

Desafios para a implementação do Programa de Planejamento Familiar em uma comunidade de baixa renda em Aracaju (Sergipe), Brasil

Challenges for the implementation of the Family Planning Program in a low-income community in aracaju, Sergipe, Brazil

Bárbara de Alcântara Brito Maia*
João Batista Cavalcante Filho**
Valeska Holst Antunes***

Resumo

Um estudo das características reprodutivas e do significado do planejamento familiar para mulheres em idade fértil e para a equipe de saúde que as assiste foi realizado em uma comunidade de baixa renda em Aracaju (SE). Na etapa descritiva, foram aplicados questionários estruturados a 90 usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, por sorteio aleatório das pastas-família, contendo dados pessoais e da vida reprodutiva. Esta etapa foi seguida de uma abordagem qualitativa, na qual foram realizados grupos focais com seis usuárias e com a equipe de saúde, utilizando questionários semi-estruturados para avaliar a prática de planejamento familiar.

As mulheres mostraram que conhecimento e oferta de métodos anticoncepcionais não garantem um planejamento familiar adequado. Mais de 97% das participantes referiram conhecer a camisinha, a pílula e o injetável, e 73,6% das sexualmente ativas praticam anticoncepção, mas 76% daquelas que já engravidaram referiram uma ou mais gestações não-planejadas. Nos grupos focais, outras abordagens do planejamento familiar, como assistência à pré-concepção, acesso ao homem e educação em saúde, mostraram que precisam ser trabalhadas pela equipe para que as usuárias programem melhor sua prole.

Abstract

A study on the reproductive characteristics and the meaning of family planning for childbearing age women and for the health team providing care to them was conducted in a low-income community in Aracaju - SE. In the descriptive stage of the study structured questionnaires were applied to 90 users of a Primary Care Unit random-selected from the family files containing personal data and information about the reproductive life of the women. This stage was followed by a qualitative approach in focal groups with six users and the health team applying semi-structured questionnaires for assessing the practice of family planning.

The study showed that knowledge and offer of contraceptive methods are no guarantee of proper family planning. More than 97% of the participants related knowing about the condom, the pill and the contraceptive injection. 73,6% of the sexually active women practiced

Palavras-chave: Planejamento Familiar;
Anticoncepção; Medicina Reprodutiva;
Educação em Saúde.

Key Words: Family Planning (Public Health);
Contraception; Reproductive Medicine;
Health Education.

* Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS -, Aracaju (SE), Brasil.

** Médico Sanitarista e de Família e Comunidade, Professor Substituto do Internato de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju (SE), Brasil.

*** Médica de Família e Comunidade, Supervisora Técnica do Internato de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Sergipe - UFS -, Aracaju (SE), Brasil.

contraception but 76% of those who already had had a pregnancy referred to one or more unintended gestations. The focal groups revealed the need for other approaches to family planning such as preconception care, access to the partners and education in health to be developed by the team in order to help the users to better plan their offspring.

Introdução

Criado em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de saúde¹.

O Ministério da Saúde, em resposta aos grupos organizados de mulheres e às reivindicações de movimentos sociais, elaborou um modelo assistencial que leva em conta a vulnerabilidade e os riscos a que a mulher está susceptível em todas as fases do seu ciclo vital – e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. Esse modelo inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério, em planejamento familiar, DST/AIDS, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres^{2, 3, 4}.

Dentro dessa linha de cuidado entendido como caminho singular que cada usuário pode percorrer dentro de uma rede de saúde, acessando diferentes ofertas do sistema, as ações em planejamento familiar vieram finalmente garantir aos indivíduos o direito de uma vida sexual plena e uma melhor programação de sua prole. As políticas de controle da natalidade vigentes no país até o início dos anos 1980 foram vencidas pelas políticas de saúde reprodutiva previstas na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, a qual regulamentou o planejamento familiar^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

As mulheres passaram a conhecer e a usar mais os métodos anticoncepcionais (MAC), puderam decidir o melhor momento para terem seus filhos e contribuíram com isso para a queda da taxa de fecundidade total no Brasil de 3,5 em 1986 para 2,3 em 2000^{12,13}.

É importante, no entanto, ressaltar que essa taxa representa uma média. Em comunidades mais carentes, mesmo com a vasta fonte de informação, conhecimento e

disponibilidade de MAC, ainda se observam famílias numerosas e índices elevados de casos de gravidez não-programada^{12,14}.

Para entender o contexto em que fenômenos como esse ocorrem e compreender as problemáticas circunscritas a grupos culturalmente homogêneos, a integração da metodologia quantitativa e qualitativa de pesquisa é uma excelente opção de investigação na área da saúde. Além de mensurar fenômenos, ela é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado do evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

Muitas vezes é a compreensão da realidade que explica por que políticas de ações generalizantes, não só no âmbito do planejamento familiar, podem ser rejeitadas ou apenas parcialmente aceitas por determinados grupos populacionais. Perceber as causas subjacentes às atitudes e aos discursos dos indivíduos é extremamente relevante para que as intervenções na produção da saúde apresentem os resultados esperados¹⁵.

Este trabalho teve por objetivo estudar as características reprodutivas e o significado do planejamento familiar para mulheres em idade fértil e avaliar a prática do planejamento familiar em uma comunidade de baixa renda no município de Aracaju (SE), por meio da realidade das usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e dos profissionais de uma equipe de saúde da Unidade.

Pretendemos, a partir dos resultados, fornecer subsídios aos profissionais de saúde da equipe em questão e a outros profissionais que se confrontam com as dificuldades de implantar, de forma mais integral, a proposta do programa de atenção à saúde reprodutiva na sua prática cotidiana, orientando caminhos para trabalhar com a comunidade adscrita ao serviço de saúde e estimular outros estudos dessa natureza.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvido em duas etapas complementares entre si: a primeira, descritiva, de corte transversal, e a segunda, de investigação social, com grupos focais de pesquisa em

saúde.

A pesquisa foi realizada no bairro Santa Maria do município de Aracaju (SE). Neste bairro, três UBS dividem o atendimento em Atenção Primária à Saúde à população. Dentre elas, a Unidade de Saúde Elizabeth Pita foi escolhida para o desenvolvimento do trabalho por questões de fácil acesso de um dos pesquisadores aos profissionais e à comunidade após estágio supervisionado de 15 semanas referente ao Internato de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Sergipe.

Para a realização da primeira etapa da pesquisa, trabalhamos com uma amostra de 90 mulheres com idades de 15 a 49 anos, de um total de 855 usuárias de uma equipe de saúde da UBS, por meio de sorteio aleatório das pastas-família. Essa amostra, considerada significativa, foi calculada com um nível de confiança de 95%, por meio do programa Epi Info versão 6.04.

Foi aplicado por um mesmo pesquisador um questionário estruturado a cada mulher em sua residência, acompanhado pelo agente comunitário de saúde (ACS) da microárea correspondente, no período de novembro e dezembro de 2006. No caso da mulher não estar em casa, após duas tentativas, foi entrevistada a mulher de idade mais próxima da casa vizinha. Foram coletados dados pessoais, informações a respeito da vida reprodutiva e conhecimento e uso de MAC.

Cada mulher recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual informava os objetivos do trabalho e o compromisso de manter as informações pessoais colhidas em sigilo. A participação foi voluntária, e só após a leitura e a assinatura do TCLE, a mulher pôde ser incluída no estudo.

Após o processamento dos dados, procedeu-se inicialmente a análise estatística descritiva. Tratamos os resultados brutos de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples, do tipo frequência absoluta, frequência relativa e média permitiram estabelecer tabelas, as quais sintetizaram e consolidaram de maneira objetiva as informações fornecidas para análise.

Em uma segunda etapa, integrando os dados

quantitativos aos qualitativos, foi utilizada a técnica do grupo focal, ou entrevista em grupo, como fonte de dados para a pesquisa^{15,16}.

Foram realizados três grupos focais: os dois primeiros com usuárias e o terceiro com a equipe de saúde, no período de janeiro e fevereiro de 2007.

Para o primeiro grupo foram convidadas oito mulheres selecionadas de acordo com o perfil da vida reprodutiva a partir do questionário da primeira etapa. Duas mulheres compareceram ao local determinado para a realização do grupo.

No segundo grupo, objetivando-se um maior número de participantes, foi solicitado a cada ACS que convidasse duas mulheres (dez, no total) consideradas mais participativas nos eventos da UBS voltados para a comunidade. Quatro mulheres participaram desta vez.

No terceiro e último grupo, quase toda a equipe de saúde esteve presente, incluindo um médico, um enfermeiro, seis ACS, um assistente social e um auxiliar administrativo, faltando apenas um auxiliar de enfermagem, que, então, estava de férias. O médico e o enfermeiro foram integrados à equipe há pouco mais de seis meses.

Para orientar a condução dos grupos, questionários semi-estruturados foram elaborados. Para os grupos de usuárias esse roteiro continha os seguintes tópicos: conceito, importância, papel do parceiro e da UBS em relação ao planejamento familiar. Já para o grupo da equipe de saúde: forma de funcionamento do Programa de Planejamento Familiar e obstáculos na efetivação do Programa.

Ao fazer parte do grupo, cada participante era informado que suas falas seriam gravadas durante a reunião e o resultado, isto é, o discurso, seria utilizado para o presente estudo, garantindo anonimato e sigilo. Todos se dispuseram voluntariamente a participar e assinaram outro TCLE.

Para o tratamento dos dados, as fitas foram transcritas e o material, lido e relido várias vezes. Utilizamos o Método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica de Análise de Avaliação, a qual consiste em encontrar as bases das atitudes por trás da dispersão das manifestações verbais¹⁷. As informações fornecidas pelas usuárias foram

codificadas pela letra “U”, enquanto as da equipe de saúde foram codificadas de acordo com o cargo profissional.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Resultados

• Caracterização sociodemográfica

Quase a metade das mulheres da pesquisa tinha idades de 20 a 29 anos (48,9%) na ocasião da entrevista e a grande maioria referiu viver em coabitação com o parceiro (73,4%), fossem elas casadas ou unidas consensualmente. A maior parte delas não terminou o Ensino Fundamental (48,0%) e dois terços relataram como atividade os afazeres do lar (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas das usuárias (n=90) - Aracaju (SE) nov./dez. 2006

Idade (anos)	Fa*	%
15-19	19	21,1
20-29	44	48,9
30-39	21	23,3
40-49	06	6,7
Situação Conjugal		
Solteira	21	23,3
Unida**	66	73,4
Não unida***	03	3,3
Escolaridade		
Nunca estudou	02	2,2
Ensino fundamental incompleto	43	48,0
Ensino fundamental completo	07	17,7
Ensino superior	01	1,1
Atividade		
Afazeres do lar	60	66,7
Estudante	10	11,1
Empregada doméstica	08	8,9
Autônoma	03	3,3
Outros	09	10,0

* Frequência absoluta

Fonte: Dados da pesquisa.

** Casada ou unida consensualmente

*** Separada, divorciada ou viúva.

• História obstétrica

Das mulheres que já tinham engravidado (n=75), a média de gestações foi de $2,84 \pm 2,07$ por mulher. Setenta e seis por cento dessas mulheres afirmaram que já tiveram

uma ou mais gestações não-planejadas. Em relação às mulheres que já tinham abortado (n=29), a média de abortos foi de $1,51 \pm 1,02$ por mulher, sendo que, para cada dois abortos ocorridos, um foi provocado pela mulher.

• Conhecimento de métodos anticoncepcionais

Dos métodos reversíveis, os mais conhecidos foram o preservativo masculino, a pílula e o injetável, tendo sido citados por mais de 97% das respondentes, seguidos pelo preservativo feminino (93,3%), DIU (88,9%), coito interrompido (88,9%) e tabela (76,7%). Já a temperatura basal, o muco cervical e o espermicida foram os menos conhecidos, tendo sido ignorados por 98,9%, 97,8% e 96,7% das mulheres, respectivamente. Outros métodos que também apareceram com um elevado percentual de desconhecimento foram o diafragma (66,7%) e a pílula de emergência (58,9%). Os métodos irreversíveis foram pouco citados espontaneamente, mas quase todas as mulheres confirmaram conhecê-los após lembrados, sendo a ligadura das trompas (97,8%) ainda mais conhecida que a vasectomia (94,4%) (tabela 2).

• Uso de contraceptivos

Em relação ao uso dos 14 métodos questionados, apenas seis eram usados. O preservativo masculino foi referido como o método mais utilizado tanto por todas as mulheres como pelas mulheres unidas e pelas sexualmente ativas, seguidos pela pílula e a ligadura tubária. O injetável apareceu como o quarto método mais usado e o coito interrompido e a vasectomia como os menos usados (tabela 3). Apesar de o preservativo masculino ter sido relatado como o método mais usado, apenas 25% das mulheres sexualmente ativas relataram a prática da dupla proteção. Isto quer dizer que, mesmo o uso sendo referido, ele não acontece em todas as relações sexuais.

Ainda com relação ao uso dos métodos, verificamos que 50% das usuárias de pílula não reiniciaram nova cartela do anticoncepcional no prazo estabelecido e que 100% das usuárias do injetável disseram obedecer aos prazos estabelecidos para a nova injeção.

Trinta e sete por cento das mulheres (n=34) afirmaram não estar usando nenhum método atualmente. Destas, a porcentagem mais preocupante corresponde a 26,4%, na qual estão incluídas aquelas que eram indiferentes ao uso

ativa (26,5%), eram virgens (14,7%) ou estavam tentando engravidar no momento da entrevista (2,9%).

• **Início da vida sexual e do uso dos MAC**

A idade média do início da vida sexual e do início

Tabela 2. Conhecimento das usuárias sobre os métodos anticoncepcionais - Aracaju (SE) nov./dez. 2006

Relação dos MAC	Citou o MAC espontaneamente		Confirmou conhecer o MAC após lembrado		Conheciam o MAC		Não conheciam o MAC	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Pílula	89	98,9	-	-	89	98,9	01	1,1
Injetável	46	51,1	42	46,7	88	97,8	02	2,2
DIU	45	50,0	35	38,9	80	88,9	10	11,1
Preservativo Masc.	88	97,8	02	2,2	90	100,0	-	-
Preservativo Fem.	14	15,5	70	77,8	84	93,3	06	6,7
Diafragma	09	10,0	21	23,3	30	33,3	60	66,7
Espermicida	-	-	03	3,3	03	3,3	87	96,7
Pílula de emergência	-	-	37	41,1	37	41,1	53	58,9
Tabela	22	24,5	47	52,2	69	76,7	21	23,3
Muco cervical	-	-	02	2,2	02	2,2	88	97,8
Temperatura basal	01	1,1	-	-	01	1,1	89	98,9
Coito interrompido	03	3,3	77	85,6	80	88,9	10	11,1
Vasectomia	02	2,2	83	92,2	85	94,4	05	5,6
Laqueadura	08	8,9	80	88,9	88	97,8	02	2,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3. Porcentagem de mulheres que estão usando algum método atualmente, segundo o tipo de método - Aracaju (SE) nov./dez. 2006

Método (n=90)	Todas as mulheres	Mulheres unidas (n=66)	Mulheres sexualmente ativas (n=76)
Algum método	62,2	71,2	73,6
Métodos Reversíveis			
Preservativo masculino	28,9	31,8	31,5
Pílula	20,0	19,7	23,6
Injetável	8,9	9,1	10,5
Métodos Tradicionais			
Coito interrompido	3,3	4,5	3,9
Métodos irreversíveis			
Ligadura tubária	13,3	16,6	15,7
Vasectomia	3,3	4,5	3,9

Fonte: Dados da pesquisa.

do MAC (11,8%), que estavam no puerpério (8,8%) e que mencionaram uma possível infertilidade (5,9%). As demais (73,5%) estavam grávidas (29,4%), não tinham vida sexual

do uso de MAC foi calculada por faixa etária e está representada na tabela 4. Uma grande parcela das mulheres referiu ter iniciado a vida sexual com 15 anos ou menos (37,3%);

contudo, apenas 19% do total relataram ter iniciado algum MAC antes dos 15 anos.

• Obtenção de informações sobre MAC

A idade média de obtenção das primeiras informações sobre MAC está representada na tabela 4, sendo que a maior parte das mulheres (49,4%) garantiu que, com 15 anos ou menos, já sabia de algum meio para evitar gravidez.

que escolheram a vasectomia como MAC para o casal.

Do total dessas mesmas mulheres que referiram atividade sexual, 26,6% disseram ter parceiros que não aceitam o uso de um ou mais MAC, incluindo o preservativo masculino, com 90% de rejeição por esses homens, o DIU (15%), a pílula (10%) e a tabelinha (10%). Não foram aqui incluídos os métodos definitivos.

Tabela 4. Idade média (em anos) do acontecimento de alguns eventos em relação à faixa etária - Aracaju (SE) nov./dez. 2006

Faixa etária no momento da pesquisa	Primeiras informações de MAC	Início da vida sexual	Início do uso de MAC
15-49	16,61 +/- 4,05	17,21 +/- 3,62	19,40 +/- 4,65
15-19	13,52 +/- 1,60	14,61 +/- 1,84	15,07 +/- 2,01
20-29	16,00 +/- 2,50	17,04 +/- 2,97	18,90 +/- 3,20
30-39	20,20 +/- 5,42	19,35 +/- 4,33	22,36 +/- 5,49
40-49	19,00 +/- 2,54	17,66 +/- 4,71	23,66 +/- 5,60

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à fonte das primeiras informações sobre MAC, as principais foram representadas por amiga (22,2%), enfermeiro (21,1%), professor (21,1%) e mãe (13,3%), enquanto um outro parente (6,6%), o médico (6,6%), o parceiro (3,3%), outro profissional de saúde (2,2%) e os meios de comunicação (2,2%) estavam incluídos nos 22,3% restantes.

A UBS também teve participação na obtenção das informações a respeito dos MAC, sendo 71,1 a porcentagem de mulheres que já tinham tido algum contato com os profissionais de saúde da Unidade no processo educativo do planejamento familiar. O enfermeiro mostrou papel de destaque, quando 86% das mulheres disseram já ter conversado com ele sobre planejamento familiar, vindo em seguida o ACS (50%) e o médico (42,1%).

• Participação do parceiro na anticoncepção

Das mulheres sexualmente ativas, 61% afirmaram ter parceiros que auxiliam no processo de anticoncepção, seja usando o preservativo masculino, seja lembrando-as de tomar o anticoncepcional. Dentre eles, estão ainda aqueles

• Grupos focais com usuárias

Os grupos iniciaram com o questionamento sobre a compreensão das usuárias em relação ao conceito de planejamento familiar. As respostas tomaram duas vertentes. A primeira (de uma idéia) diretamente ligada aos métodos anticoncepcionais: “É assim quando você vai evitar filho. Os métodos [...] que existem” (U1); “No posto de saúde, a gente pega o preservativo, pega o anticoncepcional para evitar” (U3). Outras não souberam responder qual seria o significado de planejamento familiar: “Eu estou com problema no eletrocardiograma [...] Aí eu tive que procurar a equipe, né. Eles que tem que me orientar o que é que eu devo fazer. Eu acho que pra mim isso é um planejamento familiar, né” (U4); “O agente (ACS) vai às casas, vê quem mora e bota nas pastas para ver quantas pessoas moram naquela casa, qual a área do cartão. Eu acho que é isso” (U5) ou ainda “Não entendi ainda bem o que é” (U2).

No andamento do estudo com o grupo, contudo, estas mesmas mulheres apresentaram uma visão muito clara e bem menos limitada do planejamento familiar ao relatarem suas vivências: “Quando a gente resolveu ter filho começou

a guardar dinheiro para ajudar o menino [...] Então nós planejamos direitinho. Então eu digo que não estamos passando necessidade” (U1); “Eu tive três [filhos]. No tempo eu já sabia que podia evitar, mas queria ter meus filhos. Também, depois que tive os três, aí liguei [ligadura tubária]” (U4); “Antes de casar eu fui para um médico. Fui pedir ajuda para ele, porque não sabia nada [...] ele me ensinou [...] fiz todos os exames” (U1).

Houve um consenso de que hoje todas as mulheres têm acesso à informação sobre MAC. Ainda assim, as usuárias mostraram situações vividas que contrapõem essa aferição: “Eu mesma quando tive os meus meninos, por incrível que pareça, engravidava porque eu não sabia usar os comprimidos. E até hoje eu não sei como é que usa aquilo [...] Eu mesma não achava que eu ‘pegava’ gravidez. E descobria quando estava com quatro ou cinco meses” (U4); “Eu pensei assim: meu filho já tem 13 anos, e eu acho que não engravidou mais. Aí fiquei um mês sem usar camisinha. Quando foi no outro mês a menstruação não veio. Mas não foi por falta de informação. Foi porque eu achava que não ia engravidar mais” (U3).

A opinião das mulheres no que se referiu à importância de o casal planejar a família esteve bastante ligada ao aspecto financeiro e de necessidades básicas: “Porque você tem que estar estruturada, né [...] Eu, quando casei, só tinha um colchão de solteiro pra dormir e uma colcha pra, ao mesmo tempo, deitar em cima e me enrolar [...] Quando for ter um filho, nós temos que pensar na nossa casa, ter os móveis que a criança vai precisar, né” (U4); “Por causa das dificuldades das coisas [...] dar um bom estudo pra eles, né, que é o principal hoje em dia” (U2); “O que eu posso fazer por ele não posso fazer por dois” (U1).

Na tentativa de achar uma resposta para o elevado índice de gestações não-planejadas encontrado na pesquisa, foi perguntado a que elas atribuíam esse fato. Todas refutaram a falta de orientação disponível como um fator preponderante. As explicações foram variadas, mas a predominante esteve em torno de um misto de falta de objetivos que as motivasse a planejar a vida e negligência para com o uso dos MAC: “Muitas não se preocupam

com o dia de amanhã” (U3); “Não pensam assim: ah! Primeiro eu quero estudo, depois eu quero construir minha vida, ter minha profissão, minha casa, pra depois pensar em casar e ter filhos. Acham que, casando, já vão ter tudo” (U6); “Elas estão com o remédio em casa porque o posto dá e não tomam porque esquecem, levam na brincadeira” (U4). Outras questões levantadas pelas usuárias foram: o papel da família, seja na rigidez de não permitir o diálogo sobre o assunto ou a realização de aborto, seja por um excesso de permissividade retratada naquelas mães que acolhem e se responsabilizam pelos netos sem questionar, a necessidade de agradecer o homem e mesmo a expectativa de receber apoio dos programas governamentais.

Com relação ao papel do homem no planejamento familiar, foi observada grande submissão dessas mulheres – tanto financeira, quanto em tomar de decisões –, como pode ser visto nos relatos a seguir: “Ele tem um papel maior porque toda a responsabilidade está com ele, né, pra questão de trabalho, pra dar o sustento dos filhos...” (U2); “Se uma mulher ficar grávida e ele disser que assume, ela não aborta, se ele disser que não assume, ela aborta. Então pra mim o homem é o principal. Claro que a mulher também não pode não assumir as responsabilidades, né” (U1). Esta submissão aparece ainda no veto ao uso de MAC, sobretudo o preservativo masculino, que exige uma postura pró-ativa do companheiro: “A mulher não ‘se dá’ com o comprimido e tem que usar camisinha. Aí o homem não aceita, né” (U3); “Porque tem homem que não quer que ela tome. Mesmo que não possa criar quer que a mulher tenha o filho [...] com a minha filha mesmo aconteceu isso: o marido não deixava ela tomar comprimido e dizia que se engravidasse não abortasse. Dizia que era muito homem para sustentar seu filho” (U5). Contudo, as participantes assumiram postura crítica perante essa submissão, valorizando o fato de seus maridos dialogarem ou lhes garantirem autonomia de escolha: “Acho que o homem tem que respeitar a opinião da mulher” (U3).

Todas as participantes dos dois grupos referiram que o papel da UBS em relação ao planejamento familiar é simplesmente o fornecimento de MAC, embora uma tenha

afirmado que isso não é suficiente – “Eu acho assim: que nas consultas do planejamento familiar os médicos deviam conversar mais com a gente, explicar mais as coisas [...] É necessário também uma reunião desta pelo menos uma vez no mês” (U3) – e as demais tenham concordado.

• Grupo focal com a equipe de saúde

Os maiores obstáculos para efetivação do Programa de Planejamento Familiar referidos pela equipe de saúde foram: a dificuldade de acesso ao homem e a indisponibilidade de tempo para a realização de consultas estruturadas e grupos educativos de planejamento familiar. Foi percebido um verdadeiro cuidado da equipe em relação ao tema. Com o objetivo de otimizar o funcionamento do Programa, foi relatada a necessidade de priorizar algumas ações, dentre elas: facilitar o acesso das(os) usuárias(os), dinamizar o aten-

dimento e realizar busca ativa de usuárias(os) ainda não inseridas(os) no Programa (tabela 5).

Percebemos que a equipe focou a sua ação no fornecimento adequado de MAC. Apenas em uma fala aparecem outras possibilidades de temas relacionados ao planejamento familiar: “Outras também querem engravidar e não conseguem. Querem engravidar e têm que vir pra fazer tratamento e ver se engravidada” (ACS).

Discussão

Dos resultados encontrados, as características socio-demográficas das mulheres que participaram da primeira etapa da pesquisa podem ter sofrido a interferência do viés da amostra. A baixa escolaridade e o elevado número de mulheres unidas e que não trabalham fora de casa podem ter

Tabela 5. Planejamento Familiar pela ótica da equipe de saúde - Aracaju (SE) fev. 2007

Obstáculos para efetivação do Programa	Trechos de discursos da equipe
Dificuldade de acesso ao Homem	<i>O problema aqui também é que a gente age em cima da mulher ou dos que vem na Unidade né. A gente tem dificuldade de chamar o homem, esclarecer, trabalhar algumas questões do uso da camisinha, é complicado. (Assistente social)</i>
Indisponibilidade de tempo para - consultas estruturadas de PF	<i>A gente tem aqui a caixa de métodos anticoncepcionais, mas pouco usa, pouco traz ao consultório até porque pouco se tem um espaço, um momento estruturado para ter uma consulta de PF. (Enfermeiro)</i>
- grupos educativos de PF	<i>A questão da educação em saúde pra esse tema é uma meta, está no planejamento da equipe, mas ainda é pra um segundo momento, eu acho. A gente ainda está se organizando. (Médico)</i>
Ações para melhor funcionamento do Programa	
Facilitar o acesso das(os) usuárias(os)	<i>A gente acabou com a idéia de que sexta-feira é o dia de pegar o método... Estamos tentando cadastrar todas as usuárias de métodos até pra facilitar o acesso dentro da farmácia. (Enfermeiro)</i>
Dinamizar o atendimento	<i>A gente está fazendo o seguimento das usuárias em uso de métodos de maneira mais aberta e mais maleável entre mim (o médico) e (...) (o enfermeiro) a depender de como esteja a demanda. (Médico)</i>
Realizar busca ativa	<i>Nas consultas, independente de qual queixa que a mulher venha pra cá, a gente tem tentado ampliar um pouco a escuta, né, pra identificar essas necessidades no PF... não ficar só esperando que cheguem com essa demanda. (Médico)</i> <i>Tem mulher que chega pra mim e diz: “eu quero colocar o DIU, mas tenho medo”, eu digo: “você tem que ir lá no posto, ter orientação melhor com o médico, com o enfermeiro”. (ACS)</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

sido superestimados pela quantidade de mulheres que não se encontravam em sua residência e foram substituídas por outras de idade mais próxima da casa vizinha. Mesmo assim, acreditamos que nessa comunidade os resultados não teriam sido muito diferentes da realidade, excluindo-se essa limitação.

Em relação à história obstétrica das usuárias, um dado foi considerado alarmante: o elevado número de mulheres que referiram pelo menos uma gravidez não-planejada. Os fatores relacionados a esse evento envolvem questões que vão além de conhecimento e de oferta de MAC.

As usuárias demonstraram um bom conhecimento dos principais métodos disponíveis na Unidade – como o preservativo masculino, a pílula e o injetável –, e a porcentagem de todas as mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) que faziam uso de algum MAC (62,2%) ultrapassou a porcentagem nacional de 55,4¹². Entretanto, conhecimento, oferta e uso de MAC não significam a garantia de contraceção. Levantamos então o seguinte questionamento: como propiciar o diálogo entre o saber técnico da equipe de saúde e o senso comum sobre MAC? Observamos que, em mais de 48% das mulheres, o conhecimento sobre o uso de MAC adveio de uma conversa com uma amiga, um parente, o parceiro ou pelos meios de comunicação, tendo o médico participado pouco do processo educativo do planejamento familiar, dentre os profissionais da equipe de saúde. Percebemos a importância de um trabalho de educação em saúde com toda a comunidade: isso aumentaria o vínculo da equipe com as usuárias, abriria espaço para o diálogo e a compreensão mútua e facilitaria o encontro de apoio em outros vínculos que as usuárias possuem. Esse diálogo e o apoio da rede social são aliados para o planejamento de ações e incorporação de informações.

O trabalho interdisciplinar em uma equipe de saúde evita a sobrecarga de alguns profissionais e diminui a possibilidade de atendimento defasado¹⁸. As ações em planejamento familiar desenvolvidas pela equipe em questão e os esforços dispensados na melhoria do serviço tentam resolver o problema imediato do acesso aos métodos anticoncepcionais, mas, em contrapartida, a prática do planejamento familiar pelos indivíduos só será sedimentada a longo prazo

com a educação em saúde. Concordamos com Moura e Silva¹⁹ quando afirmam que a informação adequada provoca um impacto no usuário, levando-o a elaborar suas próprias opiniões, tomar decisões e perceber-se na relação consigo, com a família, a comunidade, enfim, com o mundo.

A equipe, com aquisição recente de profissionais engajados com a promoção da saúde, optou por medidas paliativas iniciais na saúde reprodutiva, para ganhar tempo com as dificuldades impostas pela grande demanda, até se conseguir um aproveitamento satisfatório de todos os programas preconizados pelo Programa de Saúde da Família. Mas isso faz com que o papel da UBS em relação ao planejamento familiar ainda esteja muito ligado à oferta de MAC, assim como se queixaram as usuárias nos grupos focais da pesquisa. Temas relacionados à infertilidade, assistência à pré-concepção, risco reprodutivo e educação em saúde são pouco abordados pela equipe e por usuárias(os).

Por outro lado, sabemos que existem ainda razões sociais e culturais dos papéis de gênero dos indivíduos na sociedade que estão por trás do insucesso do planejamento familiar nesta comunidade. Segundo Muraro²⁰ populações mais carentes tendem a ter visões mais tradicionais dos papéis de gênero do que as visões mais modernas das pessoas de classe média e, especialmente, dos universitários.

O homem é visto como o provedor, aquele que sustenta a família, o representante legal, e a mulher, como a cuidadora do lar, dos filhos e do parceiro, em um mundo limitado ao papel de mãe e esposa. Dessa forma, será que o fato de não realizar contraceção ou descuidar do uso dos MAC, como referido por algumas usuárias no grupo focal, repercute da mesma forma quando acontece uma gravidez não-programada em famílias mais abastadas? Talvez as diferenças estejam nas condições financeiras e na expectativa do futuro. Enquanto nas classes mais favorecidas o problema gira em torno do comprometimento profissional e pessoal da mulher e até do homem, na classe baixa o problema está mais frequentemente ligado às necessidades básicas insatisfeitas do novo ser que foi gerado.

Além disso, essa cultura machista explica em parte por que as mulheres referiram que 26,6% dos parceiros

ainda não aceitam alguns métodos reversíveis, com destaque para o preservativo masculino. Entretanto, mesmo criticando essa postura machista, vimos que muitas se submetem ao sexo sem proteção contraceptiva para agradar ao homem, por amor, por carência afetiva, por pressão da sociedade ou mesmo por dependência financeira.

Um outro dado que nos causou preocupação está relacionado à prática do aborto. Cinquenta por cento dos abortos registrados na pesquisa foram referidos como intencionalmente provocados pela mulher. Não sabemos ao certo se esse número corresponde à realidade, porque, se por um lado, os fatores emocionais e a repressão da sociedade podem ter levado a mulher a omitir esse fato na resposta ao questionário individual, por outro, nos grupos focais, a prática do aborto foi manifestada com bastante naturalidade.

Mesmo assim, ainda que esse dado não tenha sido subestimado, ele assusta, pois aumenta em muito os riscos de morbimortalidade materna.

O início cada vez mais precoce da atividade sexual das participantes, descrito também em estudo nacional realizado pelo Ministério da Saúde²¹ e estudo realizado em São Paulo por Borges e Schor²², exige orientação adequada tanto para meninas quanto meninos. Inserir os adolescentes desde cedo nesse processo educativo pode facilitar o trabalho conjunto com os casais no futuro e fortalecer a idéia de que homens e mulheres são co-responsáveis pelo planejamento da família.

Conclusões

A prática do planejamento familiar ainda necessita de avanços para garantir efetivamente os direitos e a saúde reprodutiva da mulher. E, quando tratamos de comunidades com predomínio das classes populares, é preciso ter abertura para perceber e dialogar com suas peculiaridades concretas, subjetivas e culturais.

As equipes de saúde precisam reconhecer a importância da organização do fluxo do serviço para garantir o acesso das(os) usuárias(os) e diversificar a oferta de cuidado do planejamento familiar, não se restringindo apenas à abordagem contraceptiva. Para tanto, o trabalho

interdisciplinar pode não apenas proporcionar uma atenção mais integral a esta complexa questão que é o planejamento familiar, mas se coloca como uma necessidade no momento de planejar as ações.

O trabalho de educação em saúde deve ser estimulado, em uma relação dialógica com a comunidade para ampliar o olhar da equipe e o leque das ações. Um modelo unidirecional de repasse de informações não traz o suporte adequado para internalização do conhecimento.

Por fim, cabe ressaltar o valor da integração da formação acadêmica com o mundo do trabalho, da produção de conhecimento na Atenção Primária à Saúde e da avaliação das ações na implementação do Sistema Único de Saúde. Faz-se necessário um contínuo pensar sobre o trabalho desenvolvido, ou seja, a concretização da educação permanente para que possamos avançar vencendo desafios.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília (DF): Centro de Documentação; 1984.
2. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 suppl 1: 25-32.
3. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Modelo Saúde Todo Dia. Programa de Saúde da Mulher. Aracaju (SE): Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento; 2004.
4. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Saúde das Mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: 2000. http://www.mulheres.org.br/documentos/saude_das_mulheres.pdf Acesso em 03 Jan. 2007.
5. Costa SG. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Rev Estud Fem* 2002; 10:301-23.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
7. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. <http://www.pflmulher.org.br/legislação/>

lei_planejamento_familiar.pdf Acesso em 15 Dez. 2006.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2006.

9. Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10: 358-71.

10. Lete I, Martínez-Etayo M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gac Sanit* 2004;18 Suppl 1:170-4.

11. Seltzer JR. The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries. Santa Monica; 2002. <http://www.rand.org/publications/MR/MR1276> Acesso 30 Nov. 2006.

12. Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro; 1996.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação da população brasileira - 2002. [S. l.]: UNFPA, 2003.

14. Seixas F. Planejamento familiar falho leva a gravidezes múltiplas. *Cinform* 2006 Dez 11 a 17; p. 17.

15. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo-Editorial; 2000.

16. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1998.

18. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 795-801.

19. Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção de saúde. *Ciêns Saúde Coletiva* 2004; 9: 1023-32.

20. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira: Corpo e classe social no Brasil. Petrópolis (RJ): Vozes; 1983.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2000.

22. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 499-507.

Endereço para correspondência

João Batista Cavalcante Filho
Departamento de Medicina – Hospital Universitário da
Universidade Federal de Sergipe
R. Cláudio Batista, S/N – Santo Antônio – Aracaju – SE
CEP: 49060-100

Endereço eletrônico

joaoaracaju27@hotmail.com