que, dependendo da escolha, vão promover impactos diferentes nas ações desenvolvidas. Existem diferentes opções pedagógicas, entre estas, duas são diametralmente opostas nos seus resultados: a **pedagogia da transmissão** e a **pedagogia da problematização** (BORDENAVE, 1983).

Ao se realizar ações educativas na perspectiva da **pedagogia da transmissão**, também conhecida como “educação bancária”, o(a) profissional de saúde, “detentor(a) do saber”, deposita informações descontextualizadas da realidade local. Nesta pedagogia o mais importante é a transmissão de informações sem que haja uma interação entre profissional de saúde – usuário(a), evidenciando-se como resultado a passividade, a falta de atitude crítica e de postura reflexiva diante dos problemas, com o distanciamento entre a teoria e a prática. A simples transferência de conhecimento oferecida por métodos não reflexivos evidencia a superficialidade e a baixa assimilação de conhecimentos, e com isso, maior dificuldade para promover “o desenvolvimento baseado na transformação de estruturas, no crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudança, evolução” (BORDENAVE, 1983, p.3) .

Uma outra perspectiva da ES é a que utiliza a **pedagogia da problematização** que incorpora a democratização do saber com o reconhecimento e a valorização do saber do outro, a transmissão de informações e a construção compartilhada de novos saberes, potencializando o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais, favorecendo, assim, a conquista de melhor qualidade de vida. Através das atividades de ES que priorizem as relações dialógicas e o encontro das pessoas, esse resultado pode ser obtido, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária crítica e possibilitando o pleno exercício da cidadania (MUSA, 1999).

Esta é uma das formas de se atingir a produção social em saúde por oferecer condições para o indivíduo se entender como “sujeito” do seu processo de saúde-doença, participativo na condução da vida da comunidade e não passivo – “paciente” - e alienado das suas condições de vida, bem como para reforçar a vinculação com a unidade de saúde e com os(as) profissionais de saúde, impactando de forma positiva na saúde da comunidade. É importante que a atuação

dos(das) profissionais de saúde considere as necessidades da população, trazendo respostas que sejam de fato efetivas.

Desta forma, a prática da ES requer uma reflexão inserida no contexto da pedagogia que a repense de forma dialógica, envolvendo não só os(as) usuários(as), mas também os(as) profissionais da saúde e que caminhe em direção a um objetivo comum aos sujeitos envolvidos neste processo, onde a simplificação do saber seja peça importante para que haja multiplicação de ações (COSTA e FUSCELLA, 1999). Como afirma Fortes (1998, apud PEREIRA et al, 2000, p.43) “[...] a educação em saúde deve ter como pressuposto básico o respeito à dignidade humana, valor essencial para a coesão social e harmonização dos interesses individuais e coletivos.”

A prática da ES existe, com maior ou menor limite, em todas as relações terapêuticas e/ou que envolvam saúde. Um atendimento individual pode e deve ser um momento de rico aprendizado mútuo. É nos grupos, entretanto, que há condições mais propícias ao seu desenvolvimento, como a maior disponibilidade para a apreensão e debate de informações e a troca de experiências entre os(as) participantes. A atividade de grupo representa “uma oportunidade singular de repor a questão saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos, propor abordagens lúdicas, dimensões ainda pouco valorizadas no contexto assistencial” (ASSIS, 2001, p. 37), principalmente quando é realizada na perspectiva do desenvolvimento da cidadania, através de práticas pedagógicas que busquem na essência das suas ações a melhoria da qualidade de vida e a promoção do homem (MERCHÁN-HAMANN, 1999; SCHALL E STRUCHINER, 1999).

Na busca da saúde de forma integral, a ES tem um significado muito importante por colaborar na reorientação das práticas e saberes dos(das) profissionais, trazendo como resultado a melhoria na qualidade do atendimento e o fortalecimento dos sujeitos. Entretanto, freqüentemente observamos que a atuação de profissionais apenas reproduz ações educativas verticalizadas na perspectiva da pedagogia da transmissão com ações prescritivas, individualistas, autoritárias e disciplinadoras de condutas (PEDROSA, 2003). Esta afirmação de Pedrosa confirma o quanto é atual a análise histórica de Oshiro (1988) das práticas de ES no Brasil:

[...] as práticas que compõem o conjunto de ações em saúde de caráter educativo, quando analisadas historicamente, revelam a presença do projeto hegemônico da medicina nas práticas de saúde. Constitui-se, portanto, como um conjunto de práticas autoritárias, normalizadoras e disciplinadoras de condutas, ficando o corpo, tomado como *'indivíduo biológico'*, subordinado às ações médicas [a exemplo das palestras, conhecido recurso técnico utilizado por profissionais de saúde como prática educativa do PF] (Oshiro, 1988 apud VARGAS e SIQUEIRA, 1999, p.72, grifo do autor).

Novamente, observa-se a importância das instâncias formadoras dos(das) profissionais de saúde para a formação de recursos humanos capacitados para a realização da ES e adequados às novas demandas que o SUS requer: “profissionais capazes de atender às necessidades da população, de realizar trabalho em equipe, de comunicar-se” (FEUERWERKER et al, 2000, p.37).

Assim, os(as) profissionais devem buscar a comunicação com os(as) usuários(as) para que aconteça a identificação de necessidades e a busca de soluções. A reflexão e o debate crítico, principalmente entre os(as) profissionais, são fundamentais para que aconteça a reordenação das ações de ES. A desconstrução/reconstrução de conceitos é importante para a aprendizagem dos profissionais com apreensão e incorporação de novos saberes na forma de agir no processo de trabalho.

Capítulo III

Considerações Gerais sobre a Política de Planejamento Familiar no Brasil

Historicamente, a atenção dada às questões populacionais encontra-se diretamente vinculada às questões da conjuntura sócio-político-econômica. No século XIX, estimulados com “a possibilidade de que o ‘embranquecimento’ da raça viabilizasse a superação do atraso no processo de desenvolvimento nacional” (SOBRINHO, 1993, p.57, grifo do autor), a política incentivava o crescimento populacional. Iniciava-se assim o surgimento da postura “pró-natalista”. Com a revolução de 1930, esta postura ganhou forças, sendo o aumento populacional diretamente vinculado à possibilidade do Brasil se desenvolver.

Na década de 1960, as repercussões sociais e políticas de uma provável explosão demográfica associada ao temor de que as idéias comunistas se propagassem (em particular o medo da cubanização nordestina) motivam o governo norte americano a assumir uma postura de controle populacional nos países em desenvolvimento. Surge a postura antinatalista. No Brasil, o programa de PF inicia-se atrelado à política de controle da natalidade.

As ações do PF não foram assumidas pelo governo que com uma postura ausente e ambígua legitimou a prática controlista, avalizando a entrada de entidades, do setor privado internacional, tais como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) [...] encarregada de disseminar tais práticas (SOARES, LIRA e ARRUDA, 1997, p.6).

Nesta mesma década, o movimento feminista ressurgiu como um movimento político organizado que passa a influenciar nos rumos que o debate sobre o PF viria a tomar. Na agenda de discussões das mulheres aparece a questão da saúde e da cidadania feminina, onde a crítica ao controlismo existente na política de saúde da mulher e a questão do direito de escolha são pontos

marcantes. Observa-se ênfase nos debates e reflexões sobre os papéis adotados nas relações entre mulheres e homens, as chamadas relações de gênero⁴, e é incorporada uma visão de saúde que relaciona a questão da sexualidade, da violência, dos direitos reprodutivos. Direitos Reprodutivos são os direitos das mulheres de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam a responsabilidade pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade (AZEREDO, STOLCKE, 1991).

A partir de 1974 evidencia-se um novo discurso e o governo brasileiro assume oficialmente o Planejamento Familiar como direito (SOBRINHO, 1993).

Em 1983, surge o PAISM⁵, antecipando uma mudança de postura posteriormente contemplada pelo SUS, que contemplava a integralidade da atenção, universalidade do atendimento, a regionalização dos serviços, a garantia de referência e contra-referência e a descentralização da gestão. O PAISM, fruto de reivindicações dos movimentos sociais, em especial o movimento feminista, representa um conjunto de diretrizes norteadoras para a reorganização da assistência à mulher, tendo a perspectiva da integralidade e a crítica a medicalização como eixos estruturantes da atenção à saúde da mulher. Assim, a regulação da fertilidade passa a ser tratada como um direito fundamental das mulheres e dos homens (SOBRINHO, 1993).

⁴ O termo gênero será utilizado com significado para além da gramática e como explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e feminino, sendo social, cultural e hierarquicamente construído como uma relação de poder entre os sexos (OLIVEIRA, 1997).

⁵ O PAISM contempla, em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial, em cujo contexto incluem-se a integralidade e a equidade, aborda a saúde da mulher de forma integral e em todas as fases do seu ciclo vital, e suas atividades incluem ações educativas, preventivas, de diagnose, tratamento e/ou recuperação (FORMIGA FILHO, 1999).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no art.226, § 7º, reconhece e garante a contracepção como direito do(da) cidadão(ã), e afirma o direito de escolha reprodutiva como um direito de mulheres e de homens (ÁVILA, 2000).

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988 a).

Este artigo da Carta Magna é regulado pela Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 (ANEXO I), que define as regras para que os(as) cidadãos(ãs) possam ser assistidos(as) quanto ao planejamento das suas famílias, tanto com relação à contracepção quanto com relação aos meios para assistir à concepção, incluindo a questão da infertilidade.

Art.2. 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.

Art.3 . 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 (BRASIL, 1996 b).

Esta lei, também conhecida como Lei do Planejamento Familiar, endossa o PAISM, reconhecendo que o PF integra o conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e ao casal dentro da visão de atenção integral à saúde. Segundo a referida lei, o SUS deve garantir que estas ações sejam oferecidas em todos os ciclos vitais, incluindo a assistência à concepção e contracepção; assistência pré-natal; assistência ao parto, puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Também vamos encontrar nesta lei a regulamentação da esterilização - laqueadura tubária e vasectomia - como opções irreversíveis de anticoncepção,

com critérios estabelecidos para a sua utilização e punições para os(as) profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Para que o PF de um serviço seja considerado efetivo ele deve disponibilizar o acesso aos métodos e práticas que garantam às mulheres e aos homens o direito de ter ou não ter filhos, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas que permitam escolhas conscientes. No que se refere à contracepção, deve disponibilizar para mulheres e homens, todos os métodos anticoncepcionais que o Ministério da Saúde recomenda (BRASIL, 2002c).

Em 1994, acontece a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, com discussão relacionada com a promoção da saúde, os direitos reprodutivos e os direitos sexuais. Nesta Conferência foi firmado um acordo internacional sobre população onde a questão da saúde e dos direitos reprodutivos e sexuais teve papel primordial dentro da perspectiva do desenvolvimento humano em detrimento dos objetivos puramente demográficos. Segundo a Plataforma de Ação do Cairo, saúde reprodutiva:

É o completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doenças ou enfermidades em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica em que as pessoas sejam capazes de uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito o direito de homens e mulheres de serem informados e terem acesso a métodos anticoncepcionais seguros, de sua escolha para a regulação da fertilidade, os quais não estejam contra a lei. Também inclui o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitam às mulheres engravidar e ter filhos de maneira segura, e que proporcione aos casais as melhores chances de terem filhos saudáveis (Cairo, 1994, cap IX, 7.2 apud VENTURA, 2002, p. 41).

O conceito de saúde reprodutiva deve ser trabalhado associado à saúde sexual a partir de uma abordagem positiva da sexualidade humana, uma vez que o exercício da prática

contraceptiva acontece no terreno da sexualidade e das relações entre mulheres e homens. Alguns autores apontam para a extrema dificuldade dos(das) profissionais de saúde de relacionarem os aspectos da saúde reprodutiva à vivência da sexualidade e questões de gênero. Frequentemente encontramos uma abordagem biologicista, reducionista, assexuada e distante. Como destaca o Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde em sua primeira edição:

[...] os profissionais de saúde - médicos(as), enfermeiros(as), atendentes - parecem reforçar esta situação. Nem sempre são bem informados e, quando o são, agem como se detivessem todo o saber sobre o corpo, a saúde e o que possa ser melhor para as mulheres [...] Poucos são os que, passando por cima dos seus preconceitos, se abrem ao diálogo e à troca de informações. Comumente assumem atitudes frias, distantes ou mesmo paternalistas, que só aumentam a fragilidade da mulher (BRASIL, 1987, p.10).

Neste contexto, a prática desvirtuada do PF, centrada na falta de informação e na indução da escolha contraceptiva (prática controlista) reforça a assistência clínica inadequada e tem representado um sério problema para a auto determinação das mulheres e fere os direitos reprodutivos. Esta questão, associada à crescente desvinculação entre sexualidade/reprodução, bem como o desgaste das mulheres na busca da regulação da sua fertilidade, sem a participação dos seus parceiros e em contextos de extrema pobreza, tem caracterizado o processo de controle da fecundidade no Brasil como um caso de “modernidade perversa”⁶, (GIFFIN, 1992, apud GIFFIN, 2001), a exemplo da esterilização feminina em massa e do alto índice de utilização de hormonais orais, sendo mais recentemente também encontrado o uso dos injetáveis de forma indiscriminada (SOARES, LIRA E ARRUDA, 1997).

⁶ Giffin, 2001, refere como “modernidade perversa” caracterizando a taxa nacional de uso e os métodos como ‘modernos’, enquanto que as escolhas reprodutivas, que são condicionadas pela pobreza e falta de cidadania, como ‘perversas’.

Destacamos o significado social do PAISM, assim como sua singularidade enquanto proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada. Entretanto, apesar de relevante, esta proposta não tem impedido que “[...] a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar” (BRASIL, 2001, p.14).

Capítulo IV

Trajetória Metodológica

Esta pesquisa analisou como as ações de ES no PF vêm sendo realizadas pelos(as) profissionais do PSF de Campina Grande-PB. O PF está incluído nas ações de assistência integral à saúde da mulher e integra o conjunto de ações básicas que devem ser executadas por uma equipe do PSF.

Trabalhar as questões referentes ao PF significa fazer uma incursão no campo da subjetividade, da sexualidade e do relacionamento entre mulheres e homens, e envolve significados e valores construídos socialmente, mas que nem sempre são verbalizados pelos(as) usuários(as) e profissionais de saúde. Desta forma, justificamos nossa opção pela abordagem qualitativa, tendo em vista a relevância que esta assume na coleta e na interpretação dos dados e por possibilitar que a realidade seja captada através do discurso, dito e não dito, além da avaliação da parte técnica propriamente dita.

Defendemos como Minayo que:

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatísticas apreendem dos fenômenos apenas a região 'visível, ecológica, morfológica e concreta', a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1995, p.22).

O universo da pesquisa foi composto por profissionais de nível superior: médicos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais do PSF.

Tendo em vista o pouco tempo disponível para a pesquisa, trabalhou-se com uma amostragem intencional, levando em consideração o maior número de atividades educativas

realizadas no ano de 2003 (computadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB⁷) até o mês de agosto) e o tempo de implantação das equipes, sendo eleitos(as) profissionais de uma equipe com nove anos de implantação (uma das equipes pioneiras), de uma equipe com quatro a cinco anos de atuação e de uma última com dois anos de atuação.

Foram entrevistados nove profissionais (três médicos(as), três enfermeiras e três assistentes sociais), sendo apenas um do sexo masculino.

Para atender aos objetivos propostos, utilizou-se a coleta de dados realizada através de entrevista semiestruturada (com roteiro previamente estabelecido), gravada e transcrita mediante autorização e a observação registrada em diário de campo, além de um formulário para caracterização dos serviços. Os formulários foram preenchidos pela pesquisadora com informações coletadas dos(as) profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), de acordo com a disponibilidade destes(as).

As entrevistas ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2003, assim como a observação dos grupos. As entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos(das) profissionais, com exceção de duas entrevistadas que estavam afastadas devido à licença médica, mas apesar disto se dispuseram a contribuir por acreditarem na importância desta pesquisa para o trabalho do PSF.

Durante a realização da pesquisa de campo, observamos dois meses de atividades de grupos do PF em cada equipe selecionada, totalizando sete reuniões educativas. A equipe I possui dois

⁷ O SIAB é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, elaborado pelo MS e que contém informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

grupos de PF formados, cada grupo contou com a participação de aproximadamente 25 mulheres, e em uma das reuniões houve a presença de um homem. Assim, acompanhamos a realização de três reuniões, duas delas foram conduzidas pela enfermeira e a outra, pela auxiliar de enfermagem. Nesta equipe, a assistente social encontra-se temporariamente afastada da UBSF por problemas de saúde na sua família.

Na equipe II, foram observadas duas reuniões em dois grupos existentes, com a presença de cerca de 20 mulheres em cada reunião. As mesmas foram conduzidas por uma estagiária de Serviço Social, sob a supervisão da assistente social. A enfermeira estava de férias e o(a) médico(a) encontrava-se afastado das atividades educativas, apesar das avaliações da equipe colocarem a importância da participação de todos os profissionais nestas ações.

Na equipe III também foram observadas duas reuniões do único grupo existente. Cada reunião contou com a participação de aproximadamente 40 mulheres⁸. Aqui pudemos observar a presença de toda a equipe, médico(a), enfermeira, assistente social, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Os(as) entrevistados(as) foram identificados de acordo com a categoria profissional e por numeração arábica, de forma aleatória, de tal forma que fica garantida a recomendação ética acerca do anonimato dos(as) entrevistados(as).

A proposta da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa- UEPB, que emitiu parecer favorável (ANEXO II). Os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⁸ Segundo a publicação do MS, assistência em Planejamento Familiar, Manual para o Gestor (BRASIL,2002), recomenda-se que o número de participantes no grupo não ultrapasse o total de 20 pessoas.

Para alcançar os objetivos da pesquisa foi necessário selecionar e extrair os dados capazes de permitir a confrontação das hipóteses com os fatos. Desta forma, utilizamos a análise de conteúdo, que tem um objetivo duplo: *“estabilizar o modo de extração do sentido e produzir os resultados correspondentes aos objetivos da pesquisa”* (BLANCHET e GOTMAN, 1992, p.2).

Capítulo V . A Pesquisa de Campo

V. 1. Caracterização Dos Serviços

Duas das equipes selecionadas, as equipes II e III, foram implantadas seguindo os critérios iniciais de implantação do PSF na cidade, indicadores sócio-epidemiológicos desfavoráveis, assim apresentam indicadores sócio-epidemiológicos que refletem situação sócio-econômica adversa da população adscrita, ressaltando que a equipe II situa-se em comunidade que apresenta situação mais desfavorável, com características sanitárias bem mais precárias.

A equipe I, entretanto, representa uma exceção, pois a sua implantação deveu-se a mobilização da comunidade para implantação de serviço de saúde em uma Unidade de Saúde desativada e que estava sob ameaça de depredação.

Na tabela a seguir, será apresentada cada equipe com número de famílias, população adscrita e população em idade fértil, de acordo com SIAB, outubro /2003.

TABELA I - INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE A POPULAÇÃO POTENCIAL PARA PF ATENDIDA PELAS EQUIPES DO PSF PESQUISADAS.

EQUIPE	Nº DE FAMÍLIAS	POPULAÇÃO ADSCRITA	MULHERES EM IDADE FÉRTIL*	HOMENS EM IDADE FÉRTIL*
I	539	2173	659	607
II	604	2512	538	747
III	869	3325	975	861

Fonte- SIAB /outubro de 2003

* Idade fértil⁹ – de 15 a 49 anos

V. 2. Estrutura Física dos Serviços

O serviço I, onde está instalada a equipe I, funciona em sede própria do município e apresenta-se com estado geral regular de conservação. Suas salas de atendimento são bem pequenas, e, exceto os dois consultórios que apresentam boa ventilação e iluminação, o restante da Unidade tem problemas nestes aspectos. A recepção ocupa o mesmo local da triagem e não oferece privacidade para os(as) usuários(as). A sala de curativos possui estrutura completamente inadequada para o seu funcionamento, com paredes de alvenaria sem o devido tratamento e sem cobertura no teto, o que representa risco de contaminação. A farmácia restringe-se a um pequeno espaço contíguo à sala de curativos. Inexiste na Unidade a sala de resíduos para limpeza de material, e todo o material de limpeza é acondicionado no banheiro dos(as) funcionários(as). O(A) assistente social não dispõe de sala para atendimento. A Unidade possui também uma horta

⁹ Idade fértil considerada de acordo com o manual de Planejamento Familiar do MS (2002 a), apesar de se constatar, na prática profissional e na literatura especializada, a existência de meninas grávidas a partir de 10 anos.

que aparenta ser bem cuidada. Após reforma na Unidade, foi construído um salão que funciona como sala de espera no dia-a-dia e como salão de reuniões nas atividades de grupo. Apesar de dispor de espaço para as atividades educativas, os(as) profissionais colocam algumas restrições a sua estrutura física que é quente e não favorece a privacidade, por ser fechado por um portão gradeado, além de problemas com o seu mobiliário, como relata o(a) médico(a) da equipe:

É... a gente tem aquela sala de espera, não é das melhores, mas a gente trabalha assim mesmo. É um pouco pequena, quente,... , não tem assim, acomodação boa, tem os bancos de alvenaria. As cadeiras daqui, pediram emprestado e não devolveram. Desde que eu cheguei aqui já não existiam essas cadeiras (médico(a) 1).

O serviço II, sede da equipe II, das três unidades visitadas, é a única que foi construída para ser uma UBSF. Sua estrutura física é melhor que as outras. Possui salas de atendimento e sala de curativos amplas, com exceção da sala do serviço social, que possui dimensões reduzidas. Entretanto, alguns detalhes dificultam seu pleno funcionamento, como por exemplo, a sala de vacinas que foi construída fora dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária. Com relação às atividades educativas de grupo, estas são realizadas na sala de espera, ambiente totalmente aberto, de frente para a via pública e que não oferece nenhuma privacidade, nem conforto. Seu mobiliário é composto por bancos de alvenaria.

O serviço III é o que aparenta ter problemas mais sérios quanto ao espaço físico e a conservação/manutenção do prédio. O aterramento feito com restos de construção e a presença de mato e lixo acumulados na frente da Unidade dão a impressão de abandono e descuido. Ali funcionam duas equipes e o espaço não é adequado. As enfermeiras têm que organizar o horário de atendimento de enfermagem e da consulta ginecológica de forma a compatibilizarem a

utilização do único consultório destinado para elas, enquanto a assistente social realiza seus atendimentos individuais no consultório odontológico, quando disponível. As atividades de grupo são realizadas no salão da Sociedade de Amigos de Bairro (SAB) da comunidade, espaço muito amplo (mede aproximadamente 20 X 12 metros) e ventilado, mas que dificulta a comunicação e o entrosamento entre os(as) participantes nas reuniões pela falta de “*ambiência acolhedora*”¹⁰, (BRASIL, 2003, p.17), reforçada pela ausência de mobiliário móvel disponível.

Em 2002, o MS publicou o Manual para o Gestor sobre Planejamento Familiar (BRASIL, 2002a) oferecendo subsídios técnicos à implantação e implementação da assistência ao PF. Neste Manual reconhece-se a importância do adequado dimensionamento do espaço físico para que as ações do PF se desenvolvam a contento, sendo ressaltada a importância de condições satisfatórias referentes à higiene, ao conforto, à ventilação das instalações físicas e privacidade que devem ser asseguradas permanentemente. Na recomendação da composição da área física, estão colocadas sala para atividades educativas em grupo, sala de espera coberta e com assentos suficientes, sala para pré e pós-consulta, consultórios com privacidade, sala de recepção e arquivo, sala para limpeza e esterilização de material, sanitários para os(as) usuários(as) e para os(as) profissionais e local seguro e adequado para armazenagem de medicação e métodos anticoncepcionais.

Na observação, foi perceptível como a estrutura física das salas de reuniões dificultou as atividades, pois a falta de privacidade representa um obstáculo que deve ser levado em consideração, principalmente no PF, onde questões ligadas à sexualidade e a intimidade dos(as) usuários(as) estão intimamente relacionadas ao exercício da contracepção e da concepção.

¹⁰ O próprio MS reconhece a importância de dispor de serviços confortáveis, que respeite a privacidade e que promova acolhimento e humanização do atendimento (BRASIL, 2003).

Todas estas questões não se constituem entraves imperativos para a execução de ações de ES, mas, sem dúvida, dificultam a participação dos(as) usuários(as), a atuação dos(as) profissionais, comprometendo a efetividade e qualidade da ação.

Parece haver consenso entre os(as) profissionais sobre a necessidade de melhoria das UBSFs para que o trabalho seja realizado de forma humanizada para usuários(as) e profissionais. No entanto, parece existir uma certa resignação pelo fato de saber que existem equipes que trabalham em Unidades com situações mais desfavoráveis, como se percebe na fala da enfermeira:

O ideal é que nós tivéssemos um espaço na própria Unidade, não só para trabalhar o PF, mas também os demais grupos. Coisa que nós não dispomos, temos que nos deslocar para SAB do bairro, marcar as reuniões lá. Mas, como eu sei que existem outras bem piores, que não tem nem SAB para fazer, eu diria que está a contento (enfermeira 3).

Logo a seguir, está apresentada a TABELA II que fornece uma visão global das três Unidades investigadas no que se refere as suas instalações físicas. Pode-se observar a inadequação de espaço físico para o pleno funcionamento das atividades das equipes.

TABELA II – INSTALAÇÕES FÍSICAS DAS UBSFs ENVOLVIDAS NA PESQUISA REALIZADA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE NO ANO DE 2003

INSTALAÇÕES	SERVIÇO I	SERVIÇO II	SERVIÇO III
Consultório médico	01	01	02
Consultório odontológico	01	00	01*
Consultório de enfermagem / Consultório ginecológico	01	01	01
Sala de serviço social	00	01	00
Sala de vacinação	01	01	01
Sala de curativos	01	01	01
Recepção/ triagem	01	01	01**
Farmácia	01	01	01**
Copa/cozinha	01	01	01
Sala de resíduos	00	00	00
Banheiros	02	02	02
<i>Sala de espera e de reuniões</i>	<i>01</i>	<i>01</i>	<i>00</i>

Fonte - dados desta pesquisa

* A assistente social utiliza o consultório odontológico para atendimento

** A triagem funciona na farmácia

O equipamento e instrumental necessários para a realização das ações clínicas do PF são disponíveis nas UBSFs. Observou-se, entretanto, que os exames ginecológicos estiveram suspensos nas três unidades, por períodos relativamente prolongados, devido à falta de material de consumo (luvas, algodão e/ou gazes).

V. 3. Insumos: Material Educativo e Métodos Contraceptivos

Durante a pesquisa de campo, observou-se uma certa precariedade com relação ao material educativo disponível para as equipes. Apenas o serviço I tem televisão e vídeo-cassete na UBSF. Nos outros dois serviços, os(as) profissionais têm que recorrer à SMS para o empréstimo destes equipamentos ou a eles(as) próprios(as). Isto dificulta as ações das equipes na medida em que limita os recursos e impõe a adequação das atividades educativas à disponibilidade, ou não, dos equipamentos por parte da SMS.

[...] existe dificuldade como eu já falei. A questão do espaço físico, a questão da falta de material áudio-visual que a gente não tem disponível na Unidade. [...]. Ir em busca de fitas porque a Secretaria, infelizmente, tem uma reserva muito pobre de fita de vídeo (assistente social 2).

Apesar de não ser indispensável o uso de vídeos, percebe-se que ele pode incrementar as ações de ES. Concordamos com Vargas e Siqueira quando afirmam: “A imagem tem se mostrado como uma linguagem poderosa no campo da comunicação, cujo desafio consiste em conhecer seu potencial nos processos e nas práticas de caráter educativo” (VARGAS e SIQUEIRA, 1999, p.71). Como ilustra o depoimento a seguir:

“[...] porque a gente sabe que quando a gente mostra a coisa, elas aprendem muito mais [...], elas vendo fica muito melhor” (enfermeira 2).

É importante que seja valorizada a afirmativa dos(as) profissionais acerca da necessidade de um acervo de fitas que considere a diversidade e a qualidade dos conteúdos. Durante a observação, numa das reuniões, aconteceu a exibição de uma fita sobre métodos anticoncepcionais que, ao invés de ajudar na apropriação de informações pertinentes sobre todos os métodos, auxiliando no processo de escolha livre e esclarecida, privilegiava (induzia) a utilização de anticoncepcionais hormonais orais(ACHO) com afirmações como:

*“a pílula é o **mais** eficaz dos reversíveis[...]; o condom **também** é importante [...];
“tabela não é segura[...]”*(grifos da pesquisadora).

A dificuldade para conseguir material de expediente para as atividades de grupo (papel, cartolina, cola, lápis hidrocor, entre outros) é relatada pelos(as) profissionais como um fator que prejudica a realização de atividades de ES. Frequentemente, observa-se o empenho pessoal dos(das) profissionais que arcam com as despesas para aquisição de materiais educativos para trabalhar nos grupos.

[...] é um problema, porque... de fato em termos de insumos, a coisa é muito precária e em termos de recursos didáticos, é quase zero, né. Eu que acabei comprando uma coleção com cartazes do órgão reprodutor feminino, órgão reprodutor masculino, métodos anticoncepcionais [...] Então é complicado, acaba sendo aquela coisa muito do falar e de uma dinâmica, mas assim,... na saliva mesmo! Porque de material a gente não dispõe (assistente social 3).

Os três serviços dispõem de álbum-seriado sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e sobre Aleitamento Materno. Apenas o serviço I possui o álbum-seriado sobre PF, um Kit demonstrativo completo de contraceptivos e os modelos do aparelho reprodutor feminino e masculino. Os outros dois serviços têm que criar parte dos recursos didáticos utilizados nas reuniões educativas.

O nosso recurso didático é a gente que cria. Por exemplo: a boneca que eu tenho, já foi de um curso que eu fiz da BEMFAM, amostraram e eu corri para fazer a minha. Já emprestei para quase todo mundo do PSF. Quando a gente vai trabalhar com quebra-cabeça, a gente pega a genitália, uma consegue de um livro do filho, manda ampliar e a gente faz o quebra-cabeça (enfermeira 1).

Não foi rara a referência ao improviso para que as atividades de ES se tornassem mais atrativas e participativas, na tentativa de garantir a efetividade, como atesta o relato a seguir:

“[...] então fica complicado, a gente tenta fazer da melhor forma, dentro do que a gente tem e usando nosso alto poder de improvisação, só que não dá para improvisar comprimido” (enfermeira 3).

Esta iniciativa dos(as) profissionais denota o compromisso e a vontade de oferecer uma assistência mais humanizada, considerando as necessidades da população atendida e burlando as carências e dificuldades político-administrativas.

Desde 1987, quando o MS publicou o Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar, que a questão educativa no PF teve a sua importância ressaltada. Neste manual, o MS apresentou uma proposta educativa, prevendo uma metodologia participativa baseada no trabalho

do SOS Corpo¹¹ - Recife, com a inclusão de dinâmicas de grupo e orientações e sugestões aos profissionais. No final do manual, encontra-se a descrição do material didático concebido como suporte às sessões educativas, que constava de cartilhas, manual do coordenador, folhetos sobre os métodos contraceptivos e sobre prevenção do câncer, além de material instrucional, composto por álbum seriado, Kit de contraceptivos e conjunto de slides e que, na época, era disponibilizado pelo MS para os serviços de PF.

De acordo com o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar mais recente (BRASIL, 2002 c), as ações de ES devem representar atividade de rotina no PF. Observa-se a preocupação do MS com esta questão, ao mesmo tempo em que se constata a extrema dificuldade para se ter acesso ao referido manual por parte da SMS - C. Grande.

Esta publicação deixa claro que a atuação dos(as) profissionais da saúde deve se pautar no respeito ao princípio da paternidade responsável e ao direito de livre escolha dos indivíduos e /ou casais. Entretanto, com relação à prática educativa, a carência de subsídios didático-pedagógicos que auxiliem os(as) profissionais no desenvolvimento de práticas educativas na perspectiva de uma metodologia participativa, compromete o exercício do direito de escolha pelos(as) usuários(as). O “Planejamento Familiar: Manual para o Gestor” (Brasil, 2002 a) apresenta um capítulo sobre Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva, com os princípios e recomendações para o desenvolvimento das atividades educativas. Tomei conhecimento deste manual através de terceiros quando procedia a pesquisa bibliográfica. Foi possível constatar que o setor competente da SMS, também desconhecia a existência do mesmo até a presente pesquisa. Entre os(as)

¹¹ O SOS Corpo é uma organização não governamental feminista com 20 anos de atuação na área dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, utilizando metodologias participativas com abordagem de gênero.

profissionais entrevistados(as), apenas dois(duas) conheciam o manual de Planejamento Familiar antigo.

O direito de escolha, garantido na Lei do Planejamento Familiar, também se encontra restringido no PF realizado pelas equipes do PSF-Campina Grande pela limitação de métodos disponibilizados (em diversidade e em quantidade), o que tem angustiado os(as) profissionais e, de certa forma, direcionado suas ações. As falas a seguir exprimem o sentimento da maioria dos(das) profissionais entrevistados(as):

A gente trabalha com vidas, o cuidado da gente é um cuidado especial, direcionado a preservar a vida. Outra coisa é a questão da Secretaria ter outros métodos, porque senão a gente está repetindo condutas cristalizadas ao longo das décadas. Que PF se resume exclusivamente a preservativo e anticoncepcional oral.[...] Qual é a nossa, o nosso entendimento quando uma usuária vem para a gente e diz: não eu não quero isso (enfermeira 1).

[...] olha, eu acredito que a pessoa deve ser esclarecida de quais os métodos que existem e ela deve escolher, ter o direito de escolher, mas é... como a população não tem acesso a alguns métodos, e o que tem disponível na unidade são esses dois, a camisinha e o anticoncepcional, eu acho que até pela questão do acesso e pela dificuldade financeira dela recorrer a outros métodos que não estão disponíveis na unidade, elas acabam sendo de certa forma, induzidas a usarem estes métodos. Eu acredito que a pessoa que deve escolher, mas a escolha nem sempre é possibilitada por essas condições financeiras, as condições que o sistema de saúde oferece, então... acaba sendo mesmo o que é possível (assistente social 3).

Percebe-se insatisfação das três equipes relacionada à imposição, por parte do setor responsável pela Saúde da Mulher da SMS, referente à limitação da quantidade de ACHO que cada equipe passaria a receber a partir do mês de junho do corrente ano (30 cartelas mensais de ACHO monofásico de um único tipo), independentemente da demanda local. Também se encontra nas UBSF o ACHO de progestogênio. Com relação aos preservativos masculinos são disponibilizados 04 caixas (com 144 condons cada) por equipe. Indagamos nesta pesquisa como ficam os direitos dos(as) usuários(as), uma vez que se impõe a necessidade de triagem entre os(as) cadastrados(as) no programa para acesso aos métodos anticoncepcionais (no caso, contraceptivo hormonal oral e condons).

O discurso dos(das) profissionais refere que a falta de regularidade no envio dos contraceptivos e dos preservativos provoca descrédito do serviço e deles(delas) próprios(as).

[...] e essa cota é insuficiente, porque não cobria as necessidades, principalmente a questão do condom. Não cobre trinta mulheres, como é que você vai selecionar trinta mulheres se você fala de igualdade, de direitos. Então você tá violando direitos, é muito complicado. Para a gente que está no dia-a-dia com a usuária você vai dar e o restante vai ficar sem. Isso é constrangedor para o profissional e para a usuária que está lá (assistente social I).

Percebe-se entre os(as) profissionais um misto de sentimentos relacionados a esta situação, desde a irritação com o descaso que a SMS deixa transparecer pela sua conduta verticalizada e dissociada do planejamento local de cada UBSF até o constrangimento pela negação do direito do(da) usuário(a).

Os(as) profissionais também relatam que acontece um esvaziamento do grupo de PF quando os métodos, que já são escassos, faltam. Durante este ano, as equipes passaram por períodos sem recebê-los e isso provocou a desagregação dos grupos, como relatado na fala a seguir:

[...] que a gente tem um problema quando falta o comprimido a evasão é grande. Se a gente tem o grupo mensal de trinta e cinco, quando falta, são de oito, doze ou quinze que freqüentam quando não tem o comprimido ou a camisinha. Isso é uma dificuldade para a gente da equipe também de trabalhar com essa mulher, porque o nosso trabalho é um trabalho contínuo. Não é uma coisa que você faz uma vez e deixa para lá, não. A gente faz e fica sempre acompanhando aquela usuária (assistente social 2).

Esta questão representa um entrave para o desenvolvimento das ações no PF pela descontinuidade que ela acarreta no trabalho educativo que é realizado, e pode trazer como consequência o aumento do número de gravidez indesejada, de abortos provocados e, por vezes, violência doméstica, como fica claro no depoimento abaixo:

As usuárias reclamam muito quando falta, tanto o comprimido quanto a camisinha, porque elas não vão ter dinheiro para comprar. Então isso para elas é um transtorno porque sabem que os maridos vão ter que procurar elas, vão obrigar, praticamente, elas a ter relação sexual com eles e eles não compram o comprimido nem a camisinha, certo, e elas são obrigadas a manter relação com eles e elas vão ter o medo de engravidar e aí ? (assistente social 2).

A violência doméstica e sexual acontece no contexto de desigualdade das relações de gênero, onde é exigido das mulheres a satisfação sexual dos homens como uma obrigação do seu

papel de esposa/mulher. Apesar de ser naturalizada em nossa cultura, a violência contra a mulher tem preocupado e mobilizado alguns setores da sociedade, sendo reconhecida como problema de saúde pública que acarreta conseqüências para a saúde física e mental das mulheres, representando uma demanda para os serviços de saúde. É interessante perceber como a questão contraceptiva se relaciona com aspectos das relações de gênero, da sexualidade e da intimidade das mulheres, homens e casais o que reforça a necessidade de uma prática educativa que possibilite a abertura para estes temas.

De acordo com o “Manual Técnico do Planejamento Familiar “(BRASIL, 2002 c) os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e as ações educativas que propiciem a escolha consciente. Com relação à anticoncepção, os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo MS.

V. 4. Recursos Humanos

A composição das equipes do PSF contempla a necessidade de profissionais para o desenvolvimento das ações do PF, assim supõe-se que esta ação não teria problemas na sua execução. Entretanto, além de dispor de uma equipe mínima, deve-se considerar que, para uma atenção de qualidade em PF, a capacitação dos(das) profissionais é um aspecto de fundamental importância.

Dos(as) nove profissionais entrevistados(as), seis nunca receberam capacitação¹² em PF, uma recebeu quando trabalhava em outro serviço, e apenas duas receberam inseridas no PSF.

É importante lembrar que o aparelho formador (as universidades) geralmente prepara os(as) profissionais dentro do modelo hegemônico, que não vincula a saúde com a promoção à saúde e qualidade de vida, desta forma, estes(as) sentem-se despreparados(as) para a nova função, que implica em trabalhar com mudanças na construção do que vem a ser saúde, com novas práticas, nova forma de construir saberes dentro de uma perspectiva cuidadora (FEUERWERKER, 2000). A relevância da necessidade de capacitação em PF foi unânime por parte dos(as) profissionais, para a melhoria das suas ações, como expressou a enfermeira 3:

[...] porque a partir do momento que os profissionais forem capacitados, melhora até a forma desse grupo ser conduzido. Como eu falei desde o início, que a gente trabalha muito com palestras, tentando dentro do pouco que a gente sabe, fazer a coisa da forma mais participativa possível, mas a partir do momento que você é capacitado para trabalhar com grupo dentro do PF, que é um tema amplo, mas que também é complexo, porque a gente tá trabalhando com o íntimo do paciente, do cliente. Com a sexualidade e isso varia de mulher para mulher. Então, a partir do momento que a gente é capacitado, é sensibilizado para trabalhar especificamente com aquilo ou da melhor forma possível com aquele grupo [...] (enfermeira 3).

O posicionamento de alguns(mas) profissionais em relação a outras questões foi revelador da necessidade de sensibilização e capacitação técnica, como exemplifica a situação a seguir. Ao

¹² Segundo a Lei 9.263, aprovada em 1996, que trata do PF, em seu artigo 4, parágrafo único, o SUS deverá promover o treinamento de recursos humanos com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de atendimento à saúde reprodutiva.

ser perguntado à enfermeira 1 sobre a pílula do dia seguinte, ela colocou não ter abordado o assunto por dois motivos:

“Primeiro porque até agora nenhuma mulher procurou e,... agente não recebeu não”(enfermeira 1).

Colocado desta forma aponta apenas para a limitação da oferta do método, entretanto sabe-se que a contracepção de emergência pode ser realizada com os ACHO disponibilizados para as equipes, com posologia diferenciada. Assim, este posicionamento reflete de forma significativa a falta de capacitação técnica associada à dificuldade de trabalhar de forma imparcial, como observado na continuidade da sua fala:

A pílula do dia seguinte... eu ainda não conversei com elas sobre a pílula do dia seguinte, assim, formalmente mesmo. No corpo-a-corpo elas já perguntaram. Porque eu acho o seguinte, a pílula do dia seguinte, com o número de profissionais do sexo que a gente tem aqui no bairro, eu direciono logo para a médica, quando eu vejo que ela tem a necessidade de tê-la, sabe, como para uso indiscriminado (enfermeira 1).

Os(as) profissionais relatam que existe uma preferência pelo uso dos ACHO entre as usuárias e reconhecem que a falta de capacitação para trabalhar com questões mais subjetivas parece ser um dos motivos para esta preferência, como relata a fala a seguir:

[...] então, a partir do momento que a gente é capacitado, é sensibilizado para trabalhar especificamente com aquilo ou da melhor forma possível com aquele grupo, aquela clientela específica, eu acho que tem grande chance, eu não diria

mudar a situação, mas de modificar o grande índice, dar uma diminuída nos métodos hormonais e aumentar os métodos naturais e de barreira (enfermeira 3).

Alguns(mas) profissionais ao avaliar a questão de preferência de métodos, colocam que as suas dificuldades pessoais representam o maior empecilho para a diversidade nas escolhas dos(as) usuários(as), como relatado a seguir:

[...] eu acho que o que existe são as falhas pessoais, do profissional, os tabus internos, os preconceitos existentes em cada profissional [...] Muitas vezes o próprio profissional passa um juízo de valor seu com relação a determinado tipo de método: - “Não, esse realmente não é bom porque isso, isso e isso”, ou até com relação à saúde ou ao corpo da mulher. Então há uma série de questões e que muitas vezes passa no inconsciente ou nos preconceitos as dificuldades internas do profissional, e, aí talvez essa seja a outra grande dificuldade para se trabalhar educação em saúde no PF (médico(a) 2).

O depoimento abaixo, sobre o processo de informação da camisinha feminina parece reforçar a opinião acima :

[...] e por sinal, a gente já falou com as usuárias, mas acho que não é muito simpático não, (risos), disseram “que coisa mais esquisita!” [...] não se empolgaram muito não (médico(a) 3).

Durante o período de observação foi possível constatar que há uma grande dificuldade, por parte de alguns(mas) profissionais, que inclui a questão da sua postura nos grupos, falta de

domínio dos conteúdos, registrando-se, em alguns casos, a emissão de juízo de valores na abordagem de algumas temáticas.

É importante que se considere que as propostas de capacitação devem apreciar as dificuldades dos(as) profissionais relacionadas as questões técnicas e subjetivas para que possam realmente favorecer aos(às) usuários(as) o conhecimento de todas as alternativas de anticoncepção e a participação ativa na escolha do método.

V. 5. Concepções dos Profissionais de Saúde da Família Sobre Planejamento Familiar e Educação em Saúde no Planejamento Familiar

V. 5. 1. Planejamento Familiar: Direito de Livre Escolha?

Observa-se na fala dos profissionais um entendimento mais amplo sobre a concepção do PF, com uma abordagem ampliada no contexto da saúde reprodutiva e sexual, como colocado no relato da assistente social 2:

“[...] PF não é só trabalhar a questão dos contraceptivos, mas sim trabalhar a saúde da mulher como um todo, envolvendo o seu contexto” (assistente social 2).

Esta perspectiva engloba a visão de integralidade que considera o contexto cultural, de forma que não aconteça o reducionismo das ações no PF, e onde se estabeleça a garantia da busca por qualidade de vida como expressa a fala a seguir:

Eu vejo, né, como aquelas ações que o casal faz no intuito de... ter uma melhor qualidade de vida no que diz respeito a sua vida intra-familiar, não necessariamente sendo apenas para se evitar filhos, mas no intuito de ter sua atividade sexual mais bem resolvida, mais desenvolvida, ter um maior conhecimento do corpo humano, dos seus genitais e também, logicamente, se planejar quando e como se quer ter filhos, ou não quer ter (enfermeira 3).

Percebe-se também a preocupação dos profissionais com a autonomia do corpo e o direito da liberdade de decidir sobre ter ou não ter filhos, quantos ter e quando tê-los. No entanto, parece que o entendimento da ação do PF de forma ampla tem levado a diversificação dos temas abordados nos grupos de PF, envolvendo saúde de forma geral, saúde reprodutiva e cidadania.

Apesar de concordar sobre a importância da discussão ampla em torno do PF que envolva a saúde como um todo, constatou-se com a pesquisa que a estratégia dos(as) profissionais de abordar um leque de temas diversificados nos grupos educativos, restringe a oferta de ações educativas específicas do PF e podem comprometer o direito de escolha livre e informada dos(as) usuários(as), pela limitação do acesso às informações básicas e necessárias para que se exerça este direito no PF, como podemos observar pela programação pré-definida na equipe I:

[...] a gente trabalha em janeiro, cuidados com o verão, porque é quando aparece muita diarreia e muito corrimento, as vulvovaginites da vida. Em fevereiro, que é o carnaval, a gente trabalha as DST's, a gente dá um enfoque mesmo às DST's, tanto

no carnaval como na Micarande, como no Maior São João do Mundo porque, eu acredito que, em Campina Grande, o retrato é esse, o maior número de gestações é nos 'ficas' do carnaval, da Micarande e do São João, e a gente tem trabalhado muito isso. Em março a gente faz um evento com elas sobre 'Profissão Mulher'[...] a gente dá o enfoque de acordo com aquele mês [...] (enfermeira 1).

Fato que se repete em outra equipe. Apesar da programação não estar colocada de forma tão fechada quanto na equipe anterior, também se verifica que há amplitude de temáticas nas reuniões dos grupos de PF, como se observa na fala da enfermeira 2:

Olhe a gente abordou... sexualidade, já abordou [...], trabalhou sexualidade, os métodos, questões de cidadania, o que é ser cidadão, toda essa questão inclusive trazendo pessoas de fora, a gente já trabalhou saúde como um todo. A gente falou o que era saúde, a função da Secretaria de Saúde, a função da equipe, do PSF, porque aqui a gente trabalha diferente do que elas estavam acostumadas. Deixa ver o que é que a gente trabalhou mais, questionamento da própria Unidade, se elas achavam que deveria ser assim ou se não achava (enfermeira 2).

Como a frequência de encontros é mensal e o grupo de PF é fixo, os(as) novos(as) usuários(as) inseridos(as) no grupo podem passar bastante tempo sem participar de atividades educativas que tratem dos direitos reprodutivos e dos métodos propriamente ditos. Esta questão está colocada na fala da enfermeira 2:

O que a gente faz no grupo, só vai fazer de novo quando a gente voltar, porque de vez em quando a gente volta ao tema. Passa um ano, a gente tem de voltar de novo, porque quando a gente pergunta, elas já têm dificuldade de se colocar de novo, aí

tem que abordar de novo. Eu acho que para a mulher não deveria ser assim, deveria ser trabalhado de maneira diferente (enfermeira 2).

Detectou-se, assim, a contradição entre o que é colocado como direito pela enfermeira 3, “*PF é você ter acesso a informações dos métodos contraceptivos existentes [...]*” com a viabilização do acesso a essas informações pela forma como as equipes têm organizado suas atividades de grupo, comprometendo os resultados do trabalho.

Apesar da percepção mais ampliada sobre PF como direito, parece haver uma associação direta do PF à contracepção, sem associação com a assistência à concepção, como demonstrado na fala a seguir:

PF é você ter acesso à informação dos métodos contraceptivos existentes, você diante deste conhecimento, você poder escolher junto com o seu parceiro o método que você quer utilizar para planejar os seus filhos, quantos filhos você quer ter, em que momento e o uso adequado de acordo com você e seu parceiro (enfermeira 1, grifo da pesquisadora).

Esta fala revela um entendimento maior sobre questões ligadas ao desejo de ter ou não ter filhos e, conseqüentemente, a sua implicação na saúde, entretanto limita a ação do PF apenas à questão contraceptiva.

A concepção de que o PF é o grupo de entrega dos contraceptivos parece estar implícita no discurso dos(as) profissionais, e no discurso dos(as) mesmos(as) sobre o entendimento das usuárias, como refere o(a) médico(a) 2 :

“[...] porque o que até hoje elas tem entendido de PF é apenas a dispensação dos anticoncepcionais”.

Esta constatação é confirmada na fala da assistente social 3:

“[...] acaba que a comunidade vê muito o grupo relacionado à questão da entrega do anticoncepcional e da camisinha, [...]”.

Observa-se que esta concepção é reflexo de uma prática historicamente estabelecida nos serviços públicos de saúde do Brasil: dispensação de anticoncepcionais orais e preservativos.

Esta questão é reforçada pelo fato do PSF repetir esta prática de distribuição de apenas dois métodos, além de não disponibilizar a investigação de infertilidade, para quem deseja ter filhos, e não ser garantida a referência/contra-referência ¹³ para serviço de maior complexidade que ofereça esta ação. As dificuldades na construção destes processos estão presentes também nas outras ações desenvolvidas dentro do PSF, e representa um dos seus “nós críticos”.

Observa-se que a questão econômica está presente nas concepções dos(as) profissionais entrevistados(as), e pode-se distinguir nas entrelinhas do discurso, a relação entre o planejar filhos e a condição econômica. O direito reconhecido de não ter filhos contrapõe-se ao direito de conceber, parecendo expressar a idéia de que pobre deve limitar o número de filhos, refletindo, de certa forma, um discurso controlista. A fala a seguir confirma esta impressão ao colocar que uma das ações do PF é:

¹³ “Por referência entende-se o ato formal de encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação da insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos pré- estabelecidos. A contra-referência por sua vez, trata-se do ato formal de encaminhar um cliente ao estabelecimento de origem(que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência deverá ser sempre acompanhada das informações necessárias ao seguimento da mesma, no estabelecimento de origem.”(BRASIL, 1988 b, p. 8)

*“[...] tentar esclarecer o máximo possível as pessoas do que é necessário para você ter o mínimo de condições para se ter uma família,...porque eles são é... fica difícil dizer,...é você esclarecer de forma objetiva o que é você constituir uma família, com suas responsabilidades, suas restrições, é... e, **direcionar sua vida da melhor forma possível**” (médico(a) 3, grifos da pesquisadora).*

V. 5. 2. Planejamento Familiar: Um Direito do Homem, da Mulher e do Casal?

Na fala dos(as) profissionais entrevistados(as), as ações executadas no PF são voltadas na sua maior parte para as mulheres, o que pressupõe a sua responsabilização única e exclusiva pela vida reprodutiva, uma vez que o seu corpo possibilita a gestação de uma nova vida e sobre isto o seu papel foi socialmente construído, relacionando as mulheres ao mundo doméstico. Como se observa na fala a seguir:

[...] o PF é se orientar em relação às mulheres, a saúde da mulher como um todo, planejar quantos filhos quer ter, quantos filhos não quer ter, né! (assistente social 1).

Pode-se detectar que os(as) profissionais não se sentem preparados(as) para trabalhar as questões de gênero que se colocam no cotidiano das ações ligadas ao PF, dificultando a abordagem com os(as) usuários(as). Observa-se que, apesar de estar consciente sobre a própria

limitação, parece haver transferência com culpabilização do outro pela falha na comunicação, como podemos constatar no discurso a seguir:

*[...] porque **elas são muito fechadas**, são mulheres que, para elas tem que ser, só ela tem que fazer esta parte, o homem não.[...] eu tento conversar muito e... , assim elas ficam muito tristes, mas é como se elas aceitassem que homem é assim mesmo, sabe, eu começo a abordar eu tento puxar para isso [...], mas com muito jeito ... sabe, **as mulheres são muito machistas**.[...] Eu tento, não vou dizer que consigo, porque eu não tenho formação [...] às vezes eu entro por um, enveredo por um caminho e de repente, eu vejo que a mulher tá ficando mais fechada, aí eu me retiro, eu não sei trabalhar [...] (médico(a) 3, grifos da pesquisadora)*

Entretanto, a preocupação com a inclusão dos homens na decisão de ter ou não ter filhos é uma realidade, como relata o(a) médico(a) 1:

“[...] o homem também tem que ter a sua participação!”

Esta necessidade da inclusão do homem nas atividades de ES para o PF já resultou em experiências bem interessantes, como foi o caso da Oficina de Casais que aconteceu como resultado de discussões dos(as) profissionais com as usuárias, na equipe I. Esta questão tem sido colocada, pelas outras equipes também, como uma das ações necessárias para se realizar o atendimento ao PF de forma mais ampla, que venha a garantir a participação do casal, mas tem representado uma dificuldade, talvez pela indisponibilidade de tempo e/ou resistência deles, talvez por falha da própria equipe, como coloca a assistente social 2:

[...] porque a maioria dos homens trabalha, e é inviável trazer estes homens de segunda a sexta para a Unidade.[...] Eu acho também que possa ser uma falha nossa e a gente vai ver se resolve esta questão aí, de marcar um encontro de casal [...].

Carvalho e Reis (2002), quando colocam no seu trabalho “Con(tra)cepção, conversa para ‘homem’ dormir” a questão da exclusão do homem nos serviços de PF, fazem a seguinte reflexão

Se a sexualidade está na dimensão do sujeito e na sua relação com o outro, basta trabalhar e sensibilizar apenas as mulheres, já que se relacionam com uma outra pessoa e, com ela, precisam negociar não só o uso do método? Por mais que a mulher tenha tido a oportunidade de experimentar um trabalho sócio-educativo da mais alta qualidade, será que ela pode ter autonomia e realizar decisões com liberdade se vive, na maioria das vezes, sob uma relação de submissão ao seu parceiro? (CARVALHO e REIS, 2002 , nº04)

Concordamos com as autoras sobre a importância desta reflexão ,bem como que seja garantido que ações do PF, principalmente no que se refere às atividades de ES, sejam acessíveis a todos, ao homem, à mulher e ao casal.

V. 5. 3. Educação em Saúde no Planejamento Familiar – Prática Controlista X

Prática Dialógica

Foi possível observar nas entrevistas que o discurso dos(as) profissionais no que se refere a ES foi superficial, parecendo refletir a falta de intimidade com o tema, provavelmente fruto da

formação profissional com enfoque na concepção de saúde tradicional, que valoriza pouco a questão da ES no desenvolvimento das suas ações e supervaloriza a técnica, sobretudo nas formações biomédicas. Observou-se a dualidade entre a ES dentro da concepção normatizadora e a ES inserida na concepção dialógica.

No caso específico do entendimento de ES na concepção normatizadora, verificou-se a presença de discurso com conotações que demonstravam uma atitude controlista e autoritária por parte dos(as) profissionais, como observado na fala a seguir:

*“Quanto mais você esclarece isso para elas, mais elas conseguem ter uma autodisciplina e **controlar** quem eles estão cuidando”* (médico(a) 3, grifo da pesquisadora).

Durante o período da observação foi possível verificar que, de forma subliminar, esta atitude de controle aparece na prática profissional. Em uma das reuniões a enfermeira 1, informou que já havia listado as mulheres que estavam na sua “Lista de Custódia”. Esta listagem, conforme foi esclarecido posteriormente, referia-se a quem estava em “débito” com ela no que se referia à vacinação, realização de citológico ou que não estava realizando caminhada.

Também parece haver atitude controlista no que se refere à frequência das mulheres nos grupos de PF, com estratégias para atrair (obrigar) as mulheres para as reuniões, como expresso na fala a seguir:

“Isso aqui [mostra uns cartões], são as que vêm fora do dia, aí eu fico com o cartão para elas virem no dia certinho, para participar do grupo. É uma forma da gente obrigar elas para participar do grupo” (enfermeira 2, grifos da pesquisadora).

O termo controle é muito forte e implica em significações importantes. Buglione (2004), em artigo publicado recentemente, coloca que controlar significa não reconhecer o outro como capaz e titular de direitos. Significa também ausência de diálogo e atitude com conotação autoritária.

Encontrou-se, principalmente na categoria médica, uma concepção prescritiva da ES, como ilustrado na fala a seguir:

“Como você aprende a ler, a escrever, você também ensinar essas pessoas a ter cuidado com a saúde [...]” (médico(a) 3).

Esta concepção parece refletir ainda a dualidade que existe entre um, que é o “dono do saber”, e o outro, que vai ser “esclarecido”, como expresso na fala a seguir:

[...] você tem que passar para a mulher, não sei se para ela aprender, entendeu, mas pelo menos para ela saber que, o que é saúde, o que é o corpo dela, para que serve [...]. Eu acho que você tem que passar pelo menos o mínimo que elas possam entender isso. (enfermeira 2)

Observa-se que há problemas no entendimento sobre o que é estímulo aos(às) participantes em se expressar, que se confunde com a coerção implícita nos convites à fala. Assim se expressou uma das profissionais entrevistadas (enfermeira 1) em suas intervenções:

“Você! Por que você não faz auto-exame das mamas? Venha cá me mostrar como é!”

Após a demonstração do auto-exame, uma pergunta :

“Você vai esquecer?”.

Observou-se que a colocação foi feita num tom de voz que era, ao mesmo tempo, brincalhão e autoritário.

Vasconcelos (2001) caracteriza esta forma de abordagem como educação “toca-boiada”, onde a população é conduzida, pelos(as) técnicos(as), para os caminhos que deve seguir, “usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça)” (VASCONCELOS, 2001, p.14).

Também foi presenciada a exposição desnecessária da intimidade de uma das usuárias presentes na reunião. Ao indagar sobre porque estava sem menstruar, a usuária ao invés de receber as informações solicitadas, foi constrangida a responder sobre o início ou não de atividade sexual após o parto e de dar explicações em público sobre um atendimento individual anterior.

Em outra reunião, observa-se a tentativa de exposição dialogada com os(as) usuários(as), que ao ser correspondida, provocando debate dentro do grupo, este era interrompido pela “palestrante” e direcionado para o assunto pré-determinado no seu roteiro. Assim, oportunidades importantes para discussões de questões relacionadas à sexualidade eram perdidas e ou despercebidas pelos(as) profissionais, com interrupções bruscas do assunto e emissão de julgamentos de atitudes colocados para o grupo, impossibilitando questionamentos de maior interesse para os(as) usuários(as). Em discussão sobre os direitos das mulheres, ao falar sobre a liberdade sexual, a estagiária de Serviço Social, na equipe II, ressaltou:

“[...] foi um pouquinho demais, porque começa a fazer menino logo cedo!”

Esta prática não educa na medida em que não permite a problematização da realidade com apreensão de novos saberes, não conseguindo provocar mudanças nos(as) envolvidos(as). Assim torna-se recorrente a preocupação expressa a seguir:

[...] e por mais que você diga a forma de uso, como é que se dá , como é o mecanismo de atuação destes métodos anticoncepcionais[...] Aí , em que sentido são essas dificuldades? Por exemplo, o uso inadequado dos anticoncepcionais, a interrupção de uso, as questões das dúvidas serem as mesmas, por mais que você coloque como deve ser feito, tudo se repete, parecendo até que tudo quanto a gente fala não é considerado, não é levado a sério (médico(a) 2).

Entretanto, neste período, também foi possível observar reuniões educativas do grupo de PF, onde realmente houve troca de saberes, com respeito à fala do outro e espaço para escuta, possibilitando o empoderamento dos(as) participantes do grupo. Esta concepção de ES dialógica traz implícita a idéia da educação como prática transformadora e humanizante nas relações com os(as) usuários(as) e, por considerar que o saber do outro favorece espaço para reflexão com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem na mudança de atitude, como bem coloca a fala a seguir:

E.S. eu entendo como um espaço de troca de saberes entre profissionais de saúde e a população de usuários e como espaço de constituir uma maior qualidade de vida, de discutir questões relativas ao interesse da comunidade e a partir deste processo poder construir ações voltadas tanto para a questão específica da saúde em termos da melhoria desta saúde, como em termos da melhoria da qualidade de vida como um todo (assistente social 3).

Em discussão sobre a violência contra a mulher, a assistente social 3, auxiliada por estagiária de Serviço Social, perguntou sobre o entendimento das participantes (no grupo só tinha mulheres) sobre a violência, instigando o restante do grupo a se posicionar frente a cada fala. Observou-se posicionamento que estimulava a participação e os conceitos construídos saíram da reflexão do grupo. Ao término da reunião foram fornecidas informações sobre instituições existentes que podem ajudar em casos de violência .

Observa-se também fragmentação na realização das atividades educativas. Cada profissional faz uma parte, sem que haja uma interação entre eles. Em algumas reuniões, a equipe toda estava presente, mas não houve participação e envolvimento com a atividade desenvolvida, pareciam observadores alheios ao encontro. Esta prática foi colocada como uma das dificuldades encontradas:

“[...] eu espero que a gente um dia consiga, que os colegas consigam entender que Saúde da Família é diferente, e que não é para ninguém trabalhar sozinho”
(enfermeira 2).

Contatou-se na pesquisa que a fragmentação das atividades educativas desenvolvidas no PF parece reforçar a concepção de que prevenção e promoção à saúde não representam ações que devem ser desenvolvidas pela categoria médica, como expresso na fala a seguir:

[...] mas dentro do possível, a gente tenta..assim [...] por exemplo..., na minha consulta eu tento me deter mais, infelizmente eu tenho que pegar as prioridades, nas minhas consultas na unidade, eu pego mais as pessoas que vem com queixas. Aquela parte preventiva mesmo, de conversar bem direitinho, fica mais por conta da enfermeira e no grupo (médico(a) 3).

Os(as) profissionais afirmam que, com a inclusão das assistentes sociais na equipe, as atividades educativas tornaram-se mais interessantes, pois novas práticas foram incorporadas, como relatado a seguir:

“Depois que a assistente social chegou, ela colocou algumas dinâmicas, facilitando a vida da gente também, porque só palavras é muito cansativo, mas elas gostam, apesar de tudo, elas gostam” (médico(a) 3).

As duas afirmações, acima citadas, parecem refletir a idéia de que as atividades educativas são ações que devem ser realizadas por enfermeiros(as) e assistentes sociais.

Além disso, principalmente entre as assistentes sociais, percebe-se insatisfação com a divisão do trabalho estabelecida, como no discurso a seguir:

[...] isso é uma falha que eu vejo muito no PSF, principalmente agora com a inserção da assistente social, e eu vejo que deixam mais a parte educativa para o serviço social. Isso é uma falha que está tendo e que a gente na avaliação coloca este problema para os demais da equipe e que a gente procura dar uma melhorada nesta questão de dividir ou então de participar de um modo geral nas atividades a serem desenvolvidas [...] tá deixando a parte educativa para o serviço social, que isso não compete só ao serviço social, a parte educativa. A gente está para somar, né, conhecimentos e, juntos desenvolvermos um trabalho em conjunto e não achar que você é do social, então cabe a você fazer esse trabalho isoladamente. Isso é impossível. E eu vejo essa falha (assistente social 2).

Observa-se que o fato de trabalhar com equipe multiprofissional pode fazer com que as atividades sejam mais produtivas, entretanto os(as) profissionais referem que uma capacitação interdisciplinar seria necessária para que a efetividade de suas ações se concretizasse.

Precisamos de qualificação, que venham dar mais qualidade ao profissional, de melhorar sua prática, né, até que ponto isso que a gente está fazendo está correto, é bom para usuária e esta sendo bom para a gente? [...] A gente precisa de treinamento para toda a equipe. Porque eu acho assim, se você está numa equipe todo ela deve falar a mesma linguagem, todo mundo tem que fazer a mesma coisa. Não dá para um ir por um caminho e o outro ir por outro. Então não é equipe. Então é assim trabalhar articulado[...] (assistente social 1).

Segundo a publicação do MS : “Assistência em Planejamento Familiar- Manual para o Gestor” (BRASIL, 2002 a), as ações educativas em PF são realizadas também individualmente ou com o casal. Neste caso são denominadas de “orientação”. Destaca o manual que:

A orientação pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde, desde que esteja adequadamente treinado e qualificado. Isto significa que, além dos conhecimentos sobre todos os métodos anticoncepcionais, um orientador necessita reavaliar suas atitudes e valores, adquirir habilidade de comunicação e ter conhecimento das características da população que vai atender (Díaz, Lopes, Tenório e Brasileiro, 2000 apud BRASIL, 2002 a, p.65).

Observa-se que os(as) profissionais parecem estar cientes das dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades educativas, apesar de nem sempre realizarem uma autocrítica sobre a sua postura e o seu papel dentro da equipe. Esta questão é abordada no “Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico” (BRASIL, 2002 c) ao referir que a interação entre os

membros da equipe de saúde deve acontecer de forma a permitir a participação de todos, contribuindo assim para que as ações do PF aconteçam dentro de uma visão integral à saúde.

V .Considerações Finais e Recomendações

Apesar das conquistas obtidas nos últimos anos no que se refere às ações do PF, sendo o seu direito garantido na Constituição Federal e legitimado pela Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, o panorama apresentado pela análise dos dados desta pesquisa revelou que as ações de ES no PF necessitam ser melhoradas. Os dados coletados são significativos e exigiram uma reflexão séria na sua análise.

Pode-se observar que os profissionais do “Saúde da Família” vêm se apropriando de novas concepções, resultado de reflexão sobre sua prática diária e das novas demandas que este modelo assistencial apresenta, entretanto foi possível revelar várias dificuldades implicadas como entraves determinantes da qualidade do PF ofertada pelas equipes do PSF no município de Campina Grande.

Com relação às ações de ES no PF foi possível constatar que os profissionais consideram sua importância para o desenvolvimento de suas atividades. Entretanto, apesar de ser perceptível o empenho e a vontade de acertar, observou-se a falta de capacitação técnica, política e pedagógica, bem como limitação de material didático para a sua consecução. A pesquisa aponta para a necessidade de capacitações dos(as) profissionais envolvidos(as) no Planejamento Familiar, favorecendo o desenvolvimento de ações educativas com abordagens participativas e problematizantes, de forma a oportunizar discussões que promovam reflexão crítica do grupo

com troca de saberes para aquisição de autonomia e maturidade, possibilitando que o direito de escolha seja garantido.

É importante lembrar que exercício do direito e da escolha livre e informada requer a oferta de insumos em diversidade de métodos e em quantidade adequada, o que não vem representando uma realidade.

Também foi possível constatar que as UBSFs apresentam a estrutura física inadequada para o funcionamento de atividades que favoreçam a qualidade do atendimento com humanização, principalmente no que se refere às ações de ES realizadas em grupos, onde a inadequação do espaço físico foi mais significativa.

Espera-se que as inferências aqui apresentadas sirvam de estímulo para a compreensão do papel que cada um de nós desempenha no processo de construção da saúde, e a partir deste reconhecimento possamos assumir uma postura que crie condições objetivas para a transformação que se concretize em práticas humanizadas e comprometidas com a qualidade de vida e saúde da população.

Diante da realidade, seguem algumas recomendações relativas à implementação da assistência ao PF efetiva, integral e humanizada:

- Promover a reflexão sobre a prática atual do PF, relacionando-a à qualidade das ações educativas oferecidas.
- Sensibilizar e capacitar os gestores e profissionais de saúde com relação à importância da implantação do PF em conformidade com as normas técnicas do MS.

- Valorizar a prática educativa considerando as metodologias participativas que consideram o saber das mulheres e dos homens na construção do conhecimento e escolhas.

- Capacitar os profissionais do PSF através de oficinas de sensibilização que trabalhem a compreensão da sexualidade e das relações de gênero

- Inserir as ações do PF dentro dos princípios do SUS de forma a garantir que a equidade, a universalidade e a integralidade sejam contempladas. É importante ressaltar que é da competência dos serviços apoiar as mulheres e os homens no exercício da contracepção, bem como prestar assistência àqueles(as) que desejem ter filhos, e, especificamente nos casos de infertilidade, deve-se disponibilizar o acesso a serviços de maior complexidade através da garantia de referência/contra-referência.

- Promover medidas de humanização dos serviços.

- Garantir que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar e integrada no PF.

- Incentivar a participação masculina nas ações do PF.

- Garantir que os seguintes elementos considerados de fundamental importância para a qualidade do serviço sejam disponibilizados:

- informações para os(as) usuários(as);
- diversidade dos métodos e garantia de regularidade no envio de acordo com a demanda local de cada UBSF possibilitando a escolha livre e informada dos métodos;
- competência técnica – domínio técnico e sensibilidade dos(as) profissionais;
- contexto do serviço – estruturas físicas e materiais adequadas com ambientes físicos e amplos que garantam a privacidade e segurança dos(as) profissionais e usuários(as) e disponibilidade de instrumentos clínicos e pedagógicos.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M. Uma Nova Sensibilidade nas Práticas de Saúde. In VASCONCELOS, E.M. (org). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC. 2001, p.37.

_____ e SILVEIRA, T. P. (org.). Ação Educativa em Saúde com Idosos, in ASSIS M.(Org.) *Promoção da Saúde e Envelhecimento: Orientações para o Desenvolvimento de Ações Educativas Com Idosos*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, Março, 2002.

ÁVILA, M.B. A Contracepção em Debate, In *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n.20, 2000, disponível no site <[http:// www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)>, acesso em 20/06/2003 às 22:50.

AZEREDO, S.; STOLCKE, V. organizadoras. *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991, p.11-24.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. *A Enquête e seus Métodos: A Entrevista*, Paris: Éditions Nathan, 1992, p.2.

BORDENAVE, J.D, Alguns Fatores Metodológicos, mimeo, PS, Brasília, 1983, p.3. Texto traduzido e adaptado do artigo 'La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor (Bordenave, J.E.D. *Revista Interamericana de Educação de Adultos*, v. 3, n. 1-2 – PRDE-OEA) por Maria Thereza Grandi, OPAS, Brasília, 1983, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Largo Escala). Disponível em <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/apoio/pub04U2T5 .pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/apoio/pub04U2T5.pdf) > acesso em 01/01/2004 as 13:02.

BRASIL, *Manual do coordenador de grupos de Planejamento Familiar*, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.

_____, Constituição. República Federada, Senado Federal, art 226, § 7º, 1988 a.

_____, Ministério da Saúde, *Terminologia Básica em Saúde*, Textos Básicos em Saúde, Série B, 2ª edição, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988 b, 49 pg.

_____, Ministério da Saúde, março, 1996, *Documento Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde – Versão Preliminar*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996 a.

_____, 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. 1996 b.

- _____, *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- _____, *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p.11-16.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Planejamento Familiar: manual para o gestor*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002 a , 80 p.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança:acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil* Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002 b.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4ª edição,Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002 c, 152 p.
- _____, Ministério da Saúde, *HUMANIZASUS –Política nacional de humanização-* Documento para discussão, versão preliminar, Brasília – DF, 2003, p.17.
- BUGLIONE, S. Do Controle ao Planejamento, in *Jornal Zero Hora*, seção Opinião, em 20/01/2004.
- CARTA DE OTAWA, In: Textos de Referência, site Cedaps (www.cedaps.org.br), acesso em 23/02/2004 às 23: 04.
- CARVALHO, J. C. ; REIS, L. C. Con(tra)cepção: Conversa Para “Homem” Dormir. In *Revista Acadêmica Multidisciplinar URUTÁGUA*, Universidade Estadual de Maringá, Ano I, nº 04, Maringá-PR: maio de 2002, disponível no site <http://www.uem.br/~urutagua/04_ed > ,acesso em 31 de janeiro de 2004 às 17:25
- CORDEIRO, H. Os Desafios das profissões da saúde diante das mudanças no modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família, *Divulgação em Saúde para Debate*, Nº 21, Rio de Janeiro, dezembro, 2000, p.36-43.
- _____, O PSF Como Estratégia de Mudança do Modelo Assistencial do SUS, In *Cadernos Saúde da Família*, Ano 1, nº 1, Brasília- DF: Ministério da Saúde, 1996, p.11.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária, In COSTA, A.M.; MERCHÁN-HAMANN,E.; TAJER, D. organizadores, *Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio Para as Políticas Públicas*. Brasília- DF: Editora Universidade de Brasília, 2000, 181- 202.
- COSTA, I.C.C, FUSCELA, M.A.P. Educação E Saúde: Importância Da Integração Dessas Práticas Na Simplificação Do Saber, *Ação Coletiva*, vol II (3), jul / set , 1999, p.45.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SENNA, D. M. Saúde da Mulher, in SCHRAIBER, L.B. et al(org), *Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica*, Saúde em Debate. Série Didática, 2ª edição, São Paulo, SP: HUCITEC, 2000, p. 88.

FEUERWERKER , L.C.M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE*. n.22 , dezembro, 2000, Rio de Janeiro.p.18-24.

_____ et al, Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade, *DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE*. n.22 , dezembro, 2000, Rio de Janeiro, RJ, p.37.

FORMIGA FILHO, J.F.N. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: Uma Análise do PAISM, In GALVÃO, L. & DIAZ, J.(orgs), *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, São Paulo: HUCITEC; POPULATION COUNCIL, 1999, p.151-162.

GIFFIN, K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações de uma Perspectiva de Gênero Transversal. In *Seminário Saúde e Desigualdades: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI*, ENSP/OPAS, São Paulo: 2001.

L'ABBATE, S. A educação em Saúde como um exercício de cidadania, *Saúde em Debate*, vol.37, dez, 1982, p.81- 85.

_____. Educação e Serviços de Saúde: Avaliando a Capacitação dos Profissionais. In *Cadernos de Saúde Pública*. v. 15, supl. 2, Rio de Janeiro: 1999, p.17, disponível no site <<http://www.scielo.br> > acesso em 13/04/03.

LESCOVITZ, E.;GARRIDO, N.G. Saúde da Família: A Procura de um Modelo Anunciado. In *Cadernos Saúde da Família*, Ano 1, nº 1, Brasília- DF: Ministério da Saúde, 1996, p.05- 12.

MATTOS, J. V. com consultoria de Diana Valadares, Olinda do Carmo Luiz e Jorge Kayano Atenção à Saúde da Mulher, in *PÓLIS Dicas- Desenvolvimento Social*, nº 176, 2001, disponível no site <<http://www.polis.org.br/publicações> >acesso em 06/07/03 às 10:22.

MENDES, E. V. *Uma Agenda Para a Saúde*, São Paulo: HUCITEC, 1996, p.240.

MERCHÁN-HAMANN,E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, v 15, suplemento 2, Editora Fiocruz, 1999, p.85-92.

MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In MINAYO, M.C.S.(org) , *Pesquisa Social: Teoria,Método e Criatividade*. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995, p.16-27

MUSA , *Manual de educação popular em saúde da mulher*. Belo Horizonte, MG : MUSA. 2ed. 1999. p.12.

- NETO, E.R. Experiências Internacionais em Saúde da Família, In *I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final*, Coordenação de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999, Brasília, DF, p.51.
- OLIVEIRA, E.M. Gênero, Saúde e Trabalho: Um Olhar Transversal. In OLIVEIRA, E.M.; SCAVONE, L.(orgs), In *Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização*. Goiânia: AB, 1997. p.2.
- PAIM, J.S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*, Salvador-BA: Copyright, 2002, 271-291.
- PEDROSA, J.I. É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação popular, RADIS comunicação em saúde, nº 13, setembro de 2003, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.
- PEREIRA, J.M.T.B. et al, Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, SP, ano 24, v.24, n.1, jan / fev 2000. p.43.
- PIANCASTELLI, C.H. et al, Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos, *Divulgação em Saúde Para Debate*, Rio de Janeiro, n.21, p. 44-48, dezembro , 2000.
- SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v 15, suplemento 2, Editora Fiocruz, 1999, p.4.
- SOARES, G. S.; LIRA, L.; ARRUDA, A. *Programa de Planejamento Familiar (P.F.) - A representação social de profissionais de Saúde e usuárias nos Centros de Saúde de João Pessoa - PB*, Cunha - Coletivo Feminista, João Pessoa, 1997. 78p.
- SOBRINHO, D. F. *Estado e População: Uma História do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, FNUAP, 1993, 203p.
- SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *Tema, RADIS*, nº 21, nov/dez, 2001. p.4-5
- VARGAS, E.P.; SIQUEIRA, V. H. F. Art. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. *Cadernos de Saúde Pública*, v 15, suplemento 2, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 1999, p. 69-83.
- VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as Práticas de Saúde a Partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde, In *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo, SP: HUCITEC, 2001. p.11 – 21.
- VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*, São Paulo- SP: Fundação MacArthur , 2002, p.31-47.

APÊNDICE A

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 as 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?

APÊNDICE B

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 _____