



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

Mestrado em Saúde Pública

**SHEILA RUBIA LINDNER**

**DIREITOS REPRODUTIVOS:** entre o discurso e a prática na atenção à saúde da  
mulher com foco no Planejamento Familiar.

Florianópolis, maio de 2005



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

Mestrado em Saúde Pública

**SHEILA RUBIA LINDNER**

**DIREITOS REPRODUTIVOS:** entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no Planejamento Familiar.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis, maio de 2005.

*Onde queres revólver, sou coqueiro  
E onde queres dinheiro, sou paixão  
E onde queres descanso, sou desejo  
(...)*

*E onde voas bem alto, eu sou o chão  
E onde pisas o chão, minha alma salta  
E ganha a liberdade na amplidão  
(...)*

*E onde queres ternura, sou tesão  
Onde queres o livre, decassílabo  
E onde buscas o anjo, sou mulher...*

(Caetano Veloso - O queres)

## Agradecimentos

Muitas pessoas contribuíram para a realização deste estudo.

Agradeço primeiramente a minha família que sempre esteve presente na minha caminhada, me incentivando, me motivando. Aos meus pais que sempre acreditaram na minha capacidade. Em especial ao meu pai, que com muito carinho me ajudou na correta escrita.

Agradeço em especial ao meu companheiro, Marcio, que soube me compreender nos momentos de ausência e sempre se mostrou muito interessado no estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde que se dispuseram a participar do estudo.

À Secretaria de Estado da Saúde que me proporcionou horário especial de trabalho, auxiliando, portanto em muito na minha concentração nas horas de estudo.

Principalmente à Helen e ao Fernando que sempre compreenderam a importância deste trabalho para mim e em nenhum momento questionaram a ausência.

Aos membros da banca examinadora que aceitaram o desafio de ler este trabalho e de compartilharem seu vasto conhecimento e assim contribuírem para o meu crescimento.

E por fim, mas com especial atenção, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elza, ou melhor, à amiga Elza, pelo aprendizado, neste trabalho e na minha vida como pessoa, e pelos momentos de grande satisfação nas orientações, muito obrigada.

## RESUMO

LINDNER, Sheila Rubia. **Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no Planejamento Familiar.** Florianópolis, 2005. 113f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2005.

Este estudo buscou relacionar, enquanto objetivo, o conhecimento e a prática dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre a concepção de “Direitos Reprodutivos” tendo como foco o Planejamento Familiar. Baseando-nos em Petchesky, Ávila e Gouveia, para este estudo, “Direitos Reprodutivos” é ter direito à decisão sobre o que se quer na sua vida reprodutiva, direito de escolha em ter ou não filhos, amparados pela lei, a quantidade destes, acesso aos métodos contraceptivos vigentes, acesso à assistência à infertilidade, direito à orientação profissional sobre sexualidade e reprodução e assistência à saúde integral. No intuito de alcançar o objetivo desenvolvemos uma pesquisa qualitativa. Para tanto, utilizamos entrevistas semi-estruturadas e como método de análise, o Discurso do Sujeito Coletivo definido por Lefèvre (2003). De acordo com a concepção de “Direitos Reprodutivos” a realidade encontrada nas unidades de saúde, não vem ao encontro desta colocação. Uma vez que, as ações desenvolvidas compartimentalizam a mulher em fases de seu ciclo de vida, principalmente o gravídico-puerperal, prejudicando sua autonomia e marginalizando-as em relação a sua necessidade em saúde, comprometendo, assim, a integralidade em saúde. Como a atenção integral à saúde da mulher é uma das prioridades do Ministério da Saúde, deverá existir um esforço para que este “fazer integral” seja implementado nas unidades de saúde, perfazendo-o nos diversos setores e níveis de assistência, reforçando a prática da referência e contra-referência. Observamos também que em relação ao Planejamento Familiar o que ocorre é a distribuição de contraceptivos e a orientação destes exclusivamente, prejudicando o direito à escolha e à decisão por parte da mulher. Portanto, a orientação ao Planejamento Familiar deve, além da informação sobre o método contraceptivo, abranger orientação sobre sexualidade, reforçando a autonomia e respeitando a necessidade em saúde da mulher. Para que a assistência integral seja garantida, o compromisso do profissional deve ultrapassar a consulta e a demanda espontânea, comprometendo-se em garantir o que é preconizado, implementando a Lei do Planejamento Familiar. Pois, a dissonância entre o que colocado e o que é desenvolvido nas unidades de saúde pelos profissionais, destaca-se como um trabalho baseado na demanda, não refletindo sobre o seu “fazer”, bem como não concretizando o que colocam como importante para a saúde da mulher, que é a autonomia desta enquanto sujeito capaz de escolher e decidir por si mesmo.

**Palavras Chave:** Saúde da Mulher. Direitos Reprodutivos. Planejamento Familiar.

## ABSTRACT

LINDNER, Sheila Rubia. Reproductive Rights: between the speech and the practical one in the attention to the health of the woman with focus in the Familiar Planning. Florianópolis, 2005. 113f. Master in Public Health Dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2005.

This study it searched to relate, while objective, the knowledge and the practical one of the involved professionals in the attention to the health of the woman on the conception of "Reproductive Rights" having as focus the Familiar Planning. Basing us in Petchesky, Avila and Gouveia, for this study, "Reproductive Rights" are to have right about the decision on what it wants in its reproductive life, right of choice in having or not children, supported for the law, the amount of these, access to the effective contraceptive methods, access to the assistance to infertility, right to professional orientation on sexuality and reproduction and assistance to the integral health. In intention to reach the objective we develop a qualitative research. For that, we use half-structuralized interviews and as analysis method, the Speech of the Collective Citizen defined by Lefèvre (2003). In accordance with the conception of "Reproductive Rights" the reality found in the units of health, does not come to the meeting of this rank. A time that, the developed actions compartmentalizam the woman in phases of its cycle of life, mainly the "pregnant" one, harming its autonomy and keeping out of society them in relation its necessity in health, compromising, thus, the completeness in health. As the integral attention woman's health is one das priorities do Ministry da Health, will have to exist an effort for that this "to make integral" is implemented nas units of health, doing it us diverse sectors and levels of assistance, strengthening practical da reference and against-reference. We also observe that in relation to the Familiar Planning what occurs is the contraceptive distribution and the orientation of these exclusively, harming the right to the choice and the decision on the part of the woman. Therefore, the orientation to the Familiar Planning must, beyond the information on the contraceptive method, to enclose orientation on sexuality, being strengthened the autonomy and respecting the necessity in health of the woman. So that the integral assistance is guaranteed, the commitment of the professional must exceed the consultation and the spontaneous demand, committing himself in guaranteeing what it is praised, implementing the Law of the Familiar Planning. Therefore, the placed diference between what is proposed and what it is developed in the units of health for the professionals, is distinguished as one works established in the demand, not reflecting on its "to make", as well as not materialize what they place as important for the health of the woman, who is the autonomy of this while subject capable to choose and to decide by herself.

**Words Key:** Health of the Woman. Reproductive Rights. Familiar Planning.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
Objetivos.....	11
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
2.1 O MOVIMENTO DE MULHERES E SAÚDE REPRODUTIVA: CONTEXTUALIZANDO OS DIREITOS REPRODUTIVOS.....	13
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER.....	21
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	27
2.3.1 ACESSO AOS SERVIÇOS.....	28
2.3.2 REDE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.....	32
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	36
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	37
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
3.3.1 QUESTÕES ÉTICAS.....	39
3.4 COLETA DE DADOS.....	40
3.4.1 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
4.1 RESULTADOS.....	48
4.1.1 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NAS AÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE DA MULHER.....	48
4.1.2 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	49
4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
4.2.1 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE “DIREITOS REPRODUTIVOS” COM FOCO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	52

4.2.2 IDÉIAS CENTRAIS.....	59
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>7. APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>107</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo investigou o conhecimento e a prática dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre a concepção de “Direitos Reprodutivos” tendo como foco o Planejamento Familiar.

Segundo Coelho (2003), encontra-se na literatura vários conceitos sobre a saúde da mulher. Há concepções mais restritas, que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica.

Nestas concepções apontadas por Coelho, estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. Com a finalidade de romper com esta lógica, este trabalho se propõe a trabalhar com a concepção de “Direitos Reprodutivos” focado no Planejamento Familiar e a integralidade em saúde.

Para tanto, no segundo capítulo, relativo ao referencial teórico, apresentamos um breve retrospecto sobre o movimento de mulheres e saúde reprodutiva na perspectiva de contextualizar os direitos reprodutivos, seu conceito e a relação com a saúde da mulher, tendo como foco o planejamento familiar.

No que se refere às políticas públicas de saúde do Estado voltadas para a saúde da mulher, descrevemos a Lei do Planejamento Familiar. Apresentamos a organização do Sistema Único de Saúde – SUS e a assistência à saúde da mulher no que tange os princípios de integralidade e o acesso aos serviços de saúde. E, para finalizar o referencial teórico, mencionamos o papel da rede básica de saúde de Florianópolis enquanto local da pesquisa.

A escolha do local se deu em virtude de que as unidades de saúde pertencentes à rede básica de Florianópolis, contam com uma equipe de saúde da família estruturada e com a constante presença de docentes e discentes da Universidade Federal de Santa Catarina e de outras instituições. Os profissionais, de nível superior, inseridos nas unidades de saúde e conseqüentemente nas equipes de saúde da família além de realizarem as atividades inerentes ao serviço disponibilizado pela unidade, participam do acompanhamento dos acadêmicos de cursos da área da saúde. Como as unidades de saúde são a “Porta Entrada” do Sistema Único de Saúde-SUS, que atende a população no nível primário, suas ações devem ser estudadas, sendo, portanto, mais um motivo da escolha deste local para a coleta dos dados.

Foi definida, portanto, a pesquisa para a dissertação do Mestrado em Saúde Pública, a respeito da atenção à saúde da mulher desenvolvida por profissionais que prestam assistência no Programa de Saúde da Família – PSF, na rede básica de saúde de Florianópolis.

A pesquisa teve como objetivos:

- identificar os profissionais envolvidos em ações voltadas para a saúde da mulher;
- relacionar o conhecimento dos profissionais sobre “Direitos Reprodutivos” com foco no Planejamento Familiar, com a prática assistencial desenvolvida nas unidades de saúde para a saúde da mulher;
- analisar a atenção à saúde da mulher desenvolvida por profissionais que prestam assistência no Programa de Saúde da Família – PSF, na rede básica de saúde de Florianópolis;
- oferecer subsídios para a política de assistência à saúde da mulher relacionada aos direitos reprodutivos.

No terceiro capítulo, apresentamos a metodologia da pesquisa, na qual se desenvolveu uma pesquisa qualitativa com análise baseada na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, proposta por Lefèvre (2003). Tendo como participantes, profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos pertencentes às equipes de saúde da família das unidades de saúde). Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas. E para a análise dos dados, adotamos o método do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC proposto por Lefèvre (2003, p. 46-56), que seguiu as respectivas bases operacionais: instrumento de análise de discurso 1, constando de 5 passos e instrumento de análise 2, constando de 2 passos.

No quarto capítulo, referente aos resultados e discussão, apresentamos inicialmente, como resultados, os profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas à saúde da mulher, seguido das idéias centrais e os DSC (enfermeiros e médicos) originados a partir da análise dos dados.

Em seguida prosseguimos com a Discussão dos Resultados, à luz do referencial teórico, na qual abordamos o conhecimento dos profissionais relacionados com as ações desenvolvidas para a saúde da mulher, na temática dos “Direitos Reprodutivos” com foco no Planejamento Familiar. O quinto capítulo foi destinado às considerações finais e sugestões.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 - Movimento de Mulheres e Saúde Reprodutiva: contextualizando os direitos reprodutivos**

Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, inclusive na área da saúde, que evidenciam seu caráter patriarcal.

Esses determinantes históricos sociais vêm se refletindo ao longo dos tempos, segundo Brasil (2001), na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. De acordo com Foucault (1980, 37-38):

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

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal.

Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século XIX e na primeira metade do século XX. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina”, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher (BRASIL – MS, 2001).

O I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922) indiretamente culpa as “mulheres desnutridas, sífilíticas e alcoólatras” pelas elevadas taxas de mortalidade infantil vigentes na época, e recomenda a intervenção do Estado através da abertura de maternidades e creches e da “severa vigilância ao aleitamento materno”. Abria-se mais um caminho para responsabilizar as mulheres pelas mazelas da sociedade e se justificava um acirramento do controle social sobre seus corpos e suas vidas. Cumpre recordar que, nessa época, às mulheres era negado ou dificultado o acesso à educação formal (Brasil – MS, 2001).

Foi com esses conceitos, muitas vezes equivocados, que se expandiu a assistência pré-natal no Brasil. E essa centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídico-puerperal perpetuou-se até muito recentemente. A ampliação da oferta de serviços de atenção à mulher, a partir do final dos anos 60, ainda não tinha por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. Foi o crescimento populacional que ocorria nos países subdesenvolvidos o motivador de investimentos internacionais que

disponibilizaram métodos e técnicas “modernos” de contracepção dirigidos às populações carentes (Brasil – MS, 2001).

Embora o setor público no Brasil ainda continuasse privilegiando a atenção à gestante na transição das décadas de 1960 e 1970, começaram a surgir as entidades ditas não-governamentais que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar, sem outros cuidados à saúde das mulheres. A criação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM) e sua ampla atuação na sociedade brasileira na década de 1970 é o exemplo mais claro desse período. Menos clara, entretanto, fica a compreensão de porque, em sendo esse período o auge do regime militar no Brasil com seus princípios pró-natalistas – que visavam ocupar os imensos espaços vazios de nosso território em nome da segurança nacional -, foi possível a proliferação dessas entidades ditas “controlistas”. Essa dicotomia entre o discurso e a prática – tão marcada na sociedade brasileira até os dias atuais – certamente não trouxe benefícios às mulheres, novamente transformadas em alvo de programas que não objetivavam sua saúde, nem seu bem-estar (Brasil – MS, 2001).

Como reação a essa prática, as esquerdas brasileiras iniciaram movimento contrário: a oposição ao planejamento familiar e ao controle da natalidade, duas estratégias que, embora tenham significados diferentes, superpunham-se nessa época, tendo a primeira emprestado seu nome para amenizar o impacto político da implantação subliminar da segunda.

Evidentemente, as conquistas do feminismo no Brasil e no mundo são significativas e têm permitido uma evolução da sociedade em relação ao reconhecimento dos direitos de cidadania igualitários entre homens e mulheres, também no campo da saúde.

Entretanto, e apesar dessas importantes conquistas do feminismo brasileiro, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem *a priori* para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo de cesária e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções (Brasil – MS, 2001).

Devemos ressaltar que a história do movimento feminista está profundamente ligada ao debate sobre o controle da população e o planejamento familiar. Trazendo para o cenário político temas ligados à saúde da mulher, reafirmando o direito de opção sobre a vida reprodutiva e sexual como valores centrais da cidadania feminina e reivindicando uma atitude do Estado coerente com estes princípios, as feministas criticavam as tendências pró ou antinatalistas



calcadas em preceitos religiosos, econômicos ou geopolíticos, ou em metas demográficas.

A anistia, em 1979, possibilitou a volta para o Brasil de mulheres que haviam participado ativamente de movimentos em prol das mulheres no exílio, onde tiveram a oportunidade de conviver, “na França, na Itália, na Alemanha e na Suécia”, com um feminismo radical, ativo e importante. Uma grande referência é o Movimento de Libertação das Mulheres (MLF) e o Movimento pela Liberação do Aborto e da Contracepção (MLC), ambos na França (Ávila, Corrêa, 1989:65).

Os temas básicos que dão configuração à agenda dos Direitos Reprodutivos no Brasil, têm como referencial a experiência vivida lá fora. Os temas iniciais para o debate local foram o aborto e a contracepção, trazendo consigo a idéia de autonomia das mulheres para decidirem sobre suas opções reprodutivas e sexuais, tendo como slogan "Nosso Corpo nos Pertence".

No ano de 1980, em debate sobre o aborto, promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Maria José de Lima tornou pública a opinião do movimento feminista sobre as bases do planejamento familiar que deveriam ser observadas quando da implantação do programa no país, quais sejam:

- respeito ao direito da mulher de decidir sua maternidade;
- condições de vida e de trabalho adequadas durante a gestação;
- condições de vida digna para cada mulher ter e criar os filhos que deseja;
- descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda rede de serviços de saúde pública e das previdências sociais;

- programa ativo e continuado de pesquisas sobre métodos anticoncepcionais;
- repúdio à esterilização forçada ou induzida;
- fim da maternidade “constrangida”, fonte de opressão e de reprodução do modelo de domesticidade da mulher;
- estímulo aos programas de maternidade compartilhada; e
- programa de informações e fornecimento de contraceptivos pelo Estado para a população (Lima,1982).

Gradativamente, o posicionamento das feministas vai sendo apresentado à realidade brasileira. Em 1983, durante um encontro de mulheres sobre planejamento familiar e aborto, realizado no Rio de Janeiro, as mulheres feministas denunciaram que, “tanto a política antinatalista quanto a natalista têm, historicamente, usado o corpo da mulher considerando-o como patrimônio social acima de seus direitos e de sua individualidade. Todas as políticas manipulam nossa sexualidade, nosso órgão genital, nossa função reprodutora, alienando-nos de nosso próprio corpo” (Casa da Mulher, 1983:6).

No cenário internacional, os direitos reprodutivos tiveram dois momentos fundamentais na década de 80. Em Amsterdã (1984), no “Tribunal do Encontro sobre Direitos Reprodutivos”, a contracepção para fins controlistas foi questionada. E na Conferência das Nações Unidas da Década das Mulheres em Nairóbi (1985), afirmou-se a promoção dos direitos à reprodução, “como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade”, passando, assim, a ser um objetivo universal das feministas (Ávila,1993).

Os direitos reprodutivos seguem como tema de discussão na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em Brasília, de 10 a 13 de outubro 1986, que resulta em reivindicação para que o Estado preste assistência à mulher em sua opção de evitar, conceber ou interromper a gravidez não desejada. As afirmativas do evento definem que cabe ao Estado garantir um direito e não exigir um dever. Isto porque, entendendo a contracepção como direito, as mulheres reivindicam o acesso à informação, ao conhecimento do corpo e aos meios de praticá-la de maneira segura para sua saúde. Por tais motivos, deve ser apoiada pelo conjunto de ações médico-sanitárias a que toda população tem direito, enfatizando, ainda, que em nenhum momento se reconhece a legitimidade da simples distribuição de pílulas e a esterilização como ações de saúde (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1986).

Durante a “III Conferência Internacional da ONU”, realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento (CIPD), foi reconhecido por consenso o direito reprodutivo das mulheres, o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital. Foi aprovado, ainda, um plano de ação que busca estabilizar o crescimento da população mundial nos próximos 20 anos, promovendo melhores condições para a mulher (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994).

As reflexões políticas conduzidas pelas feministas reafirmam lutas pelos seus direitos de cidadania e encontram eco nas Conferências das Nações Unidas. Assim, as mulheres, através das redes de lideranças, reconheceram a Conferência do Cairo como um componente da agenda de prioridades; até

porque, a partir daí, poderia ser reorientado o eixo da questão populacional ao colocar a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais. O Planejamento Familiar, com esta perspectiva, deixa de ser o mecanismo de controle populacional a partir da concepção referida no documento do Cairo que consagra os Direitos Reprodutivos (Berquó, 1995).

O termo “*Direitos Reprodutivos*” foi, inclusive, adotado como forma de ampliar o significado das ações e, também, como estratégia política para a internacionalização da luta. As mulheres vêm discutindo o direito a ter direitos enquanto cidadãs e, entre outros, incluem questões como direitos sexuais, reprodutivos e aborto.

O relatório final da Conferência de Beijing (1995), em seu parágrafo 96, recomenda os direitos humanos da mulher que incluem ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões. Outra possibilidade para as mulheres, decorrente desta Conferência, foi a recomendação de que os países signatários revisem as leis que penalizam as mulheres que praticam abortos ilegais. Ressalte-se, ainda, que foi a primeira vez em um evento realizado pela ONU que se tratou a questão da população sob a perspectiva de gênero. Durante o evento, as lideranças do movimento de mulheres do mundo todo, reivindicaram que os representantes oficiais das nações, ali presentes, reconhecessem os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos básicos.

Petchesky (1994, p.31), coloca que: “ter direitos reprodutivos quer dizer ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente”. Ou seja, para este estudo, “Direitos Reprodutivos” é ter direito à decisão sobre o que se quer na sua vida reprodutiva, direito de escolha em ter ou não filhos, amparados pela lei, a quantidade destes, acesso aos métodos contraceptivos vigentes, acesso à assistência à infertilidade, direito à orientação profissional sobre sexualidade e reprodução e assistência à saúde integral.

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

## **2.2 - Políticas Públicas de Saúde: assistência à saúde da mulher**

Em 1983, o Estado brasileiro assume publicamente uma política de assistência à mulher com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. Para Berquó (1994:27), "neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas, na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital. Fazia parte deste Programa o Planejamento Familiar que dispensava atenção tanto à infertilidade como à anticoncepção". Este programa pretendia definir a política contraceptiva oficial, mas, na prática, não foi implementado conforme preconizado.

A partir deste programa o governo tinha como objetivo, além de aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionar equanimidade na utilização desses serviços a toda a população, melhorar a qualidade da assistência ao parto, desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de Planejamento Familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

Este programa vincula-se à expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde, com ênfase em atividades chaves, identificadas mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Contudo, sua implantação não ocorreu efetivamente, não conseguindo romper com o que até então estava ocorrendo, exceto por algumas experiências isoladas. A não implantação do “PAISM” é freqüentemente identificada com a “política de omissão” do regime militar, ou seja, o programa não transita do papel para a realidade, e este fato é interpretado apenas como parte de uma nova etapa do estratagema que – há quase três décadas – vem encobrendo uma política explícita de controle populacional (Corrêa, 1992).

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

PAISM seria capaz de atender as necessidades globais da saúde da mulher (Coelho, 2000).

Tradicionalmente as ações de saúde pública e as de caráter individual têm sido dicotomizadas no planejamento e na execução, o que determina na população padrões diferenciados na utilização dos serviços de saúde. Por convenção, Programa de saúde é o planejamento de captação de clientela mediante o objetivo de controle de um ou mais danos ou riscos à saúde (Mendes, 2003).

O PAISM, ao ser criado pelo Ministério da Saúde, era coordenado pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil – DINSAMI, com o apoio técnico-financeiro da Organização Pan-Americana de Saúde. Passou a constituir o modelo assistencial reconhecido unanimemente como capaz de atender às necessidades globais de saúde feminina (PAISM-MS, 1983).

O princípio da integralidade é considerado um dos mais importantes do modelo assistencial preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois é o que é capaz de assegurar aos indivíduos, no caso as mulheres, o direito à assistência à saúde nos níveis mais simples até os mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade (Costa, 1992).

Além deste princípio, a concepção da Assistência Integral à Saúde da Mulher contempla, ainda, a percepção de gênero no âmbito do atendimento em saúde. A prática médica constitui o lugar do exercício de um poder e, quando

voltada para as mulheres, agrega as discriminações de gênero. Para o programa, as práticas educativas constituem o processo de reconstrução de identidade, e é através destas práticas educativas que as mulheres estarão habilitadas para a escolha das melhores alternativas, para a participação como agentes de decisão.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), reafirmou-se que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, como tal, deve ser garantida pela Constituição e pela reforma sanitária. Deve-se construir um SUS regionalizado, hierarquizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda população brasileira (Ministério da Saúde, 1987). Entretanto, o Estado e a sociedade brasileira não vêm conseguindo viabilizar o SUS, e as propostas e pressupostos básicos preconizados, entre outros fatores, devido à falta de comprometimento político com a saúde da população, à crise de recursos financeiros e à inadequação dos recursos humanos existentes.

Entre as distorções mais graves podemos citar como de fundamental importância para esse trabalho a equidade não atingida e a não regularidade de programas de atenção à mulher, como, por exemplo, o Planejamento Familiar na rede primária de saúde; até porque não basta distribuir anticoncepcionais sem a devida assistência às mulheres.

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968. Entretanto, no Brasil somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263, sobre Planejamento Familiar, que no capítulo 1º, Art. 2º, declara: "*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". Em seu Art. 9º, a mesma Lei assegura que: "para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção". (Diário Oficial da União, 15 de janeiro 1996).*

O Planejamento Familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método, enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como ainda, ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (Coelho, 2000).

Além disso, o texto constitucional, no seu artigo 196, legitima o direito de todo cidadão, em todos os níveis, de atenção à saúde e o dever do Estado em prover tal direito. Estabelece o SUS, de caráter público e gratuito, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle do usuário.

Os argumentos apresentados para a implantação do Planejamento Familiar no Brasil vão ao encontro das necessidades da população, tanto individuais quanto coletivas, apontando para a solução de problemas crônicos de

saúde, como mortalidade infantil e outros, e deixam vulneráveis tanto os indivíduos quanto os serviços de saúde. No entanto, o que realmente ocorre em relação ao Planejamento Familiar é a distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional e o aumento crescente da demanda de laqueadura, sem que, com isto, esteja resolvendo os problemas sociais que têm se constituído em argumentos para justificar tais ações.

Segundo Pinotti (1981), toda mulher tem direito ao acesso à anticoncepção, no momento em que sua saúde assim o exigir. Então, independente de qualquer política demográfica que exista no país, o Planejamento Familiar, por direito individual ou de atenção médica, tem lugar garantido.

O planejamento familiar e a anticoncepção só aparecem, de maneira clara e inequívoca, no enunciado das políticas do SUS a partir da publicação no Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001, da Norma Operacional de Assistência à saúde (NOASSUS 01/01 – Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001) e de regulamentações complementares, atualmente em vigor (Costa, 2002).

As Diretrizes Políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, devem ser conhecidas, avaliadas, e suas finalidades discutidas pelos profissionais da área da saúde. Isto porque, a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, é mais diretamente que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. E, para nortear as diretrizes das Políticas Nacionais

de Saúde, existe a organização do Sistema Único de Saúde e seus respectivos princípios e diretrizes, explanados a seguir.

### **2.3 - Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes**

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080, sancionada em setembro de 1991, regulamentou os princípios constitucionais do setor e indicou medidas indispensáveis à reformulação do Sistema de Saúde no País (Brasil, 1990). Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários (Brasil, 1990):

**UNIVERSALIDADE:** Entendida como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão.

**EQÜIDADE:** Garantia de ações e serviços em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS.

**INTEGRALIDADE:** É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é indivisível e integrante de uma comunidade. Este entendimento deve ser dos serviços, acabando com a dicotomia entre o coletivo e o individual, entre as ações de promoção, proteção e recuperação e dos profissionais com a visão holística do usuário do SUS.

A organização do SUS define que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados.

Assim, a rede de serviços, organizados de forma regionalizada e hierarquizados, possibilitaria maior conhecimento dos problemas de saúde da população (Brasil, 1990).

No entanto, a Universalização do acesso que atingiu seu ápice na Constituição Federal de 1988, veio acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda da qualidade dos serviços públicos, seja estatais, privados, conveniados ou contratados, que foram expulsando do sistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado (Mendes, 1993).

Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Sendo, portanto, uma estratégia integral e contínua cabe a discussão do acesso aos serviços, pois, sem este, a estratégia não se consolida.

### **2.3.1 - Acesso aos serviços**

O acesso à saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob diversas abordagens. O Sistema Institucional de Saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades da população.

Um dos fatores que contribuem para essa insatisfação é a inacessibilidade de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde (Cohn, 1991).

A categoria “acesso” aparece de modo explícito inscrito pela primeira vez no texto constitucional de 1988, no seu artigo 196, que estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p.88).

Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde era garantido somente às pessoas que contribuía para a previdência social. Essas pessoas eram denominadas “beneficiárias” ou “seguradas”. Desta forma, os desempregados, trabalhadores sem carteira assinada, indigentes e outros, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde (Mendes, 1991).

As conquistas políticas que culminaram com a definição do novo Sistema de Saúde garantiram o acesso, independentemente de qualquer contribuição previdenciária. O indivíduo passou a ter direito a todos os serviços públicos de saúde, próprios ou contratados, reforçando assim a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O acesso universal às ações de saúde como direito de cidadania foi explicitado em termos jurídicos no final dos anos 80 e contrapunha-se ao acesso ao sistema dado por uma estrutura consolidada ao longo dos anos, onde só

tinham acesso aqueles que contribuíam para a previdência social (Bodstein, 1993).

A garantia do acesso passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. O conceito de cobertura preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) transcende os limites de uma simples proporção numérica, implicando na admissão de que existe uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado, as necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (OPAS, 1978).

A ampliação do acesso à saúde tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o SUS. No entanto, o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país (Cohn, 1991).

Segundo Gibbard (1982), a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Equidade entendida como a igualdade no acesso à saúde e sendo provida como um direito de todo cidadão. A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento

ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

As políticas de saúde no Brasil, após 1988, apresentam reiteradamente o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes e garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo (Cohn, 1991).

Discutir o acesso aos serviços de saúde neste estudo é de fundamental importância, uma vez que constitui-se em um dos objetivos específicos identificar os serviços disponibilizados às mulheres na rede básica de saúde. Ao pretender verificar os serviços disponibilizados às mulheres, o acesso se constitui em elemento indispensável.

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

Para habilitar-se ao recebimento automático dos recursos do Piso de Atenção Básica Ampliada, o município deverá satisfazer, além de outros, o

requisito de **ter a capacidade de oferecer com suficiência e qualidade todas as atividades requeridas.**

A garantia de acesso em um sistema regionalizado e hierarquizado resultará da implantação de estratégias de regulação, ou seja, de instrumentos que normatizem a oferta e a demanda dos serviços de saúde (Brasil, 2001). É, portanto, na rede municipal de saúde que todos esses princípios se efetivam. Para compreender como isso se dá, passo, a seguir, a descrever a organização da rede básica de saúde de Florianópolis.

### **2.3.2 – Rede básica de saúde - Florianópolis.**

A rede básica de saúde se constitui no cenário da pesquisa sobre a assistência prestada à saúde da mulher, uma vez que é na rede básica que a assistência deve ser prestada, ou seja, as políticas públicas de saúde se implementam, os princípios e diretrizes do SUS são observados. Tudo que se estabelece enquanto Norma, Lei, Responsabilidade, Ações Estratégicas, promoção à saúde, recuperação da saúde, proteção da saúde, é na rede básica que se concretiza. Desta forma, considero relevante localizar no Sistema Único de Saúde a organização da rede básica de saúde, mais especificamente a de Florianópolis, que será o local para a implementação do presente projeto.

O Estado de Santa Catarina vivenciou momentos de mudanças em 1990, buscando construir um modelo assistencial que se adequasse à concepção de saúde emanada da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei



nº 8080/90). Entende-se por modelo assistencial ou modelo de atenção formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidos (Paim, 1993).

O Modelo Assistencial, definido para Santa Catarina, tem como forma de organização o Sistema Único de Saúde/SUS, de caráter público, com gestão descentralizada, comando único em cada esfera de governo, sendo constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada e com participação dos usuários. Tem como imagem projetada a figura de pirâmide, com uma base ampla representando os serviços de atenção básica, seguida dos serviços de maior complexidade nos demais níveis até o topo. Entre os pontos importantes colocados pelo Estado, está a definição da Regionalização e Hierarquização da rede de serviços (Santa Catarina, 1990).

Inicialmente, o modelo assistencial proposto para o Estado foi implantado em 1990, na Região da Grande Florianópolis, composta por 12 municípios com uma população total de 526.250 habitantes, impulsionada pelo projeto Pró-Saúde no período de 1990/91, que destinava recursos aos Estados para a reorganização dos serviços de saúde. Portanto, quanto à regionalização, entendeu-se que os municípios da Grande Florianópolis (18ª Regional de Saúde) compunham um só distrito sanitário (funcionalmente).

O modelo também exigia a hierarquização da rede de serviços, com clara definição dos papéis de cada unidade de saúde. A rede básica de saúde deveria resolver 80% dos casos por ela atendidos, enquanto que os 20% restantes seriam encaminhados para a rede especializada, mais complexa e mais onerosa (Brasil, 1983).

Foram definidos critérios para a fixação dos níveis de complexidade, com classificação das unidades em dois grupos, sendo um de atenção básica e outro de atenção especializada, segundo o tipo de serviços que dispunham:

a) **Serviços de atenção básica**, compostos pelas unidades “Portas de Entrada” - unidades básicas de saúde caracterizadas por atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas por pessoal com formação elementar e média; médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, bioquímicos e farmacêuticos, devendo ter a percepção do indivíduo como um todo, objetivando a integralidade das ações.

As atividades desenvolvidas para a saúde da mulher, pela atenção básica no município de Florianópolis, devem atender às normas do Ministério da Saúde.

b) **Serviços especializados** composto pelas Unidades de Referência - unidades de saúde de nível 2 e 3, portanto unidades especializadas que só receberiam o paciente através do encaminhamento feito pelas Unidades Portas de Entrada (Santa Catarina, 1990).

O conjunto das unidades de saúde classificado por níveis de complexidade deveria articular-se administrativa e tecnicamente, com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Esta articulação entre as unidades de saúde dos diferentes níveis permitiria a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema.

Quanto à organização do gerenciamento da rede básica de saúde, esta consta no Anexo (1).

Definido o referencial teórico, passo a descrever a metodologia utilizada para a análise dos dados.

### 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada possibilitou o desenvolvimento da pesquisa em consonância com os objetivos propostos.

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

Investigou-se a atenção à saúde da mulher, enfocando o discurso e a prática dos profissionais, relacionado ao tema “Direitos Reprodutivos” com foco no Planejamento Familiar. Para tanto, se desenvolveu uma pesquisa qualitativa, que para Chizzotti (1996, p. 79), é:

“uma abordagem que parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

Utilizou-se como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) definido por Lefèvre (2003, p. 16) como:

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

Em se tratando de categorias profissionais, que são os sujeitos da pesquisa, o objetivo da coleta dos dados era a apreensão do pensamento para investigação da prática vivenciada em relação à saúde da mulher na unidade de saúde, bem como do conhecimento que estes profissionais apreendem acerca dos temas “Direitos Reprodutivos” e “Planejamento Familiar”. O DSC permite a geração ou reconstrução de qualidades que é o caso do pensamento coletivo, aproximando-se assim dos propósitos da pesquisa que é analisar a atenção à

saúde da mulher desenvolvida por profissionais que prestam assistência no Programa de Saúde da Família – PSF, na rede básica de saúde de Florianópolis.

### **3.2 - Local da Pesquisa**

A pesquisa teve como cenário as unidades de saúde que fazem parte do Programa Docente-Assistencial e contam com o Programa Saúde da Família do município de Florianópolis – SC. As unidades estudadas foram: Itacorubi, Córrego Grande, Fazenda do Rio Tavares, Rio Tavares, Saco Grande II, Agronômica e Lagoa da Conceição.

A escolha deu-se em virtude de que tais unidades contam com uma equipe de saúde da família estruturada e com a constante presença de docentes e discentes da Universidade Federal de Santa Catarina e de outras instituições. Os profissionais de nível superior, inseridos nas unidades de saúde e conseqüentemente nas equipes de saúde da família, além de realizarem as atividades inerentes ao serviço disponibilizado pela unidade, participam do acompanhamento dos acadêmicos de cursos da área da saúde.

Como as unidades de saúde são a porta entrada do Sistema Único de Saúde, que atende a população no nível primário, suas ações devem ser estudadas, bem como a efetivação desta atenção básica, mais um motivo da escolha deste local para a coleta dos dados.

### **3.3 – Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos, integrantes da equipe do Programa Saúde da Família – PSF). As equipes de PSF fazem parte da rede básica de saúde do município de Florianópolis/SC.

Foram sujeitos da pesquisa 18 profissionais, dos quais nove são enfermeiros e nove médicos. Dos profissionais previamente selecionados, durante o período de coleta de dados, que ocorreu no mês de março de 2004, alguns não se encontravam trabalhando por motivos diversos, como: férias, licença prêmio, entre outros. Uma área de abrangência de uma unidade de saúde estava descoberta de profissional médico no momento da coleta de dados.

A aproximação com estes profissionais ocorreu, a partir, do encontro que descrevo a seguir. Após a obtenção da autorização Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para a realização da pesquisa e posterior aprovação do Comitê de Ética para pesquisas com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, foi iniciado o contato com os coordenadores de cada unidade de saúde, pessoalmente ou por telefone. Estes já sabiam do estudo anteriormente, pois a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis já havia encaminhado um ofício informando sobre a pesquisa, seus objetivos e datas de coleta, estipuladas para o mês de março de 2004.

Nas unidades de saúde com apenas uma equipe de saúde da família, (Itacorubi, Córrego Grande, Rio Tavares e Fazenda do Rio Tavares), o contato

inicial com o coordenador e a coleta dos dados foram realizados em um único dia. Nas unidades de saúde com mais de uma equipe de saúde da família (Saco Grande II, Agronômica e Lagoa da Conceição), no contato inicial com o coordenador foi orientada a melhor forma para a coleta dos dados, sendo que esta foi realizada com cada profissional em dias diferentes.

### **3.3.1 – Questões Éticas**

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas da pesquisa, especialmente nas relações com os sujeitos e com a instituição responsável pelos locais da pesquisa.

Com os sujeitos da pesquisa firmou-se um “termo de consentimento livre e esclarecido”, respeitando o direito de participar, bem como de interromper a participação na pesquisa, a qualquer momento. Como ainda, dentro dos princípios éticos da pesquisa garantiu-se o anonimato e a privacidade dos sujeitos, sendo que seu depoimento faria parte de um discurso único, neste caso específico, o Discurso do Sujeito Coletivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis foi solicitada declaração de ciência sobre a pesquisa, para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com os demais documentos exigidos pelo órgão.

### 3.4 - Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada (Apêndice 1). De acordo com Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada permite que os participantes da pesquisa abordem livremente o tema proposto, possibilitando interação entre entrevistadora e entrevistados.

Segundo Lefèvre (2003 p. 37),

“A elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo é uma das formas de que o pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo de representações existente no campo pesquisado. No entanto, para que essa reconstrução seja possível, é necessária a coleta da matéria-prima das representações, ou seja, os discursos professados pelos sujeitos sociais. Para a coleta dessa matéria-prima, o método mais freqüentemente utilizado é a entrevista”.

Na pesquisa qualitativa, *“a entrevista é a conversação entre duas pessoas, realizada pela iniciativa do entrevistador, destinada a obter informações pertinentes para o objeto de investigação e também uma oportunidade de entrada de temas de interesse que se investiga”* (Miranda, 1996, p 37).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em um local privativo da unidade de saúde, na maioria das vezes em consultórios ou salas de reunião. Primeiramente, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Neste explicava-se os objetivos e a necessidade do estudo, destacando que o mesmo não possuía riscos, nem desconfortos para o profissional, bem como se este tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo poderá entrar em contato com o pesquisador principal e comunicá-lo. Se



aceitar participar do estudo, o profissional assina o termo e coloca o número do RG. Não houve profissional que tenha se negado a participar do estudo.

### **3.4.1 - Instrumento de coleta dos dados**

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

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

O roteiro utilizado tinha como objetivo principal a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo Lefèvre (2003, p. 11),

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

Passaremos, portanto a apresentar a análise dos dados para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

### **3.5 – Análise dos dados**

Para a elaboração do DSC partiu-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição, que consistiu basicamente na seleção das idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que terminou sob uma forma sintética, onde se buscou a reconstituição discursiva da representação social (entendida como o conjunto dos profissionais médicos e enfermeiros).

Com o intuito de descrever o sentido dos discursos em estado bruto, forma utilizadas figuras metodológicas da idéia central e das expressões-chave (ECH), descritas a seguir. (Lefèvre, 2003, p. 17):

“As expressões-chave (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa).

A idéia central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos”.

Os dados foram analisados, baseados na proposta de Lefèvre (2003, p.46-56), em etapas operacionais: instrumento de análise de discurso 1 – IAD1 (5

passos) e instrumento de análise de discurso 2 – IAD2 (2 passos). A seguir apresento os passos de cada etapa operacional.

### 3.5.1 - IAD 1: *PRIMEIRO PASSO*

As questões abertas foram analisadas isoladamente, isto é, inicialmente analisada a questão um de todos os sujeitos entrevistados; a seguir a questão dois de todos os sujeitos entrevistados e, assim, sucessivamente. Dessa forma, o primeiro passo consistiu em copiar integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes à questão um no IAD 1 (Instrumento de Análise de Discurso 1) na coluna: expressões-chave (conforme exemplo abaixo):

IAD 1 Destas ações voltadas para a saúde da mulher, qual você considera mais importante? Por quê?

<b>EXPRESSÕES-CHAVE</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>
E1 – Eu considero o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.	
E2- Não acho que tenha uma mais importante, todas são importantes, depende do período que esta mulher está vivenciando.	
E3 - Planejamento familiar, pela anticoncepção e pela gestante adolescente.	
E4 - Todos são importantes em cada fase que a mulher se encontra.	
E5 - Todas, pois uma complementa a outra.	

E6 - Não, todas são de relevância, o planejamento familiar não é o mais importante, mas também não conseguiu atingir sua plenitude na assistência. No planejamento familiar deveria ter um maior envolvimento da comunidade, da escola. O p. f. só desenvolve ações que se restringem ao posto, teria que ser uma coisa mais ampla.	
E7 - Planejamento Familiar. Porque no p.f. além de abordarmos os métodos que existem conseguimos falar ainda sobre DST/AIDS e coisas relevantes à sexualidade delas.	
E8 – Acho que todas são importantes	
E9 – Acho que é o preventivo, pois as mulheres ainda não se sensibilizaram para a importância deste.	

### 3.5.2 – IAD 1: *SEGUNDO PASSO*

O segundo passo consistiu em identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, as expressões-chave das idéias centrais. Neste caso, as idéias centrais estão sublinhadas (utilizaremos a seguir apenas um discurso).

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
E1 - <u>Eu considero o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.</u>	

### 3.5.3 – IAD 1 : *TERCEIRO PASSO*

O terceiro passo identificou as idéias centrais a partir das expressões-chave, colocando essas idéias centrais na coluna ao lado.

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
E1 - <u>Eu considero o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.</u>	Eu considero o planejamento familiar. Podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.

### 3.5.4 – IAD 1: QUARTO PASSO

O quarto passo identificou e agrupou as idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar. Etiquetou-se cada agrupamento com letras: A, B, C, etc.

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
E1 - <u>Eu considero o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.</u>	Eu considero o planejamento familiar. Podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos. A
E2- <u>Não acho que tenha uma mais importante, todas são importantes, depende do período que esta mulher está vivenciando.</u>	Não acho que tenha uma mais importante. Depende do período que esta mulher está vivenciando. B

### 3.5.5 – IAD 1: QUINTO PASSO

O quinto passo consistiu em denominar cada um dos grupamentos por A, B, C, ..., o que, na realidade, implicou criar uma idéia central que expresse, da melhor maneira possível, todas as idéias centrais do mesmo sentido. Às vezes, todas ou várias idéias centrais têm o mesmo nome, o que, evidentemente, facilita o processo.

No DSC dos profissionais enfermeiros as idéias centrais do grupamento “A” ficaram reunidas sob a denominação: *“Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes”*. As idéias centrais do grupamento “B” ficaram reunidas sob denominação: *“Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar”*, e a idéia central do grupamento “C” sob

denominação de: *“Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Preventivo do Câncer do Colo Uterino”*.

No DSC dos profissionais médicos as idéias centrais do grupamento “A”, acima relacionadas, ficaram reunidas sob a denominação: *“Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes”*. As idéias centrais do grupamento “B” ficaram reunidas sob denominação: *“Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar”*, e a idéia central do grupamento “C” sob denominação de: *“Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Pré-natal”*.

Identificadas as idéias centrais dos discursos dos profissionais, enfermeiros e médicos, partiu-se para a segunda etapa da análise dos dados proposta por Lefèvre, 2003: o instrumento de análise de discurso 2 (IAD2), sendo que este possui dois passos que foram seguidos com o objetivo de construir um DSC para cada grupamento identificado na etapa anterior.

### **3.5.6 – IAD 2 - PRIMEIRO PASSO**

Todas as expressões-chave do mesmo grupamento foram reunidas e colocadas na coluna das expressões-chave do IAD2, conforme exemplo abaixo:

A – Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar.

<b>EXPRESSÕES-CHAVE</b>	<b>DSC</b>
E1 - Eu considero o planejamento familiar. Podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.	

E3 - Planejamento Familiar.	
E7 - Planejamento Familiar. Além de abordarmos os métodos que existem conseguimos falar ainda sobre DST/AIDS.	

### 3.5.7 – IAD 2: *SEGUNDO PASSO*

Ao primeiro passo seguiu-se à construção do DSC propriamente dito de cada grupamento de idéia central. Para a construção do DSC colocou-se de forma seqüencial as expressões-chave. Utilizou-se todo o material das expressões-chave para a construção do DSC, conforme exemplo:

A – Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar.

<b>EXPRESSÕES-CHAVE</b>	<b>DSC</b>
E1 - Eu considero o planejamento familiar. Podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos.	<i>Eu considero o planejamento familiar, porque além de esclarecermos sobre os métodos, abordamos a questão das DST/AIDS.</i>
E3 - Planejamento Familiar.	
E7 - Planejamento Familiar. Além de abordarmos os métodos que existem conseguimos falar ainda sobre DST/AIDS.	

Apresentaremos a seguir os resultados da análise dos dados, bem como a discussão destes.

## **4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao considerar os dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, tendo como princípio que as idéias centrais foram definidas a partir do relato dos sujeitos da pesquisa, surgiram os discursos. Neste capítulo apresentaremos os resultados da coleta de dados, seguidos da discussão.

Inicialmente apresentaremos os sujeitos da pesquisa, que são os profissionais enfermeiros e médicos envolvidos nas ações voltadas para a saúde da mulher. Em seguida, vêm os Discursos do Sujeito Coletivo, que subsidiarão a discussão dos resultados a partir das idéias centrais.

### **4.1 Resultados**

#### **4.1.1 Profissionais envolvidos nas ações voltadas para a saúde da mulher**

##### Profissionais Enfermeiros

Os enfermeiros entrevistados encontram-se na faixa etária entre 30 e 40 anos. Quanto ao sexo, somente um é do sexo masculino. Cinco dos nove enfermeiros que fizeram parte da pesquisa possuem especialização. A maioria dos enfermeiros – sete deles –, trabalha na unidade de saúde entre um e cinco anos. Apenas dois trabalham há menos de um ano no local. Todos referiram estar satisfeitos com as atividades que desempenham na unidade de saúde.



## Profissionais Médicos

Os médicos entrevistados encontram-se na faixa etária entre 40 e 50 anos. Quanto ao sexo, quatro são do sexo masculino e cinco do feminino. Dos nove médicos que fizeram parte da pesquisa, apenas um não havia realizado especialização, e também tem pós-graduação em nível de mestrado. A maioria dos médicos – sete deles –, trabalha na unidade de saúde entre um e cinco anos. Apenas um está no local há menos de um ano. Somente um atua por mais de dez anos na mesma unidade de saúde. A grande maioria dos médicos – sete – referiu estar satisfeita com as atividades que desempenha na unidade de saúde.

### **4.1.2 Discurso do Sujeito Coletivo: Enfermeiros e Médicos**

Na apresentação dos discursos dos profissionais, enfermeiros e médicos, consideramos importante identificar inicialmente as idéias centrais, que originaram um discurso do sujeito coletivo (Apêndice 2). No intuito de dar melhor visualização aos discursos dos profissionais, aglutinamos os discursos das idéias centrais, desenvolvemos um Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos profissionais enfermeiros e um dos profissionais médicos, demonstrados a seguir, bem como destacamos graficamente (em negrito) cada idéia central.

#### **4.1.2.1 Idéias Centrais – Profissionais Enfermeiros**

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

- Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar;

- Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Preventivo Câncer e Colo Uterino.

#### 4.1.2.2 Discurso do Sujeito Coletivo – Profissionais Enfermeiros

DSC - Na unidade de saúde as ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. **Acho que todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes**, depende do período que esta mulher está vivenciando, pois uma complementa a outra em cada fase que a mulher se encontra. Na unidade de saúde temos programa educativo o grupo de gestantes, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual onde utilizo como material de apoio os métodos, álbum seriado, folder explicativo, próteses feminina e masculina e a mama amiga para prevenção do câncer de mama e auto-exame. Não sinto dificuldades para a realização do planejamento familiar nas consultas, apenas queria ter mais segurança nas coisas que eu falo, mais material e poder compartilhar mais com os outros profissionais, mas não temos muito tempo para isto. Faço destaque como **ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher o planejamento familiar**, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos, por causa da anticoncepção, a gestação adolescente, mas o planejamento familiar não conseguiu atingir sua plenitude na assistência. É realizado nas consultas agendadas, no acolhimento, durante a coleta do preventivo e puerpério. O método que eu recomendo é principalmente a camisinha, oriento todos, mas estímulo o preservativo como método principal nos dias de hoje, principalmente por causa das DST's e da AIDS, falo da importância e da responsabilidade dela como mulher com ela mesma. Agora se a mulher tem necessidade de outro método que não está disponível na unidade encaminho ao ginecologista da unidade para ele ver qual o encaminhamento necessário como é o caso da laqueadura. Se a mulher tem necessidade de um outro método que não está disponibilizado na unidade encaminhamos ao planejamento familiar na policlínica ou a outras unidades de saúde aqui perto que possuem ginecologista. Os métodos que são disponibilizados à população na unidade são a camisinha masculina e feminina. Diu, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, as marcas destes produtos são sempre as mesmas. O método que as mulheres preferem é com toda certeza o anticoncepcional oral. Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica. Considero importante também como **ação importante desenvolvida para a saúde da mulher o preventivo de câncer de colo uterino**, pois as mulheres ainda não se sensibilizaram para a importância deste.

Agora, direitos reprodutivos para mim é o direito de conhecer todos os métodos contraceptivos, de optar por algum e de obtê-lo conforme a sua necessidade e respaldada em conhecimento técnico também, pois às vezes o que ela quer não é o melhor para ela, pois tem que conhecer e compreender esse processo para daí poder optar e escolher o método. É o direito das pessoas ter ou não seus filhos, ter acesso aos métodos e a garantia de seu fornecimento pela rede pública. Sobre a lei do planejamento familiar não me lembro da lei, acho que ela fala a respeito dos direitos reprodutivos e estabelece algumas normas para os diferentes níveis de atenção. Em parte acho que estão sendo efetivados na prática, pela deficiência que o planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do CS, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades. Às vezes não temos o método escolhido pela mulher. Temos dificuldades de encaminhamentos devido a grande demanda.

#### 4.1.2.3 Idéias Centrais – Profissionais Médicos

- *Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes;*
- *Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar;*
- *Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Pré-Natal.*

#### 4.1.2.4 Discurso do Sujeito Coletivo – Profissionais Médicos

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

*Relacionado ao meu entendimento sobre direitos reprodutivos eu acho que é a escolha da reprodução, como, quando, quantos, têm que ser uma discussão do casal envolvido. Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço. Agora eu não acho que isto está sendo efetivado na prática da unidade de saúde, porque o serviço é assistemático, não existe divulgação sobre este tema, o foco é a criança. Não existe envolvimento da equipe para que isto ocorra. Na unidade de saúde ainda não são disponibilizados todos os métodos, faltam informações por parte das mulheres e baixa qualidade destas informações. O trabalho é muito individualizado, as pessoas não têm acesso aos métodos e aos serviços, teria que ter mais espaço físico, agendamentos,*

*mobilização da equipe, disponibilidade do profissional, material didático. Os agentes comunitários deveriam fazer uma comunicação melhor com todas as famílias do que o posto oferece, porque ao meu entender a comunidade não sabe o que o posto oferece. Também acho que perdemos muito tempo com orientações, isto deveria ficar com a enfermagem. Existe muita dificuldade em relação ao acesso a laqueadura e a vasectomia também.*

## **4.2 – Discussão dos Resultados**

Enquanto discussão, inicialmente discorreremos sobre o conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da concepção de “Direitos Reprodutivos” com foco no Planejamento Familiar. Para, em seguida, conduzir a discussão tendo como eixo norteador às idéias centrais evidenciadas nos DSC dos profissionais.

Considerando que as idéias centrais (*Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes; A ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Planejamento Familiar*) identificadas nos discursos dos profissionais enfermeiros e médicos foram idênticas, a discussão referente a estas contemplará o discurso de ambos.

As demais idéias centrais (*A ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Preventivo Câncer e Colo Uterino*) dos profissionais enfermeiros e a idéia central (*A ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher é o Pré-Natal*) dos profissionais médicos se distinguem. Por isso, serão discutidas em conjunto.

### **4.2.1 – Conhecimento dos profissionais enfermeiros e médicos sobre “Direitos Reprodutivos” com foco no planejamento familiar**

*“Agora, direitos reprodutivos para mim é o direito de conhecer todos os métodos contraceptivos, de optar por algum e de obtê-lo conforme a sua*

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

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

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

Para Petchesky (1994, p.31), “Direitos Reprodutivos”, é “ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente”. Enquanto para Ávila (1993) o termo “Direitos Reprodutivos” é amplamente utilizado pelo movimento feminista e trata, sobretudo, das questões que o compõem (esterilização, aborto, contracepção, concepção e assistência à saúde) sem que haja definição conceitual. Pode-se dizer que, em 1985, sob esse termo são tratados os seguintes assuntos: contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde.

Para este estudo, “Direitos Reprodutivos” é ter direito à decisão sobre o que se quer na vida reprodutiva, direito à escolha de ter ou não filhos, amparado pela lei, a quantidade de filhos, acesso aos métodos contraceptivos vigentes,

acesso à assistência à infertilidade, direito à orientação profissional sobre sexualidade e reprodução e assistência à saúde integral.

No caso dos profissionais deste estudo, “Direitos Reprodutivos” é referenciado apenas como “algo” relacionado à contracepção, não correlacionado a temas como: esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde de maneira integral. Conforme observamos a seguir:

*“Agora, direitos reprodutivos para mim, em primeiro lugar, é o direito a informação sobre, ter o conhecimento de todas as possibilidades e ter acesso a essas possibilidades, no caso acesso aos métodos. A mulher ter o direito de escolha, de optar o melhor. Poder gerir sua própria sexualidade, exercendo esta da melhor forma com liberdade de escolha tendo a discussão com o parceiro. Ter acesso ao serviço e informação sobre o método”. (Médicos)*

Pode-se constatar através da produção de textos sobre “Direitos Reprodutivos” que existe uma internacionalização do seu uso, ao mesmo tempo em que há variação na sua definição. Entretanto, qualquer que seja a definição, a luta pela integralidade das mulheres e sua autonomia enquanto sujeitos, capazes de escolherem e decidirem por si próprias, é o fundamento primeiro sobre o qual se articula os demais conteúdos (Ávila e Gouveia, 1996). A partir da afirmação de Ávila e Gouveia, o DSC dos profissionais vai ao encontro desta colocação, uma vez que, enquanto “Direitos Reprodutivos” apontam para o direito de decisão e o direito de escolha quanto aos métodos contraceptivos e quanto à sexualidade da mulher. Conforme a seguir:

*“...em relação aos direitos reprodutivos acho cada um tem o direito de saber quando e quantos e como quer ter seus filhos. Acho que é o direito que a mulher tem de decidir o que ela pretende, mulheres que optam por laqueadura o marido não deveria precisar ir junto, por exemplo, a mulher tem o direito de decidir o que ela quer”. (Enfermeiros)*

*“A mulher ter o direito de escolha, de optar o melhor. Poder gerir sua própria sexualidade, exercendo esta da melhor forma com liberdade de escolha tendo a discussão com o parceiro”. (Médicos)*

Para os profissionais, é evidente que, para “ter direito reprodutivo”, é preciso “ter direito ao acesso, à informação e à escolha”, afirmação esta que vai ao encontro do que afirma Ávila e Gouveia (1996, p. 163):

“Este conceito tem sido entendido de diversas maneiras e, portanto, tem inspirado e conformado diversas práticas. Em algumas abordagens estão restritos à reprodução, em outras, a relação entre a reprodução e o exercício da sexualidade é o seu núcleo principal. Algumas autoras vão mais longe e fazem a conexão da vida reprodutiva e sexual com processos mais amplos de desenvolvimento social. Nesse sentido, têm levado a definir práticas que vão desde a prestação de serviços, reivindicações de direitos legais até àquelas que se incluem nas lutas por transformações sociais mais amplas”.

Durante a “III Conferência Internacional da ONU”, realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento (CIPD), foi reconhecido por consenso como direito reprodutivo das mulheres o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital. Segundo Ávila (1993), a concepção dos “Direitos Reprodutivos” merece, ainda, um *“aprimoramento no sentido de estabelecer a extensão dos seus objetivos, as esferas de sua atuação, as estratégias para a sua vigência na sociedade e os princípios éticos e filosóficos que os regulamentem na prática”*.

Em contrapartida, em 1996 é aprovada a Lei do Planejamento Familiar, com base no parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana. Mesmo tendo sido aprovada há quase 10 anos, os profissionais apresentam dificuldades em citá-la, conforme discursos a seguir:

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

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

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

*“Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço”.(Médicos)*

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido em 1968, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Entretanto, no Brasil somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263, sobre o Planejamento Familiar que, no capítulo 1º, Art. 2º, declara *“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”*. Em seu Art. 9º, a mesma Lei assegura que *“para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”* (Diário Oficial da União, 15 de janeiro 1996).

Esta especificidade da Lei do Planejamento Familiar não é evidenciada pelos profissionais, já que estes confundem o termo “Direitos Reprodutivos” com a Lei. Isto reflete diretamente na prática destes na unidade de saúde, uma vez que, não conhecendo a normatização em relação ao seu “fazer” enquanto profissionais não podem prestar um serviço à altura das necessidades. As dificuldades por eles elencadas são substancialmente de caráter administrativo, não relacionadas, portanto, à sua prática enquanto profissionais.



Quando questionados sobre a efetivação destes conceitos no desenvolvimento das atividades nas unidades de saúde, os profissionais mencionaram em seu discurso que isto não ocorre na prática, apontando dificuldades como acesso, falta de profissionais e de material didático, entre outros, como podemos evidenciar nos discursos a seguir:

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

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

Os discursos dos profissionais evidenciam o que afirma Coelho (2000), onde as diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, deveriam ser conhecidas pelo profissional. Isto porque é a partir destas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas políticas, as instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender às necessidades da população.

Os Serviços de Saúde como hoje se apresentam, são fruto da evolução histórica em que se combina um crescente desenvolvimento das forças produtivas e uma socialização cada vez maior das relações de produção (Singer, Campos, Oliveira, 1988). A dinâmica destas relações e a normatização que fundamentam esta dinâmica devem ser conhecidas e percebidas para que possamos, a partir

daí, pensar, produzir e assumir um compromisso junto à população, enquanto profissionais.

Segundo Silver (1999, p. 300), tradicionalmente os serviços de saúde têm se restringido à oferta de ações relativas à reprodução, especialmente no atendimento ao ciclo gestacional e, quando muito, aos demais problemas do aparelho reprodutor. Em tese, a prioridade conferida a essas ações tem permitido a ampliação da cobertura desses serviços. Por outro lado, consolida a fragmentação da atenção à mulher, cujos problemas não se restringem aos órgãos da reprodução.

Sendo assim, é preciso que os profissionais envolvidos nas atividades voltadas para a saúde das mulheres reconheçam os conceitos que norteiam suas ações. Portanto, refletir o tema “Direitos Reprodutivos” junto a estes profissionais, nos reporta ao desafio de produzir e assumir o compromisso profissional junto à população, uma vez que as mulheres são sujeitos capazes de escolherem e decidirem por si próprias. E aos profissionais cabe contribuir para esta autonomia.

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

Com este propósito, procuramos identificar junto aos profissionais quais ações eles identificavam como sendo mais importantes em relação à saúde da

mulher, uma vez que diante do exposto, todas as ações deveriam ser consideradas importantes, a fim de que a integralidade, enquanto princípio do SUS, possa ser garantida.

#### **4.2.2 Idéias Centrais**

##### **4.2.2.1 Todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes**

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

*“Para mim, todas as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes, depende muito do período que esta mulher está vivenciando, pois há uma complementação uma da outra nas diversas fases que a mulher se encontra”. (Médicos)*

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

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

O que descobrimos neste estudo vai de encontro ao proposto há mais de duas décadas – em 1983 – pelo Estado brasileiro, a assumir publicamente uma política de assistência integral, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM. Apresentado como um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, o PAISM contempla as diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo a fase reprodutiva (Brasil, 1983).

O Ministério da Saúde (2003) aponta ainda diretrizes da política de atenção integral à saúde da mulher, colocando que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Reforça ainda que a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

Embora o Estado aponte diretrizes para uma atenção integral, Germano (1993) coloca que o profissional *“mantém em geral uma postura de passividade, não-criticidade, de adesão irrestrita e de franca colaboração com as políticas (particularmente as políticas de saúde) postas em prática pelos diferentes governos, em um país cujas elites enriquecidas se apropriam do Estado, com objetivo de repartir um butim entre si e os seus leais, inteiramente alheias ao sofrimento do povo”*. Indo ao encontro do que afirma Germano, os profissionais

colocam que existe um “*foco para a criança – pré-natal*”, ou seja, que realmente acontece uma imposição por parte dos governantes para a aplicação de uma determinada ação que, para eles, é da maior significância. Conforme percebemos no discurso a seguir:

*“...o serviço é assistemático, não existe divulgação sobre este tema, o foco é a criança”. (Médicos)*

Para Villela (1996), a proposta de saúde integral da mulher está baseada nas premissas sobre a determinação social do processo saúde e doença e na perspectiva de gênero, organizador social que dá suporte à desigualdade entre mulheres e homens. As ações derivadas desta proposta deveriam incluir o reconhecimento do impacto da subordinação sobre a saúde e a busca de modos de romper com esta situação. A noção de saúde integral está vinculada à aplicação ou operacionalização desse conceito na esfera das ações de assistência, em que o princípio de integralidade deve encontrar tradução ao nível das técnicas cientificamente informadas de tratar, cuidar, prevenir e promover. Quer dizer que deve estar traduzida em cuidados efetivos à saúde da mulher (Costa, 1999, p.328; Silver, 1999, p. 300). Esses cuidados não estariam vinculados estritamente à saúde reprodutiva da mulher, mas à sua condição de pessoa, com complexas necessidades de saúde.

Nesse contexto, segundo Osis (1998),

*“a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção”.*

Desta forma, se há um sentido convergente de integralidade no desafio lançado para os profissionais como para os usuários e os serviços, é a preocupação em discernir e apreender, de um modo abrangente, as necessidades dos usuários, gerando e aproveitando oportunidades para a aplicação de práticas e técnicas preventivas, ao mesmo tempo considerando necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças (Mattos, 2001, p. 52).

De maneira complementar a essa perspectiva, diversos autores apontam que a atenção oferecida deve reconhecer a condição da mulher como sujeito social, em que o bem-estar e o adoecer estão vinculados não apenas aos aspectos biológicos, mas fundamentalmente às condições sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam sua vida cotidiana. Segundo Costa (1999), no tocante à assistência médica, o PAISM também inova ao propor a abordagem da mulher como sujeito integral, para quem deve ser ofertado um cardápio de ações capazes de resolver os diferentes problemas de saúde, nas suas diferentes fases e necessidades, além de valorizar o componente educativo e de humanização da atenção e do cuidado.

Neste sentido, mais especificamente para este estudo, o Ministério da Saúde aponta que *“A assistência integral em Saúde da Mulher, mais especificamente no Planejamento Familiar, deve incluir a atenção ao casal infértil”*, (Brasil, 1992, p. 113). Além da mulher, o atendimento também deve ser prestado ao homem. Sendo que os níveis de atendimento, segundo Brasil (1992, p. 114), são *“atenção primária (centros de saúde), atenção secundária (hospitais regionais) e atenção terciária (hospitais de referência)”*. No relato dos profissionais, o

atendimento não é realizado na atenção primária, mas sim encaminhado à atenção secundária e terciária, no caso a Policlínica e uma Maternidade. Brasil (1992, p. 114) ainda aponta algumas normatizações que devem ser realizadas pela atenção primária (centros de saúde ou unidades básicas de saúde), no caso de encaminhamento para a atenção secundária e terciária, quais sejam:

“Aos centros de saúde caberá realizar o exame clínico, rastrear os casos de infertilidade conjugal, afastar patologias concomitantes e identificar os pacientes que requeiram tratamento especializado...”

“Deverão ser encaminhadas ao ambulatório de infertilidade conjugal apenas pacientes com idade inferior a 40 anos, com vida sexual ativa, e desejo de gravidez...” (Brasil, 1992, p. 114).

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

“*Em relação aos casos de infertilidade encaminhamos ao ginecologista da unidade e ele encaminha para a Maternidade Carmela Dutra*”.  
(Enfermeiros)

“*Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica*”. (Enfermeiros)

Portanto, a atenção integral à saúde da mulher implica ainda na articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que na prática tem sido um dos grandes entraves à sua operacionalização. O sistema de referência e contra-referência não ocorre, deixando a população à mercê da “descompatibilização” da complexidade em saúde, ou seja, os níveis de assistência desenvolvem suas

atividades de maneira independente e desconexa, uma vez que não há menção por parte dos profissionais sobre qualquer retorno do encaminhamento realizado.

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

Como os discursos sobre o procedimento relacionado à infertilidade realizado pelos profissionais nas unidades de saúde é o encaminhamento, percebe-se, portanto, um desconhecimento por parte destes profissionais das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e sobre a concepção de “Direitos Reprodutivos” e “Planejamento Familiar”, uma vez que estas discorrem sobre a temática da infertilidade e a assistência à saúde. Assim, o desconhecimento acaba por traduzir-se numa prática descontextualizada em relação às necessidades em saúde e à integralidade, comprometendo a assistência e resolubilidade da atenção.

Portanto, o atendimento ou não à infertilidade nos remete às diretrizes básicas que regem o Sistema Único de Saúde-SUS, instituído pela Constituição



de 1988. Mas principalmente o da integralidade, ou “*atendimento integral, como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” como é citado no artigo 198 desta Constituição (Brasil, 1988, art. 198).

No que tange a temática deste estudo, “Direitos Reprodutivos”, podemos perceber que, apesar do preconizado pelo Ministério da Saúde, a saúde da mulher é praticada de forma compartimentalizada, não havendo garantia do princípio de integralidade e da necessidade em saúde, bem como do direito de escolha e decisão por parte da mulher. Cabe reafirmar que o conceito de “Direitos Reprodutivos”, segundo os profissionais que fizeram parte deste estudo, é justamente a escolha e a decisão nas “mãos” das mulheres que procuram o serviço, ao mesmo tempo em que afirmam que as ações desenvolvidas para a saúde da mulher são importantes. Isto, porém, não reflete qualquer semelhança entre o discurso do profissional e a prática desenvolvida por ele nas unidades de saúde.

Uma oportunidade para que o profissional conheça as necessidades de saúde das mulheres que procuram o serviço seria a atividade educativa, onde este tem a oportunidade de garantir o direito à informação, enfatizada pela necessidade em saúde apresentada por quem procura o serviço, oportunizando a troca entre usuário-profissional e usuário-usuário.

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

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

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

*“Considero o **planejamento familiar uma ação desenvolvida para a saúde da mulher muito importante**”. (Médicos)*

Percebemos no discurso dos profissionais que o planejamento familiar é uma ação importante para a saúde da mulher, onde o profissional tem a oportunidade de orientar quanto aos métodos contraceptivos. Contudo, percebemos que o ocorrido nas unidades de saúde pesquisadas, segundo relato dos profissionais em seu DSC, a atividade educativa enquanto atividade coletiva vem sendo realizada ainda na lógica da atenção materno-infantil, uma vez que encontramos grupos de gestantes reunindo-se quinzenalmente.

Enquanto isso, o grupo de planejamento familiar na maioria das unidades de saúde pesquisadas não é desenvolvido coletivamente, apenas de maneira individual, mesmo que esta atividade tenha sido referenciada pelo profissional como uma ação importante dentre as desenvolvidas para a saúde da mulher. Os discursos que seguem evidenciam a afirmação:

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

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

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

Segundo Aquino e Marinho (2002) até o início dos anos 80, a saúde da mulher era associada aos problemas relacionados à gravidez, e o principal interesse dos programas de saúde materno-infantis voltava-se à saúde e proteção do feto. Essa lógica também orientava a produção de conhecimento que embasava a formulação das políticas e tinha conseqüências na orientação da organização da atenção à saúde.

A integralidade proposta na política do PAISM identifica necessidades de mudanças na abordagem da mulher pelos serviços e assegura a visão de sujeito integral, para quem deve ser ofertado um conjunto de ações tão ampliado quanto sejam as necessidades, destinado a suprir as diferentes situações e problemas de saúde pelos quais as mulheres passam nos distintos ciclos de suas vidas.

Desta maneira, evidencia-se que os serviços, bem como os profissionais que desempenham suas atividades, devem aproximar-se da concepção de “Direitos Reprodutivos”, que trata, além da contracepção, de assuntos como a esterilização, o aborto, a concepção e a assistência à saúde. Esta assistência à saúde deve ser de caráter integral e ir ao encontro das necessidades em saúde

apresentadas pela mulher, bem como perpassando as diferentes fases de sua vida.

Em seu estudo, Costa (2004, p. 28) aponta as mudanças estratégicas e conceituais propostas pela política do PAISM e as compara com as características do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Dentre várias comparações, a que chamou mais atenção, em função deste estudo, foi quanto à educação em saúde onde, para o PSMI, ela *“é recomendada e a abordagem está relacionada aos cuidados com a gestação e o conceito”*. Já no PAISM a educação em saúde é de *“oferta obrigatória com práticas educativas sobre o corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania”*.

Esta colocação de Costa quanto ao PAISM é contrária ao colocado pelos profissionais neste estudo, pois a oferta nas unidades de saúde em relação à educação em saúde restringe-se ao grupo de gestantes, ou seja, na lógica do PSMI, e o planejamento familiar é realizado na maioria das unidades de saúde de maneira individual e restrito à orientação dos métodos contraceptivos disponíveis na unidade de saúde. Também é contrária ao que, para este estudo, definiu-se enquanto “Direitos Reprodutivos”, uma vez que dentre vários direitos que compõem esta concepção, um deles é o direito da mulher receber a orientação do profissional sobre os temas sexualidade e reprodução, e não apenas a informação sobre o método contraceptivo, como é colocado pelos profissionais em seu discurso:

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

*“...exponho as vantagens e desvantagens de cada método.” (Médicos)*

Segundo o Ministério da Saúde (2002), as atividades relacionadas ao Planejamento Familiar devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive da sexualidade. As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser reforçadas pela ação educativa individual (Brasil, 2002).

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

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

Para Chacham e Maia (2002, p. 126) *“esta atividade educativa é reconhecida como direito do usuário e dever do serviço público de saúde, e tem como objetivo informar ao usuário sobre os diferentes métodos contraceptivos, possibilitando a opção livre e consciente do indivíduo”*. Esta afirmação levantada por Chacham e Maia é contrária ao praticado na maioria das unidades de saúde

pesquisadas, uma vez que os profissionais colocam que o grupo de planejamento familiar não é desenvolvido pela unidade:

*“Em relação ao grupo de planejamento familiar este não é desenvolvido na unidade de saúde. O planejamento é realizado nas consultas agendadas, no acolhimento, durante a coleta do preventivo e puerpério. Quanto ao método contraceptivo não recomendo nenhum apenas oriento o uso do preservativo principalmente para os adolescentes”.*  
(Enfermeiros)

*“Durante a minha assistência eu realizo o planejamento familiar é no retorno do preventivo ou para anticoncepção principalmente com adolescentes e no puerpério ou pré-natal quando questionado por ela”.*  
(Médicos)

A colocação dos profissionais dificulta a orientação quanto ao uso dos métodos contraceptivos e a garantia do “Direito Reprodutivo”, uma vez que estes enfatizam que para se “ter” direito reprodutivo é preciso “ter” direito à escolha e à decisão por parte da mulher, e esta escolha e decisão só poderão ser “livres e conscientes” se houver orientação adequada pelo profissional e estiver relacionada com a necessidade apresentada pela mulher.

Seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que a educação em saúde tenha caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa (Brasil-MS, 2002). Cabe à organização da atenção para o planejamento familiar garantir às mulheres informações claras e seguras que as orientem na escolha do método anticoncepcional. Isso significa que a oferta de práticas educativas deve ser valorizada na dinâmica do atendimento, a ponto de anteceder, preferencialmente, o momento da escolha (Costa, 2004).

Essa situação encontrada nas unidades de saúde pesquisadas, de que não há em sua maioria o desenvolvimento do grupo de planejamento familiar, coloca sob risco a prática da autonomia das mulheres no momento da seleção do método contraceptivo mais adequado, com informação e consciência, conforme abordado por Costa (2004), quando afirma que o estabelecimento da dinâmica de atendimento de planejamento familiar que conjugue educação em saúde e consultas clínicas pode ter resultados importantes na adesão e na própria eficácia do método escolhido.

No que se refere à assistência relativa ao Planejamento Familiar, é preconizado pelo Ministério da Saúde (1996) que *“as ações de saúde devem ser voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde”*. O que podemos observar no relato dos profissionais é que a comunidade, ou a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, como coloca o Ministério da Saúde, não tem conhecimento do que é desenvolvido na unidade de saúde. Conforme DSC a seguir:

*“Acho que o principal motivo para não desenvolvermos o planejamento familiar de uma maneira mais efetiva é a falta de tempo, as mulheres não participam muito do grupo também são poucas as que comparecem nas reuniões, também pela falta de divulgação, elas não sabem o que o posto oferece. Se elas soubessem, tivesse facilidade, e não tivesse burocracia era muito melhor”. (Médicos)*

*“...o planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do CS, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades”. (Enfermeiros)*

No entanto, percebemos no DSC dos profissionais, tanto enfermeiros como médicos, que estes apontam dificuldades administrativas na implementação do

planejamento familiar devido às condições do serviço de saúde, como, por exemplo, dificuldade para encaminhamentos e falta do método contraceptivo:

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

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

Nesse sentido, Coelho (2000) afirma que se faz necessário que os profissionais, enquanto categoria, articulem, discutam e reivindiquem a assistência à saúde e não se deixem imobilizar pelas precárias condições dos serviços de saúde. Precisam conquistar espaços para que o Planejamento Familiar seja amplamente discutido, reivindicando do Estado o atendimento preconizado e o cumprimento da Lei. Como também colocado por Costa (2004), deve haver a garantia da autonomia na escolha dos métodos contraceptivos e a disponibilidade destes no momento e lugar adequados. Preconiza-se que esteja disponível todo o conjunto de alternativas tecnológicas, cientificamente seguras, para que as mulheres não sejam conduzidas a um método pela ausência de outro ou até referenciadas para outro nível de assistência, devido à falta do método contraceptivo, como observado no DSC dos profissionais:

*“Se a mulher tem necessidade de um outro método que não está disponibilizado na unidade encaminhamos ao planejamento familiar na policlínica ou a outras unidades de saúde aqui perto que possuem ginecologista”. (Enfermeiros)*

*“Agora se ela tiver necessidade de algum método contraceptivo que não está disponibilizado na unidade de saúde eu encaminho ao planejamento familiar da Policlínica”. (Médicos)*



No que diz respeito aos métodos contraceptivos disponibilizados na unidade de saúde, os profissionais apontam os seguintes: camisinha masculina e feminina, DIU, diafragma, anticoncepcional oral e injetável. Caso haja a necessidade, por parte da mulher, de outro tipo de método, a prática da unidade é a de fazer um encaminhamento, conforme abordado anteriormente. A prática das unidades de saúde pesquisadas é contraditória ao preconizado pelo Ministério da Saúde em seu manual de Assistência ao Planejamento Familiar (1992) e Plano de Ação para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). O Ministério da Saúde afirma que a *“assistência em contracepção pressupõe a oferta de todas as alternativas possíveis em termos de métodos anticoncepcionais reversíveis, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso...”*. Sendo assim, entende-se como métodos anticoncepcionais reversíveis os métodos naturais (método Ogino-Knaus; popularmente conhecido como “tabelinha”; método de temperatura basal corporal, método Billings e método sinto-térmico), métodos de barreira (preservativo e diafragma), contraceptivos hormonais (pílulas e injetáveis) e dispositivos intra-uterinos - DIU (BRASIL, 1992). Não houve, por parte dos profissionais enfermeiros ou médicos, qualquer menção de orientação sobre métodos naturais ou do conhecimento por parte destes do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quando nos reportamos à prática destes métodos contraceptivos, ou seja, quem deve utilizá-los, no DSC dos profissionais, esta é de responsabilidade da mulher. Uma vez que mencionam a mulher como sujeito da busca pelo método contraceptivo, conforme observamos a seguir:

*“Agora se a mulher tem necessidade de outro método que não está disponível na unidade encaminho ao ginecologista da unidade para ele ver qual o encaminhamento necessário como é o caso da laqueadura”.  
(Enfermeiros)*

*“Agora se ela tiver necessidade de algum método contraceptivo que não está disponibilizado na unidade de saúde eu encaminho ao planejamento familiar da Policlínica”. (Médicos)*

Sendo a concepção o resultado natural do intercuro sexual entre homem e mulher, espera-se que a anticoncepção seja um fenômeno também, por natureza, resultante da conjugação de esforços dos parceiros igualmente envolvidos nessa relação. Entretanto, a cultura patriarcal em que vivemos confinou a mulher no âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas familiares. O mundo externo (produtivo) foi considerado de âmbito masculino (Marcolino, Galastro, 2001). Em seu estudo, Marcolino e Galastro (2001) apontam que as mulheres relatam a pouca participação do homem na contracepção, principalmente nos métodos que solicitam a participação deste. Não se deve esquecer, porém, como afirma Coelho (2000), que a prática contraceptiva mais antiga, enquanto tecnologia, para homens, é a camisinha, cuja utilização está hoje mais voltada para a prevenção de doenças sexualmente transmitidas, como por exemplo, a AIDS, do que como contraceptivo. Esta afirmação levantada por Coelho fica evidente no DSC dos profissionais, como observamos a seguir:

*“O método que eu recomendo é principalmente a camisinha, oriento todos, mas estímulo o preservativo como método principal nos dias de hoje, principalmente por causa das DST's e da AIDS, falo da importâncias e da responsabilidade dela como mulher com ela mesma”.  
(Enfermeiros)*

Quando nos deparamos com este discurso, concluímos ainda que, para estes profissionais, a responsabilidade no uso ou no convencimento do parceiro para o uso do preservativo é da mulher, refletindo um pensar que exclui o homem

da responsabilidade que é mútua. A realidade vigente contribui para a exclusão do homem neste processo, uma vez que as pesquisas e a atenção sobre contraceptivos são voltadas para as mulheres. Atualmente, o Ministério da Saúde está adotando o preservativo feminino no Brasil. Desta forma, por toda uma questão social e cientificamente determinada, a mulher novamente é o alvo e assume a prática contraceptiva por tomar para si as conseqüências, tanto da gravidez indesejada quanto dos riscos biológicos das doenças sexualmente transmissíveis e sociais do aborto (Coelho, 2000).

Uma vez tomada a responsabilidade do escolher e do uso do método contraceptivo para si, a mulher elege ainda determinado método como o de sua preferência, conforme encontrado no DSC dos profissionais, onde percebemos que o método contraceptivo adotado pela maioria das mulheres é o anticoncepcional oral:

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

*“No caso das preferências das mulheres elas optam sem dúvida pelo anticoncepcional oral e DIU”. (Médicos)*

O encontrado neste estudo difere do observado por Costa (1996), segundo o qual o anticoncepcional oral, ou pílula, é o segundo método utilizado entre as brasileiras. Ainda segundo Costa, o uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde das usuárias e quase 50% são automedicadas ou têm indicação no balcão da farmácia. A recente elevação da incidência de doenças cardiovasculares entre mulheres começa a ser relacionada ao uso indevido de

anovulatórios, o que exige medidas radicais que possam minimizar esse e outros riscos decorrentes dessa situação.

Mas, a contracepção não ocorre como um fato isolado, unicamente em decorrência da existência de uma prática contraceptiva. Ela se torna concreta mediante as condições sócio-econômicas, culturais, crenças, políticas de saúde e estruturas dos serviços de saúde. Por isso a educação em saúde seja ela individual ou coletiva, é tão importante, orientando a escolha do método mais adequado, cabendo ao profissional de saúde, principalmente ao enfermeiro, a garantia desta prática na unidade de saúde. Conforme cita Araújo (1995):

“Em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o enfermeiro deverá ser capaz de: dar orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade; implementar técnicas de menos complexidade, ou referenciar para outro nível de assistência, os casos que requerem técnicas de mais difícil execução; realizar o acompanhamento periódico da mulher de acordo com a técnica ou método utilizado; prestar esclarecimentos e orientações e de implementar métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção”.

A autonomia nas decisões sobre o corpo e a saúde, reivindicada pelas mulheres, está relacionada às relações de poder existentes entre usuários e profissionais envolvidos na atenção médica. Nessa cultura, prevalecem as impossibilidades de acesso aos conhecimentos da práxis médica, ou seja, uma passividade dos pacientes. A ciência que sustenta a autoridade médica e, por extensão, os serviços de atenção à saúde, criou uma barreira entre profissionais e usuários. A arte de curar, ao contrário do que afirmava Gilligan (1982), não está vinculada à condição de gênero e deve ser compreendida a partir de um destaque ao profundo significado da intersubjetividade existente neste processo. Segundo Gadamer (1996, p. 128):

“O diálogo é parte do tratamento e domina a dimensão de todas as decisões médicas. Ele humaniza a relação entre os dois indivíduos que são fundamentalmente distintos, o médico e o paciente. O estabelecimento destas relações desiguais configura um dos aspectos mais difíceis das relações entre os homens”.

Quanto ao diálogo entre o profissional médico e o paciente, aqueles colocam que “*perdem muito tempo com orientações*”, e que isto é papel da enfermagem, como observamos no discurso a seguir, refletindo que a relação médico e paciente se restringe na recomendação do método, através da prescrição médica. Quanto à orientação para o uso, que é fundamental para garantir a eficácia do método, não é desenvolvido por este profissional:

“Também acho que perdemos muito tempo com orientações, isto deveria ficar com a enfermagem”. (Médicos)

Para o movimento feminista, o isolamento das mulheres em relação ao conhecimento dos serviços e dos profissionais de saúde, em especial os médicos, caracteriza relações assimétricas em função do autoritarismo deste profissional, sobre o qual Gadamer (1996, p. 135) comenta: “*toda autoridade construída por meio de atitudes e medidas está se encaminhando para o exercício de um poder autoritário*”. A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para o seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso do método escolhido. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser causa de seu fracasso ou de mudança para outro método (Brasil, 2002).

Costa (2004, p. 145) ainda enfatiza que,

“Quanto à organização da atenção prestada às mulheres, ainda há um longo caminho a percorrer para que seja possível garantir-lhes informações e tecnologias para o exercício de suas escolhas

reprodutivas autônomas. Por enquanto, a autonomia decisória das mulheres é refém da oferta de serviços e de métodos contraceptivos”.

Reconhecendo que os programas de planejamento familiar, por sua contribuição para a redução da gravidez indesejada, são inseparáveis das políticas sociais e, em particular, de saúde e educação, recomenda-se que sejam concebidos como instrumentos de atenção à saúde em todo o ciclo reprodutivo. Nesse sentido, devem ser também objetivos do planejamento familiar a redução da morbimortalidade materna e infantil, a prevenção dos riscos da fecundidade adolescente, a prevenção do aborto e o combate à esterilidade e às doenças sexualmente transmissíveis, conforme apontado por Blay (1993). Nesse sentido, segundo Costa (2004), os gestores são responsáveis, em cada âmbito de atuação, por contemplar e incorporar ações destinadas à prevenção, diagnóstico precoce e voltadas para a atenção à saúde. Bem como, não esquecendo de que enquanto “Direito Reprodutivo” a assistência à saúde deve ser garantida e a orientação profissional sobre sexualidade e reprodução reforçada, para que a integralidade das mulheres e sua autonomia, enquanto sujeitos capazes de escolher e decidir por si não seja esquecida, garantindo a resolutividade da necessidade em saúde.

É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são sociais e historicamente determinadas, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual (Costa, 2004). Logo, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do

conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada” (Cecílio, 2001, p. 114).

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

#### **4.2.2.3 Ação mais importante desenvolvida para a saúde da mulher:**

*Preventivo do Câncer de Colo Uterino - (Enfermeiros)*

*Pré-Natal - (Médicos)*

Neste subitem, discutiremos a importância por parte do profissional, de uma prática pontual em relação à saúde da mulher. Sendo que, para o profissional enfermeiro é a prevenção do câncer de colo uterino e para o profissional médico a assistência ao Pré-Natal.

Conforme discursos a seguir:

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

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

Quando nos deparamos com esta situação vamos ao encontro do é definido por Brasil (2004), quando afirma que tem como objetivos específicos, no Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina e a redução da mortalidade materna. Tendo como metas, aumentar em 30% a cobertura de papanicolau na população de risco, que se encontra na faixa etária de 35 a 49 anos. Bem como, aumentar a realização de exames de rotina de pré-natal para as gestantes, entre outros.

No entanto, cabe refletir que, apesar da importância destas ações dentre as várias desenvolvidas para a saúde da mulher, os sentidos da integralidade em saúde para as mulheres compreendem a valorização da oferta de atenção a todas as suas demandas e necessidades, em todos os níveis de complexidade da atenção. Preconizam que todo o contato das mulheres com os serviços sejam oportunidades de acolhimento, que devem ser usadas em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (Costa, 2004, p. 177).

Ou seja, a coleta do preventivo de câncer de colo uterino e a assistência ao pré-natal são, sem dúvida, atividades de grande importância inseridas na atenção à saúde da mulher, mas também são oportunidades em que o profissional, além de orientar para a prevenção da enfermidade ou assistir a mulher sob um aspecto pontual (a gestação), deve apreender a oportunidade de perceber a mulher enquanto sujeito integral, enfim, aproveitar para desenvolver ações em outros aspectos de sua vida, oportunizando a educação em saúde e a aproximação em



relação à necessidade em saúde, beneficiando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe ressaltar, como o próprio Plano de Ação do Ministério da Saúde coloca, a atenção à Saúde da Mulher é integral. Onde a noção de saúde integral está vinculada à aplicação (ou operacionalização) desse conceito na esfera das ações de assistência, em que o princípio de integralidade deve encontrar tradução ao nível das técnicas cientificamente informadas de tratar, cuidar, prevenir e promover, quer dizer, deve estar traduzido em cuidados efetivos à saúde da mulher (Costa, 1999; Silver, 1999). Esses cuidados não estariam vinculados estritamente à saúde reprodutiva da mulher, a uma determinada etapa de sua vida ou a uma enfermidade específica, mas à sua condição de pessoa, com complexas necessidades de saúde, sejam elas restritas à prevenção do câncer de colo uterino, assistência pré-natal, ou qualquer outra.

Como afirma ainda Silver (1999), os serviços de saúde da mulher têm sido, tradicionalmente correlacionados às demandas de saúde reprodutiva, incluindo, às vezes, a detecção precoce de câncer ginecológico ou o tratamento da infertilidade. Para a autora, embora essa abordagem tenha permitido melhorar o acesso a esses serviços também propiciou uma fragmentação no atendimento à mulher, cujos problemas de saúde não se limitam aos órgãos reprodutivos.

O colocado pela autora vai ao encontro do observado no discurso dos profissionais, onde estes apontam ações desenvolvidas para a saúde da mulher,

sendo específicas da vida reprodutiva e da atenção materno-infantil, referenciando o pré-natal, puerpério, planejamento familiar.

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas e necessidades em saúde (Brasil, 2003).

Portanto, intimamente ligada à concepção de saúde e doença, como coloca Silva Jr. (1998), *“a integralidade define-se pela capacidade de oferecer ações que satisfaçam às várias demandas ligadas à promoção e recuperação da saúde”*. Ou seja, a necessidade em saúde deveria estar intimamente ligada à prestação dos serviços, uma vez que, mesmo que para os profissionais que participaram deste estudo, ações pontuais se caracterizem enquanto atividades essenciais, a necessidade em saúde ainda é absoluta e no sentido de integralidade deve ser garantida.

Ao definir a integralidade da oferta de ações lançamos mão de Mendes (1994), que argumenta:

“...A aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social”. (Mendes, p. 149, 1994).

Aponta-se, portanto, para a necessidade de superação de falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas sanitárias com ações preventivas/curativas e

individuais/coletivas, exigindo-se uma articulação entre a ação de um profissional e as especialidades dessa profissão, entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os diversos níveis de hierarquização tecnológica da assistência, como salientam Novaes (1990) e Mendes (1987). Esta afirmação de Novaes e de Mendes vai ao encontro do que destacamos, neste contexto, nos discursos dos profissionais, uma vez que as ações pontuadas por estes, fazem parte do desempenho de suas atividades no cotidiano da unidade de saúde, refletindo um “fazer desarticulado e individual”. Portanto, para a garantia da integralidade, enquanto princípio, é fundamental que os serviços e suas equipes congreguem esforços e articulem-se em direção a este.

A discussão da Integralidade também incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, no qual são relevantes as contribuições de Mendes (1987), Schraiber (1990), Campos (1991) e Machado (1991).

Machado (1991) aponta as dificuldades geradas pela minimização das importantes diferenças entre os agentes historicamente envolvidos no processo de produção, em relação ao processo de trabalho, ao elemento desencadeador de ações, aos principais insumos utilizados e ao local de produção das ações, o que leva à ênfase na articulação entre diferentes equipes conforme o objeto e o processo de trabalho para conseguir a “Atenção Integral”.

E, cabe ainda observar o debate iniciado por Mendes ao apontar a necessidade de superação da programação vertical pela programação horizontal de atividades. Schraiber e outros autores (1990) defendem a conformação da

demanda por saúde a programas, limitando-se, desse modo, a chamada demanda “espontânea” ou individual. Campos (1991) argumenta com a necessidade de flexibilizar a programação, levando-se em conta a demanda individual, repensando a clínica e estimulando a autonomia das equipes de saúde na conformação de seus programas.

E, por fim, conforme coloca Mendes (1980), a solução proposta, para uma efetiva saúde integral, é a democratização da medicina, com uma desprofissionalização conseqüente. Em outras palavras,

“...a medicalização societal só poderá ser respondida pela politização da saúde...a democratização da saúde transcende a estatização dos serviços de saúde e a universalização da atenção médica erigindo, como questão fundamental, a participação efetiva da população enquanto sujeito de sua própria saúde”. (Mendes, 1980:33).

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

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

## **5 - Considerações Finais**

O principal propósito deste estudo é relacionar o conhecimento com a prática assistencial desenvolvida pelos profissionais, enfermeiros e médicos nas unidades de saúde, envolvidos na atenção à saúde da mulher, sobre “Direitos Reprodutivos” tendo como foco o Planejamento Familiar.

Sendo “Direitos Reprodutivos”, relacionados à vida reprodutiva e a assistência integral à mulher, a realidade encontrada nas unidades de saúde, não vem ao encontro desta colocação. Uma vez que, as ações desenvolvidas pelos profissionais, sujeitos da pesquisa, compartimentalizam a mulher conforme a fase de seu ciclo de vida, principalmente o gravídico-puerperal, prejudicando a autonomia e marginalizando-as em relação a sua necessidade em saúde, comprometendo, assim, a integralidade em saúde.

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

Mais especificamente, em razão deste estudo, a integralidade da assistência ao Planejamento Familiar, enquanto “Direito Reprodutivo”, também deve ser reforçada. O observado na prática das unidades de saúde, em relação ao

Planejamento Familiar, é a distribuição e orientação dos contraceptivos disponibilizados nas unidades de saúde.

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

Cabendo aqui, a reflexão de que a participação do parceiro na escolha e na responsabilidade do uso do método contraceptivo é importante, porém para os profissionais, a esta responsabilidade no uso ou o convencimento do parceiro para este, no caso do preservativo, é da mulher, refletindo um pensar que exclui o homem da responsabilidade que é mútua, assumindo, a mulher, para si a responsabilidade da prática e das conseqüências de uma gravidez indesejada ou de uma doença sexualmente transmissível.

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

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

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

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

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção à Saúde**, Brasília, ano 3, n. 6, p. 31-56, out. 2002.

ARAÚJO, M. J. B. de. **Ações de enfermagem em saúde pública**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Andrade, 1995.

ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 382-400, 1993.

ÁVILA, M. B., CORRÊIA, S. Discurso Feminista no mundo ocidental. In: S.O.S. CORPO. **Direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife, 1989. p. 54-68.

ÁVILA, M.B.; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R. ; BARBOSA, R.M. **Sexualidades Brasileiras**. Ed.: ABIA; IMS/UERJ e Relume-Dumará, Rio de Janeiro: 1996.

BERQUÓ, E. S. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. In: **Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania**. Brasília: CFEMEA, 1994.

BERQUÓ, E. S. Ponto de Vista. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 12, n.1/2, jan./dez.1995.



BERQUÓ. E. S. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil.** In: Questões da Saúde Reprodutiva. Organizado por Karen Giffin e Sarah Hawker Costa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.113-126.

BLAY, E. Projeto de lei sobre o aborto. In: **Revista Estudos Feministas.** Vol. 1 N. 2. Escola de Comunicação UFRJ. Rio de Janeiro, 1993. p. 430-434.

BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços Locais de Saúde:** Construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 136p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Centro de Documentação do ministério da Saúde, 2002. 125p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:** normas e manuais técnicos. Secretaria de Política Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. **Plano de Ação 2004-2007.** Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Assistência ao planejamento familiar.** Brasília: Coordenação de saúde da mulher, 1996. 169p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Direção Geral do INAMPS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. DF. 1990 - a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Assessoria de comunicação. Brasília. DF. 1990 - b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde. Brasília. DF. 1990 - c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde/ SUS - NOAS**. Brasília. DF. 2001.

CAMPOS, G.W. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

CASA DA MULHER. **Manifesto Sobre Planejamento Familiar e Aborto no Brasil**. Aprovado no “Encontro de Mulheres sobre Saúde e Sexualidade, Contracepção e Aborto. Rio de Janeiro, 1983. (mimeogr.).

CECÍLIO, L.C. As necessidade de saúde como centre estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B. Grupos de planejamento familiar dos centros de saúde do município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado pela rede. In: **Revista APS**, v. 5, n. 2, p. 118-127, jul./dez., 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**: São Paulo: Cortez, 1996.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar**: as interfaces da contracepção. 2000. 196p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

COELHO, M. R. S. **Atenção Básica à Saúde da Mulher**: subsídios para a elaboração do Manual do Gestor Municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia. 2003b.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991. 161p.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POPULACIÓN Y EL DESARROLLO, 1994, El Cairo. **Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo**. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. **Anais**. Brasília: Centro.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Os serviços de saúde: o que as mulheres querem. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Anais. Saúde e direito da mulher**. Brasília, 1986.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à saúde das mulheres: Quo Vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil**. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2004.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil: In: GIFFIN, K.; COSTA, S. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-336.

COSTA, A. M. **O PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992.

COSTA, A. M. **Planejamento Familiar no Brasil**. [on line]. 1996. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>. Acesso em: 15 jan. 2005.

COSTA, N. F. P. (ed.). **Normas técnicas em anticoncepção**. Ed. Por Ney Francisco Pinto Costa. (Colab.). Rio de Janeiro, BEMFAM, 2002.

DO planejamento familiar. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 de jan. 1996. p. 561-570.

FOUCAULT, M. História da sexualidade. **A História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. G. Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

GADAMER, H. G. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996. 190p.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez. 1993.

GIBBARD, A . **The prospective pareto principle and equity of access to health care**. Milbank men. Fd Quart., 60: 1982. p.339-428.

GILLIGAN, C. **In a different voice: psychological theory and women's development**. Cambridge: Harvard Press, 1982.

**Informe de la conferencia Internacional sobre población y el desarrollo**. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.

LABORIE, F. Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres. In: **Revista Estudos Feministas**. Vol. 1 N. 2. Escola de Comunicação UFRJ. Rio de Janeiro, 1993. p. 435-447.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003. 256 p.

LIMA, M. J. **Política de Planejamento Familiar – Característica do processo decisório dessa política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.

(Trabalho realizado na disciplina: Formulação e Avaliação de Políticas Públicas do Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração em Políticas Públicas. Mimeogr.).

MACHADO, F.A. A sugestão para um modelo alternativo de atenção à saúde. In: **Revista Saúde em Debate**, nº 31, p. 31-35, 1991.

MARCOLINO, C. GALASTRO, E.P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento família. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 2001, maio; 9 (3): 77-82.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **A política de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília, 1991, 62 p. (mimeo).

MENDES, E. V.(Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1993.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: UFMG, 1980. (mimeo).

MENDES, E.V. et. al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: **Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**, (E. V. Mendes. et. al., org.) São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, p. 159-185, 1994.

MENDES, E.V. Reordenamento dos Sistemas Nacional de Saúde> visão geral. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde. P. 265-297, 1987.

MENDES, M. F. **Puerpério na atenção básica**: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. 2003. 127p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MIRANDA, P. S. C. **El discurso e la platica em la historia de uma enfermidad**: epidemiologia e políticas de AIDS em Barcelona, Cataluña, Espana y Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 19896. 590f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidad Autonoma de Barcelona, Barcelona, 1996.

NOVAES, H.M. **Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS**. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Proamsa – Opas – Livraria Pioneira e Editora, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Extension de la cobertura de servicios de salud com las estrategias de atencion primaria y participacion de la comunidad.** Washington, D.C., 1978. (OPS / Documento Oficial)

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em distritos sanitários. In: MENDES (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 187-220.

OSIS, M.J.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14(Sup.1) 25-32, 1998.

PETCHESKY, R. The body as property – A feminist revision. In: GINSBURG, F.D.; RAPP, R. (eds). **Conceiving the new world order.** The global stratification of reproduction. Berkeley, University of Califórnia, 1994.

PINOTTI, J. A. Planejamento Familiar: **Revista Femina**, Rio de Janeiro, p. 449-457. Jun. 1981.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Guia de Normatização da Assistência à Saúde da Mulher.** Secretaria Municipal de Saúde. 3ª ed.1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Oferta e cobertura dos serviços de saúde na Rede Básica.** Secretaria Municipal de Saúde/DPAA, agosto de 2002.



RIBEIRO, M. **Direitos Reprodutivos e políticas descartáveis.** In: Revista de Estudos Feministas. UFRJ. 2º semestre/1993. vol. 1, n.2.p 400-407.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Modelo Assistencial.** Florianópolis. 1990.

SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

SILVA JR. A. G. da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva. In: **Saúde em Debate.** Série Didática. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVER, L.D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 299-318.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. **Prevenir e curar:** o controle social através dos serviços de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1988.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gêneros e sexualidade. In: **Sexualidades Brasileiras.** PARKER; BARBOSA (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

fone: 331-9388 e-mail: [spb@repensul.ufsc.br](mailto:spb@repensul.ufsc.br)

#### IDENTIFICAÇÃO

Código do questionário \_\_\_\_\_

1. Identificação da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

2. M ( ) F ( )

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Carga horário de trabalho no PSF: \_\_\_\_\_

5. Carga horário de trabalho na Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

6. Formação:

( ) Graduação \_\_\_\_\_

( ) Especialização \_\_\_\_\_

( ) Mestrado \_\_\_\_\_

( ) Doutorado \_\_\_\_\_

7. Há quanto tempo você trabalha no centro de saúde?

\_\_\_\_\_

8. Você está satisfeito com o que desenvolve aqui no centro de saúde?

\_\_\_\_\_

#### PRÁTICA

10. Quais os programas de saúde desenvolvidos na unidade de saúde?

( ) Hipertensos

- (     ) Diabéticos
- (     ) Saúde da Mulher
- (     ) Saúde da Criança
- (     ) Sisvan
- (     ) Outros: \_\_\_\_\_

11. Quais as ações desenvolvidas voltadas especificamente para a saúde da mulher?

- (     ) Pré-natal
- (     ) Puerpério
- (     ) Planejamento Familiar
- (     ) Preventivo
- (     ) DST/AIDS
- (     ) Outras \_\_\_\_\_

12. Destas ações voltadas para a saúde da mulher qual você considera mais importante? Por quê?

---

---

---

13. Existe algum tipo de programa educativo em relação à saúde da mulher? Qual

---

---

---

14. Qual a periodicidade do evento?

- (     ) Semanal
- (     ) Mensal
- (     ) Bimestral
- (     ) Trimestral
- (     ) Semestral
- (     ) Anual

15. Você se envolve neste tipo de atividade? De que maneira?

---

---

---

16. O Planejamento Familiar é desenvolvido nesta unidade?

Sim (     )                      Não (     )

17. Qual a periodicidade deste acontecimento?

- (     ) Semanal
- (     ) Mensal
- (     ) Bimestral
- (     ) Trimestral
- (     ) Semestral
- (     ) \_\_\_\_\_

18. Você utiliza algum material para desenvolver o planejamento familiar? Qual?

---

---

---

19. Quais as atividades que você desenvolve no planejamento familiar?

---

---

---

20. Você sente alguma dificuldade para o desenvolvimento destas atividades?

---

---

21. Em que momento da sua assistência você realiza o planejamento familiar?

---

---

---

---

22.. Que tipo de método contraceptivo você recomenda?

---

---

23. Você realiza a orientação quando prescreve algum método contraceptivo?  
Qual?

---

---

---

---

24. Se a mulher tem necessidade de algum método contraceptivo que não está disponibilizado no centro de saúde, como você realiza o encaminhamento?

---

---

---

---

25. Quais os métodos contraceptivos disponibilizados à população na unidade?

- (     ) Camisinha masculina
- (     ) Camisinha feminina
- (     ) DIU
- (     ) Diafragma
- (     ) Anticoncepcional oral
- (     ) Anticoncepcional injetável
- (     ) Naturais (amenorréia, lactação, tabelinha, temperatura...)

26. A continuidade dos métodos é a mesma, ou são sempre outras marcas e produtos?

---

---

---

---

27. Quais os métodos que as mulheres mais preferem?

---

---

---

28. Existe algum atendimento para casos de infertilidade? Qual e quem realiza?

---

---

---

---

**TEORIA**

27. O que você compreende por direitos reprodutivos?

---

---

---

---

---

28. A Lei do Planejamento Familiar contempla?

acesso ao método para a mulher, casal ou homem ( )

garante assistência a infertilidade e contracepção( )

garantia de liberdade de opção do método ( )

29. Após esta reflexão sobre estes dois conceitos, você enquanto profissional, acha que estes estão sendo efetivados na prática da unidade de saúde? Por quê?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 2 – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS

### PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

#### **Todas as ações são importantes.**

DSC - *Na unidade de saúde as ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. Para mim todas são muito importantes, não acho que tenha uma mais importante, depende do período que esta mulher está vivenciando, pois uma complementa a outra em cada fase que a mulher se encontra. Acho que todas são importantes. Na unidade de saúde temos como programa educativo o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. Em relação ao grupo de planejamento familiar este não é desenvolvido na unidade de saúde. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual onde utilizo como material de apoio os métodos, álbum seriado, folder explicativo, próteses feminina e masculina e a mama amiga para prevenção do câncer de mama e auto-exame. Não sinto dificuldades para a realização do planejamento familiar nas consultas, apenas queria ter mais segurança nas coisas que eu falo, mais material e poder compartilhar mais com os outros profissionais, mas não temos muito tempo para isto. O planejamento é realizado nas consultas agendadas, no acolhimento, durante a coleta do preventivo e puerpério. Quanto ao método contraceptivo não recomendo nenhum apenas oriento o uso do preservativo principalmente para os adolescentes. Agora, se a mulher tem necessidade de um outro método que não está disponibilizado na unidade encaminhamos ao planejamento familiar na policlínica ou a outras unidades de saúde aqui perto que possuem ginecologista. Os métodos que são disponibilizados à população na unidade são a camisinha masculina e feminina. Diu, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, as marcas destes produtos são sempre as mesmas. O método que as mulheres preferem é com toda certeza o anticoncepcional oral. Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica. Agora, direitos reprodutivos para mim é o direito de conhecer todos os métodos contraceptivos, de optar por algum e de obtê-lo conforme a sua necessidade e respaldada em conhecimento técnico também, pois às vezes o que ela quer não é o melhor para ela, pois tem que conhecer e compreender esse processo para daí poder optar e escolher o método. É o direito das pessoas ter ou não seus filhos, ter acesso aos métodos e a garantia de seu fornecimento pela rede pública. Sobre a lei do planejamento familiar não me lembro da lei, acho que ela fala a respeito dos direitos reprodutivos e estabelece algumas normas para os diferentes níveis de atenção. Em parte acho que estão sendo efetivados na prática, pela deficiência que o planejamento familiar está sendo realizado apenas dentro do CS, deveria haver um maior envolvimento com as escolas, comunidades. Às vezes não temos o método escolhido pela mulher. Temos dificuldades de encaminhamentos devido a grande demanda.*

#### **Ação mais importante é o Planejamento Familiar**

DSC - *Na unidade de saúde as ações desenvolvidas voltadas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar preventivo e DST/AIDS, dentre estas a que considero mais importante é o planejamento familiar, porque podemos esclarecer melhor e educar quanto aos métodos, por causa da anticoncepção, a gestação adolescente, mas o*

*planejamento familiar não conseguiu atingir sua plenitude na assistência. No planejamento familiar deveria ter um maior envolvimento da comunidade, da escolar. O planejamento familiar só desenvolve ações que se restringem ao posto, teria que ser uma coisa mais ampla, porque poderíamos abordar além dos métodos que existem, falar sobre DST/AIDS e coisas relevantes à sexualidade das mulheres. No entanto o programa educativo que existe na unidade em relação à saúde da mulher é o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, no qual não me envolvo ainda. Existe também um grupo de planejamento familiar que se reúne mensalmente e no qual não me envolvo de maneira direta, apenas levo algum material para que elas possam trabalhar, mas não desenvolvo o grupo. Mas realizo o planejamento familiar durante a assistência nas consultas de puerpério e na coleta do preventivo e o método que eu recomendo é principalmente a camisinha, oriento todos, mas estímulo o preservativo como método principal nos dias de hoje, principalmente por causa das DST's e da AIDS, falo da importâncias e da responsabilidade dela como mulher com ela mesma. Agora se a mulher tem necessidade de outro método que não está disponível na unidade encaminho ao ginecologista da unidade para ele ver qual o encaminhamento necessário como é o caso da laqueadura. Os métodos que a unidade disponibiliza sempre são camisinha masculina e feminina, DIU, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, e os naturais, sendo que a marca às vezes muda mais o princípio ativo, o hormônio é o mesmo. Mas o método que as mulheres mais preferem é o anticoncepcional oral e o DIU já que temos médico ginecologista que coloca aqui e o menos solicitado é o diafragma. Em relação aos casos de infertilidade encaminhamos ao ginecologista da unidade e ele encaminha para a Maternidade Carmela Dutra. Quanto ao que eu penso em relação aos direitos reprodutivos acho cada um tem o direito de saber quando e quantos e como quer ter seus filhos. Acho que é o direito que a mulher tem de decidir o que ela pretende, mulheres que optam por laqueadura o marido não deveria precisar ir junto, por exemplo, a mulher tem o direito de decidir o que ela quer. Quanto a lei do planejamento familiar ela existe, mas eu não vejo todos com acesso. As pessoas não sabem que esta lei existe e às vezes e muitas vezes essa lei não é efetivada. Também não acho que está sendo efetivada, precisava que as pessoas tivessem mais acesso e também há falta de profissionais.*

### **Ação mais importante é o Preventivo**

*DSC - As ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher aqui na unidade de saúde são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. Destas ações a que eu considero mais importante é o preventivo, pois as mulheres ainda não se sensibilizaram para a importância deste. O grupo que temos na unidade é o de gestantes que se reúne quinzenalmente e no qual não me envolvo. Não existe grupo de planejamento familiar, apenas é desenvolvido de maneira individual e para isto utilizamos a pelve feminina, mama amiga, caixa com o mostruário dos métodos contraceptivos. Para o desenvolvimento do planejamento familiar de maneira individual não sinto dificuldades, ele é realizado durante as consultas de preventivo. Eu não recomendo nenhum método, isto é com o médico, faço a orientação dos métodos mas não prescrevo. Se a mulher tiver necessidade de algum método que não esteja disponível na unidade o médico encaminha para a Policlínica. Os métodos que nós possuímos na unidade são a camisinha masculina e feminina, DIU, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, sendo que as marcas e produtos são sempre os mesmos. Dentre estes métodos o preferido das mulheres é a pílula. Nos casos de infertilidade é o médico que trata disto. Mas, direito reprodutivo para mim é o direito de escolha da pessoa, de ela querer ou não seus filhos com respaldo da rede de saúde apoiando suas decisões. Quanto a lei do planejamento familiar eu não conheço na íntegra, mas fala a respeito do acesso aos métodos e da garantia da escolha pela pessoa. Também não acho que vem sendo efetivado na prática, pois muitas vezes a pessoa escolhe um método, mas este não está disponível na unidade ou por desconhecimento não utiliza corretamente refletindo uma informação inadequada.*



## PROFISSIONAIS MÉDICOS

### **Todas as ações são importantes**

DSC - *Na unidade de saúde as ações desenvolvidas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo, e orientação para DST/AIDS. Para mim todas são muito importante, não acho que tenha uma mais importante, depende do período que esta mulher está vivenciando, pois uma complementa a outra em cada fase que a mulher se encontra. Acho que todas são importantes. Na unidade de saúde temos como programa educativo o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, onde me envolvo no planejamento do grupo, oriento os residentes para o desenvolvimento do grupo, participo da reunião e esclareço dúvidas. Em relação ao grupo de planejamento familiar este não é desenvolvido na unidade de saúde. O desenvolvimento do planejamento familiar é de maneira mais individual onde utilizo como material de apoio os métodos, álbum seriado, folder explicativo, próteses feminina e masculina e a mama amiga para prevenção do câncer de mama e auto-exame. Não sinto dificuldades para a realização do planejamento familiar nas consultas, apenas queria ter mais segurança nas coisas que eu falo, mais material e poder compartilhar mais com os outros profissionais, mas não temos muito tempo para isto. O planejamento é realizado nas consultas agendadas, no acolhimento, durante a coleta do preventivo e puerpério. Quanto ao método contraceptivo não recomendo nenhum apenas oriento o uso do preservativo principalmente para os adolescentes. Agora, se a mulher tem necessidade de um outro método que não está disponibilizado na unidade encaminhamos ao planejamento familiar na policlínica ou a outras unidades de saúde aqui perto que possuem ginecologista. Os métodos que são disponibilizados à população na unidade são a camisinha masculina e feminina. Diu, diafragma, anticoncepcional oral e injetável, as marcas destes produtos são sempre as mesmas. O método que as mulheres preferem é com toda certeza o anticoncepcional oral. Quando a mulher apresenta infertilidade encaminhamos o caso para a Policlínica. Agora, direitos reprodutivos para mim em primeiro lugar, é o direito a informação sobre, ter o conhecimento de todas as possibilidades e ter acesso a essas possibilidades, no caso acesso aos métodos. A mulher ter o direito de escolha, de optar o melhor. Poder gerir sua própria sexualidade, exercendo esta da melhor forma com liberdade de escolha tendo a discussão com o parceiro. Ter acesso ao serviço e informação sobre o método. A lei do planejamento familiar é a garantia do acesso ao método pela mulher e a liberdade de opção em relação a este método. Agora eu não acho que isto está sendo efetivado na prática da unidade de saúde, porque o serviço é assistemático, não existe divulgação sobre este tema, o foco é a criança. Não existe envolvimento da equipe para que isto ocorra. Também acho que perdemos muito tempo com orientações, isto deveria ficar com a enfermagem. Existe muita dificuldade em relação ao acesso a laqueadura e a vasectomia também.*

### **Ação mais importante é o Planejamento Familiar**

DSC – *Na unidade de saúde as ações desenvolvidas voltadas especificamente para a saúde da mulher são o pré-natal, puerpério, planejamento familiar e preventivo, dentre estas a que considero mais importante é o planejamento familiar, porque é preventivo para outras ações. O programa educativo que existe na unidade em relação à saúde da mulher é o grupo de gestantes que se reúne quinzenalmente, no qual preparo as reuniões, e participo das mesmas. O grupo de planejamento familiar não é desenvolvido. O material que uso para o atendimento individual é um álbum seriado mais voltado para o público adolescente. Acho que o principal motivo para não desenvolvermos o planejamento familiar de uma maneira mais efetiva é a falta de tempo. Durante a minha assistência eu realizo o planejamento familiar é no retorno do preventivo ou para anticoncepção principalmente com adolescentes e no puerpério. Quanto ao método contraceptivo que recomendo depende da paciente, exponho as vantagens e desvantagens de cada método.*

*Agora se ela tiver necessidade de algum método contraceptivo que não está disponibilizado na unidade de saúde eu encaminho ao planejamento familiar da Policlínica. Os métodos que a unidade disponibiliza à população sempre são os preservativos, o anticoncepcional oral e injetável. Sendo que a marca destes produtos na maioria das vezes é a mesma, mas às vezes fica faltando o anticoncepcional injetável no meio do mês. O método preferido das mulheres é sem dúvida o anticoncepcional oral. Em relação a casos de infertilidade aqui, especificamente não existe um atendimento, o que nós fizemos é encaminhar para a Policlínica. Relacionado ao meu entendimento sobre direitos reprodutivos eu acho que é a escolha da reprodução, como, quando, quantos, tem que ser uma discussão do casal envolvido. Sobre a lei do Planejamento Familiar eu não conheço. Agora acho que isto vem sendo feito parcialmente na unidade de saúde porque ainda não são disponibilizados todos os métodos, faltam informações por parte das mulheres e também a baixa qualidade destas informações fornecidas.*

### **Ação mais importante é o Pré-natal.**

*DSC – As ações desenvolvidas voltadas especificamente para a saúde da mulher são pré-natal, puerpério, planejamento familiar, coleta do preventivo e orientação para DSTDS. Destas ações a que considero mais importante é o pré-natal, pela avaliação da mulher e da criança ao mesmo tempo. As mulheres estão despreparadas e desorientadas quanto ao manejo do recém-nascido, também evita intercorrências. Existe o grupo de gestantes e de planejamento familiar como proposta educativa na unidade, reúnem-se mensalmente. Quando me envolvo nesta atividade eu tiro dúvidas que as mulheres possam ter eventualmente. Individualmente no planejamento familiar durante as consultas eu utilizo o álbum seriado para a orientação, a única dificuldade que eu vejo em relação ao planejamento familiar é que as mulheres não participam muito do grupo, são poucas as que comparecem nas reuniões, também pela falta de divulgação, elas não sabem o que o posto oferece. Se elas soubessem, tivesse facilidade, e não tivesse burocracia era muito melhor. Quando realizo o planejamento familiar de maneira assistencial é durante a consulta do puerpério e no pré-natal se houver questionamento da mulher. O método contraceptivo que eu recomendo é o anticoncepcional oral combinado com o uso do preservativo, mas sou fã número um do DIU, também acho muito prático a questão dos anticoncepcionais injetáveis, tanto os mensais como os trimestrais, dependendo do caso é claro. No caso de a mulher necessitar de outro método contraceptivo que não esteja disponível na unidade encaminho à Policlínica mas sempre tentamos trabalhar com os métodos que o posto nos oferece. Geralmente temos todos os métodos disponíveis o que pode acontecer é acabar no meio do mês antes do novo pedido, mas as marcas são sempre as mesmas. No caso das preferências das mulheres elas optam sem dúvida pelo anticoncepcional oral e DIU. Nos casos de infertilidades resolvemos 80% e quando não é possível encaminhamos para a Policlínica ou para a Maternidade Carmela Dutra. A minha compreensão em relação aos direitos reprodutivos é que tanto o casal como o indivíduo tem o direito de decidir a quantidade de filhos que pretende ter. Ter o conhecimento para escolher o método. A mulher tem o direito ao seu próprio corpo, a fazer seu planejamento familiar, tem que conhecer todos os métodos possíveis para ela escolher o que ela acha melhor, sendo orientada por nós. O médico deve orientar e não impor. Em relação a lei o planejamento familiar acho está muito atrasada, porque a mulher tem direito à laqueadura por exemplo. Não acho que isto vem sendo efetivado na prática, o trabalho é muito individualizado, as pessoas não tem acesso aos métodos e aos serviços, teria que ter mais espaço físico, agendamentos, mobilização da equipe, disponibilidade do profissional, material didático. Os agentes comunitários deveriam fazer uma comunicação melhor com todas as famílias do que o posto oferece, porque ao meu entender a comunidade não sabe o que o posto oferece.*

## **8. ANEXOS**

### **ANEXO 1 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO GERENCIAMENTO DE FLORIANÓPOLIS**

Os serviços de saúde oferecidos pelo SUS - Sistema Único de Saúde estão inseridos em duas linhas diferenciadas de atenção: a primeira e mais conhecida é a assistência individual, geralmente fundamentada pelas consultas e/ou procedimentos de profissionais de saúde e auxiliares e que se manifesta pelo atendimento em unidades de saúde, sejam unidades básicas, especializadas ou hospitalares. A segunda forma é constituída pelo conjunto de ações voltadas à coletividade, está representada pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e suas ações não estão necessariamente vinculadas às unidades de saúde.

Com o advento do SUS - Sistema Único de Saúde, o gerenciamento executivo deste conjunto de serviços passou principalmente para os municípios, onde se materializam os problemas de saúde, tanto de ordem individual como coletiva. É deste modo que as Secretarias de Saúde dos municípios vem assumindo gradativamente a responsabilidade pela administração direta de 100% dos serviços públicos de saúde, incluindo a assistência hospitalar. Além disso passam a administrar os contratos e convênios com o setor privado na jurisdição municipal e que sejam indispensáveis para assegurar o preenchimento de lacunas deixadas pelo setor público na assistência individual em saúde. Neste ponto as Secretarias Municipais passam a deter a denominada “gestão plena” do sistema.

A Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis encontra-se na gestão plena de atenção básica ampliada - PABA.

Atualmente a Secretaria gerencia 49 Unidades de Saúde, sendo 46 unidades de saúde classificadas como básicas, 01 unidade considerada de segunda linha de atenção por se tratar de um ambulatório de especialidades, anteriormente conhecido como PAM-INAMPS (a Policlínica II no bairro Estreito), 01 laboratório de análises clínicas (funciona junto ao CS Estreito) e 01 centro de atenção profissional (CAPS-NAPS ponta do coral).

O Programa de Saúde da Família - PSF iniciado em 1995 e que hoje alcança 35 unidades de saúde (com 42 equipes PSF) e o Programa de Agentes de Saúde - PACS, implantado em 100% do território do município estão vinculados à unidades ou áreas de saúde. Ambos os projetos possuem a característica do atendimento domiciliar tanto de saúde (pelo médico e equipe de enfermagem do PSF) quanto de levantamento da situação individual e familiar pela vigilância à saúde (através dos agentes comunitários do PACS). A rede possui também unidades com prestação de serviços no modelo PSF e que realizam atendimento docente-assistencial (Quadro 02 ver as unidades básicas prestadoras). As equipes de saúde do PSF são compostas por médicos com perfil de generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

No modelo assistencial adotado atualmente algumas unidades de saúde tem se comportado de modo a desenvolverem maior complexidade de serviços, principalmente por conta de necessidades epidemiológicas específicas e pela

criação de centros de atendimento à determinados grupos de risco. Esta é a situação do Centro de Assistência Psicossocial – CAPS/NAPS, uma unidade de atendimento diferenciado. Em outros casos existem núcleos ou ambulatórios de atendimento específico inseridos em unidades básicas mais complexas. A unidade CS Centro, situada na Avenida Rio Branco, é uma delas, e conta com um ambulatório somente para atendimento em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. A Policlínica II - Estreito também possui núcleos específicos de atendimento, como o Centro de Testagem e Aconselhamento em AIDS – CTA.

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, o município de Florianópolis desenvolveu o processo de territorialização como um dos instrumentos de mudança do modelo assistencial e de adequação do gerenciamento do sistema. Neste sentido a estrutura organizacional deverá incorporar novos setores capazes de realizar o acompanhamento e controle de serviços próprios e contratados em todos os níveis de atenção. Este projeto assegura a implantação das equipes regionais de coordenação técnica e gerenciamento.

As equipes regionais de saúde, em número de 05, foram implantadas em junho de 2002. São compostas por 01 coordenador regional, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 auxiliar administrativo. As regionais de saúde tem como função principal o gerenciamento da rede a nível regional.

A seguir serão descritos os níveis de agregados territoriais, que são sempre geograficamente delimitados e que possuem funções e atribuições

definidas. Os responsáveis em cada nível podem ser tanto um gerente como uma equipe de saúde mais ou menos complexa dependendo de seu nível de inserção e ainda, no caso das microáreas, um agente de saúde.

Os níveis de agregação são os seguintes:

**MICROÁREA:** Atualmente o município está subdividido em 632 micro-áreas de saúde. Cada micro-área é assumida por um agente comunitário de saúde (PACS) e possui aproximadamente 200 famílias sob sua responsabilidade. A atuação do agente comunitário se dá exclusivamente na comunidade, captando os problemas de saúde e agravos ao meio ambiente.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA:** é a área de responsabilidade da unidade. A idéia é que todo evento que leve a um risco ou agravo à saúde deve ser controlado ou minimizado pela equipe local de saúde, em princípio, o que inclui a prática da visita domiciliar, além do atendimento ambulatorial. Como nem todas as equipes locais de saúde poderão assumir a resolução destes problemas, seja por limitações quantitativas como qualitativas, um outro nível territorial se faz necessário, absorvendo as lacunas técnicas e exercendo funções gerenciais.

**REGIONAL DE SAÚDE:** é uma região municipal de saúde que possui características culturais e econômicas próprias, continuidade geográfica, perfil epidemiológico e ambiental definidos e uma estrutura de serviços de saúde sob sua responsabilidade, com recursos capazes de garantir a atenção à saúde em sua região. Cada regional possui uma sede gerencial e sua equipe é responsável pela vigilância à saúde e pelo acompanhamento do desempenho da rede de

saúde. Atualmente em Florianópolis estão delineadas geograficamente as 05 regionais de saúde.

Toda a rede e o nível central da Secretaria de Saúde estão gradativamente adotando um sistema de informações amplo, capaz de processar, analisar e interpretar dados de interesse nacional e municipal, definindo e atualizando periodicamente o diagnóstico de saúde e permitindo o acompanhamento e a avaliação sistemática do processo. Todo este complexo será interligado por rede informatizada e os dados agregados por método de georreferenciamento.

A partir de fevereiro de 2002 foi informatizada a primeira unidade de saúde - o CS Tapera. Em seguida, em junho de 2002, foi informatizada o CS Agrônômica. A previsão é de que até o final de 2002 sejam informatizadas, pelo menos, mais 10 unidades de saúde.

**Quadro 01- Divisão das Regionais de Saúde por Unidades de Saúde.  
Florianópolis, PMF/SMS/DPAA. Agosto de 2002.**

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>
<b>CENTRO</b>	Agronômica
	Centro
	Monte Serrat
	Prainha
	CAPS/NAPS - Ponta do Coral
<b>CONTINENTE</b>	Abraão
	Balneário
	Capoeiras
	Coloninha
	Estreito / Laboratório Municipal
	Jardim Atlântico
	Monte Cristo
	Morro da Caixa
	Policlínica II
	Sapé
Vila Aparecida	
<b>LESTE</b>	Barra da Lagoa
	Canto da Lagoa
	Córrego Grande
	Costa da Lagoa
	Itacorubi
	Lagoa da Conceição
	Pantanal
	João Paulo (Saco Grande I)



	Saco Grande (Saco Grandell)
<b>NORTE</b>	Cachoeira do Bom Jesus
	Canasvieiras
	Ingleseles
	Jurerê
	Ponta das Canas
	Ratones
	Rio Vermelho
	Santo Antônio de Lisboa
	Vargem Grande
	Vargem Pequena
<b>SUL</b>	Armação
	Alto Ribeirão
	Caeira da Barra do Sul
	Campeche
	Carianos
	Costeira do Pirajubaé
	Fazenda do Rio Tavares
	Morro das Pedras
	Pântano do Sul
	Ribeirão da Ilha
	Rio Tavares
	Saco dos Limões
	Tapera