

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

HELENA BEATRIZ SCHEEREN

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGO COM “ELAS” E “ELES” SOBRE
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

HELENA BEATRIZ SCHEEREN

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGO COM “ELAS” E “ELES” SOBRE
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dr. Antônio de Miranda Wosny

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

S314e Scheeren, Helena Beatriz
Educação e saúde: diálogo em “elas” e “eles” sobre planejamento familiar
[dissertação] / Helena Beatriz Scheeren. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.
102p.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Educação. 2. Enfermagem. 3. Planejamento familiar –
Enfermagem. 4. Cultura – Família. 5. Gênero – Relação Conjugal. I. Título.

CDD19ª ed.– 362.82

Catologado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

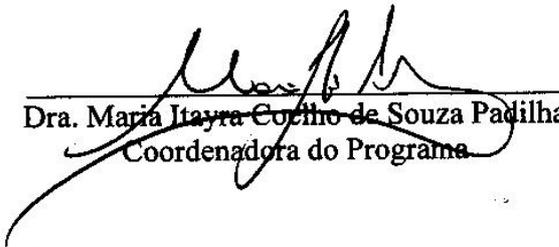
HELENA BEATRIZ SCHEEREN

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGO COM “ELAS” E “ELES” SOBRE
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

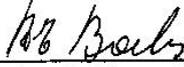
E aprovada na sua versão final em 31 de julho de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dr. Antonio de Miranda Wosny
Presidente


Dra. Gladys Amélia Velez Benito
Membro


Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro


Dra. Maria do Horto F. Cartana
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Neste momento é que refletimos sobre todas as contribuições recebidas e agradecemos em primeiro lugar a Deus, pois com certeza ele esteve ao meu lado durante esta jornada . Agradecemos, também, a todas as pessoas que dela fizeram parte, contribuindo de alguma forma para que se tornasse realidade. Quero agradecer a quem fez, e sempre fará parte da minha história:

Em especial , ao meu orientador, tão generoso, Professor, Dr. Antonio de Miranda Wosny, pela sua dedicação, paciência, compreensão e orientações que nortearam minha dissertação.

Aos professores e colegas de mestrado com quem compartilhamos estes dois anos juntos.

Aos sujeitos desta pesquisa, que se dispuseram aos encontros , e contribuição para este trabalho.

A acadêmica Alexandra pela disponibilidade e auxílio durante os encontros.

A minha grande amiga Patrícia por compartilhar comigo momentos difíceis e felizes.

A minha querida filha Marília, pela paciência e compreensão durante meus períodos de ausência.

Ao Luiz, pelo amor, paciência e apoio, durante parte desta trajetória .

SCHEEREN, Helena Beatriz. **Educação e saúde:** diálogo com “elas” e “eles” sobre planejamento familiar. 2006. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 102p.

Orientador: Dr. Antonio de Miranda Wosny

RESUMO

O presente trabalho relata uma prática que refletiu e dialogou sobre planejamento familiar com moradores de uma vila urbana de um município gaúcho. Caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial. Para a realização da pesquisa foram organizados grupos de diálogo com mulheres e homens da vila. O número de participantes femininos variou de quatro a sete e o masculino foi cinco. Fundamenta-se nas reflexões teóricas de Roberto Briceño-León, apresentadas como Sete Teses da Educação Sanitária para a Participação Comunitária. Objetivou-se, através de um diálogo participativo, conhecer os indivíduos no contexto de sua comunidade e destacar suas principais expectativas quanto à sexualidade e planejamento familiar. Procurou-se pesquisar estes homens e mulheres, deixando-se conhecer e reconhecer em situações de interesse educativo em saúde. A partir do diálogo foram identificados fatores que podem ser determinantes ou interferir na maneira como as pessoas compreendem e procedem em relação a questões de gênero, crenças sobre as funções corporais, crenças culturais e religiosas, estilo de vida, situação econômica, experiências anteriores, expectativa em relação a efeitos colaterais, planos de reprodução entre outros. Conclui-se que possíveis dificuldades no planejamento familiar nesta comunidade podem estar relacionadas a questões sobre sexualidade, métodos contraceptivos e conhecimentos corporais. Além disso, percebeu-se a interferência de fatores culturais, questões de gênero, a falta de participação masculina e responsabilização da mulher. Identificamos, ainda, falas onde se percebe dificuldades de entendimento em relação ao planejamento familiar que podem estar relacionadas a necessidade de maior diálogo entre profissionais e clientela..

Palavras-chave: Planejamento familiar, educação em saúde, diálogo, cultura.

ABSTRACT

The present work shows a practice that reflected and dialogued about family planning with inhabitants of an urban village of a city in the state of Rio Grande do Sul – Brazil. The work used a qualitative research, in a convergent assistance type. To accomplish the research, dialogue groups of women and men of the village had been carried through. The number of women participating varied between four and seven and the number of men was five. It is based on the theoretical reflections of Robert Briceño-León, presented as the Seven Theses of the Sanitary Education for the Communitarian Participation. The goal was to know the people through a participative dialogue in the context of their community and to show their main expectations about sexuality and family planning. The effort was to know these men and women, letting them to know and to recognize themselves in situations of health educative interest. From the dialogue it was identified factors that can be determinative or interfere in the way people understand and proceed about the theme questions, beliefs on the corporal functions, cultural and religious beliefs, life style, economic situation, previous experiences, expectation in relation to the collateral effects, reproduction plans among others. It concludes that possible difficulties in the family planning in this community can be related to questions on sexuality, contraceptive methods and corporal knowledge. Moreover, it was perceived the interference of cultural factors, theme questions, the lack of masculine participation and the consideration of woman to be the responsible. We identify, yet, dialogues where it perceives difficulties of agreement in relation to the family planning that they can be related to the necessity of more dialogue between professionals and clients.

Keywords: Family planning, education in health, dialogue, culture.

RESUMEN

El actual trabajo relata a una práctica que reflejó y dialogó en el planeamiento familiar con los habitantes de una aldea urbana de un gaúcho de la ciudad. Se caracteriza por la colecta cualitativa, del tipo convergente asistencial. Para la realización de la investigación fueron hechos grupos del diálogo con las mujeres y los hombres de la aldea. La cantidad de participantes mujeres varió de cuatro a siete y el masculino fue cinco. Se basa en las reflexiones teóricas de Roberto Briceño-León, presentado como las Siete Teses de la Educación Sanitaria para la participación comunitaria. Fue el objetivo, con un diálogo participativo, conocer los individuos en el contexto de su comunidad y para separar sus expectativas principales cuánto a la sexualidad y al planeamiento familiar. Buscó conocer a estos hombres y mujeres, dejando para saber y para reconocer en situaciones del interés educativo en salud. Del diálogo habían sido identificados los factores que pueden ser determinativos o intervenir con la manera como la gente entiende y procede en la relación de las preguntas de la clase, creencia en las funciones corporales, creencias culturales y religiosas, estilo de vida, situación económica, experiencias pasadas, expectativa en la relación al los efectos colaterales, planos de la reproducción entre otros. Se concluye que las dificultades posibles en el planeamiento familiar en esta comunidad pueden ser relacionadas las cuestiones de la sexualidad, métodos anticonceptivos y conocimientos corporales. Fue percibido también la interferencia de factores culturales, cuestiones del género, la carencia de la participación masculina y responsabilidad de la mujer. Identificamos, no obstante, momentos donde si percibe dificultades del entendimiento en lo planeamiento familiar que pueden estar relacionadas a la necesidad de un diálogo más grande entre los profesionales y la clientela.

Palabras clave: Planeamiento familiar, educación en salud, diálogo, cultura.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Categoria 01 – Dialogando com “elas”, respectivas subcategorias, unidades de significado e frequência	73
Quadro 02: Categoria 02 – Dialogando com “eles”, respectivas categorias, unidades de significados	79
Quadro 03: Categoria 03 – Dificuldades ao diálogo sobre Planejamento Familiar, respectivas subcategorias, unidades de significado	86
Quadro 04: Categoria 04 – Facilidades ao diálogo sobre Planejamento Familiar, respectivas subcategorias, unidades de significado	90

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	9
INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 As políticas públicas de saúde no Brasil.....	19
3.2 Sexualidade.....	21
3.3 Histórico das práticas contraceptivas	26
3.4 Planejamento familiar	29
3.5 Conceitos fundamentais	38
3.5.1 Diálogo	38
3.5.2 Participação	41
3.5.4 Ser Humano	44
3.5.5 Saúde	44
3.5.6 Família.....	45
3.5.7 Enfermeira	46
3.5.8 Ambiente e Sociedade	46
3.5.9 Cultura	46
3.6 Contribuição teórica de Briceño-Leon	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO	53
4.1 Descrição do cenário.....	54
4.2 Os sujeitos.....	58
4.3 Coleta de dados	59
4.4 Considerações éticas do estudo.....	61
4.5 Análise de dados.....	62
5 OS ENCONTROS COM “ELAS” E “ELES”	64
5.1 Apresentação da proposta de trabalho e convite à participação.	64
5.2 Primeiro encontro com “elas”	66
5.3 Segundo grupo com “elas”.....	69
5.4 Terceiro grupo com elas.....	72
5.5 Grupo com “eles”.....	74
6 ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS “ELE E ELAS”	81
6.1 Interesse pelo tema	81
6.2 Concepções sobre planejamento familiar.....	82
6.3 Informações relacionadas ao método.....	83
6.4 Questões Culturais.....	84
7 DIFICULDADES NO DIÁLOGO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR	86
7.1 Dificuldade de incluir homens e mulheres no diálogo.....	87
7.2 Falta de conhecimentos acerca de métodos e do corpo	88
7.3 Desconhecimentos dos direitos relacionados ao planejamento familiar	88

7.4 Dificuldades relacionadas ao local dos encontros e não disponibilidade da mulher de seu tempo e espaço	88
8 FACILIDADES AO DIÁLOGO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR	90
8.1 A situação financeira, falta de informação e curiosidade	90
8.2 Presença e disponibilidade profissional de Saúde	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	100

⋮

INTRODUÇÃO

Minha trajetória de profissional da enfermagem conta com mais de uma década de experiência em Unidades Básicas de Saúde, atuando diretamente com as comunidades. Neste tempo pode se considerar a multiplicidade de ações desenvolvidas, especialmente relacionadas à assistência, promoção e prevenção. Dentre estas múltiplas ações trabalhadas junto às comunidades, a questão do planejamento familiar foi a que me chamou mais atenção. Na minha percepção destacam-se duas dimensões: a realidade do público atendido parecia claramente demandar intervenção no sentido do Planejamento Familiar; noutro sentido, percebia-se dificuldades em visualizar as transformações desejadas com as ações empreendidas sobre o tema.

Minhas inquietações foram tornando-se cada vez maiores diante dos questionamentos que fazia durante as atividades diárias, junto às mulheres com as quais realizo consultas de enfermagem, grupos de orientações, coleta de citopatológico de colo de útero. Lembro de uma mulher por mim atendida, na sexta gestação, que estudou até a terceira série do primeiro grau: uma criança teve óbito no primeiro ano de vida, não sabia o motivo; outra, apresentando peso acima do esperado, mas com alimentação completamente inadequada. Na gestação anterior ela tinha sido orientada, tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto no hospital onde permaneceu internada, sobre o risco de uma nova gestação. Ambos os membros inferiores apresentavam varizes calibrosas enormes, com presença de calor e dor. A partir de sua suposta aceitação da laqueadura por indicação médica, o encaminhamento foi feito. Logo após o nascimento o procedimento foi marcado, a mulher novamente orientada, mas ela decidiu não fazê-lo. Retornando a UBS, indaguei sobre qual o método estava usando. Referiu estar usando o preservativo. Revisei com ela de que forma estava usando e esclareci que poderia optar também pelo DIU, método não aceito por ela anteriormente e que agora dizia aceitar. Feita a coleta do citopatológico de colo de

útero. Foi orientada novamente sobre o uso do preservativo, método que continuaria usando enquanto aguardava o resultado do exame para a colocação do DIU. Quando retornou para buscar o exame já estava grávida novamente. Disse que queria dar mais um menino para o marido, pois só tinha um (do sexo masculino). Fiz a solicitação dos exames do Pré-natal e encaminhei ao laboratório. A gestante disse que não poderia ir porque não tinha dinheiro para passagem e que o marido, que se negava a acompanhá-la ao serviço de saúde, tinha perdido o emprego. Assim que tivesse condições faria os exames. Esta mulher tinha uma filha adolescente grávida que permanecia morando com os pais. Para mudanças nesta realidade é preciso que os programas de saúde consigam abranger estas mulheres na sua integralidade.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) apresenta-se como um marco pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva no contexto da atenção integral, e não em ações isoladas de planejamento familiar. Ele contempla aspectos da vida reprodutiva da mulher passando por todas as fases de sua vida, da adolescência à menopausa, incluindo a assistência clínico-ginecológica, a assistência pré-natal, as doenças sexualmente transmissíveis e as ações de planejamento familiar. Ele, no entanto, nunca chegou a ser totalmente implantado no país. (BRASIL, 2002).

A Lei do Planejamento familiar sancionada em 1996 estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõe a assistência integral à saúde. Em relação às atividades propostas pelo Ministério da Saúde elas contemplam atividades educativas, de aconselhamento e clínicas. Buscam sintonizar-se com os princípios do SUS (BRASIL, 2002).

A assistência em anticoncepção pressupõe oferta de métodos anticoncepcionais aprovados pelo Ministério Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Em relação aos métodos, devem ser levadas em conta a eficácia, os efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e a proteção a doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV (BRASIL,

2002). Para que haja efetividade das ações de planejamento familiar é necessário que a rede pública de saúde disponibilize os métodos que fazem parte do PAISM.

O Brasil teve uma queda na taxa de fecundidade nas últimas quatro décadas. Esta queda poderia ser considerada um sucesso se não fosse a distribuição desigual entre as diferentes camadas da população, sendo que as pessoas de baixa renda, ainda são penalizadas por essa distribuição injusta de acesso à contracepção segura e eficaz. Os índices de mortalidade materna ainda estão entre os mais altos do continente (VIEIRA, 2003).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, veio confirmar a tendência declinante da fecundidade, que atingiu seu nível mais baixo nos últimos anos. O número médio de filhos por mulher foi igual a 2.1, o que representou queda de 12.5% em relação ao último censo. A educação e a renda das mulheres continuam relacionadas negativamente aos níveis de fecundidade (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2006).

De acordo com Médici (1999), as mulheres mais pobres (com menos renda) são aquelas que apresentam maiores taxas de fecundidade e mortalidade materna, assim como menor acesso aos serviços de planejamento familiar, pré-natal e parto assistido.

O Planejamento familiar vem se constituindo um desafio para os profissionais de saúde, fazendo-se necessárias mudanças na abordagem do profissional, quer de forma individual ou coletiva, pois parece que ainda focaliza-se mais o método anticoncepcional em detrimento do ser humano.

Este ser humano mulher, como conseqüência das desigualdades no âmbito da sexualidade e da reprodução, parece muitas vezes não ter conhecimento e controle sobre o próprio corpo, nem o poder de decisão em relação à sexualidade e à reprodução. Com freqüência, ouve-se mulheres referindo terem sido usadas pelos maridos, assim como perceberem que o homem só pensa na sua própria satisfação e prazer, e quando se preocupa com o prazer da mulher seria para confirmar sua própria masculinidade e seu poder de “dar prazer”. Ainda em gerações mais novas, é comum jovens dizerem que “*transei com meu namorado porque se eu não fizesse ele me trocava por outra*”. A análise desta situação mostra uma mulher submissa, em condições de vulnerabilidade para doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez

indesejada, ou aceitando relacionamento sexual sem ter vontade (DIAZ & DIAZ, 1999).

Ainda, segundo os mesmos autores, esta falta de poder para tomar a decisão de dizer não a um ato sexual, se estende às decisões relacionadas ao uso de métodos contraceptivos como também para decidir ou exigir o uso da camisinha. No processo de socialização, os homens são estimulados a se manterem alheios às questões de reprodução e da paternidade. Anticoncepção, gravidez, aborto, filhos, tem sido considerados “coisas de mulher”, sendo que os serviços de saúde ainda não estão preparados para incorporar o homem num processo de participação para a tomada de decisões através de relações igualitárias.

Percebe-se na nossa prática que a participação masculina nas atividades de planejamento familiar ainda ocorrerem de maneira muito tímida. Isto vai de encontro ao que (VILLELA E ARILHA, 2003) falam quando referem que na organização das sociedades, nas suas diferentes classes, toma como um de seus principais eixos as distinções entre quem fecunda e quem gera, atribuindo valores e significados diferentes para cada uma dessas funções. Está relacionado ao modo como cada cultura lida com a reprodução.

A redução desta desigualdade de gênero, na participação em questões reprodutivas, ainda demanda de oportunidades e motivação para o diálogo aberto entre “eles e elas”. Isto pode acontecer com a mediação do profissional de saúde, facilitando o processo participativo e organizativo da comunidade nas questões de saúde no seu sentido mais amplo. Nesta perspectiva, as atividades de educação populares em saúde devem sustentar-se em um referencial teórico claro e objetivo. Consideramos que as proposições de Roberto Briceño-León, através de seus pressupostos e teses contribuem para a construção de novos conhecimentos com a participação ativa da comunidade (BRICEÑO-LÉON, 1996). Este autor apresenta dois pressupostos importantes afirmando que é fundamental conhecer o ser humano (suas crenças, seus hábitos e funções e suas circunstâncias) e, que, além disso, é indispensável lembrar que ninguém pode cuidar eficientemente da saúde de um indivíduo, família ou comunidade, se ela não manifestar algum interesse neste sentido, ou seja, “ninguém pode cuidar da saúde do outro se ele não quiser por si mesmo

(BRICEÑO-LEÓN, 1996, p.3)”.

Roberto Briceño-León, sociólogo venezuelano, adota princípios educativos do referencial pedagógico de Paulo Freire. Destaca em suas teses o diálogo como instrumento primordial na educação popular, especialmente adaptada para o setor saúde. Além disso, este autor apresenta teses às quais devidamente refletidas, podem contribuir para o processo participativo da população nas atividades de educação em saúde. Esta proposta transcende a transmissão de informações normativas e autoritárias, promove o entendimento sobre a lógica do pensamento humano, gerando consciência e ação participativa. Coincidindo com uma educação libertadora e formadora de opinião capaz de gerar transformação individual, familiar e coletiva.

Cuidar da saúde reprodutiva do indivíduo-família ou comunidade implica primeiramente no desejo do outro neste cuidado. Não basta o profissional planejar intervenções e investir financeiramente, é necessário encaminhar ações que motivem a participação das pessoas no processo educativo. Com isto, se garante a eficácia e a sustentabilidade das ações. Assim, no momento em que a pessoa participa do processo de educação em saúde pode interagir e contribuir para modificar circunstâncias na qual a pessoa está inserida.

Compreendendo que através da educação em saúde é possível, ao enfermeiro, desenvolver consciência crítica e transformadora, avaliamos que a contribuição de Briceño-León vem ao encontro dos fundamentos da pedagogia da autonomia proposta por Freire, a qual constitui-se num método dialético em que o educando apresenta-se como agente de transformação (FREIRE, 1980). Esta forma de educar coloca os sujeitos numa posição ativa e inseridos no processo educativo e como “aprendentes” do processo, valorizando o conhecimento de cada um, capacitando o ser humano a trocar saberes para desenvolver potencialidades e vivenciar de forma mais saudável as diferentes fases da vida. Pensando desta forma acredita-se que a transmissão do conhecimento, distante da necessidade das pessoas, pode gerar pouco impacto ou valor social (BRICEÑO-LEÓN, 1996; WALL, 2001).

Considerando que, os direitos à saúde na sua forma mais ampla estão assegurados em Lei como questão de cidadania, isto implica em direitos e deveres tanto de profissionais como dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Este

sistema está sustentado em princípios que incluem a universalidade, integralidade, equidade e democratização da saúde. Suas diretrizes sustentam-se, também, na participação popular como dever de cidadania. Neste sentido a educação em saúde pode constituir-se em um instrumento de empoderamento e de alargamento do cuidado à saúde. Para que possa levar à emancipação, ela precisa ser horizontal, estabelecida através de diálogo e interação entre as pessoas, que podem argumentar e expor seus pontos de vista (WENDHAUSEN E SAUPE, 2003). O enfermeiro que atua na atenção básica pode ser considerado animador do processo participativo em saúde.

Pressupõe-se que os profissionais que atuam no campo do planejamento familiar, além de evidenciar a questão dos métodos anticoncepcionais, devem privilegiar o diálogo com indivíduos, família e comunidade. Seria importante compreender suas necessidades, seus medos, dúvidas e saberes adequados ou não em relação ao tema. Além disso, outros fatores podem influenciar as escolhas, tais como as crenças sobre as funções corporais, crenças culturais e religiosas, estilo de vida, situação econômica, experiências anteriores, expectativa em relação a efeitos colaterais, planos de reprodução entre outros. **O diálogo franco e aberto sobre estes temas, pode produzir transformações desejadas no planejamento familiar para além da anticoncepção.**

Situações como as acima descritas são casos que ilustram bem as dificuldades das famílias em planejar com equilíbrio suas vidas. **Diante disso, destaca-se a interrogação sobre como é possível promover o diálogo com elas e eles, para facilitar a compreensão e tomada de decisão sobre planejamento familiar?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover a educação em saúde sobre Planejamento Familiar, dialogando com mulheres e homens de uma comunidade urbana.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar condições capazes de facilitar o exercício do diálogo sobre planejamento familiar com famílias, indivíduos e comunidade.
- Verificar e analisar situações limites ao processo educativo em planejamento familiar.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, procuramos destacar alguns aspectos relevantes das políticas públicas de saúde no Brasil. Considera-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como proposta ideal e garantida por lei, entretanto ainda se fazem necessários múltiplos esforços no sentido de sua efetivação. Podemos avaliar avanços em diversos segmentos das necessidades de saúde da população. Contudo, ainda percebe-se uma importante demanda no sentido de atender os indivíduos de acordo com o princípio da integralidade. A abordagem de forma integral às pessoas não é uma proposta recente, considerando que a **Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde de Alma Ata (1978)**, enumerou oito elementos essenciais para alcançar saúde para todos, salientando entre estes a educação, atenção materno-infantil e o planejamento familiar.

No Brasil a atenção materno-infantil e Planejamento Familiar estão contemplados na Constituição Federal, na Lei 9263/96 e no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que integram o Sistema Único de Saúde.

Entendo que a questão educativa sobre planejamento familiar, práticas contraceptivas, sexualidade estão contempladas nas bases do SUS, especialmente no seu princípio da integralidade.

3.1 As políticas públicas de saúde no Brasil

O sistema de saúde no País vem sofrendo transformações desde o século passado, acompanhando as mudanças nas áreas econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Nos últimos anos as políticas públicas têm sido alvo de discussões, quer no âmbito governamental, quer no meio acadêmico. A situação da

“crise” na saúde tem sido abordada como prioridade, sendo que vários caminhos são apontados, formas alternativas de gestão, enfim preconiza-se uma reorganização da política de saúde no Brasil. Pela análise desta trajetória, podem ser identificadas quatro principais tendências na política de saúde do Brasil .

A primeira foi chamada sanitarismo campanhista, pois tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. De 1945 a 1960 o período pode ser considerado como de transição para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980 o modelo médico assistencial privatista. De 1968 a 1980 o país vive o período da ditadura militar marcado por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho arbitrário (CARVALHO et al., 2001).

A demanda por assistência médica curativa era infinita, tornando-se um problema crônico da saúde até os dias de hoje. Segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), (MENDES, 1996).

Durante a década de 1970, principalmente em sua segunda metade, cresceram as discussões pela busca de reformas nas políticas de saúde, e que ganharam corpo com a Reforma Sanitária, que se caracterizava pela formulação de um pensamento crítico na política de saúde.

O período de 1980 a 1990 assiste o enfraquecimento e queda da ditadura militar e que foram seguidos por um processo de transição democrática no País, culminando em 1988 com a atual Constituição Federal com repercussões importantes e delineando um processo de construção da nova política para o setor saúde (CARVALHO et al., 2001).

As idéias fundamentais da Reforma Sanitária foram expressas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo considerada um divisor de águas na história das políticas nacionais de saúde. Em pouco mais de uma década, uma nova realidade é imposta ao município, de mero executor das diretrizes verticalizada do nível federal para gestor da política de saúde municipal, sendo este papel desempenhado sob controle social, operacionalizado através das comissões Municipais de Saúde, órgão deliberativo máximo das políticas e ações de saúde ao nível municipal

(BORDIN, 2002).

Em 1987, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), suas diretrizes são asseguradas na nova Constituição Brasileira (1988), criando o SUS e determinando “saúde é direito de todos e dever do estado” (art.196), ampliando e politizando este conceito.

No seu (art.198): constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) – através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, segundo diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral preventivo/assistencial, e de participação da comunidade.

Na década de 90 houve um processo de construção do SUS, iniciado a partir da Lei 8080/90, mas foi somente a partir da lei 8142/90 e das diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que os espaços de participação e integração (Conselhos e Conferências) ganharam papel de destaque no plano jurídico legal do SUS, constituindo instâncias de participação e decisão (BORBA, 2005).

Penso que embora os avanços do SUS sejam inegáveis, ele ainda esta longe de ser consolidado integralmente, precisando de novas propostas objetivando produzir as transformações que preconiza. Neste contexto, surge o Programa da Saúde da Família (ESF), que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), constitui-se como uma proposta de mudança no atual modelo de assistência no Brasil, com propósito de colaborar na organização do SUS, implementando seus princípios fundamentais de participação, equidade, descentralização universalidade e integralidade.

3.2 Sexualidade

De acordo com Villela e Arilha (2003), nos últimos três séculos mudaram-se a maneira de interpretar a existência de machos e fêmeas. Por mais de dois mil anos, nas diversas culturas ocidentais, dominava o entendimento que o humano era representado pelo homem, sendo às mulheres as questões ligadas ao corpo e existência intermediária entre humanidade e animalidade. Somente a partir do século XVIII passou-se a admitir que a mulher era tão humana quanto o homem, embora fossem

muitos diferentes. A função precípua destas é a procriação. Deus, ou a natureza, teria feito este ser para o bom desempenho desta tarefa. Ao longo do século XX, houve uma mudança, tomando força a perspectiva de subjetividade, desejos, maneiras de ser, dar e receber prazer não necessariamente uma relação direta com a reprodução. Para BOZON, (2004, p.19) “A ordem da procriação faz parte dos princípios fundamentais da organização social”.

Quando se deseja ter uma concepção de sexualidade busca-se um termo que exprima as formulações mentais em torno dos atos corporais relacionados ao corpo e ao prazer, extrapolando a idéia de sexo. Este pode ter três significados: um como a posição do sujeito na reprodução sexuada: fecundante (o macho) ou gerador (fêmea); segundo estaria referido aos órgãos genitais externos e um terceiro diz respeito ao uso do termo sexo, fazer sexo, como sinônimo de ato sexual. Para relacionar ato sexual com reprodução normalmente são usados termos como coito e cópula. Este último mais relacionado ao ato sexual entre os animais (VILLELA, ARILHA, 2003).

Acrescentam ainda que a distinção entre cópula e sexo é a experiência do prazer, fenômeno específico dos humanos, não resumido somente as sensações corporais. O prazer sexual é algo sobre o qual se fala e pensa, sendo que a experiência e os diferentes tipos de satisfação propiciam emoções e idéias diferentes, adquirindo diferentes sentidos para sujeitos particulares em momentos diversos. As idéias e fantasias que fazem a relação de atos a sensações são retirados da cultura em que cada um se insere.

O sexo, tradicionalmente, é considerado de natureza biológica, que parte o ser humano em duas categorias distintas, - o macho e a de fêmea-, limitado aos órgãos de reprodução sexuada. Como consequência, os homens, sujeitos capazes de fecundar e as mulheres, sujeitos capazes de procriar. A partir de mudanças que vêm ocorrendo na percepção dos corpos masculinos e femininos, existe interferência na concepção da sexualidade para além da visão reprodutiva. Há uma variabilidade histórica de sexualidades a partir da normatização das categorias tradicionais, classificatórias e hegemônicas, centradas na heterossexualidade. Para falar em alargamento da sexualidade nos corpos, são reconhecidos a existência de necessidades, libidos e desejos que não são restritos “as “zonas erógenas” genitais, mas a busca de outras

formas de prazer e gozo além da função reprodutiva e que transcendem aos papéis de gênero tradicionais (BANDEIRA, 1999).

A proximidade entre sexo, sexualidade, prazer, reprodução e normas não implica uma continuidade e que nem todos os atos sexuais dão prazer para os envolvidos, assim como, o imaginário sexual (sexualidade) pode independe de experiências sexuais reais (VILLELA, ARILHA, 2003).

Durante as épocas medieval e clássica, havia uma preocupação de que a sexualidade não respeitasse a ordem do mundo, quando os teólogos faziam recomendações, bastante precisas, aos confessores no sentido de vigiar a vida moral dos fiéis em relação as suas práticas sexuais, para que estas não entrassem em desacordo com os papéis sociais. Ficavam proscritas posições diferentes daquela dita como natural, isto é, o homem sobre a mulher. A inversão dessa posição, submetia o homem à mulher, considerando isto como uma mutação. O cristianismo traduz desprezo por tudo que é carnal (BOZON, 2004).

As tradições filosóficas médicas gregas, assim como o cristianismo concordam que as mulheres são homens que não completaram a sua formação. No final do século XVIII, começa-se a falar em dois sexos, começa-se a pensar na existência de homens e mulheres. Esta idéia de igualdade exigia desfazer a concepção de mulher como ser inferior, assim como as mulheres deixaram de ser um homem atrofiado. Nesta nova realidade com sexos distintos, homens e mulheres ocupariam lugares e funções sociais diferenciados. As mulheres ficariam com a tarefa de gestar, aleitar e cuidar do frágil bebê humano em seu processo de desenvolvimento, que de tão importante as tornava praticamente incapazes de desempenhar qualquer outra função social. Os homens, ficariam incumbidos de todas as demais funções necessárias à reprodução humana (VILLELA, ARILHA, 2003).

Conforme os autores anteriormente citados, tanto em discursos relacionados à mulher, como ao sexo, a finalidade última estava relacionada à reprodução, as demais expressões eram rechaçadas. A subordinação do sexo à reprodução no final do século XIX foi apoiada por processo de medicalização. Durante os três últimos séculos as relações entre as pessoas e a organização da sociedade eram baseadas em discursos relacionados ao sexo. Na virada do século XIX para o XX o sexo foi idealizado como

um potente e ambíguo propulsor humano, passível de ser controlado pela vontade humana. Sigmund Freud foi o mais importante porta-voz da sexualidade como impulso natural a ser domesticado pela cultura e pelo indivíduo, relação entre sexualidade, papel reprodutor e constituição de caráter e personalidade. A maternidade para as mulheres e o exercício do poder, proteção e provimento da prole para os homens seria o modo adulto de realização da libido. No início houve muitas resistências em relação a estas teorias de Freud, no entanto, logo passaram a ser aceitas e tiveram forte influência em toda cultura ocidental durante o século XX.

Para Meyer e Soares, (2004, p.15) “o pressuposto universal é que ser de um determinado gênero pressupõe um determinado sexo” e isso se configura e se mantém na cultura, através do funcionamento de oposições binárias rígidas e bem delimitadas. Conforme BOZON (2004), a diferença dos sexos foi traduzida em uma linguagem binária e hierarquizada, sendo que apenas um dos termos era valorizado. Nesta lógica binária e diferencial, o feminino fica assinalado do lado inferior. A atividade masculina é exaltada e glorificada, enquanto que a feminina é de passividade. O corpo das mulheres é percebido como um receptáculo, que os homens tomam posse através do ato sexual.

Porém com a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, e a chegada da contracepção oral, na década de 50, permitindo desvincular a atividade sexual de reprodução, estimulariam a reflexão a respeito das questões sexuais. Relações sexuais sem risco de gravidez tornariam as mulheres mais livres. Teorias que relacionam a diminuição da sexualidade feminina, quando esta não direcionada à maternidade, a incapacidade da mulher para a vida pública em função de sua inclinação específica para as tarefas domésticas e cuidado com as crianças, perdem a validade (VILLELA E ARILHA, 2003) .

Conforme Beauvoir, (1949), com as diversas formas de anticoncepção descobertas, possibilitaram a mulher desvincular a função reprodutiva da sexual. Ficando parcialmente livre das servidões da reprodução podia desempenhar, agora, papéis econômicos , assegurando a conquista total como pessoa. O que vem reforçar (VILLELA E ARILHA, 2003) o reconhecimento de que as características atribuídas às mulheres, como dons e virtudes “naturais” , relacionadas à questão da maternidade,

são na verdade armadilhas para sua opressão e dominação.

Na história da sexualidade no Brasil homens sempre foram mais “sujeitos” de sua sexualidade. Para eles o sexo fora do casamento e a prática da homossexualidade são exemplos disso; sempre foram mais públicos e causaram menos alvoroço que as práticas femininas. Desde a Colônia, a ordem procriativa lhes foi menos cobrada e, desde então, sempre que um casal não tinha filhos, a “culpa” era atribuída à mulher (BANDEIRA, 1999).

Ilustrando a limitação das mulheres ao seu papel reprodutor, em inúmeras sociedades africanas, a mulher estéril não é considerada uma verdadeira mulher, enquanto que a esterilidade masculina não corresponde a uma preocupação social, assim como existe uma desconfiança em relação à mulher que entrou na menopausa, abatendo sobre ela muitas vezes acusações de feitiçaria. “Os significados mobilizados em cada sociedade para evocar as relações sexuais servem, igualmente, para se referir à dominação de sexo em geral, ou até mesmo à dominação de classe” (BOZON, 2004, p.22). De acordo com este autor as manifestações da sexualidade não são universais. Muitas vezes, a comparação das condutas sexuais entre países ou entre culturas é feita em termos espontaneamente tradicionais, com os sujeitos expressando culturas sexuais diferenciadas.

Conforme documento final da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, 1994) e em outras publicações oficiais, houve recomendação da inclusão dos homens nas questões reprodutivas. O envolvimento dos homens no processo de reprodução estaria mediado por um traço de cultura de gênero, que ao atribuir a responsabilidade da reprodução às mulheres, de forma indireta a define como não masculina, o que produziria nos homens uma resistência em realizar atividades identificadas como reprodutivas. Para estes o ato sexual, estaria mais ligado à dimensão do sexo e prazer do que à reprodução.

Percebe-se como importante para o diálogo sobre sexualidade a questão de gênero que é destacada por todos autores citados, o que pode ser confirmado na prática diária e vai constituir-se como ponto importante no diálogo com homens e mulheres, sujeitos deste estudo.

3.3 Histórico das práticas contraceptivas

As práticas contraceptivas influenciaram a fertilidade das sociedades, às vezes mágicas, outras sustentadas em uma lógica “natural”, como por exemplo, a introdução de “mel e carbonato de sódio na vagina” Para Platão (427-347 a. c) a reprodução deveria ser controlada pelo Estado, em caso de superpopulação o controle se faria através do infanticídio e do aborto. A remoção de testículos e ovários era um recurso contraceptivo, assim como o homem ter duas mulheres, sendo uma aquela que raramente via e que servia para procriação e a outra, que faziam estéreis, para satisfação sexual Os hebreus consideravam a mulher impura durante o período menstrual. Sete dias após o início da menstruação, teria que ir ao templo fazer sacrifícios e se purificar. Este conceito deu origem na cultura católico-romana ao método anticonceptivo do “ritmo menstrual”. Acreditavam também que se a mulher agitasse o corpo após as relações sexuais, o sêmen sairia, podendo evitar a gravidez (HIMES, 1963, ZANCONATO, 1998, Apud COELHO, 2000).

De acordo com Himes (1963), Aristóteles foi o primeiro autor grego que tratou de técnicas anticoncepcionais quando aconselhava a cobrir o colo do útero e vagina com um “ungüento oleoso”. Esta cultura dava pouca importância à contribuição das mulheres na reprodução. Tudo era atribuído ao sêmen do homem, sendo a mulher apenas a receptora (COELHO,2000).

Durante a idade média houve clima de perseguição e condenação implantado pelas autoridades religiosas contra aqueles que tinham algum conhecimento sobre saúde. A Igreja considerava as práticas contraceptivas como bruxarias. O baixo nível de conhecimento fazia com que as práticas contraceptivas fossem atribuídas a magias, tais como: uma mulher poderia evitar a gravidez cuspidando três vezes na boca de uma rã ou, ainda, se ficasse por cima do homem durante a relação sexual (COELHO, 2000).

A baixa fecundidade é também condição e resultado de transformações nas relações de gênero e atitudes relacionadas à sexualidade. Na verdade, as transformações demográficas não ocorrem sem controle de natalidade, seja ele explícito ou não. A baixa da fecundidade foi mais precoce e progressiva nos países ocidentais, hoje desenvolvidos, onde ocorreu mais cedo o aparecimento da pílula,

preservativo e esterilização. A partir no final do século XIII, a França, foi na Europa o primeiro país onde os casais, dentro do casamento, começaram a limitar os nascimentos. Esta primeira forma de controle é geralmente atribuída a prática do coito interrompido. Nos países do Norte e Oeste da Europa, no final da Idade Média, foram inventadas as núpcias tardias. As mulheres não se casavam antes dos 25 anos e os homens ainda mais tarde. Em várias regiões francesas havia forma de visitação pré-conjugal entre os noivos, que implicavam em carícias e práticas não-genitais (BOZON, 2004).

Nos séculos XVII e XVIII, o desenvolvimento da anticoncepção foi lento, ocasionado por motivos políticos, morais e de conformismo. Até o século XIX as práticas de regulação da fertilidade estavam ligadas a procedimentos comportamentais como: interrupção do coito, amamentação, ritmo menstrual, abstinência sexual, ou, ainda o emprego de produtos que serviam de barreira, simpatias ou ritos de magia, uso de chás e ou beberagens, condução mecânica para eliminação do sêmen assim como a utilização de mulheres de aluguel ou prostituição (COELHO, 2000).

Durante o século XIX foram produzidos em série anticonceptivos dotados de certa eficácia, objetivando diminuir custos e a difusão em grande escala. A ducha vaginal surgiu em 1832, sendo uma prática muito difundida apesar de sua eficácia duvidosa. Também estudos relacionados ao ciclo e a concepção suscitaram interesse do mundo da medicina (COELHO, 2000).

Quase invisíveis, os primeiros métodos de controle da natalidade apelavam para a “disciplina” masculina. Falava-se em “dar um jeito”, “prestar atenção”, e se “conter” (BOZON, 2004, p.39). O temor e medo de uma gravidez indesejada pesavam sobre as mulheres e podiam levar a um aborto, prática proibida na França, mas amplamente difundida e tolerada até 1920. A partir dos anos 1930, o método dos ritmos, baseado na abstinência no período fértil, começava a se difundir (BOZON, 2004).

Da metade do século XIX até 1960, houve aproximação das questões relacionadas às mudanças referidas com os profissionais da saúde, propiciando um maior conhecimento à cerca de reprodução e contracepção. Após 1960 a contracepção passa a ser vista como problema médico. As tecnologias utilizadas até então eram o

preservativo, a capa cervical e o diafragma, aprimorado após a descoberta da manufatura do látex. Progressos na área da borracha permitiram a fabricação destes artefatos em grande escala e a sua propaganda revestida de um cunho político, devido ao movimento birth control, que passou em sua evolução histórica: a inovação técnica e a mudança de valores.(Vieira,Barbosa e Villella,1989).

Investimentos financeiros para pesquisar novas tecnologias, programas experimentais em planejamento familiar, objetivando um controle populacional, iriam mudar espectro dos contraceptivos utilizados, influenciando a escolha dos contraceptivos usados. Em final da década de 1950 foi produzido o primeiro hormônio de uso oral, e houve também aperfeiçoamento nas técnicas de esterilização feminina (VIEIRA, 2003).

Com a nova tecnologia da pílula anticoncepcional, a partir dos anos 60, houve uma mudança radical relacionada às práticas contraceptivas. Outra prática que foi implantada no século XX, principalmente na América Latina e Brasil, foi à esterilização feminina (laqueadura), o que não ocorreu com a esterilização masculina (vasectomia), que se manteve desconhecida até a década de 80, sendo que esta ainda é pouco utilizada em nosso meio “As práticas de anticoncepção decorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária” (COELHO, 2000, P.25).

Com a difusão dos métodos contraceptivos modernos, houve uma reviravolta na maneira de encarar a fecundidade. O medo de ter filhos é substituído pelo desejo de tê-los em menor número, e a fecundidade é pensada como um projeto pessoal, demandando preparo e reflexão. Escolhas são feitas: ter ou não ter filhos, momento, intervalo, ou mesmo não ter filhos.As escolhas não escapam mais das mulheres (e parceiros), podendo ser coordenadas juntas a outras escolhas de suas vidas, inclusive a profissional. Na verdade, a gravidez indesejada ainda não desapareceu nos países desenvolvidos, onde continua a existir, principalmente na adolescência (BOZON, 2004).

Percebo na prática que mesmo nas famílias formalmente constituídas ainda existe a gravidez indesejada, e que a responsabilidade pela contracepção é, em muitos casos, transferida para a mulher. Esta responsabilização da mulher pode ser

considerada como uma forte herança da cultura ocidental, imbricada de valores morais e crenças com remanescente bastante conservador.

3.4 Planejamento familiar

A reprodução como escolha e não como destino traz uma nova visão à questão dos direitos reprodutivos. De acordo com a história, a escolha só viria a acontecer a partir do desenvolvimento de tecnologias e idéias sobre contracepção (VIEIRA, 2003).

Após a segunda guerra, com o crescimento demográfico e a qualidade de vida, houve interesse das áreas públicas e privadas em entrar no campo do controle populacional e planejamento familiar. O sucesso destes programas em alguns locais no mundo, apoiadas pela poderosa posição dos Estados Unidos, foram responsáveis pela aceitação política de programas de controle da natalidade. Mas, por outro lado, houve uma evolução da percepção de que o Planejamento Familiar deveria ser um direito do indivíduo, mudando os valores relativos ao uso dos métodos, assim como de sua aceitação (BACK, 1989 apud VIEIRA, 2003).

Os programas e seus idealizadores eram conhecidos como neomalthusianos, acreditavam que era necessário limitar o número de nascimentos pelo perigo de uma explosão demográfica e o esgotamento dos recursos naturais. Recorriam às novas tecnologias para controle da natalidade, que diferente de Malthus (1766-1834) que escreveu o ensaio sobre o princípio da população, defendia a abstinência sexual e a idade tardia ao casal (SZMRECSÁNYI,1980).

Questões éticas e jurídicas, relacionadas ao uso das novas tecnologias, foram alguns dos fatores que levaram a discussão acerca dos direitos reprodutivos. A noção destes direitos desenvolveu-se ao longo de todo século XX através de idéias oriundas de lutas de movimentos sociais, que influenciaram as conferências internacionais. Os direitos reprodutivos são fenômeno histórico recente, relacionado a mudanças no papel das mulheres e o seu valor na sociedade, assim como sua consciência sobre seu valor e papel no desenvolvimento de tecnologias médicas. Além disso, novos conceitos sobre cidadania e direitos foram elaborados. Questões estas que são alicerce sobre as

discussões sobre tema (VIEIRA, 2003).

Somente a partir de 1968, na Conferência Internacional de Direitos Humanos, a reprodução humana passou a ser motivo de preocupação. Preocupação esta mais relacionada como uma forma de a comunidade internacional pressionar países menos desenvolvidos, que resistiam à disseminação de políticas de controle demográfico do que defender o direito dos indivíduos. No final da década de 1970 e durante os anos 80, o movimento de mulheres, inicialmente em alguns países e depois internacionalmente, foi desenvolvendo a idéia da mulher como tendo controle de seu corpo, da sua sexualidade e vida reprodutiva. Os direitos reprodutivos foram definitivamente incorporados com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD, 1994) e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em meados de 1990, quando vários países concordaram que iriam se pautar nestes acordos (VIEIRA, 2003). Segundo Gualda et. al (2002), na definição adotada na CIPD, (1994), houve um alargamento da definição tradicional de direitos humanos e o acréscimo da dimensão sexual.

O documento do Cairo, capítulo VII – dedicado à saúde reprodutiva e direitos reprodutivos - define:

A Saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Está implícito nesta condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestã o e pelo parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter filho sadio. CIPD, 1994, p.27)

Depois da Conferência do Cairo o que mudou foi relacionado à escolha de ter ou não filhos, ou quando tê-los passando a ser um direito que deve ser assistido pela área de saúde. Consta que o Planejamento Familiar deve ser desvinculado de metas

demográficas e estas não devem ser quesito para a avaliação destes programas. Esta nova maneira de pensar planejamento familiar não tem sido colocada facilmente na prática (VIEIRA, 2003).

Até 1970 havia no Brasil uma preocupação voltada para a ocupação de fronteiras e os vastos espaços do território, visto que tínhamos uma baixa densidade demográfica. Devido a isto não havia uma política populacional que incluísse um programa de planejamento familiar (VIEIRA, 2003).

O governo brasileiro nunca definiu uma posição explícita em relação ao controle da população e o neomalthusianismo nunca foi totalmente aceito como base política populacional. Havia controvérsias em relação a esta questão pela oposição da Igreja, intelectuais e acadêmicos e falta de consenso entre parte de grupos do governo (VIEIRA, 2003). Na década de 1970, um grupo de militares apoiava o controle populacional com tendências neomalthusianas, mas as dimensões das terras brasileiras, a abundância de recursos e a desigualdade na distribuição de renda justificaram uma política de controle populacional. (BERQUÓ,2003) .

Tudo isto não impediu contudo que desde 1965, houvesse por parte do governo permissão para proliferação de clínicas privadas de planejamento familiar, assim como o comércio de contraceptivos em todo país. Estas clínicas foram financiadas por órgãos internacionais.A primeira delas foi a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) Estas clínicas foram criticadas por entidades feministas, pois achavam que o objetivo era aumentar o uso de contraceptivos com metas apenas demográficas sem, no entanto, estar preocupadas com a saúde das mulheres (VIEIRA, 2003).

O Planejamento familiar se tornou legítimo através do processo político, envolvendo diferentes visões acerca de reprodução. Na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, ele é contemplado como direito do cidadão. Mesmo assim, os métodos cirúrgicos eram legalmente considerados ambíguos.

Consta na Constituição artigo 5º, I, que declara a igualdade de homens e mulheres em direitos e obrigações, ele derroga partes importantes do Código Civil, promovendo a igualdade jurídica entre os cônjuges.

§ 7º . Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao

Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Constou que o planejamento familiar é livre decisão do casal e não do indivíduo.

No Brasil, de acordo com a Política de Assistência à Saúde da Mulher, desde 1984 o planejamento familiar oferece o conhecimento dos métodos e livre escolha em suas ações. Os serviços de saúde devem, portanto, garantir acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para tornarem as escolhas mais conscientes. Os profissionais devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam as alternativas de anticoncepção e possam assim participar ativamente do método. Sua atuação, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7 da Constituição da República Federativa do Brasil, ou seja: no princípio da paternidade responsável e no direito da livre escolha dos indivíduos ou casais. Refere ainda que o Planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, onde o principal objetivo é garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL,2002)

A Lei do Planejamento Familiar (Lei n.9.263/96), sancionada em agosto de 1997, estende para o indivíduo o direito de decidir sobre o planejamento familiar. É composta de 25 artigos e compreendida em 3 capítulos que abordam vários aspectos do planejamento familiar. Aloca no SUS as ações do planejamento, como parte integrante da atenção à saúde, incluídas nas atividades básicas de assistência à concepção e contracepção, tal como assistência ao parto, puerpério e neonato. Inclui ainda o controle das doenças sexualmente transmissíveis entre outras, assegura também o direito à esterilização (feminina e masculina) aos maiores de 25 anos de idade e aos que tenham pelo menos 21 anos e dois filhos vivos; acesso a serviços de

regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar visando desencorajar a esterilização precoce.

Em 1983, o Ministério da Saúde incluiu o Planejamento Familiar no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este inclui, ainda, todas as dimensões da saúde da mulher no seu ciclo vital, da adolescência à pós-menopausa. Destaca a necessidade de acesso à atenção curativa e preventiva, para a qual a educação é uma das estratégias fundamentais. Está preocupado com a integralidade da mulher, não apenas com os aspectos da concepção e contracepção.

Conforme Gualda et al (2001) dentre as ações regulamentadas e normalizadas pelo PAISM, no que se refere à assistência obstétrica, estão incluídos: o pré-natal, parto e puerpério, aleitamento, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica da morte materna.

No que se refere aos aspectos ginecológicos podemos pontuar: prevenção e controle de ginecopatias, prevenção e controle das DST/AIDS, controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama , planejamento familiar e tratamento da infertilidade;climatério.

Para Pandolfi e Hoeper, 2003 p. 242, “Apesar de todas as atividades previstas no PAISM estarem contempladas na tabela de procedimentos do SUS, a consolidação definitiva do programa ainda não aconteceu, tanto por falta de recursos humanos como técnicos”.

O que tem se verificado na prática dos atendimentos é confirmado pelos mesmos autores acima quando dizem que a prática da contracepção no Brasil ainda está concentrada em dois métodos: a pílula e a ligadura tubária. Colocam ainda que apesar da eficácia teórica da pílula, a sua eficácia prática é baixa. No mundo, anualmente, milhões de mulheres engravidam devido ao seu uso inadequado, o que não é diferente no Brasil, contribuindo para a alta incidência de abortos. No Brasil ainda existe uma grande lacuna na divulgação de métodos reversíveis de alta eficácia, fáceis de aplicar, de ação prolongada e que exigem poucos cuidados periódicos, tais como DIU, os implantes e injetáveis. Para garantir a efetividade das ações de planejamento familiar é necessário que a rede pública de saúde disponibilize anticoncepcionais orais, injetáveis, preservativos, DIUs, que fazem parte do Programa

de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (PAISM).

De acordo com o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde p.88 e 89, em relação ao PAISM, sugere que devem ser desenvolvidas políticas específicas para os seguintes aspectos:

Ampliar e criar novos mecanismos para atendimento das pessoas que procuram o planejamento familiar, levando em consideração as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e do homem, garantindo o fornecimento contínuo de insumos contraceptivos na rede de serviços e credenciando centros de referência para laqueadura tubária e vasectomia, conforme a Lei nº 9626/96, criando um serviço de planejamento natural da família, em algumas unidades dos municípios, com casais voluntários.

Sugere ainda estruturar o Programa de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva em todos os níveis de atenção, criando protocolos de atendimento por equipe multiprofissional, garantindo todos os direitos, inclusive os relativos ao planejamento familiar, com acesso aos métodos contraceptivos temporários e definitivos.

Os resultados no Brasil mostram uma queda na fecundidade nas últimas quatro décadas. De 6,3 filhos por casal, no início dos anos 60, ela passou a algo em torno de 2,2 filhos por casal neste início de milênio, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa queda poderia ser considerada um sucesso se não fosse a distribuição desigual entre as diferentes camadas da população, sendo que as pessoas de baixa renda, ainda são penalizadas por essa distribuição injusta de acesso à contracepção segura e eficaz (PANDOLFI E HOEPER, 2003)

De acordo com o IBGE ,(1992) , entre 1980 e 1990 a taxa de fecundidade total foi de 2,8 e, em 2000, o registro foi de 2,44(Brasil, 2000b) Conforme United Nations, (1988) esta queda de fecundidade é relacionada a duas causas: uma estrutural, explicada pela intensificação do processo de proletarização, e outra cíclica explicada pela deterioração das condições de vida da população. As duas juntas teriam modificado o comportamento reprodutivo dos estratos médios e baixos da população (VIEIRA, 2003) .

Também causas culturais podem ser associadas a este declínio, tal como a

entrada de mulheres ao mercado de trabalho formal, embora persistindo padrões tradicionais na divisão sexual do trabalho. O resultado das transformações sociais relacionadas à urbanização acabou aumentando os custos em relação a ter filhos. A influência da educação e da mídia em relação aos bens de consumo, mudanças dos padrões reprodutivos associados à urbanização afetaram a demanda por filhos. Uma conseqüente piora das condições de vida das famílias urbanas dificultou as expectativas relacionadas ao consumo (Barroso, 1988, Merrick, 1990 apud VIEIRA, 2003).

Conforme BERQUÓ E CAVENAGHI (2006), a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD, 2004), confirma a tendência declinante da fecundidade, que atingiu seu nível mais baixo dos últimos anos. O número médio de filhos por mulher foi igual a 2.1, o que representou queda de 12.5% em relação ao último censo.

Ainda segundo esta pesquisa, a educação e a renda das mulheres continuam negativamente correlacionados aos níveis de fecundidade. As mulheres sem instrução, em 1991, tinham em média, 3.5 filhos a mais do que aquelas com 12 ou mais anos de estudo. Em 2000, essa diferença foi de três filhos, e se reduziu a 2.2 em 2004. As reduções ocorridas no período de 1991 a 2004 se deveram praticamente aos declínios verificados entre as mulheres sem instrução: 14.6% entre 1991 e 2000 e 12.2%, entre 2000 e 2004. Em relação ao rendimento médio mensal domiciliar per capita, observa-se que em 1991 as mais pobres tinham, em média, 4.3 filhos a mais do que aquelas no extremo do gradiente de rendimentos. A diferença se reduz em 2000 e em 2004, mas ainda é de 3.5 filhos. O declínio ocorrido entre 1991 e 2004 se deveu em grande medida à redução verificada entre as mais pobres, da ordem de 16.4% (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2006).

O intervalo entre os nascimentos é outro aspecto importante a ser considerado, já que a retomada do ciclo gravídico-puerperal em curto intervalo entre os nascimentos está associada à maior mortalidade infantil e infância. Em nosso país os números ainda apontam altas taxas de morbi-mortalidade materna e infantil e que associados a uma série de outros fatores sócio-econômicos agravam a situação de miséria. (REA, 2003).

Em relação aos coeficientes de mortalidade materna no Brasil estão entre os mais altos do continente, estimativas para o Brasil e alguns países das Américas, de

1990 a 1995, segundo dados da World Health Organization (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1996) e Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) (2001). No Brasil os dados diferem de acordo com as regiões, sendo que o Rio Grande do Sul e Paraná estimam a melhor realidade (VOLOCHKO, 2003).

Em relação à esterilização feminina, esta tem aumentado muito em todo Brasil, especialmente a partir de meados da década de 1980. Este aumento vem acompanhado também com o decréscimo da idade mediana das esterilizações, ocorrendo em áreas mais pobres, rurais e com mulheres de menor escolaridade. Segundo alguns autores, estas esterilizações estariam ocupando lugar de outros métodos reversíveis que não estariam disponíveis ou pela falta de informação sobre reprodução e contracepção (VIEIRA, 2003).

De acordo com Vieira (2003), o relatório de uma missão enviada pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (FNUA) ao Brasil em 1994, diagnosticou vários problemas relacionados ao planejamento familiar. Entre eles uma lacuna entre a demanda por contraceptivos e o desejo e acesso aos mesmos. Constatou também falta de contraceptivos, ausência de gerenciamento logístico, falta de capacidade técnica nas clínicas de serviços públicos. Conclui, também, que há uma distorção no mix métodos contraceptivos, conseqüentemente, o planejamento familiar não tem contribuído para a melhora da saúde reprodutiva das mulheres (UNFPA, 1995).

Em relação aos problemas relativos à prevalência dos métodos anticoncepcionais no Brasil, conforme informações do PNDS 1996, duas questões são consideradas fundamentais: uma é o acesso aos métodos; a outra relacionada à qualidade da assistência, tais como: predominância de dois métodos anticoncepcionais. Um pouco mais da metade de todas as mulheres unidas sexualmente, casadas ou que coabitem com parceiro estão esterilizadas (52,2%). Mais de um quarto das restantes (26,9%), usa a pílula. Apenas 21% das mulheres estariam utilizando um método diferente. Maior chance de ser método tradicional tal como coito interrompido ou a tabela; a chance subsequente seria o preservativo masculino. Os dados apontam para insuficiência de oferta de outros métodos ou baixa aceitação dos mesmos, ou mesmo a combinação de ambos, medicalização excessiva, uso da esterilização como forma da

maioria das mulheres encerrar sua vida reprodutiva, predominância do setor privado.

Os métodos reversíveis são obtidos predominantemente no setor privado. As farmácias são citadas por 88,2% das usuárias como fonte de obtenção, injetáveis e preservativos (respectivamente 94 e 75%). O DIU tem mostrado um equilíbrio entre o setor público e privado, sendo 47% obtido no setor público e 42,5% em clínicas e consultórios particulares. As esterilizações masculinas, quase 70% obtidas no setor privado, enquanto que as femininas 70% no público, em hospitais públicos (49%) ou conveniados (22%) o que não significa que sejam ofertadas sem ônus para a usuária.

Outro fator é o acesso tardio e gravidez indesejada. Cerca de metade das mulheres que estava ou estivera em união só teve acesso à contracepção depois do primeiro filho. Em relação ao uso inadequado, pílulas são vendidas sem receita ou recomendação médica em todo país. Pelo fato de métodos reversíveis serem vendidos em farmácias, especialmente a pílula, atendidas por balconistas não treinados, facilitando o uso inadequado. Falhas referentes ao uso de preservativos e pílulas são referidas na mesma proporção (11%), como motivos para interrupção do uso. Efeitos colaterais como motivo de interrupção da pílula, DIU e hormonais injetáveis são bastante altas, o que também corrobora com a hipótese de uso inadequado.

A falta de informação está relacionada à qualidade da assistência, pois mesmo que os métodos estejam disseminados pelo país, o conhecimento é qualitativamente pobre, especialmente em mulheres de baixa renda conforme documentado por Vieira (2003), facilitando o uso inadequado, índices de falha, criando situações em que mitos sobre os anticoncepcionais são construídos.

Além disso, é apontada a desigualdade de acesso por que embora o uso de anticoncepcionais seja alto e disseminado na sociedade brasileira, mulher de baixa renda tem dificuldade não apenas em obter esterilizações, mas também em relação ao uso de métodos reversíveis.

A desigualdade de gênero também é apontada, verificada a quase exclusão dos homens de participação na contracepção. O condom como contraceptivo é usado por cerca de 5% dos homens e a vasectomia por volta de 3%.

A partir das idéias expostas pelos autores acima referidos, o planejamento familiar, neste estudo, interpreta-se como a autonomia que as pessoas podem

incorporar através da educação em saúde e que deve ser estendida para a decisão da opção ao modo como deseja planejar a família. Isto deve garantir os direitos de acesso aos recursos humanos e materiais necessários, assim como direito a educação e acolhimento. A realidade ainda se apresenta distante do idealizado pelo sistema de saúde, mostra que para muitas famílias o planejamento ainda não foi alcançado. Famílias empobrecidas com dificuldades de sobrevivência, tendo muitos filhos e pouco espaço entre as gestações, aguardam a concretização deste direito. Nesta perspectiva percebe-se a permanência de um círculo vicioso, o qual inviabiliza a ruptura da pobreza e a possibilidade de iniciar um processo de mudança sócio-cultural e econômica.

3.5 Conceitos fundamentais

Destaco a seguir alguns conceitos norteadores com objetivo de compreender e analisar o tema estudado.

3.5.1 Diálogo

O pressuposto que considero fundamental neste estudo é privilegiar o diálogo com indivíduos, família e comunidade para compreender suas necessidades, seus medos, dúvidas e saberes adequados ou não em relação ao tema. O diálogo franco e aberto sobre estes temas, pode produzir transformações desejadas no planejamento familiar para além da anticoncepção.

Para Freire, 1979 p. 95: não há também, diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais [...]. A fé nos homens é um dado a priori do diálogo. Por isto, existe mesmo antes que ele se instale. O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos

homens, sabe também que podem eles, em situação ação concreta, alienada, ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico, sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na luta por sua libertação.

É preciso estar atento a dimensões subjetivas e culturais, para compreender razões de resignação dos pobres, frente a situações que revoltam os técnicos (VASCONCELOS, 1999). Uma das formas dos técnicos poderem fazer isto é estar durante o diálogo é poder ver o outro com as suas singularidades assim como na sua integralidade .

Para Freire “o dialogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. O diálogo permite o refletir e agir (ação e reflexão) sobre o mundo visando transformá-lo e humanizá-lo (FREIRE, 1987, p.78). Ele nos fala do homem com um ser consciente, (FREIRE, 1980, p. 29): “A visão crítica e dinâmica do mundo permite ‘des-velar’ a realidade, desmascarar sua mitificação e chegar à plena realização do trabalho humano: a transformação permanente da realidade para a libertação dos homens”. Para ele o homem é um ser de relações, o homem está no mundo e com o mundo (FREIRE, 1987).

A dialogicidade freireana permite o desvelamento do mundo. Para Freire (1987, p.167) “ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda quando um sujeito se propõe iniciar o esforço de des-velamento “aos outros”, é preciso posicionar-se numa relação dialógica que inclui a interação entre dos sujeitos, isto é, entre o entendimento ou a partir da compreensão dos envolvidos no esforço de des-velamento..que estes se tornem sujeitos do ato de desvelar”.

Reconhecer o outro e o reconhecimento de si, no outro é permitido através do diálogo. Na concepção de Freire, segundo Gadotti (2000, p. 10), “o diálogo consiste no respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social”.

O processo pedagógico libertador, onde o educador não é o que apenas educa,

mas enquanto educa é educado em diálogo com o educando. No processo educativo de Freire os homens se educam entre si, “crescem juntos” (FREIRE, 1987).

A contribuição de Briceño-León, (1996), expande o conceito de diálogo quando diz que o controle das enfermidades tropicais depende da interação de três fatores: o agente, o vetor e o ser humano. O estudo tem se voltado mais ao agente e vetor e pouco tem sido investigado sobre o conhecimento sobre a natureza do ser humano; ou seja, percebe-se a necessidade de uma leitura dialógica que permite a compreensão inter-agente entre os fatores agente, vetor e o ser humano.

Wall (2001) diz que na sua prática observou que nas unidades de saúde as atividades educativas são realizadas esporadicamente, sendo caracterizadas sob uma ótica mais informativa e distante das reais necessidades da clientela e com isto tendo pouco valor ou impacto social. Aqui, talvez se tenha uma pista para entender o distanciamento que parece existir entre o que propomos no programa de Planejamento Familiar e as respostas aparentemente desencontradas da população atendida. Talvez a questão seja ainda mais profunda, isto é, não só uma diferenciação entre ações “informativas” e ações “educativas”, mas sim de concepção do caráter ou concepção de ação educativa.

Para além dos usuais conceitos de “diálogo”, “democracia participativa”, “comunicação” e “liberdade de decisões”, parece que precisaríamos fazer um trabalho bem mais profundo e abrangente para que o público desta pesquisa possa exercer esta “democracia ou liberdade participativa”. Precisaríamos aprofundar o próprio conceito de Políticas Públicas de Saúde, “pois o contexto em que se encontram as pessoas pesquisadas torna-se, em grande parte, impeditivo para o exercício desta” liberdade “. Refiro-me aos problemas de desemprego, subemprego ou atividades autônomas eventuais com rendas incertas e insuficientes que impedem, isto é, as pessoas ficam impedidas do cumprimento de suas próprias decisões se não dispõe, às vezes, nem mesmo o dinheiro para pagar passagens de ônibus para deslocarem-se e alcançar os serviços públicos disponíveis. Ou o problema de falta de infra-estrutura mínima de moradia; a escolaridade insuficiente e/ou deficiente em que as pessoas não alcançam o domínio mínimo na leitura, escrita e cálculo imprescindíveis para a gestão de sua própria vida... precisaríamos preconizar uma transdisciplinaridade mais abrangente,

isto é, para além das questões adstritas à Saúde; por exemplo, educação, saneamento básico, moradia.

3.5.2 Participação

Para que possa ser estabelecido um diálogo, um fator importante é a participação dos sujeitos do estudo. Demo (1996) caracteriza como uma conquista e não como algo estático, um processo que não tem fim e em constante mudança. Não pode ser entendida como uma dádiva, mas sim como um produto de uma conquista, não sendo um fenômeno secundário da política social, mas sim um dos eixos principais e pressupõe envolvimento e presença.

De acordo com Borba, (2005) a mobilização popular precisa ser exercida enquanto processo educacional. Refere ainda que apenas capacitações não são suficientes para que a comunidade participe. É importante o desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho de equipes de saúde e nos conselhos. Bordenave (...) a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Também não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento. A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Parece que só se aprende a participar, participando (BORDENAVE, 1987, p.74)

Briceño-León (1996), afirma o caráter participativo da educação. Para ele a participação se processa no diálogo, no qual ambos comprometem-se a ouvir refletir e transformar-se. As relações devem ser horizontais, não devendo existir um que manda e outro que obedece. Não deve haver uma relação de submissão e dominação. Isto nos lembra a fala de Paulo Freire, a qual convida os sujeitos para o debate numa perspectiva horizontal, vislumbrando a transformação dos sujeitos deste diálogo, tendo como recompensa uma nova leitura do mundo. Entretanto, Briceño-León traz para o debate uma das questões fundamentais para a efetivação do SUS, isto é, a participação da população na sua consolidação, independente de ganhos concretos e imediatos. Pois de acordo com este autor, na sociedade atual, é muito evidente a cultura da recompensa imediata. Em nosso estudo podemos constatar este fato considerando que

não houve uma oferta de algo concreto e a curto prazo, oferecemos apenas uma motivação para participação, pois grande parte da preocupação com o planejamento familiar tem origem no desejo dos profissionais de saúde locais. Este estudo relata uma situação diferente: originou-se de uma manifestação das famílias para enfrentamento de uma questão que os estava preocupando: a gravidez na adolescência. Mesmo partindo de uma necessidade manifestada pela comunidade, a participação nas rodas de discussão foi limitada. Esta situação pode ter múltiplas interpretações, desde a inexistência de um vínculo maior do profissional de saúde com a comunidade, considerando inserção recente na mesma até o fato do problema estar restrito a uma minoria dos participantes.

3.5.3 Educação em saúde

Como enfermeira, atuante na atenção básica de saúde, considero a educação como atividade fundamental para que ocorram as transformações desejadas na realidade de vida e saúde da população. Reafirmo a tese de Briceño-Leon (1996), que toda ação de saúde é educativa, independente de sua formalização. Na minha concepção educação em saúde propõe o diálogo, entendendo os saberes forjados pela cultura popular, somados aos conhecimentos apresentados pelos profissionais de saúde. Com isso se estabelece uma interação entre sujeitos possibilitando novas construções de idéias, de valores e crenças. É assim que se dá o deslocamento de uma postura de passividade para um comportamento orientado pelo saber, pela autonomia e capacitação para planejar sua vida e, em vista disto, também compreender o lugar das políticas e ações sobre o Planejamento Familiar.

Vasconcelos (2004), destaca a importância da educação em saúde no aumento de poder, da autonomia individual e coletiva nas relações interpessoais e institucionais. Freire (1981), diz que o empoderamento requer uma consciência crítica, que leve o indivíduo ao entendimento das relações de poder na sociedade, assim como identifica que cada indivíduo tem um papel importante no contexto social. A educação em saúde pode constituir-se em um instrumento de potencialização e de alargamento do cuidado à saúde. Para que esta educação possa levar à emancipação, ela precisa ser horizontal, estabelecida através do diálogo e interação entre as pessoas, que podem argumentar e

expor seus pontos de vista, diz WENDHAUSEN e SAUPE, (2003).

Vasconcelos (2001), nos apresenta uma outra visão da educação em saúde ampliando o universo das ações preventivas biológicas dirigidas e centradas na transmissão de conhecimentos sobre cuidados de higiene, mudança de comportamento prejudicial à saúde, etc O autor propõe uma educação em saúde que resgate o gosto pela vida, amplie horizontes e apóie as pessoas na sua luta cotidiana .

Lefevre (2004), destaca que é preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa, dialógica do tipo proposta por Paulo Freire, para que se possa propiciar oportunidades de encontro entre os profissionais de saúde com associações de pacientes, conselhos comunitários de saúde, etc, com fortalecimento destes últimos. O que caracteriza a interação dialógica é a comunicação com base no entendimento, isto é, o profissional da saúde e o usuário estabelecem uma base de entendimento em relação ao objeto de seu diálogo. Concordo com a fala dos autores, no sentido de que o diálogo propicia uma educação em saúde para além do indivíduo, fortalece os grupos .

Para Wendhausem e Saupe,(2003) nas questões relacionadas ao cumprimento das prescrições, não se trata de tirar a autoridade do profissional, mas sim de diferenciar autoridade de atitude democrática. Situação esta evidenciada, muitas vezes, na minha prática, quando as mulheres não se adaptam ao método, seja devido aos efeitos colaterais que estes desencadeiam, por dificuldade financeira em adquirir o método indicado pelo profissional ou mesmo por falta de conhecimento de alternativas contraceptivas, naqueles indivíduos que procuram orientações acerca dos métodos definitivos. Não se pode negar a importância da educação em saúde na atenção preventiva biológica ao indivíduo, entretanto não se deve esquecer a responsabilidade coletiva considerando que geralmente as necessidades educativas individuais estão contidas em um grupo social. De outra maneira, a educação em saúde deve proporcionar um diálogo com o grupo, permitindo transformações também individuais.

Neste sentido, na educação tradicional a comunicação é vertical, quando se deseja a emancipação do indivíduo ela deve ser horizontal, estabelecido através do diálogo e da interação entre as pessoas que se utilizam argumentação para expor as suas idéias. O profissional argumenta a partir de seus conhecimentos técnicos, mas não

exclui os conhecimentos e aspectos humanos colocados pelos usuários para negociarem o entendimento de melhores formas de enfrentar as situações (WENDAUSE E SAUPE, 2003). Acrescentaria ainda que esta negociação envolve sem dúvida não só os conhecimentos técnicos do profissional, mas também os aspectos humanos do mesmo, visto que esta forma de olhar leva o outro em consideração.

No sistema Único de Saúde, a educação em saúde constitui-se em uma atividade fundamental, de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Requer uma prática profissional dialógica, crítica e reflexiva, visando abranger as necessidades do indivíduo, família e comunidade de forma integral.

3.5.4 Ser Humano

Neste estudo, seres humanos constituem-se de mulheres e homens (“elas e eles”), sujeitos que vivem em uma comunidade urbana, com suas circunstâncias de vida, suas crenças, hábitos, valores e condições materiais de existência.. Assim como a enfermeira que participa do diálogo e deseja conhecer outro ser humano, como indivíduo, a família e sua comunidade e contribuir para seu maior entendimento sobre planejamento familiar. Entendo “elas” como mulheres, casadas ou não, que compartilharam as rodas de diálogo sobre planejamento familiar e sujeitos que contribuem ao meu estudo. “Eles” são os sujeitos do gênero masculino, casados ou solteiros, que compartilharam roda de diálogo sobre planejamento familiar e contribuiram para o resultado deste estudo.

3.5.5 Saúde

Acredito que as pessoas podem entender saúde das mais diferentes formas, influenciadas pelo seu ambiente, pela suas vivências, sua cultura. Para este estudo será utilizado o conceito de saúde formulado pela 8.^a Conferência Nacional de Saúde, que a coloca como sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso aos serviços de saúde.

A Constituição de 1988 em seu Art. 196 define: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Isto se trata de uma questão de cidadania, a qual implica em direitos e deveres estendidos aos gestores, profissionais e usuários. O direito à saúde, especialmente para a comunidade, demanda de um dever fundamental que é a participação no processo de controle social e atividades de promoção à saúde individual e coletiva.

Para Briceño-León (2000, p.15), a saúde pode ter diferentes significados para as pessoas. A saúde é a síntese; síntese de uma multiplicação de processos, do que acontece com a biologia do corpo, com o ambiente que nos rodeia, com as relações sociais, com a política e a economia internacional. A saúde é um índice de bem-estar, talvez o mais importante a ser alcançado por uma população.

3.5.6 Família

Para Osório (2002), a família não é uma expressão passível de conceituação, mas tão somente de descrições, ou seja, é possível descrever as várias estruturas ou modalidades assumidas pela família através dos tempos.

Neste estudo adoto o conceito elaborado pelo GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da família), “como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e /ou afetividade. Têm identidade própria, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados pela cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente, em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros” (PENNA, 1992, p.92).

3.5.7 Enfermeira

Neste estudo a enfermeira é um ser humano, único, com diversidades, parte de uma cultura, elemento de uma sociedade, com conhecimentos científicos e habilidades próprias de seu grupo profissional. Dentre estas a capacidade de ser comprometida com a vida, articuladora e facilitadora do diálogo, inserida na realidade, no ambiente das pessoas de forma a poder contribuir nos processos de promoção de saúde com os indivíduos e famílias em relação ao planejamento familiar.

Este estudo se orienta pelas trocas estabelecidas entre as pessoas da comunidade e o profissional de enfermagem; é realizado através de grupos, o que na Enfermagem vem se constituindo em uma prática cada vez mais freqüente e valorizada. Através do grupo é possível aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, fazendo que as pessoas possam superar suas dificuldades, adquirindo maior autonomia, podendo viver mais harmonicamente em suas condições de saúde, além de promover um viver mais saudável (SILVA et al, 2003).

3.5.8 Ambiente e Sociedade

Nesta comunidade de estudo o ambiente é compreendido como o espaço onde as pessoas dialogam para se organizar socialmente. Têm sua história, construída através de suas vivências, influenciados pela cultura, conhecimentos, objetivos individuais e coletivos. Agrupam-se por laços familiares, afetivos e interesses em comum. Constroem uma vida em sociedade, para assegurar seus direitos de cidadania, entre eles o direito a moradia, ao planejamento de sua prole, num espaço ético e justo.

3.5.9 Cultura

Para Freire, (1980) cultura pode ser conceituada como aquisição sistemática de experiência, ela tanto pode ser expressa pelo boneco de barro feito pelos artistas, irmãos do povo, como por obras de um grande escultor, pintor, pensador. Pode ser aquela poesia dos poetas letrados, como a poesia do cancionero popular, isto é, como

toda criação humana.

Neste estudo entendo a cultura como resultante da experiência histórica dos indivíduos, capaz de produzir um somatório das crenças, hábitos, costumes, e circunstâncias de vida, os quais podem influenciar ou determinar tomadas ou não de decisões. Estas decisões poderão estar relacionadas às questões de saúde, especialmente neste caso, o planejamento familiar.

3.6 Contribuição teórica de Briceño-Leon

Briceño-León (1996) é sociólogo, diretor do Laboratório de Ciências Sociais da Universidade Central da Venezuela, Doutor em Ciências Sociais e Professor da universidade citada. Briceño-León (1996) elaborou sete teses sobre educação em saúde com a finalidade de fomentar a participação comunitária. Partindo das teorias da ação humana para poder explicar a ação ou não-ação das pessoas. O autor descreve que nas doenças tropicais, dos três fatores de intervenção, conhecemos bem sobre o parasita e o vetor, porém muito pouco sobre o ser humano. Sendo que as ações de controle que são aplicadas estão centradas no parasita e no vetor e muito pouco tem sido feito em relação aos seres humanos.

As pessoas nas distintas zonas endêmicas demonstram se cansar frente às inspeções domiciliares, ao consumo de comprimidos, ao uso de inseticidas, à tomada de amostras de sangue, enfim a todo um pacote de ações as quais não são consultadas nem lhe explicam o todo. (BRICEÑO-LEÓN, 1996, p.1)

O autor formulou dois postulados básicos para guiarem as ações de saúde e vencer a resistência das pessoas:

1. Conhecer o ser humano: pois só conhecendo o ser humano e suas circunstâncias é que se alcança a eficiência nas ações de saúde. Isto implica em compreender suas crenças, seus hábitos e papéis e suas circunstâncias, ou seja,

conhecer o indivíduo dentro do contexto em que está inserido.

2. Contar com o ser humano: segundo Briceño-León (1996) “Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si mesmo”. Este princípio consiste: na liberdade e capacidade individual de decidir sobre seu destino, saúde e risco de doença. Considerando os conflitos surgidos a partir dos princípios éticos da proteção do outro, aceitável em casos de epidemias, na proteção da coletividade protegendo seus direitos. Fora este fato passa a impressão de que o outro é inferior e deve-se protegê-lo, isto faz com que as ações verticais fiquem frágeis, não durem, pois não há cooperação do indivíduo para tal, por criarem uma rejeição às mesmas. Conforme o próprio Briceño-León (1996, p.3), explica: “Contar com o ser humano envolve aceitar o risco da liberdade do outro, único fundamento para a construção de uma sociedade democrática”. O que significa que programas de saúde, ações de profissionais de saúde não podem ser impostas a uma pessoa ou comunidade se esta não quiser. Este princípio reside na ética à liberdade do indivíduo, mas contudo vem de encontro da ética de proteção do outro sendo assim, contar com o ser humano significa aceitar o risco da liberdade do outro.

A partir destes postulados, Briceño-León (1996), propõe sete teses sobre a relação entre educação sanitária e participação em saúde, para facilitar a compreensão e questionamentos. As quais estão descritas a seguir. Fundamenta-se no educador Paulo Freire, ao dizer que a educação deve ser dialógica e participativa, superando a transmissão de informações normativas e autoritárias. É necessário entender a lógica do pensamento do ser humano para poder gerar consciência e participação. Assumindo Freire (1980), o autor citado, refere que a educação deve ser libertadora e formadora de opinião, capaz de gerar transformações individuais, familiares e coletivas. Sugere construir os objetivos na própria comunidade, conhecendo o ser humano, suas crenças, hábitos e circunstâncias de vida.

Assumindo Briceño-León (1996) e nos transferindo para o campo do planejamento familiar penso que ainda o ser humano não é devidamente considerado. Parece existir uma preocupação mais voltada ao repasse de orientações sobre o “modo correto” e a opção “mais adequada” para a anticoncepção, indicações e contra-indicações, isto é, ainda priorizando medidas para a redução da fecundidade em si ao

invés de priorizar as necessidades dos sujeitos. A saúde geral da mulher, sua sexualidade, seus sentimentos, preferências, circunstâncias de vida, a cultura e a qualidade de vida da mulher e/ou casal muitas vezes são desconsideradas. A questão da responsabilidade do homem neste processo é muitas vezes negligenciada. A escolha pelo método, em muitas situações parece ser feita pelo profissional sem participação efetiva dos principais interessados.

As orientações dos profissionais de saúde, neste caso, relacionadas ao planejamento familiar, acabam não sendo concretizadas em ações. Isto acontece, porque, provavelmente, não se estabelece uma relação de confiança entre as partes, o ser humano não é devidamente considerado, não pode se contar com ele e desse modo não houve uma promoção de processo de mudança.

É preciso que as mulheres e homens possam ser ouvidos e aconselhados em relação às suas preferências e dúvidas. Que participem e se responsabilizem também pela escolha, podendo discutir se está adequada para a sua situação ou seu momento de vida.. A eficácia do planejamento familiar parece em muitas situações, ainda estar relacionada com “o seguimento das ordens” dos profissionais, pois afinal eles estudaram e sabem, enquanto os sujeitos são desprovidos de conhecimentos.

Partindo da reflexão de seus postulados, B. Leon (1996) propõe suas teses sobre a participação comunitária para educação em saúde.

Tese I: A educação não é somente a que se propõe em programas educativos, mas sim em toda a ação de saúde.

De acordo com esta tese, toda ação de saúde é educativa, independente de sua abordagem. Pode-se interpretar que é carregada de conteúdo ideológico e subjetividades profissionais determinantes de atitudes libertadoras ou opressoras.

Há dois tipos de educação: a formal, é aquela que se imagina quando as orientações se dão em forma de conferências, filmes, folhetos, slides. A informal é aquela que se desenvolve todos os dias nas ações de saúde.

A educação informal é oportunizada a todos os profissionais de saúde diariamente no seu contato, seja com a população com quem trabalham diretamente, seja com os colegas de trabalho. Penso que ela não deveria ser um processo

inconsciente, pois é importante ter consciência da riqueza deste instrumento de trabalho, assim como deste ser humano que traz consigo uma bagagem que pode ser explorada ou não.

Tese II: A ignorância não é um espaço a ser preenchido, mas sim um espaço a ser transformado.

Todo indivíduo, mesmo aquele considerado presumidamente ignorante, tem muitos conhecimentos, crenças, têm opiniões, que podem ser consideradas como “mas”, “tradicionais” ou “incorretas”, mas são aquelas que ele têm e que guiam normalmente o seu comportamento. É preciso conhecer estes indivíduos, pensando na educação pensando não em cobrir o vazio da ignorância, mas sim em transformar os cheios cognitivos e condutuais previamente existentes no indivíduo.

Tese III: Não há um que saiba e outro que não saiba, e sim dois que sabem coisas distintas.

A educação deve significar uma troca de saberes, ela é bidirecional e ambas as partes geram um compromisso de transformação de seus próprios saberes. Parte-se do princípio de que todos sabem alguma coisa sobre o mundo, alguns sabem mais sobre determinado assunto e menos sobre outro. Briceño-Leon (1996) exemplifica: “um camponês sabe muitas coisas sobre a terra, as sementes ou as chuvas: o morador urbano tem saberes sobre construções, mecânica ou maneiras de organizar-se..”

Quando trabalhamos em uma comunidade, quando fazemos os nossos primeiros contatos com ela, normalmente nesse processo de aproximação nos dirigimos também às lideranças comunitárias. Porque fazemos isto? Porque estas pessoas conhecem esta comunidade, tem um vínculo com estas pessoas, sabem muitas vezes formas mais adequadas de aproximação por exemplo. É um saber diferente do nosso, e nem por isso de menor importância.

Tese IV: A participação deve ser dialógica e participativa.

Em um processo de diálogo ambos comprometem-se a ouvir e transformar-se. As relações devem ser horizontais, não deve existir um que manda e outro que

obedece. Não deve haver a relação de submissão ou dominação.

Acredito que através do diálogo a riqueza de conhecimentos que cada pessoa traz consigo podem ser trazidas à luz, propiciando trocas, transformações assim como a participação.

Tese V: A educação deve reforçar a confiança da gente em si mesma.

A confiança é um fator de extrema importância para o êxito das ações de saúde. Quando um indivíduo acredita que pode ter êxito em suas ações ele fará esforço em atingi-las. Fala que há educadores, que são como muitos padres, líderes ou chefes de família que criam com sua ação e suas palavras confiança na gente. Outros causam desconfiança. Isto é muito importante, pois a confiança é fundamental para o êxito de uma ação.

Muitas vezes podemos acreditar que a relação de confiança se estabelece com grandes ações, no entanto a prática mostra que muitas vezes a simples disponibilidade do profissional em esclarecer dúvidas, em ouvir o outro e estar com ele, manifestar interesse naquilo que ele traz, enfim, em considerar o outro, faz com que se estabeleça um vínculo e assim a confiança.

Tese VI : A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço/recompensa.

Esta educação não pode ser apenas verbal, teórica, precisam representar um lucro para as pessoas. As ações devem ser acompanhadas de lucros que se obtenha através de esforços. Deve levar as pessoas acreditarem que podem fazer algo por sua própria saúde.

Tese VII: A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

A participação comunitária deve estimular a participação coletiva, o interesse das pessoas por um bem-estar coletivo. Nesta pesquisa, o diálogo como ação educativa procura enfatizar a responsabilidade individual, estimular o diálogo entre membros da família (especialmente homem/mulher), e também reforçar a importância da

cooperação e participação coletiva..

Também refere o ser humano como ser dialógico.

A pedagogia freiriana estabelece a importância da valorização do saber popular levando em conta os interesses da população somente o conhecimento técnico científico não levam a mudanças das condições de vida de uma população, sendo que isto somente poderá ser concretizado a partir do comprometimento dos profissionais de saúde com a democratização da educação em saúde (MEDEIROS, 2003).

4 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

O caminho metodológico constitui-se de elementos necessários para direcionar o estudo ao alcance dos objetivos propostos, ou seja, conhecer fatores considerados facilitadores e limitantes ao diálogo sobre planejamento familiar. Para isto, optou-se por uma pesquisa convergente assistencial com abordagem qualitativa, cujos sujeitos foram homens e mulheres moradores de uma comunidade urbana.

Para Victora (2000) o método qualitativo é útil para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo, possibilitando um conhecimento aprofundado de um evento. Uma das implicações de um estudo qualitativo é o número reduzido da amostra, não sendo possível generalizações.

Na pesquisa qualitativa, “o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado, objeto não é um dado inerte e neutro...” (CHIZZOTTI, 1996, p.79).

Na pesquisa convergente assistencial é requerida a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, estando orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças ou introdução de inovações. A pesquisa convergente é “compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadoras e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua” (TRENTINI E PAIM, 2004 p.24).

Na pesquisa convergente assistencial (PCA) o pesquisador deve estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial. Consiste na sua articulação com a prática assistencial. Desta forma, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. Esta articulação da PCA com a prática ocorre, principalmente, durante a coleta de informações quando os pesquisadores e componentes da amostra se envolvem na assistência e pesquisa.

(TRENTINI E PAIM, 2004).

Quando atuam no fazer assistencial, os profissionais de saúde, não devem confundir com a mera execução de tarefas, pois é preciso reflexão para discernir e decidir a aplicação de conhecimento. Na execução de cuidados as pessoas, os profissionais precisam obter informações sobre o cliente a ser cuidado. O tipo de informação a ser obtida e seu registro visa a adequação da assistência para uma situação específica imediata, obedecendo as necessidades manifestadas pelo cliente, centralizando as atividades na implementação sistematizada do processo de cuidar (TRENTINI E PAIM, 2004).

4.1 Descrição do cenário

O estudo foi realizado em uma comunidade urbana de um município do Rio Grande do Sul, o qual possui uma área de 217,61 km, zona urbana com 73,94 km e rural com 143,67 km. Está situada num vale, rodeada de coxilhas e morros. A rede hidrográfica é de pequena expressão, apenas um rio. O clima é subtropical (SCHÜTZ, 1976).

De acordo com IBGE/MS/SE/Datasus (2004), o município sede deste estudo, conta com uma população total de 255.315 habitantes, sendo que a população feminina é de 130.534 mulheres. A mortalidade materna em 2004 foi de 177,98/100.000, o número de nascimentos 3.371, a taxa de natalidade de 13,38 e fertilidade de 47,05 .

A população inicial do município contou com a participação de grupos de imigrantes alemães, chegados entre 1824 a 1848. Esses imigrantes deixaram a Alemanha na primeira metade do século XIX, originários de um conglomerado de pequenos principados e ducados, sob certa liderança da Prússia. Eram em sua maioria pessoas empobrecidas, camponeses sem terra, artesãos desempregados e soldados desativados, e tinham como alternativa de sobrevivência emigrar para outros países. Milhões seguiram para os Estados Unidos da América do Norte, alguns milhares vieram para o Brasil (SARLET, 1993).

A imigração italiana no referido município começou em 1875, no entanto a

população tem características marcantes da influência alemã, com espírito comunitário, pois trabalhavam em forma de cooperativas. A característica religiosa também foi decisiva na comunidade, na qual evangélicos luteranos têm o maior número de adeptos (RESENHA HISTÓRICA DA COMUNIDADE, 1832-1982).

A comunidade onde mais tarde este município se desenvolveu é criada por Lei em 08 de maio de 1857. Com sua indústria baseada no setor coureiro-calçadista, continua exercendo (atualmente com menos intensidade) atração como centro gerador de empregos. Isto fez com que durante muitos anos a população do município optasse por deixar a colônia e ir para a cidade. Com isto a cidade experimentou um grande crescimento (RESENHA HISTÓRICA DA COMUNIDADE, 1832-1982).

Como se voltou para a industrialização, acarretou com isto um contingente humano flutuante, grande número de mestiços vieram em busca de trabalho, ingressando nas indústrias como operários. Esta gama, mesmo não sendo fixa, desconhecendo a própria origem, baixo padrão cultural, alimentando outros princípios e tradições, influenciaram profundamente esta comunidade. A população em sua maioria é jovem e operária. Com o advento da indústria, a agricultura perdeu seu destaque no panorama econômico (SCHÜTZ, 1976).

No setor saúde, de acordo com informações obtidas na Coordenação das Unidades Básicas da Secretaria Municipal de Saúde, há três hospitais de médio porte, sendo apenas um destinando exclusivamente ao atendimento do SUS. O município conta com quinze Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Especialidades e um Serviço de Pronto Atendimento, vinculado ao Hospital que atende o SUS. As Unidades Básicas de Saúde contam com clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares de enfermagem e onze enfermeiras. As duas unidades maiores têm uma enfermeira para cada turno (manhã e tarde), sendo que sete trabalham em tempo integral, seis em esquema de supervisão (visitando as unidades em alguns dias da semana) e duas não possuem atendimento por enfermeiro. Algumas UBS dispõem de enfermeiras, nutricionistas e assistentes sociais exclusivas para a unidade.

O município conta com um Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) e um CAPS-AD (Álcool e Drogas), uma Casa de Vacinas, onde são centralizadas a vacina

anti-rábica e rotavírus que não estão disponíveis nas unidades básicas; Serviço de Tuberculose, Ambulatório do Fumo e serviço para pacientes ostomizados (estes três serviços ficam centralizados no mesmo prédio destinado a Casa de Vacinas). Possui o Serviço da Criança e adolescente (SACA); um Centro de Imagens, com uma equipe dois técnicos de enfermagem, um mastologista (uma vez por semana) uma psicóloga (2 vezes por semana) uma auxiliar administrativa e dois ginecologistas,(diariamente) onde são realizadas Ecografias, Mamografias e EEG encaminhados pelas UBSs; Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); Amigos do Bebê, serviço que faz visita domiciliar à mãe e bebê no puerpério com duas auxiliares de enfermagem e uma assistente social; uma Farmácia Comunitária com duas filiais, Laboratório Público localizado junto ao Hospital que presta atendimento do SUS; Serviço DST/AIDS; Serviço de Vigilância em Saúde; Serviço Central de Planejamento Familiar que conta com uma equipe de duas Assistentes Sociais (uma na Coordenação), uma enfermeira que também é responsável pelo PACS, uma psicóloga (duas vezes por semana), uma ginecologista e um urologista. Para este serviço são encaminhados pelas UBSs os usuários que desejam um método definitivo (laqueadura e vasectomia).Neste serviço, é realizado um grupo de acolhimento com orientações acerca dos métodos contraceptivos, realizado consulta individual com profissionais de saúde , consulta do casal com psicóloga e agendados para retorno em sessenta dias. O município conta com o Programa de Agentes Comunitários (PACS) com seis agentes comunitários que ficam distribuídos em 3 bairros (SMS, 2006).

O local do nosso estudo integra uma vila com 5495 habitantes (IBGE, 2004). Conforme diagnóstico sócio econômico realizado (ARAÚJO, 2000), constitui-se em uma série de habitações, oriundas de um processo de invasão gradual de uma área reservada à função de praça pública de um loteamento considerado como irregular.

Segundo o Presidente da Associação de Moradores (2006), a “invasão” dessa “praça” ou área verde foi iniciada há mais de vinte anos, tendo acontecido de forma gradual, isto é, à medida que as pessoas vinham de outros municípios a procura de emprego ou mesmo nas mudanças de endereço dentro do próprio município, sendo constatado também, que existem moradores no local, morando há poucos meses.

Hoje, duas décadas, conforme Presidente da Associação dos Moradores (2006)

do local, a vila tem pouco mais de cem casas cerca de 480 moradores, sendo a maioria constituída famílias jovens. Apresentam estrutura de distribuição desordenada e precária; construções irregulares; acessos que dificultam a circulação de veículos e a prestação de serviços públicos e essenciais, como por exemplo, a coleta de lixo porta-a-porta, acesso a ambulâncias, caminhão de gás, entre outros; esgotos pluviais e cloacais, regularização do abastecimento de energia elétrica e de água tratada; não existindo calçamento e pavimentação.

Além disso, o local constitui-se de área de risco habitacional, pois está situado em área de acostamento, domínio de uma rodovia estadual, a RS 239. Apresenta-se em uma encosta de morro, onde várias casas estão abaixo do nível das “ruas” ou dos acessos. A área era um banhado, há mais de trinta anos, e vem sendo aterrado com lixo e com resíduos industriais. Há ainda um córrego que passa entre as casas da vila utilizada como escoamento dos “sistemas” irregulares de esgoto.

Conforme o diagnóstico Araújo (2000) no que diz respeito ao contexto ocupacional e de renda, os dados demonstram que cerca de 35% trabalham como empregados no mercado formal e informal, ou têm algum tipo de rendimento. De acordo com o Presidente a Associação dos Moradores (2006) a maior parte dos trabalhadores da vila estão empregados na indústria de calçados, metalúrgica, assim como na construção civil. Alguns são autônomos (trabalhos informais), um é vigilante. Quatro famílias trabalham com reciclagem de lixo. Mesmo assim, muitos homens ainda estão desempregados.

A procedência das pessoas da comunidade referida é bastante variada, entretanto, é uma população muito jovem e moram no local há um tempo razoável. Cerca de 36% são do próprio município onde se realizou a pesquisa, os demais são principalmente de Seberi, Soledade , além de 7% serem de outros estados brasileiros. Em relação ao local de nascimento, 48% provém de zonas rurais (ARAÚJO, 2000).

No que se refere à escolaridade, os dados mostram que a maioria das crianças em idade escolar está regularmente matriculada nas escolas próxima à área. Dos que pararam de estudar e que estão acima dos quatorze anos, 8%, são analfabetos (ARAÚJO, 2000). De acordo com o presidente da Associação dos Moradores (2006) a maioria dos adultos da vila tem o primeiro grau incompleto, poucos o primeiro grau e

o segundo grau completos, e ainda muitos analfabetos.

De acordo com Araújo, (2000) entre as organizações freqüentadas pelas pessoas da comunidade, a de maior destaque é a Igreja Católica com cerca de 64%; segue-se a Assembléia de Deus, que possui uma sede na vila, 24% pertencem a sindicatos (filiados aos sindicatos da industria metalúrgica e dos calçados) 5% a times de futebol e a Clube de Mães 2%. O comércio se restringe a alguns bares.

A Associação de Moradores existe desde 1995, tendo passado por um período sem muita atividade. Em 2003 com o pedido de reintegração de posse da vila houve uma mobilização da comunidade, resultando em reunião onde foi escolhida uma nova diretoria para representar os moradores objetivando permanecerem no local. Com a situação em relação à reintegração de posse ainda não resolvida, a comunidade continua mobilizada. Em 2006 foi realizada nova reunião e escolhida nova diretoria com um mandato de mais três anos.

Em relação ao acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para esta comunidade, ele é possível através de uso de transporte coletivo ou não . Esta UBS possui profissionais tais como: clínico geral, cardiologista, dois pediatras e um ginecologista, além de uma nutricionista, um dentista, duas auxiliares de enfermagem. Não conta com o profissional enfermeiro. Oferece consultas individuais com profissionais de saúde, serviços de enfermagem (vacinação, curativos, verificação sinais vitais etc.), além de atividades educativas através de grupos de hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, mulheres no climatério e puerpério (SMS, 2005).

4.2 Os sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres e homens que residiam na referida comunidade urbana que tinham interesse em dialogar sobre Planejamento Familiar.

MULHERES				
Nº Encontros	Participantes	Idade	Escolaridade	Profissão
3	4 a 7	19 a 50	1 com primeiro grau completo, demais com primeiro grau incompleto	1 com trabalho remunerado (atividade artesanal realizada no domicílio), demais do lar

HOMENS				
Nº Encontros	Participantes	Idade	Escolaridade	Profissão
1	5	20 a 40	1 com segundo grau completo, 3 com primeiro grau completo e um incompleto	Um trabalho informal, um desempregado, um metalúrgico e dois trabalhadores da indústria do calçado.

Os encontros com os sujeitos do estudo surgiram através de contato feito por docente da área de nutrição de uma instituição de ensino superior e com a enfermeira que fez parte deste estudo. A docente nutricionista desenvolvia atividades educativas junto a esta comunidade e houve solicitação por parte da mesma por um profissional que pudesse “esclarecer” as pessoas da comunidade interessadas em saber mais sobre planejamento familiar.

Para a “seleção dos sujeitos”, foi realizado um primeiro encontro que teve a participação de um número significativo de pessoas da comunidade, pois era ocasião de outras atividades na comunidade, onde a pesquisadora teve primeiro contato para saber sobre o interesse das pessoas pelo tema, assim como expor sua proposta de trabalho.

4.3 Coleta de dados

Foram realizados três encontros com as mulheres, um encontro com os homens. O número de mulheres que participaram dos encontros variou. No primeiro foram sete mulheres, no segundo seis e no terceiro quatro. O encontro dos homens contou com cinco participantes. Os encontros tiveram uma duração em torno de duas horas cada um.

Além dos encontros com os homens e mulheres, realizamos entrevista informal com Presidente da Associação de Moradores e sua esposa, objetivando acrescentar

mais dados sobre a comunidade em estudo, assim como encontro com a coordenadora das Unidades Básicas da Secretaria Municipal de Saúde. Os grupos, foram reunidos em local previamente definido (na Sede da Associação de Moradores). O terceiro encontro com as mulheres e reunião com os homens foram realizados em casas de moradores por não disponibilidade da Sede da Associação naquele momento.

Objetivando facilitar a aceitação do pesquisador na comunidade a ser estudada, houve um primeiro encontro, realizado na Sede da Associação de Moradores da comunidade em dia de distribuição do Jornal comunitário, com a presença da docente que já desenvolve atividades no local, facilitando assim um diálogo de aproximação, permitindo que as pessoas da comunidade pudessem se expressar espontaneamente, possibilitando um clima de confiança entre as partes.

Nos encontros agendados posteriormente, foram realizados grupos de diálogo, com as mulheres e homens, “elas e eles” que aceitaram fazer parte do estudo. Entendendo que o grupo valoriza a aproximação natural das pessoas, propiciando um fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas, valorizando a saúde, utilizando os recursos disponíveis e exercitando a cidadania (ALONSO, 1999).

As pessoas se aproximam para compartilhar problemas e trocar experiências é um processo natural. A maior parte de suas vidas elas passam vivenciando situações de grupo, isto é, família, igreja, escola, enfim. Por isso o trabalho educativo em grupo oportuniza a aproximação e a possibilidade de compartilharem experiências e saberes a respeito dos cuidados em saúde. Esta experiência grupal fortalece tanto as potencialidades individuais quanto coletivas, ampliando sua visão em relação aos recursos disponíveis para as ações de saúde e encoraja indivíduos e grupos a buscar novas formas de enfrentar os desafios (ALONSO E VERDI, 2005).

A maioria dos encontros aconteceu com um intervalo de sete dias, sendo que o encontro com os homens teve um intervalo maior, devido a dificuldades relacionadas a horário disponível dos participantes.

Estes encontros objetivaram identificar situações, condições que permitem inferências de limites e possibilidades do diálogo como estratégia para a discussão de planejamento familiar.

Para Freire (1987, p. 79) o diálogo é a solidariedade do refletir e o agir de seus

sujeitos endereçados ao mundo de ser transformado e humanizado. Para Patrício (1996, p.59) a construção se dá pelas interações, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica, calcada em princípios científicos, éticos e estéticos da vida.

Na pesquisa convergente-assistencial, as observações e entrevistas informais são registradas sob a forma de palavras-chave e, assim que possível, o pesquisador escreverá os detalhes das observações e falas dos participantes; para isto deve observar um período de tempo que mantenha na memória, as informações importantes.

Seguindo as orientações metodológicas da Pesquisa Convergente Assistencial, a coleta de dados foi realizada a partir dos encontros programados. As falas (palavras-chave) destacadas durante o primeiro encontro com as mulheres e o encontro com os homens, foram registradas, pelo pesquisador, em diário de campo. O registro dos dados do segundo e terceiro encontro com as mulheres foram registrados em diário de campo, com a colaboração e participação de uma acadêmica de enfermagem, previamente orientada pela pesquisadora.

4.4 Considerações éticas do estudo

Partindo do princípio de que trabalhar com seres humanos exige que a ética permeie todas as fases do estudo, busquei contemplar as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas especialmente no que diz respeito ao Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1). Esta resolução aborda princípios da bioética e a justiça, os quais asseguram os direitos e deveres dos participantes da pesquisa (196/96).

Após análise e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), processo nº 127/06, apresentamos nossa proposta de estudo ao Secretário Municipal de Saúde do município. Mediante a liberação, foi feito o convite aos participantes durante reunião com a comunidade e convite pessoal ao líder da comunidade. Os participantes que fizeram parte do estudo foram informados sobre a proposta de trabalho verbalmente e por escrito. No primeiro encontro foi realizada a coleta da assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice 1)

Esse consentimento é entendido como a autorização de forma voluntária,

permitindo a realização da pesquisa, após terem recebido todas as informações necessárias, visando resguardar o respeito à vida (VICTORA, 2000).

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre a importância do estudo e garantia de sigilo da identidade, sendo que a identificação das mulheres se deu através de nomes fictícios representados por nome de flores. A fala dos homens foi destacada através de letras do alfabeto, tendo a liberdade de escolher pela não autorização para gravar as falas em fita cassete. Ressaltando também que a participação seria livre e poderia ser interrompida a qualquer momento. O estudo não trouxe riscos aos participantes, pois se tratou de uma atividade educativa.

4.5 Análise de dados

Quando adotamos a metodologia da pesquisa convergente-assistencial, a situação em estudo pode sofrer variações durante o período de desenvolvimento. Em nosso caso, o pesquisador entrevistou no grupo de pesquisa desenvolvendo também ações de assistência. O enfoque foi de entender ou descrever algum aspecto da experiência do grupo. Os processos de coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente na atividade dos grupos, facilitando desta forma a imersão do pesquisador nos relatos, refletindo, interpretando e descobrindo os vazios que foram preenchidos ao longo do processo. Como em qualquer outra pesquisa qualitativa, respeitamos os quatro processos genéricos: Apreensão, Síntese, Teorização e Transferência (TRENTINI E PAIM, 2004).

A apreensão inicia com a coleta de informações, onde deve ser organizado o relato das informações, neste estudo foram realizadas por meio da utilização de expressões-chave, que dentro da planilha de registros, foi chamado “relato delas e relato deles”.

A Síntese consiste em analisar subjetivamente as associações e variação das informações.

A Teorização consiste no desenvolvimento de um esquema teórico partindo das relações reconhecidas durante o processo de síntese, descobrindo os valores contidos

nas informações, dando origem a pressupostos e novos conceitos. A Transferência de resultados consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados e procurar contextualizá-las em situações similares, sem que este processo seja entendido como poder de generalização.

5 OS ENCONTROS COM “ELAS” E “ELES”

5.1 Apresentação da proposta de trabalho e convite à participação.

Este encontro teve um caráter mais formal, tendo sido previamente agendado pela nutricionista junto ao Presidente da Associação de Moradores. Participaram do encontro em torno de quarenta pessoas, homens e mulheres. Inicialmente fui apresentada à comunidade pela colega nutricionista. As pessoas presentes colocaram os assuntos de seu interesse previamente solicitados através de levantamento. Informaram que também desejavam trabalhar sobre Planejamento Familiar, porém achavam interessante abordar a questão da gravidez na adolescência. Todavia, isto teria que ser em outro momento, em outro grupo separado das demais mulheres adultas, pois avaliaram que as adolescentes não gostariam de estar no mesmo grupo. Salientaram também outros temas de interesse, dentre os quais, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e exames preventivos de colo de útero. Estas questões foram debatidas com encaminhamento para a possibilidade de atenção a esta necessidade pelo ambulatório Centro de Ciências da Saúde da Faculdade local.. Um dos focos do debate foi à relação paciente-estagiários da faculdade. Declararam o sentimento de “usados” durante visitas domiciliares, as quais são interpretadas apenas como de caráter investigativo, quando o esperado pela população seria algo de cunho assistencial para seus problemas imediatos.

Foi acordado que encaminharíamos um projeto de Extensão Universitária, para que as atividades pudessem ser concretizadas. O retorno desta negociação foi devolvido às mulheres que participaram das atividades da prática assistencial no encontro seguinte. Após ouvir as colocações, conversei sobre a minha proposta do diálogo. Reafirmei os objetivos, esclarecendo que todos eram convidados a participar e que se julgassem prejudicados por qualquer motivo, poderiam desistir em respeito aos princípios éticos que norteariam a atividade, ressaltando que não seriam identificados e

fotografados sem seu consentimento livre e esclarecido.

Como houve interesse na proposta, passamos para a etapa de negociação do calendário. Sugerimos iniciarmos no sábado seguinte com os homens e mulheres. Muitos homens se manifestaram e mulheres também. Elas diziam que gostariam de primeiro fazer grupo separado dos homens e eles disseram que primeiro seria bom trabalhar com elas. Ficou então decidido que primeiro o encontro seria com as mulheres.

Com a participação de um grande número de pessoas neste primeiro encontro, senti-me motivada a iniciar a prática embora muito curiosa com o desenrolar dos próximos encontros. Após serem tratadas as questões práticas, reforcei o convite, agradei a presença de todos e prometi um chá com bolo para o encontro seguinte. Senti um grande entusiasmo quando coloquei esta questão, sendo que alguns homens comentaram em tom de brincadeira, que sendo assim, talvez também participassem.

Penso que a forma como se desenvolveu este primeiro encontro vem ao encontro da IV Tese de Briceño-Leon, onde ele fala que a participação deve ser dialógica e participativa, havendo empenho em fazer uma negociação entre as partes e também na I Tese onde fala que a educação não é só a que se dá em programas educativos, mas em toda a ação de saúde.

Foi percebido neste encontro que ainda existe desinformação sobre temas relacionados à saúde, interesse em conhecer mais sobre planejamento familiar, que a questão da acessibilidade aos serviços de saúde pode atrapalhar a efetividade das ações, que questões de gênero parecem estar presentes nas questões relacionadas ao planejamento familiar e demais aspectos da saúde reprodutiva, receio de serem “usados” em atividades de cunho acadêmico, preocupação dos adultos com as questões relacionadas com a saúde das adolescentes, principalmente no que se refere à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, dificuldade no acerto dos dias dos encontros, forte interferência do líder comunitário nas decisões.

Em relação à questão de gênero, conforme Helmann (2003), em todas as sociedades, existe uma divisão do mundo social nas categorias “masculino” e “feminino”, significando que meninos e meninas são socializados de modos muito diferentes. Educados para terem expectativas diferentes em relação à vida, assim como para desenvolver a emoção e o intelecto de formas distintas. Ele refere ainda que

mesmo estabelecendo normas de comportamento sexual para cada um dos sexos, essas normas variam muito de cultura para cultura.

Quando destacam que à distância da UBS de referência para a comunidade em questão e a falta de profissionais para atendimento é um fator que acaba atrapalhando a população, me reporto a Pereira, quando coloca que em relação aos tipos de serviços de saúde, e questões relacionadas à quantidade, distribuição e qualidade, duas premissas se aplicam: que os serviços de saúde devem ser em número suficiente, que estejam estrategicamente localizados e acessíveis à clientela, e, que além disso, eles devem ter capacidade de resolver os problemas de saúde, razão própria de sua existência.

5.2 Primeiro encontro com “elas”

Neste primeiro encontro, inicialmente realizamos uma breve discussão sobre objetivo do nosso estudo, destacando a importância do tema planejamento familiar, assim como outros temas que foram destacados no encontro anterior.

Iniciamos o grupo com sete mulheres. Começamos com uma apresentação, onde sugeri que dissessem quantos filhos tinham, as expectativas e interesses em relação aos encontros. Houve silêncio, algumas responderam, outras disseram que não queriam falar. Fiz a minha apresentação novamente e conversamos sobre a proposta de trabalho, e as questões éticas envolvidas. Identifiquei as mulheres com nomes de flores. Houve bastante interferência dos filhos e netos durante a atividade, com choro e solicitação de atenção por estes.

As mulheres reafirmam o interesse inicial relacionado à saúde e sexualidade dos adolescentes da comunidade. Suas dúvidas e curiosidades relacionavam-se, também, ao planejamento familiar. Para atendimento das preocupações com os adolescentes foi acordada uma atividade extra em outro momento.

Camélia disse que tinha curiosidade, Jasmin referiu que queria aprender mais, Rosa colocou que apesar de já ter tido seis filhos e não estar mais em idade fértil tinha interesse de saber mais para poder orientar os filhos. Aos poucos, pareciam se sentir

mais à vontade e começaram a perguntar e falar bastante. Usei o quadro negro, utilizando a técnica de chuva de idéias sobre o que elas entendiam por planejamento familiar. As falas delas em relação ao tema:

Deve haver conversa entre o casal. (Camélia)

É preciso que tenha casamento/união entre duas pessoas. (Jasmin)

É Preciso pensar na situação financeira. (Violeta)

Tive uma filha que não foi planejada, pois usei chás durante 4 anos para evitar, foram receitados por uma benzedeira, mas acho que fiz alguma coisa errada pois acabei engravidando. (Cravo)

O que é dito por estas mulheres sobre o planejamento familiar, sugere diversos entendimentos sobre o tema. Desde a necessidade de diálogo do casal, a necessidade de uma união estável, a preocupação com a questão financeira, assim como as crenças relacionadas com a contracepção. Com isso percebe-se que independente de sua condição social e educacional, estas mulheres têm o entendimento de suas necessidades. O que lhes carece é o acesso aos seus direitos de saúde no seu sentido mais amplo, de acordo com os preceitos constitucionais. Além disso, constata-se que devido ao difícil acesso ao sistema de saúde, em sua integralidade, a população apóia-se em práticas tradicionais de cuidado, as quais atendem em parte, as suas necessidades. Conforme Alves e Minayo (1994 p.134), “Associada à elaboração e ingestão de chapuerada (chás), há sempre algum tipo de procedimento mágico, a reza de uma benzedeira, palavras que devem ser pronunciadas...”. Na interlocução com estas mulheres, destaca-se a responsabilização feminina pela mediação da harmonia da sexualidade do casal, planejamento da família e especialmente a contracepção. Mesmo tendo consciência de que a situação poderia ser diferente, as mulheres permanecem numa situação de passividade, assumindo um papel de submissão, muitas vezes explicado pela dependência financeira, de segurança para os filhos ou mesmo afetiva:

Ainda tem muito preconceito, fica tudo como responsabilidade da mulher. Todos querem sexo. (Gérbera)

Os homens não querem usar camisinha. Eles dizem que camisinha é como ir para baixo do chuveiro para tomar banho e não se molhar. (Flor do Campo)

Os filhos foram vindo, não sei o que faltou. (Rosa)

Estas mulheres apresentam em suas falas questões de vivência, de crenças e da sua intimidade. Durante o diálogo referiram não estar realizando vários cuidados referentes à sua saúde. Senti que tinham muita necessidade de falar sobre seus sentimentos. Quando conversava com estas mulheres, acolhia suas dúvidas e queixas, esclarecendo algumas questões. Retomamos o tema Planejamento Familiar quando foi projetado um vídeo sobre o assunto que tratava da questão da participação tanto do homem quanto da mulher. As informações apresentadas de uma forma muito agradável, através de falas e danças, diálogos entre médicos e pacientes, onde eles falam sobre os métodos, sempre de forma que apareça e aconteça alguma situação prática relacionada a eles pelos atores do vídeo. Durante o filme elas interrompiam várias vezes para esclarecer dúvidas, especialmente em relação ao DIU, assim como, nunca haviam ouvido falar em diafragma, nem sabiam detalhes sobre período fértil. Relataram que gostaram muito da atividade, afirmando que outras mulheres que também “precisam” ouvir o que tinha sido conversado não compareceram à reunião, mesmo necessitando de maiores esclarecimentos.

Combinamos que no próximo encontro falaríamos das dúvidas que ainda tinham sobre métodos anticoncepcionais, além de questões sobre o exame preventivo de colo de útero. Convidariam novamente os homens, embora a maioria delas não acreditasse na sua adesão. Logo após o término do grupo foram registradas as palavras-chave, resultantes da “chuva de idéias” anotadas no quadro-negro, posteriormente transcritas em diário de campo.

As reflexões partiam de um consenso e cada situação seria um desafio, tanto em relação à motivação quanto a poderem se sentir livres para expressarem as suas opiniões. As questões que chamaram mais a atenção foram: o interesse em aumentar os conhecimentos quer para si como para familiares, a influência das questões

culturais, religiosas, a queixa em relação à não participação dos homens na anticoncepção, questões de gênero, poucos profissionais especializados para atenção à saúde da mulher, assim como o preconceito em relação à outras forma de contracepção, além da descrença na participação dos homens no debate sobre o tema.

5.3 Segundo grupo com “elas”

Este encontro tinha como proposta dialogar acerca dos métodos contraceptivos.

Iniciamos com seis mulheres, que estavam no grupo anterior, concluindo com dez. Como aquecimento foram convidadas a fazer uma breve reflexão sobre nossa condição de mulher, companheiras e mães no cotidiano. A maioria das mães veio acompanhada de crianças menores de dois anos. Para estas foi criado um espaço de recreação onde poderiam brincar enquanto as mães conversavam. Nos organizamos em círculo em torno de uma mesa, onde estavam expostos os diversos contraceptivos. Iniciei perguntado a elas sobre quais os métodos estavam utilizando no momento. Questionei se estavam satisfeitas ou se gostariam de estar utilizando outro. Se não satisfeitas, deveriam expor porque não estavam utilizando o contraceptivo desejado:

Uso “comprimido”, meu o marido controla o uso, preocupado com a situação financeira (...) queria utilizar o DIU, mas não tenho informação sobre ele.(Cravo).

Fiz ligadura aos 28 anos, pois tinha cinco filhos, cinco cesarianas. Passava mal com os comprimidos, parava de tomar e engravidava. (Orquídea)

Já estou na menopausa e fiz ligadura, tive 8 (oito) filhos e eles foram vindo. Pensava que depois da disso a mulher não menstruava mais. (Cravina)

Tomo comprimido, mas gostaria de fazer ligadura, mas marido é contra. queria ter mais informações, se precisa pagar Estou insatisfeita com os comprimidos, aqueles que o médico do posto receita são muito caros, mas tenho medo de trocar .Acho que eles engordam e causam dor de cabeça. (Gérbera)

Meu marido fez vasectomia há alguns anos e sofreu forte discriminação pelos homens da vila. Eu tinha problemas de saúde e tinha risco de vida. (Camélia)

A responsabilidade de evitar filhos ainda é da mulher. (Flor do Campo)

No diálogo produzido durante o grupo, concluímos que muitas mulheres desta comunidade tiveram e continuam apresentando dificuldades de opção pelo método ideal de contracepção. Isto pode ter sido em decorrência de não acesso a informações adequadas, não disponibilidade na rede de atenção à saúde da mulher. Os relatos acima denotam situações nas quais mulheres que não planejaram as gestações tiveram sua vida reprodutiva encerrada por um método definitivo, assim como não demonstraram conhecimento do que acontecia com seus corpos, independente do método contraceptivo utilizado.

. Outra questão destacada refere-se à questão do diálogo entre “eles e elas”. Gérbera manifesta sua insatisfação com o método utilizado, gostaria de optar por algo definitivo, mas o marido não concorda. Ainda assim ela deseja mais informações acerca deste método. Na sua fala também parece haver uma falta de diálogo tanto com o companheiro, como com o profissional de saúde. Isso fica evidenciado na questão relacionada, onde a principal dificuldade é financeira, considerando que de acordo com Gérbera, o contraceptivo disponível da UBS, não lhe é adequado, sendo o que lhe foi prescrito não tem condições financeiras de adquirir. Além disso, o pouco diálogo parece estar relacionado a pouco conhecimento dos efeitos colaterais que podem estar ou não relacionados aos métodos em geral. Além disso, percebe-se ainda a influência de crenças e valores que interferem nas opções masculinas de contracepção. Andrade (2000) quando apresenta como a principal causa apresentada pelos pacientes para a opção da vasectomia e não pela laqueadura de trompas, foi o intuito de preservar a saúde da esposa. E ainda em relação à vasectomia as mulheres referem que os homens da comunidade dizem não podem envelhecer sozinhos, têm que ter mais filhos, assim como deixam de ser homens. Isso remete a outra questão, bastante evidente durante os encontros, ou seja, a responsabilização da mulher pela contracepção, além de outras questões de gênero.

Quando questionadas sobre quem as orientou no início de suas vidas sexuais, referiram fontes diversas de informações, a maioria, informais, tal como: a mãe, a escola, a patroa, a farmácia, ou uma amiga. Este fato demonstra certa distância dos serviços adequados à atenção reprodutiva e educativa popular em saúde da mulher.

Em relação ao papel dos serviços de saúde, Gérbera e Flor do Campo

referiram que na Unidade de Saúde “eles dão orientações”. Estas afirmações aqui destacadas, considerando o referencial teórico, proposto por Briceño-León, apresenta a necessidade de maior aproximação serviço/usuário, promovendo relações horizontais, levando em conta que os sujeitos da ação educativa são possuidores de saberes, os quais podem ser transformados na ação dialógica.

O serviço de saúde não aparece como a maior referência para as dúvidas destas mulheres. Isto é preocupante, visto que as orientações informais que elas recebem podem ter a interferência de crenças e mitos e valores subjetivos, podendo ter como conseqüência o uso incorreto do método ou uso de método não indicado para cada mulher individualmente, e , principalmente, resultando em uma gravidez não planejada.

Outra necessidade identificada, a qual o serviço de saúde poderia intervir com ações educativas, refere-se a maiores informações secundárias ao uso do método propriamente dita. Isto pode ser destacado, por exemplo, no caso das interações medicamentosas, especialmente o antibiótico. Identificamos durante o encontro relato de experiências que falam de gravidez associada ao uso de antibiótico. Referiram ainda que “comprimidos” podem fazer mal para a cabeça.

Quanto à necessidade de fazer pausa durante o uso de contraceptivos orais , foi evidenciado que esta é feita de formas diferentes pelas usuárias do método. Além disso, desconheciam o diafragma e nunca tinham visto a camisinha feminina. Em relação ao DIU, a maioria tinha curiosidade em saber como funciona.. Afirmaram que “As pessoas que usam não engravidam” e tem boa impressão do DIU. Conhecem pessoas que usam e se adaptaram bem. O que é dito por estas mulheres em relação ao DIU contraria o que tenho vivenciado na minha prática, onde um grande número de mulheres não aceita o método e atribui a ele muitas histórias. Em pesquisa realizada as mulheres referem que o DIU, por causar períodos menstruais longos e sangramentos fora do período é visto com desconfiança.(ALVES e MINAYO, 1994).

A análise das atividades desenvolvida durante este encontro levou à constatação da necessidade de maior conhecimento dos participantes em relação aos métodos contraceptivos, assim como da anatomia e fisiologia corporal relacionada à reprodução. Além disso, demonstraram desejo de conhecer mais assuntos relacionados

à saúde reprodutiva em geral e interesse por métodos definitivos de contracepção.

5.4 Terceiro grupo com elas

Iniciamos este terceiro encontro com atividades de relaxamento utilizando música. Apresentamos uma breve revisão sobre os métodos contraceptivos em geral e demais aspectos relacionados com planejamento familiar. O que nos chamou atenção foi o fato de que todas as participantes referiram desconhecer o mecanismo de ação da pílula do dia seguinte, assim como outras informações básicas sobre sua utilização.

Hortência destaca a resistência dos homens ao uso do preservativo e à vasectomia, observando que esta negação está relacionada a uma possível subtração de sensibilidade e prazer, além de possível interferência na sua virilidade. Cravo refere-se aos homens numa interpretação de caráter egoísta, coincidindo com Flor do campo que cita a ausência dos mesmos, afirmando que eles deveriam dividir as responsabilidades em relação ao planejamento familiar.

Neste encontro avalio que as questões debatidas nos grupos anteriores se repetem, coincidindo como a pouca ou nenhuma participação dos homens nas questões relacionadas ao planejamento familiar, desconhecimento sobre métodos assim como da anatomia e fisiologia reprodutiva humana, interferência de fatores culturais, bem como a limitada participação geral no debate do tema em pauta.

A partir do destaque, análise e interpretação das unidades de significado acima, elaboramos o Quadro 01, com a intenção de representar esquematicamente nossas inferências sobre o conteúdo resultante do diálogo com os sujeitos do gênero feminino:

Quadro 01: Categoria 01 – Dialogando com “elas”, respectivas subcategorias e unidades de significado

CATEGORIA (O DIÁLOGO)	SUBCATEGORIAS (OS TEMAS)	UNIDADES DE SIGNIFICADO (AS FALAS)
DIALOGANDO COM “ELAS”	Interesse pelo tema	<ul style="list-style-type: none"> - “Tenho curiosidade”... - “Queria aprender mais”... - “Quero saber mais para poder orientar os filhos”... - “Não tenho informação sobre ele”. - “Queria saber mais sobre DIU”. - “Muitas mulheres não participaram desta atividade não costumam participar das demais”.
	Concepções sobre planejamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - “Deve haver conversa entre o casal”. - “É Preciso pensar na situação financeira”. - “É preciso que tenha casamento, união entre duas pessoas”. - “Tive uma filha que não foi planejada, pois usei chás durante 4 anos para evitar, foram receitados por uma benzedeira, mas acho que fiz alguma coisa errada pois acabei engravidando”. - “Os filhos foram vindo, não sei o que faltou” - “Uso comprimido”, e o meu marido controla, preocupado com a situação financeira. - “A responsabilidade para não ter filhos ainda é da mulher”. - “To na menopausa e fiz ligadura, tive 8 (oito) filhos e eles foram vindo. Pensava que depois disso a mulher não menstruava mais. A mulher que é responsável, os homens só querem fazer sexo”. - “Eles dão orientações”. relacionada ao serviço saúde”. - “Os homens não vem nos encontros, eles deveriam dividir as responsabilidades de evitar filhos”.
	Alternativas à contracepção	<ul style="list-style-type: none"> “Eles não querem usar camisinha, dizem que é como comer bala com papel. Sexo todos querem. Tomo comprimido, mas queria fazer ligadura, mas meu marido é contra. Gostaria de ter mais informações, se precisa pagar”. - “Gostaria de usar o DIU, mas fiz ligadura aos 28 anos, pois tinha cinco filhos, cinco cesarianas. Passava mal com os comprimidos, parava de tomar e engravidava”. - “Não tenho informação sobre ele” relacionado ao DIU. - “Queria saber mais sobre DIU”. - “Gostaria de usar o DIU, mas fiz ligadura aos 28 anos, pois tinha cinco filhos, cinco cesarianas, passava mal com os comprimidos, parava de tomar e engravidava”.

	<p><i>“To insatisfeita com os comprimidos, aqueles que tomo foi o médico do posto que receitou, mas são muito caros, mas tenho medo de trocar . Acho que eles engordam e causam dor de cabeça”.</i></p> <p>- <i>“Nunca ouvi falar diafragma, nem tinha visto camisinha feminina, Queria saber mais sobre DIU”.</i></p> <p>- <i>“Nunca tinha visto camisinha feminina, nem sabia que tinha diafragma. O DIU tenho vontade de conhecer mais”.</i></p> <p>- <i>“As pessoas que usam DIU não engravidam, conheço mulheres que usaram e não engravidaram”.</i></p> <p>- <i>“Não sei como funciona a pílula do dia seguinte”.</i></p>
--	---

Fonte: dados da pesquisadora

5.5 Grupo com “eles”

O encontro foi realizado na casa de um dos participantes num final de tarde com a presença de cinco homens. O mesmo havia sido combinado, anteriormente, com a esposa do presidente da Associação, que convidou alguns homens da comunidade. Dos participantes, apenas dois deles tinham suas mulheres participando dos encontros anteriores.

Nos organizamos em círculo, nos apresentamos, e iniciamos o diálogo apresentando um breve relato dos encontros com as mulheres, destacando as questões que despertaram interesse comum.

Antes de iniciarmos o diálogo sobre o tema, foi esclarecido o objetivo da pesquisa, falando da tentativa sem sucesso de trazê-los aos encontros junto com as mulheres, assim como do interesse em conhecer o que eles pensam em relação a planejamento familiar. Foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando sobre ao caráter voluntário da participação bem como respeito pelos seus depoimentos..

Participaram do encontro cinco homens, que foram identificados por letras do alfabeto, assim como sua idade, escolaridade e número de filhos.

- A - 33 anos, primeiro grau completo, 2 filhos;
- B - 24 anos, segundo grau completo, 1 filho;
- C - 22 anos, quinta série, mulher gestante (não planejado);
- D - 28 ano,s sexta série, nenhum filho;
- E - 32 ano,s primeiro grau, 1 filho.

Refletimos sobre a dificuldade que os homens apresentam em participar de atividades relativas a sua saúde ou de sua família. A dificuldade ainda maior quando o debate refere-se a questões reprodutivas, sexualidade e planejamento familiar. Inferimos que estes temas, por questões culturais e educacionais, apresentam resistência à participação masculina, especialmente nas classes sociais menos favorecidas e com baixo padrão educacional. Além disso, constata-se que o hábito limitado de reuniões com pessoas do gênero masculino para discutir questões de saúde individual ou da família. As reuniões onde predominam a presença masculina, na maioria das vezes, abordam temas de interesse material, político e comunitário em geral. Quando se trata de discutir a individualidade em questões de gênero e sexualidade percebe-se certa fragilidade na abordagem dessa temática. Isto pode ser evidenciado nos depoimentos destacados:

Quando tem muita gente fica ruim, porque o cara fala alguma coisa e ficam rindo, aí a gente não pergunta mais (E)

Assim em grupo pequeno é melhor (A).

O tema dialogado com o grupo masculino não diferenciou do grupo feminino, isto é, o debate deu-se em torno do entendimento sobre planejamento familiar.

As falas apresentaram posicionamentos diversos acerca do planejamento familiar. Percebeu-se, em algumas, a preocupação com a questão financeira, poder escolher o momento mais adequado à paternidade e garantia de conforto e segurança para a família. Também se destaca a questão de gênero, onde o homem aparece como provedor do lar e a mulher como responsável pela questão reprodutiva. Outra manifestação mostra uma contradição, apresentando primeiramente o homem com um posicionamento só interessado em sexo, ao mesmo tempo demonstra responsabilidade e diálogo com a companheira.

Precisa por causa situação financeira, estrutura. (B)

Pra dar condições, poder educar, filho homem. (A)

Planejar a hora. (D)

Ter casa, viver, não sobreviver. (F)

Passa a responsabilidade para a mulher, depende da mulher, no posto tem. O homem cuida da alimentação, engravidar ou não é responsabilidade da mulher. (A)

Na hora o homem não quer saber. Comprimido não tava fazendo bem, conversei com ela e usei preservativo, no início não gostava, agora acostumei (F)

Casal precisa conversar. (D)

Precisa para estudo, emprego, boa casa, sofá bom pra sentar, dar quarto bom pro filho. (F)

Estabilidade, agradar a esposa. (A)

Salário, ter onde começar a vida, ter um canto. (B)

Dois combinam, quando engravidei ela, não tinha casa, aí resolvi comprar, olhei, pensei, só tenho moto. Vendi moto, arrumei uma casa. Quando ela deixou as fraldas (filha) deu aliviada. (F)

Fralda é muito caro.(B)

Casei 16 anos, logo ela engravidou, aí não tinha mais o que fazer. Levei 10 anos pra ter outro filho. Aí veio filho homem. Daí resolvemos, tava bom assim (fez vasectomia). (A)

Fosse voltar atrás, primeiro faria casa. (F)

Planejar é muito importante, quando a criança pedir alguma coisa , poder dar. (A).

Tem uma adolescente na vila que tem filho e a criança fica rolando. (B)

Hoje em dia algumas mulheres cobram usar preservativo. (A)

Não dá pra confiar, todos são suspeitos. (B)

Quanto ao conhecimento sobre os métodos de contracepção, percebo, pelos depoimentos que os homens apresentam um grau relativo de conhecimentos envolvendo a temática em debate. Isto pode ser evidenciado nas falas abaixo..

Camisinha da mulher, ouvi falar que é melhor, mais segura, não sente o atrito da borracha. (A)

DIU, ouviu falar, tipo cruzinha. (A)

Não é 100% eficaz (DIU). (A)

Pílula 99% eficaz. (B)

Vasectomia 100%, ouviu falar, que tinha volta. Falta mais esclarecimento, inclusive por parte do governo. Homem deve fazer abstinência. Ouvi falar que pode dar câncer de próstata, é verdade? Como fica se corta e continua produzindo, não vai inchar muito?. (B)

Antes tinha preconceito, achava que podia dar impotência, mas depois que ele fez, vi que era mito. (B)

A ligadura é ruim, faz cesária. Uma mulher aqui vila fez e vive com problema, o marido vive levando ela pro médico depois que fez. Queria saber se tem idade pra fazer. Ouvi falar bem do DIU, dura 6 meses. (A)

Não é arcaico, ultrapassado? (DIU). (F)

DIU fica dentro das trompas. (B)

Com base nestas falas percebeu-se a necessidade de intervir explicando detalhadamente o funcionamento do DIU, utilizando para isto um desenho representando o mesmo. Também se aproveitou para conversar sobre o fato de a mulher ficar sem menstruar com o DIU hormonal não trazer prejuízo à mulher, assim como o imaginário relacionado com os anticoncepcionais injetáveis, assim como relacionando seu uso como causa de câncer.

Hipertensas não podem usar comprimido, para usar ou não, varia pessoa. (A)

Pra mim pode fazer bem, pra outro não (ACO). (F)

DIU não menstrua, prejudica? É uma boa. (F)

Existe também uma injeção na espinha, não menstrua. (B)

Ouvi falar que é cancerígena (injeção), minha mulher parou por causa disso, começou a tomar porque colega de aula tomava, é mais eficaz, comprimido esquece. Se não é cancerígena, vou dizer pra ela tomar de novo. (A)

A seguir conversamos sobre o uso do preservativo masculino, eles estavam bastante à vontade, expressando como se sentiam em relação ao método.

Nas falas abaixo pode se observar que a maioria dos participantes não tem uma boa aceitação do preservativo masculino. Isto vem ao encontro do que VIEIRA, 2003 refere em relação à predominância de dois métodos anticoncepcionais no Brasil, isto é, a esterilização e o uso da pílula. Apenas 21% , uma em cada cinco mulheres, estariam utilizando um método diferente destes dois. A maior chance seria o coito interrompido ou a tabela, sendo a chance subsequente o uso do preservativo masculino.

Ainda conforme VIEIRA et al, (2003) , os profissionais de saúde quando atendem pacientes do sexo feminino, sabendo que o preservativo masculino é de controle do homem, não orientam estas mulheres, contribuindo para a desigualdade de gênero no direito ao acesso à informação. Sendo um método de controle masculino, sua negociação com o parceiro muitas vezes se torna difícil para as mulheres. O seu uso aumenta conforme a escolaridade e com a diminuição da idade, caracterizando-se no momento como um método de solteiros, jovens e privilegiados. Muitos pesquisadores afirmam que para os casais heterossexuais que vivem em uma relação estável não podem introduzir o uso do preservativo, visto que isto implicaria a admissão de falta de confiança.

Preservativo é bom na primeira transa, vai, depois enjoa. (A)

Início achava ruim, não gostava, depois acostumou (preservativo). (F)

É xarope, não sente calor humano (preservativo). (B)

Quando para pra coloca, quebra o clima. (C)

Vi uma professora falar que usa e que dá pra colocar até com a boca, quando pula cerca tem de usar. (A)

Não dá prazer. (D)

Como chupar picolé sem tirar papel. (A)

Bala com casca. Transa fora do casamento não dá sem camisinha, muitas bactérias. (F)

Ao final do encontro foram esclarecidas dúvidas. Os participantes referiram terem gostado, terem aprendido algumas coisas que não sabiam. Agradeço ao grupo a oportunidade dessa troca e me coloquei a disposição para outras atividades educativas junto à comunidade.. Um dos participantes mesmo após termos encerrado o encontro continuou conversando comigo, tirando dúvidas.

No quadro 2 , Dialogando com eles foi inserida mais uma subcategoria relacionada às questões culturais que apareceu de forma muito expressiva nesta categoria.

Quadro 2: Categoria 02 – Dialogando com “eles”, respectivas categorias, unidades de significados

CATEGORIA (DIÁLOGO)	SUB CATEGORIAS (OS TEMAS)	UNIDADES DE SIGNIFICADO (AS FALAS)
DIALOGANDO COM “ELES”	Alternativas à contracepção	<ul style="list-style-type: none"> - “Camisinha da mulher, ouvi falar que é melhor, mais segura, não sente o atrito da borracha”. - “A pílula é 99% eficaz”. - “Evitar riscos de “doença”, de gravidez dentro ou fora do casamento”. - “Querida DIU, ouvi falar que é como uma cruzinha. Não é 100% eficaz”. - “A ligadura é ruim, faz cesária. Uma mulher aqui vive e vive com problemas, o marido vive levando ela pro médico saber se tem idade pra fazer”. - “Ouvi falar bem do DIU, dura 6 meses”. - “Não é arcaico, ultrapassado?”. - “DIU fica nas trompas”. - “Hipertensas não podem usar comprimido, para usar ou não varia pessoa”. - “DIU não menstrua, prejudica? É uma boa?”. - “Existe também uma injeção na espinha, não menstrua”. - “Ouvi falar que a injeção é cancerígena, minha mulher parou por causa disso, começou a tomar por que colega de aula tomava, é mais eficaz, comprimido esquece. Se não é cancerígena, vou dizer pra ela tomar de novo”. - “Hoje em dia algumas mulheres cobram usar preservativo, não dá pra confiar, todos são suspeitos mesmo quem vem da colônia”. - “Antes tinha preconceito, achava que podia dar impotência, mas depois que ele fez, vi que era mito.(Relacionado com vasectomia)”. - “Preservativo é bom na primeira transa, vai, depois enjoa”. - “A vasectomia é 100 %, ouviu falar que tinha volta. Falta mais

		<p><i>esclarecimento, inclusive por parte do governo. -Homem deve fazer abstinência Ouvi falar que pode dar câncer de próstata, é . verdade? Como fica se corta e continua produzindo, não vai inchar muito?”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Início achava ruim, não gostava, depois acostume”.</i> - <i>“É xarope, não sente o calor humano”.</i> - <i>“Quando para pra colocar, quebra o clima”.</i> - <i>“Vi uma professora falar que usa e que dá pra colocar com a boca, quando pula a cerca tem que usar”.</i> - <i>“Não dá prazer”.</i>
	Interesse pelo tema	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Gostei muito (do encontro),a gente aprende”.</i> - <i>“Tu vê, tem um monte de coisa que a gente não sabia”.</i> - <i>“Em grupo grande é ruim, a gente diz alguma coisa e o cara fica rindo, assim, no pequeno é bom”.</i>
	Concepções de Planejamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“É responsabilidade da mulher”.</i> - <i>“Depende da mulher, o homem cuida da alimentação, engravidar ou não é responsabilidade da mulher”.</i> - <i>“Poder oferecer as condições de vida consideradas necessárias”.</i> - <i>“Os gastos que aumentam e complicam o orçamento da família”.</i> - <i>“Precisa para estudo, emprego, boa casa, sofá bom pra sentar, dar quarto bom pro filho”.</i> - <i>“Estabilidade, agradar a esposa...”</i> - <i>“Salário, ter onde começar a vida, ter um canto”.</i> - <i>“Dois combinam, quando engravidei ela, não tinha casa, aí resolvi comprar, olhei, pensei, só tenho moto. Vendi moto, arrumei uma casa. Quando ela deixou as fraldas(filha) deu (uma) aliviada nas despesas”.</i> - <i>“-Fralda é muito caro”.</i> - <i>“Casei com 16 anos, logo ela engravidou, aí não tinha mais o que fazer. Levei 10 anos pra ter outro filho. Aí veio filho homem. Daí resolvemos, tava bom assim (fez vasectomia)”.</i> - <i>“Fosse voltar atrás, primeiro faria casa planejar é muito importante, quando a criança pedir alguma coisa , poder dar”.</i> - <i>“Tem uma adolescente na vila que tem filho e a criança fica rolando”.</i>
	Questões culturais	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Ouvi falar que pode dar câncer de próstata, é . verdade? Como fica se corta e continua produzindo, não vai inchar muito?”.</i> - <i>“Início achava ruim, não gostava, depois acostumei”.</i> - <i>“A ligadura é ruim,faz cesária. Uma mulher aqui vila fez e vive com problemas, o marido vive levando ela pro medico saber se tem idade pra fazer”.</i> - <i>“DIU fica nas trompas”.</i> - <i>“DIU não menstrua, prejudica? É uma boa?”.</i> - <i>“Homem é mais fácil de criar”.</i> - <i>“Mulher precisa mais dedicação”.</i> - <i>“Homem é mais companheiro”.</i> - <i>“...quando engravidei ela...”</i> - <i>“...Homem cuida da alimentação, engravidar ou não, é responsabilidade da mulher”.</i> - <i>“Na hora o homem não quer saber, comprimido não tava fazendo bem...”.</i> - <i>“Planejamento familiar é responsabilidade da mulher”.</i>

6 ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS “ELE E ELAS”

A seguir apresentamos nossa análise das categorias e organização segundo a referência conceitual que orienta o presente estudo. As falas das mulheres serão identificadas com a letra M - “elas” e as dos homens com H - “eles”.

6.1 Interesse pelo tema

Nas falas dos participantes deste estudo observou-se que interesse em dialogar sobre planejamento familiar pode surgir de várias formas; uma delas é oriunda da **situação financeira**.

Esta preocupação com a situação financeira encontra amparo no que é referido por Bandeira (1999), quando nos diz que na sociedade brasileira, a definição de sexo feminino é ainda tradicionalmente referida à condição biológica, associada à esfera familiar e de reprodução, isso é, a maternidade, enquanto que a masculina está assentada nas atividades de esfera pública, concentrada em valores culturais, materiais, fazendo do homem o provedor, protetor da família, legitimada no binômio reprodutor-trabalho. Neste estudo ficou evidente esta preocupação do homem com o bem-estar da família, em poder proporcionar conforto, oferecer melhores condições de vida para os filhos.

Outro aspecto evidenciado foi o desejo e mesmo a necessidade dos participantes em buscar esclarecimentos acerca de **métodos contraceptivos**. Este interesse em adquirir mais conhecimentos é importante, pois, de acordo com Vieira (2003), embora os métodos anticoncepcionais estejam bem disseminados no país e haja conhecimento sobre eles, esse conhecimento é qualitativamente pobre, especialmente em mulheres de baixa renda.

No que se refere à participação masculina, cabe ressaltar que a ausência verificada nos primeiros encontros poderia ser relacionada a uma falta de interesse sobre o tema entretanto, este pressuposto não se confirmou. Como os homens não compareceram aos encontros realizados com as mulheres, optamos por entrevistá-los individualmente. No dia e hora marcada, chegando ao local organizaram-se organizado em um grupo dizendo: “nós achamos melhor assim, também em grupo”.

Desta forma percebeu-se que o aparente desinteresse, na verdade, pode ser causado de um certo **constrangimento ou timidez**.

De acordo com as afirmações acima, lembramos Briceño-León (1996), para quem um programa de saúde deve ser dialógico e participativo, implica que todos atuem por igual embora com papéis diferenciados. Durante o processo de diálogo com a comunidade confirmou-se o postulado do referido autor de que é necessário conhecer o ser humano e de que ninguém pode cuidar da saúde do outro sem que este queira. Portanto, as falas acima mostram diferentes possibilidades a partir das quais as pessoas podem interessar-se por planejamento familiar.

6.2 Concepções sobre planejamento familiar

A análise de conteúdo das falas sobre as concepções a respeito do planejamento familiar evidenciou a questão de gênero, principalmente ao referirem-se às atribuições “específicas” da mulher e também à percepção diferenciada do filho (homem) e da filha (mulher).

Em relação às concepções sobre planejamento familiar, percebe-se a interferência das questões de gênero. As mulheres parecem estar preocupadas em dialogar com os homens, referem que a responsabilidade do planejamento ainda está com elas. Eles se mostram mais preocupados com a situação financeira, com a questão da “manutenção” da família. Contudo, outros depoimentos remetem a uma responsabilidade solidária entre o homem e a mulher, ou então, em que esta participação é desejada, principalmente na fala das mulheres.

No depoimento, acima citado, apesar de “ele” falar que “os dois combinam...”, acrescenta “quando engravidei ela...” parece estar falando mais de um dever moral do que de percepção de uma parceria, de igualdade de gêneros. Constatam-se, aqui, duas visões de mundo, uma remanescente e outra já incorporada, mesmo que de modo fragmentado, que aponta para relações menos desiguais. Com isto percebe-se uma tendência que favorece uma política pública que esteja atenta ao papel e à responsabilidade não só da mulher mas também do homem no planejamento familiar.

Para Villela e Arilha, (2003), gênero está presente enquanto ordenador social, em toda cultura humana. Para Bandeira (1999 p.189) “[...] o gênero é visto como algo que justifica as diferenças para além do biológico, mas que mantém o sexo como referência explicativa, caminhando na direção de uma ‘essência’ comum a todas as culturas”.

Conforme a CIPD-94, no que se refere à reprodução, mulheres organizadas de todo mundo aderiram à idéia de um conceito mais amplo de planejamento familiar, ampliando e ratificando o conceito de saúde reprodutiva que entre outras questões cita que a pessoa pode ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Também recomenda a inclusão dos homens nas questões reprodutivas.

6.3 Informações relacionadas ao método

Em relação aos métodos contraceptivos, tanto as falas das mulheres quanto as dos homens, evidenciam tanto o interesse, à falta de informações, assim como o desconhecimento ou ainda informações inadequadas ou incorretas.

Certamente, os métodos contraceptivos estão bastante disseminados pelo país e a sua existência é conhecida pela maioria da população. Entretanto “este conhecimento é qualitativamente pobre, especialmente entre as mulheres de baixa renda, facilitando o uso inadequado, assim como aumentando os índices de falha, criando situações nas quais mitos sobre os anticoncepcionais são construídos. Como, por exemplo, acreditar

que o DIU provoca câncer, ou pode prejudicar uma futura gravidez e que a esterilização é facilmente reversível estão entre as desinformações” (VIEIRA, 2003) .

Outro dado que aparece durante as falas evidencia mais um elemento: a diversidade de fontes de informação, isto é, o local de informar-se não parece ser, em primeiro lugar, a Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta diversidade de fontes de informações, assim como os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos, é preocupante na medida em que estejam inadequadas ou incorretas, contaminadas por mitos, sujeitas a problemas de saúde, assim como o risco de uma gravidez não planejada.

6.4 Questões Culturais

O diálogo participativo em planejamento familiar requer que se considere a amplitude de fatores tais como crenças, valores, preconceitos, circunstâncias da vida da pessoa, seu imaginário, questões de gênero que podem interferir positiva ou negativamente no resultado. É importante destacar o entendimento de que a relação dialógica se estabelece entre a profissional de Saúde, a comunidade, mas, sobretudo, entre “elas” e “eles”. Este diálogo pode contribuir na redução das desigualdades de gênero, integrando positivamente a participação dos homens na responsabilização do planejamento familiar.

Esta participação das pessoas, através da educação precisa vencer a resistência das pessoas, enfatizando o que segundo Briceño-León (1996) muitas vezes é um fator esquecido, o ser humano. Somente conhecendo este ser humano são possíveis ações eficientes e permanentes em saúde. Este conhecer implica em compreender suas crenças, seus hábitos e costumes, assim como as circunstâncias, isto é, as condições objetivas da situação onde vivem as pessoas. Condições da pessoa, da família, da comunidade ou da sociedade na qual encontram-se. Além de conhecer é importante considerar este ser humano, ou seja, ninguém pode cuidar a saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo. Assim, os programas e atividades educativas não podem

ser impostos à comunidade, é preciso respeito pela liberdade individual e pela capacidade individual de decidir sobre o destino e sua saúde.

Diaz & Diaz, (1999 p.230) confirmam a presença da necessidade da inclusão do homem e empoderamento das mulheres, em políticas públicas, quando afirmam que “atualmente aceita-se que, no planejamento na efetivação e na avaliação dos programas de atenção à mulher, incluindo o planejamento familiar, dever-se-á sempre considerar o enfoque de gênero e priorizar um trabalho educativo participativo, facilitando a desconstrução e a reconstrução de novos papéis que facilitem o empowement das mulheres e a participação ativa do homem, de maneira que leve a relações eqüitativas e igualitárias entre homens e mulheres, que permitam a ambos o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos”.

As dificuldades verificadas na participação dos homens no diálogo do estudo podem estar relacionadas com vários fatores. Um deles, que ficou evidente, é o fato de ainda estar muito presente o entendimento de que a reprodução é de responsabilidade da mulher; Villela e Arilha (2003, p. 112) constataram que “as culturas interpretam a diferença sexual em função do significado atribuído ao papel desempenhado por homens e mulheres na reprodução”.

7 DIFICULDADES NO DIÁLOGO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Durante a realização de nosso estudo julgamos necessário destacar os fatores que dificultaram e/ou facilitaram a participação e desenvolvimento desta prática.

Quadro 03: Categoria 03 – Dificuldades ao diálogo sobre Planejamento Familiar, respectivas subcategorias, unidades de significado

CATEGORIAS	SUB-CATEGORAIS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
DIFICULDADES AO DIÁLOGO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	Dificuldade de incluir homens e mulheres no diálogo	<ul style="list-style-type: none"> - os homens não compareceram aos encontros com as mulheres; - ausência de parte das mulheres nos encontros ; - <i>“Muitas mulheres não participaram desta atividade, não costumam participar das demais”</i>. - <i>“Em grupo grande é ruim; a gente diz alguma coisa e o cara fica rindo”</i>. - <i>“Assim pequeno grupo é bom”</i>.
	Falta de conhecimentos acerca de métodos e do corpo	<p>Falta de diálogo entre profissional do serviço de saúde e a mulher:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“To insatisfeita com os comprimidos, aqueles que tomo, foi o médico do posto que receitou mas são muito caros, mas tenho medo de trocar; acho que eles engordam e dão dor de cabeça”</i>. - <i>“Achava que a menstruação e o xixi saiam do mesmo lugar”</i>.
	Desconhecimentos dos direitos relacionados ao planejamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Gostaria de usar o DIU mas fiz ligadura aos 28 anos pois tinha cinco filhos, cinco cesarianas. “Passava mal com os comprimidos, parava de tomar, engravidava”.- “não tenho informação sobre ele (DIU)”</i>. - <i>“To insatisfeita com os comprimidos, aqueles que tomo, foi o médico do posto que receitou mas são muito caros, mas tenho medo de trocar; acho que eles engordam e dão dor de cabeça”</i>. - <i>“Não sei como funciona a pílula do dia seguinte”</i>.
	Dificuldades relacionadas ao local dos	Utilização do mesmo espaço para vários tipos de atividades, resultando em realização de dois encontros em domicílios de participantes, cancelamento de um e

	encontros	transferência de outro por causa de colisão de atividades no mesmo horário.
	Não disponibilidade da mulher de seu tempo e espaço	Filhos pequenos dificulta a participação, à medida em que crianças brincando, chorando, mamando ao redor desvia atenção e desmotivam.

Fonte: dados da pesquisadora

7.1 Dificuldade de incluir homens e mulheres no diálogo

Esta interpretação pode apontar para uma relação de complementaridade ou de hierarquia. Em nosso estudo verificamos as duas modalidades: o planejamento familiar “depende da mulher, o homem cuida da alimentação, engravidar ou não é responsabilidade da mulher”; outro depoimento mescla ambos os modos de percepção: “dois combinam, quando engravidei ela não tinha casa aí resolvi comprar...”. Ainda conforme os autores acima, o gênero seria o modo operatório da relação de poder entre homens e mulheres.

Sob o ponto de vista das mulheres, a não participação dos encontros não ficou muito clara, mas pode-se inferir a partir daquelas que compareceram e deixaram transparecer que compareceram sem muita expectativa, mas que acabaram gostando: *“gostei muito e vou voltar no outro grupo”*, *“muitas mulheres não participaram desta atividade não costumam participar das demais...”*.

Com base nos depoimentos, reitero a importância da participação dialógica, já que se verificam aspectos que dificultaram o diálogo que remetem a comportamentos introjetados culturalmente, exigindo uma interação de trocas de entendimento em que o profissional da saúde e o homem e a mulher permitam a reconstrução de novas concepções. De acordo com uma das teses de Briceño-León (1996), é importante considerar o fato de que o profissional de saúde não tenha conseguido estabelecer uma relação de confiança, visto que teve somente com uma presença eventual, e não um envolvimento maior com a comunidade.

7.2 Falta de conhecimentos acerca de métodos e do corpo

As dificuldades relacionadas ao conhecimento do corpo e dos métodos podem interferir no diálogo à medida que geram insegurança (medo de expor-se) e, até mesmo, desconfiança, podendo bloquear a interação pela dificuldade de comunicar-se a respeito do que não sabem ou supõe não dar conta. De acordo com Briceño (1996), na sua quarta tese, um programa dialógico implica em que todos atuem por igual, embora com papéis diferenciados.

7.3 Desconhecimentos dos direitos relacionados ao planejamento familiar

Percebi que o desconhecimento em relação aos direitos reprodutivos acaba inibindo um processo dialógico em relação ao planejamento familiar. Este ponto de partida está previsto no próprio PAISM, quando inclui todas as dimensões da saúde da mulher no seu ciclo vital, da adolescência à pós-menopausa. Destaca a necessidade de acesso à atenção curativa e preventiva para a qual a educação é uma das estratégias fundamentais. Está preocupado com a integralidade da mulher não apenas com aspectos da concepção e da contracepção.

O planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, onde o principal objetivo é garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2002).

7.4 Dificuldades relacionadas ao local dos encontros e não disponibilidade da mulher de seu tempo e espaço

Outro aspecto que dificultou o diálogo foi a falta de um espaço físico adequado, de uso específico para realizar os encontros. O espaço utilizado servia para várias atividades, o que acabou provocando colisão de horários ocorrendo o encontro no

domicílio de moradores ou, até mesmo o cancelamento. Além disso, a interferência dos cuidados com as crianças pequenas, umas chorando, outras brigando, mamando,, dispersavam muito a atenção das mães. Isto vem confirmar o que já foi mencionado anteriormente: ainda fica para a mulher a maior responsabilidade também nos cuidados com os filhos.

8 FACILIDADES AO DIÁLOGO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Entre os fatores que facilitaram o diálogo foram encontrados a situação financeira, a falta de informação, a curiosidade, a presença e disponibilidade do profissional de saúde.

Quadro 04: Categoria 04 – Facilidades no diálogo sobre Planejamento Familiar, respectivas subcategorias, unidades de significado

CATEGORIAS	SUB-CATEGORAIS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
FACILIDADES AO DIÁLOGO	A situação financeira	As dificuldades financeiras acabam pressionando no sentido de buscar possibilidades para planejamento familiar: - “Poder oferecer condições de vida consideradas necessárias”. (H) - “Os gastos aumentam muito...” (H) - “Fralda é muito caro...” (H) - “É preciso pensar na situação financeira”. (M)
	Falta de informação, curiosidade	- “Tenho curiosidade...” (M) - “Queria aprender mais...” (M) - “Quero saber mais para orientar meus filhos...” (M) - “Queria saber mais sobre o DIU”. (M)
	Presença e disponibilidade profissional de Saúde	- “Gostei muito e vou voltar no outro grupo”. - “Não sabia que era assim...” (em relação à anatomia da genitália externa feminina)

Fonte: dados da pesquisadora

8.1 A situação financeira, falta de informação e curiosidade

Os aspectos que facilitaram o diálogo foram, contraditoriamente, negativos, isto é, a situação financeira – elevação de despesas com o surgimento de mais filhos – e a falta de informações a respeito de recursos contraceptivos, mobilizou muitos, daqueles

que participaram nos diálogos. A curiosidade e as dúvidas geradas falta de informações e de conhecimento sobre os métodos e sobre o corpo mobilizou homens e mulheres.

Nas falas durante os diálogos esta preocupação com a situação financeira ficou evidente, principalmente na fala dos homens, vindo ao encontro do que já foi mencionado, quando refere que ainda o homem está mais voltado com a questão de ser o protetor e provedor do lar, a mulher é que fica como a responsável pela contracepção. O interesse em conhecer mais sobre os métodos contraceptivos podem ampliar seus conhecimentos, facilitar o entendimento, assim como poder fazer uma opção mais pertinente a cada mulher/casal. Conseqüentemente, eles podem ter filhos que sejam planejados dentro do seu orçamento podendo possibilitar um maior conforto para a família.

8.2 Presença e disponibilidade profissional de Saúde

Estas situações acabaram gerando motivação tanto para a população quanto para a profissional de saúde – pesquisadora. Aqui se confirmam as teses de Briceño (1996): não há um que saiba e outro que não saiba mas dois que sabem coisas distintas. A situação de dificuldades evidenciadas e as buscas, as curiosidades e a manifestação de desconhecimentos geraram uma interação dialógica que se configurou em trocas de saberes que configuraram recompensas para os participantes do diálogo. Com isto chegamos à sexta tese de Briceño (1996), quando diz que: “A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço/ recompensa”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo não permitem a generalização das descobertas, contudo possibilitam expandir os conhecimentos acerca dos fatores relacionados ao planejamento familiar. As atividades desenvolvidas objetivando dialogar e ao mesmo tempo desenvolver uma prática educativa junto a esta comunidade (homens e mulheres), uma possibilidade de continuidade de atividades educativas, assim como a replicação dos conhecimentos para demais membros desta e outras comunidades, podem ser considerados resultados deste estudo. Pode-se concluir, também, que o diálogo conseguiu evidenciar fatores que podem interferir ou determinar o modo como as pessoas lidam com o planejamento familiar na comunidade estudada, tais como: aspectos ligados a questões sobre sexualidade e saúde reprodutiva, aos métodos contraceptivos e conhecimentos corporais, a interferência de fatores culturais, as questões de gênero, a falta de participação masculina e responsabilização da mulher. Além disso, deve-se levar em consideração aqueles relacionados aos serviços e profissionais de saúde de referência, assim como ao interesse ou não destes profissionais para promoção de discussões abertas sobre este tema e outros com os usuários dos serviços locais de saúde.

O foco deste estudo foi o debate sobre uma necessidade educacional em saúde, sob uma perspectiva dialógica, isto é, de interação entre os participantes de forma que se garanta a fala de todos, proporcionando a construção e reconstrução do conhecimento, produzindo mudanças desejadas em relação ao planejamento familiar.

As relações dialógicas não podem ficar restritas às dimensões técnicas sobre planejamento. Devem abranger entendimentos que incluem as pessoas numa perspectiva de integralidade. Isto é, nas dimensões sociais, econômicas, políticas e educacionais, incluindo desde o acesso às informações fundamentais sobre planejamento familiar até a escolha consciente de métodos contraceptivos, Além

disso, levar em consideração a necessidade de escuta a respeito de fatores que podem interferir nos resultados da adoção de atitudes e métodos de planejamento familiar, tais como a aceitação do método, a questão da inclusão do parceiro sexual, assim como aspectos econômicos e desejos subjetivos.

Nosso estudo revelou concepções que evidenciam vários aspectos fundamentais, permitindo uma visualização de problemas que envolvem o diálogo sobre planejamento familiar. Sob o ponto de vista dos participantes ficou evidente o lugar atribuído à mulher, a qual é, ainda predominantemente, considerada no limite exclusivo de sua capacidade e possibilidade de reprodução. Este traço cultural implica em uma sobrecarga à mesma, ratificando o quanto é crucial uma política de planejamento familiar que contemple possibilidades de uma mudança, com a participação do homem e da mulher. Seria importante o estímulo ao diálogo, tanto no contexto do profissional da saúde, acolhendo indivíduos, família e comunidade, como entre “elas” e “eles”.

As dúvidas e curiosidades relacionadas ao conhecimento corporal e aos métodos, assim como as implicações sobre a sua saúde denotam mais dois aspectos centrais: um deles é o não conhecimento de seus direitos de acesso aos serviços garantidos em lei e previstos no PAISM. Outro, a apropriação destes conhecimentos previstos e garantidos em lei não chega plenamente a elas. Explicita-se o fato de que há um entrave que, parece, ter relação com a forma como estas políticas são implementadas. Elas ainda acontecem em grande parte de modo verticalizado, não considerando a necessidade de uma interação dialógica em que as pessoas são os sujeitos de sua própria mudança.

Diante da inexistência de uma eficácia plena das informações que circulam a respeito de planejamento familiar, constata-se que neste estudo a maioria das pessoas coloca num mesmo plano as mais variadas fontes; isto é, elas referem-se a informações dos profissionais de saúde, da mídia, da vizinha e da benzedeira, sem estabelecer uma relação de confiabilidade. Isto pode estar indicando uma necessidade inerente aos profissionais da saúde para que alcancem um patamar de confiabilidade através de diálogos participativos. Será necessário que a população perceba uma relação de causa

e efeito e com isto possa desenvolver um senso crítico, permitindo diferenciar informações fragmentadas, falsas ou incorretas.

Percebe-se que também o uso do preservativo masculino ainda encontra muitas barreiras. A própria CIPD, 1994, recomenda que os serviços de planejamento familiar fossem expandidos dando maior atenção à prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, sendo que o próprio conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas devem praticar sexo seguro.

O diálogo participativo permitiu desvelar aparente desinteresse de alguns dos homens em relação à questão do planejamento, refiro-me àqueles que, inclusive alteraram a dinâmica proposta. Primeiro não comparecendo aos encontros marcados com as mulheres. Sugerido que os encontros seriam individuais, acabaram se organizando e solicitando que fosse em grupo. Nesta ocasião pareceu-me que a razão do aparente desinteresse estava mais relacionada com dificuldades de manifestar-se em grupos maiores, assim como o temor de falarem sobre questões sobre sexualidade.

O presente estudo mostrou também a importância de se incluir na formação do profissional de saúde, especialmente de enfermagem, pedagogias que promovam o diálogo como estratégia fundamental para sua prática em qualquer situação. Isso se deve ao fato da ampla inserção deste profissional no Sistema Único de Saúde, especialmente na atenção básica e saúde da família.

Concluindo, entendo que a eficácia dos programas de planejamento familiar está relacionada à efetividade das políticas públicas implementadas de um modo dialógico e participativo extensivo aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, I. K., VERDI, Marta. Processo Educativo em Saúde e a Assistência de Enfermagem. In VERDI, Marta, BOEHS, Astrid E. ZAMPIERII, Maria de F.(org.) **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

ALONSO, I. K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto contexto Enferm** 1999 Jan-Abri;8(1):122-32.

ALVES, Paulo C., MINAYO, Maria C.S. **Saúde e doença- um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ANDRADE, Rosires Pereira de et.al. **Contracepção** – promoção da saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ARAUJO, Margarete P. **Análise descritiva do diagnóstico sócio-econômico realizado na Vila Martin Pilger**. Novo Hamburgo, julho 2000.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de Gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren, DIAZ, Juan org. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BERQUÓ, Elza, CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio. **Novos Estudos-CEBRAP** 74 –março 2006 p.11-15.

BORBA, Rosangela A. **Concepções e práticas sobre participação dos usuários de um Programa Saúde da Família**. Florianópolis, 2005. Dissertação Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí-Área de Concentração em Saúde da Família, 2005.

BORDENAVE, J.D. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1987.

BORDENAVE, Juan D. PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25 ed. Rio de Janeiro: ed.Vozes, 2004.

BORDIN, Ronaldo. **Definição de prioridades em saúde** – Os Conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

- BOZON, Michel. Tradução Maria de Lourdes Menezes. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BRASIL, M.S. **Adolescer** – compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEN, 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição de República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de Outubro de 1988. Organização do texto Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1988. (Série Legislação Brasileira).
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de atenção básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília-DF, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de políticas de saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Saúde da Família** – uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRICEÑO-LEÓN, R., Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(1):7-30, jan-mar, 1996.
- CARVALHO, Brígida G., et al. In ANDRADE, Selma M. SOARES, Darli A. CORDONI JR, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL – ABRASCO, 2001.
- CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação em saúde. IN: Saúde e Sexualidade na Escola. MEYER, D.E.E. (org). **Cadernos de Educação Básica**. Porto Alegre: Mediação, 1998.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**: São Paulo: Cortez, 1996.
- COELHO, Elza B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar**: as interfaces da contracepção. Florianópolis, 2000. Tese apresentada ao Programa de pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Alma Ata, 1978. Disponível em Portal da saúde- www.saude.gov.br. Acesso em 07.nov.2006.
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo, 1994. www.unfpa.org.br/publicações/ Acesso em 07. nov.2006.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DIAZ, Margarita, DIAZ, Juan. **Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudança**. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Pais e Terra, 1981.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 23 ed. São Paulo : Paz e Terra , 1979.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação- uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed, Rio de janeiro, Paz e Terra, 1987.

FUNDO de População das Nações Unidas. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Nova Iorque: Nações Unidas, 1995.

GADOTTI, M. **A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho**. 2000. Disponível no endereço <http://.paulofreire.com.br>

GEORGE, Julia B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem**. Os Fundamentos para a Prática Profissional. . Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991, 207p

GUALDA, Dulce M. R, et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil 2004**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

LEFEVRE, Fernando, LEFEVRE, Ana M. C. **Promoção de saúde a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MEDEIROS, Maria C. **Refletindo sobre as práticas educativas em uma equipe da estratégia saúde da família**. Florianópolis: 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

MEDICI, , André C, Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, Loren, DIAZ, Juan org. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

MELO, Joaquim A. C., SCHRAMM, Fermin R. in MELO, Joaquim A. C.(org). **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MEYER, Dagmar, SOARES, Rosângela orgs. **Corpo, gênero e sexualidade**. Porto Alegre: Mediação, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Fase exploratória da pesquisa. 7. ed. RJ/SP:Hucitec/Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

OMIZZOLO, Jaqueline A. E. **O princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao Programa de Saúde da Família**. Florianópolis, 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.

OSÓRIO, Luiz C. **Casais e famílias uma visão contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PANDOLFI, Antonio P, HOEPER, Dinorá. In PASSOS, Eduardo P. FREITAS, Fernando. CUNHA-FILHO, João S. & Cols. **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artem Editora, 2003.

PATRÍCIO, Z. M. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico ecológico**. Pelotas: Universitária/UFPEL; Florianópolis: UFSC, 1996.

PENNA, Claudia M.M. Família saudável: uma análise conceitual. **Revista Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis:UFSC, v.1, n.2, p.89-99, julho/dez., 1992.

Programa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, 1996. Disponível em: www.saude.gov.br

REA, Marina Ferreira. Gravidez, Parto, Puerpério e amamentação.In: BERQUÓ, Elza (org).**Sexo e vida** – panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: UNICAMP, 2003.

Resenha Histórica da comunidade de HV. Comunidade de H.Velho 1832-1982. Novo Hamburgo: Otomit S/A – Ind. e Comércio.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: trad.** Regina Machado Garcez, e. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SARLET, Erica. **Ainda hoje plantaria minha macieira**. São Leopoldo: Sinodal, 1993.

SCHÜTZ, Liene M. M. **NH**. Sua história, sua gente. P. Alegre: Pallotti, 1976.

SILVA, Denise G.V. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.1, n.12, p.97-103, jan/abril, 2003.

SZMRECSÁNYI, Tamás. Retrospecto histórico de um debate. In: SANTOS, Jair L.F.: LEVY, M.Stella F. e SZMRECSÁNYI, Tamás (orgs). **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo: Tão, 1980, p.263-74.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lígia. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, Eymardr M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Sobral : UVA, 2001.

VICTORA, Ceres G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Elisabeth M. in BERQUÓ, Elza (org). **Sexo e vida** – panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: UNICAMP, 2003.

VIEIRA, Elisabeth M. ; BARBOSA, Regina M. e VILLELA, Wilza V. **Diafragma: uma escolha possível**. São Paulo: Instituto da saúde, 1989.

VILLELA, Wilza V., ARILHA, Margareth, in BERQUÓ, Elza (org). **Sexo & vida** - panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

VOLOCHKO, Anna in BERQUÓ, Elza (org). **Sexo & vida** - panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

WALL, Marilene Loewen. **Tecnologias educativas: Subsídios para a Assistência de Enfermagem a Grupos**. Goiânia: AB, 2001.

WENDHAUSEN, Águeda, SAUPE, Rosita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.1, n.12, p.17-25, jan/abril, 2003.

[Http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L9263.htm) no Google obtida 14 de nov.2005 23:57:31 GMT. Claudia acho que este está errado é a lei

APÊNDICES

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MESTRANDA: Helena Beatriz Scheeren Ethur
ORIENTADOR: Antonio de Miranda Wosny

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo de consentimento, declaro que fui informada dos objetivos do trabalho a ser desenvolvido na Pesquisa sobre Dialogo sobre planejamento Familiar com mulheres/famílias em uma área urbana.

Sua proposta consiste em desenvolver processo educativo dialógico com os sujeitos acima descritos sobre Planejamento Familiar.

Concordo em participar, de forma livre e espontânea, dos encontros que serão desenvolvidos na sede da Associação de Moradores, conforme datas e horários previamente agendados, podendo desistir da participação em qualquer momento, sem que isso implique em represálias atuais ou futuras, assim como ter garantido (o) a confidencialidade e anonimato. Suas informações serão sigilosas.

Estou de acordo que se faça uso de máquina fotográfica e gravador durante as atividades e, que consinto em participar da prática assistencial proposta, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e permitindo a divulgação dos resultados.

Novo Hamburgo, ____ de _____ de 2005.

Nome da participante: _____

Assinatura da participante

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Novo Hamburgo, 28 de julho de 2006.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Referente Diligências do Projeto 127/06

Eu, Helena Beatriz Scheeren Ethur, mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, venho por meio desta esclarecer questões que não ficaram claras em meu Projeto de Pesquisa encaminhado a este Comitê em maio deste ano.

Em relação à metodologia para a coleta de dados optei pelo Grupo Focal e para a análise será utilizada a análise de conteúdo proposto por BARDIN. O numero de encontros previstos com homens e mulheres dentro da comunidade serão quatro. Eles devem ter a duração em torno de 1 hora e 30 minutos.

Aconteceu um encontro com a comunidade no dia em que normalmente acontece a entrega do Jornal Comunitário onde foi apresentada a intenção de realizar um trabalho nesta comunidade após a aprovação por este Comitê seguida da autorização do Secretário de Saúde do referido município e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado pelos participantes.

Houve engano no preenchimento da folha de rosto quando foi colocado o nome de Maria Cristina de Medeiros. Leia-se Helena Beatriz Scheeren Ethur.

Sendo o que tinha para o momento, me coloco a disposição para novos esclarecimentos.

Atenciosamente

Pesquisador Responsável

P/Helena B. Scheeren Ethur
Enfermeira – COREN/RS 31.670