

10.1111 60118
n. 13829178/04

28/13/00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Doutorado

Escolástica Rejane Ferreira Moura

**ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA
DE USUÁRIAS E ENFERMEIROS
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

13/01/2003

Fortaleza - Ceará

2003

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do
Programa Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa:

Educação em Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza - Ceará

2003

FICHA CATALOGRÁFICA

M 884a Moura, Escolástica Rejane Ferreira
Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de
usuárias e enfermeiros do programa saúde da família /
Escolástica Rejane Ferreira Moura. – Fortaleza, 2003.
133f.
Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da
Silva.
Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
1. Planejamento familiar. 2. Programa Saúde da
Família. 3. Avaliação de processo (cuidados de saúde). 4.
Enfermagem. I. Título.

CDD 36396

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do
Programa Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Data de aprovação: 29/12/2005

DEDICATÓRIA ESPECIAL

A DEUS,
razão da nossa vida,
das nossas lutas,
das nossas conquistas...

AOS MEUS FILHOS,
Amarildo Júnior e Ana Clara, fontes de alegria, luz e inspiração;
vocês são meus verdadeiros tesouros.

AO MEU CÔNJUGE,
Amarildo Ramalho, pelo estímulo e palavras constantes de encorajamento.

AOS MEUS PAIS,
João Rolim de Moura (*in memoriam*) e **Guiomar Ferreira Rolim,** pelo alicerce
que me proporcionaram para toda a minha existência.

AGRADECIMENTOS

- À Raimunda Magalhães da Silva, uma orientadora competente, segura e determinada. Mostrou-se disponível em todas as minhas solicitações, com a mesma alegria e entusiasmo. Também uma amiga, um ser humano raro que consegue ouvir, olhar e sentir.
- Aos membros da Banca Examinadora, pela dedicação com que olharam para esta pesquisa e pela valiosa colaboração.
- Aos professores Lorita M. F. Pagliuca, Marta Maria C. Damasceno, Maria de Nazaré de O. Fraga, Rui Verlaine O. Moreira e Thelma L. de Araújo, por todas as lições, porém em especial à Zulene Maria de Vasconcelos Varela que, com sabedoria e sensibilidade, introduziu lições de Jesus Cristo, o Mestre dos Mestres, em nossas aulas.
- Aos colegas de curso: Ana Kelve Damasceno, Andréa Linard, Dafne Rodrigues, Diva Teixeira, Eugênio Franco, Francisca Ana Martins, Lia Silveira, Lígia Costa, Maria Albertina Diógenes, Maria Socorro Dias, Maria Teresa Mariotti, Maristela Chagas e Patrícia Neyva, pela convivência e troca de saberes.
- Aos que fazem a Célula Regional de Saúde de Baturité, em nome dos técnicos Fátima, Eloy e Vasconcelos, externo minha gratidão aos demais, por terem disponibilizado o que me foi necessário para o sucesso do trabalho de campo. Vocês foram grandes parceiros.
- Aos enfermeiros participantes do estudo, meu muito obrigada. Cada um foi muito especial, demonstrando compromisso com o que fazem e com a pesquisa.
- Às usuárias participantes da pesquisa, minha profunda gratidão. Cada uma participou com muita seriedade e carinho. Vocês são grandes mulheres!
- Aos meus irmãos, Helder e Gorete, pela torcida e o incentivo constante.
- À querida Janaina, pela assessoria nas atividades envolvendo a língua inglesa.
- À você Panka, meu maior suporte, pois sem a sua ajuda não teria encontrado tempo e disponibilidade para me dedicar às tarefas do Doutorado.
- Ao Dr. Francisco Holanda Júnior, meu coordenador de trabalho, porém, bem mais um amigo, não medindo qualquer esforço para me apoiar na realização do Doutorado.
- A todos os que fazem a Coordenadoria de Políticas da Saúde e a Coordenadoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde da Secretaria da Saúde do Ceará, pela compreensão e apoio no que diz respeito ao afastamento das horas de trabalho para me dedicar aos estudos e à pesquisa.

A mulher é o centro da família, da comunidade, ela tem uma visão de tudo.

(Enfermeiro entrevistado).

**Que cada gravidez seja uma escolha livre e segura do casal;
que cada nascimento represente um momento de celebração da vida
e concretude do AMOR.**

(Escolástica Moura).

RESUMO

Reconhecendo problemas na qualidade da assistência ao planejamento familiar oferecida em nosso País e, particularmente, no Ceará, decidimos realizar o presente estudo. Trata-se de uma *Pesquisa de avaliação*, realizada na Célula de Saúde de Baturité-CE, com o objetivo de avaliar a assistência ao planejamento familiar no que diz respeito à oferta e a livre escolha dos métodos anticoncepcionais, a informação dada aos clientes e a competência técnica profissional; e averiguar a dinâmica do relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, do mecanismo de acompanhamento dos usuários e de uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e quantitativa. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2003 através da observação livre e um roteiro estruturado de entrevista, tendo sido a maioria realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) e outras, especificamente com enfermeiros, realizadas em seus domicílios. Os dados das entrevistas foram anotados pela pesquisadora concomitantemente, nos próprios roteiros; os dados provenientes da observação foram registrados em um diário de campo. Participaram 29 enfermeiros e 50 usuárias de serviços de planejamento familiar dos oito municípios que compõem a respectiva Célula de Saúde, envolvendo serviços das zonas urbanas e rurais. Utilizamos o Método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica de análise categorial na organização dos resultados. Adotamos os seis elementos da qualidade da assistência ao planejamento familiar propostos por Judith Bruce, como referencial teórico. Os resultados revelaram marcas e traços dos seis elementos da qualidade (oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, informações dadas ao cliente, competência técnica profissional, relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, acompanhamento dos usuários e rede apropriada de serviços) nas falas apresentadas pelos enfermeiros e usuárias quanto à prática desenvolvida e recebida, respectivamente. Porém, estas marcas e traços apareceram incompletos e outras vezes superficiais, numa demonstração de que não havia um eixo norteador para as ações, que ocorriam no ritmo e na dimensão da qualidade que cada profissional julgava adequada ou conveniente. Deste modo, defendemos a idéia de que enfermeiros e usuárias dos serviços de planejamento familiar do universo do estudo têm uma percepção apurada a respeito dos elementos da qualidade, todavia necessitam estar mais determinado à sua efetivação na prática. Ademais, as usuárias identificaram a participação masculina como mais um elemento da qualidade ao planejamento familiar, o que foi reforçado pelos enfermeiros. Estes, por sua vez, também identificaram o registro por parte dos profissionais como inovadores à estrutura conceitual de Bruce. Por outro lado, o trabalho em equipe foi identificado pela pesquisadora/autora como sendo um elemento essencial à qualidade, no contexto atual, em que a assistência ao planejamento familiar é oferecida basicamente pelo Programa Saúde da Família.

Descritores: Planejamento familiar, Enfermagem, Programa Saúde da Família, Avaliação de processo (cuidados de saúde).

ABSTRACT

Recognizing problems in the quality of the attendance to the family planning offered at our Country and, particularly, in Ceará, we decided to accomplish the present study. It is an evaluation Research, accomplished in the Health Cell of Baturité-CE, with the objective of evaluating the attendance to the family planning in what refers to the offer and the free choice of the birth-control methods, the information given to the customers and the professional technical competence; and discover the dynamics of the interpersonal relationship nurse-customer, of the mechanism of the users' accompaniment and an appropriate services net of family planning. The research had a qualitative and quantitative approaching. The data were collected in the period of July to September 2003 through the free observation and a structured route of interview, having been most accomplished in the Family Health Units (USF) and other, specifically with nurses, accomplished in their homes. The data of the interviews were written for the researcher concomitantly, in the own schedules; the originating data of the observation were registered in a diary. The participants were 29 male nurses and 50 users of services of family planning of the eight municipal districts that compose the respective of Health Cell, involving services of the urban and rural zones. We used the Analysis of Content Method, following the technique of analysis categorical in the organization of the results. We adopted the six elements of the quality of the attendance to the family planning proposed by Judith Bruce, as theoretical referential. The results revealed marks and lines of the six elements of the quality (offer and liberate choice of the birth-control methods, information given to the customer, professional technical competence, interpersonal relationship nurse-customer, the users' accompaniment and appropriate services net) in the speeches presented by the nurses and users with relationship to the developed practice and received, respectively. Even so, these marks and lines appeared incomplete and other superficial times, in a demonstration that there was not an axis that guides for the actions, that happened in the rhythm and in the quality dimension that each professional judged appropriate or convenient. This way, we defended the idea that nurses and users of the services of family planning of the universe of the study have a perception refined regarding the quality elements, though they need to be more determined to their effectivity in the practice. More over, the users identified the masculine participation as more an element of the quality to the family planning, what was reinforced by the nurses. They also identified the registration on the part of the professionals as innovators to Bruce's conceptual structure. On the other hand, the work in team was identified by the researcher / author as being an essential element to the quality, in the current context, in that the attendance to the family planning is offered basically by Family Health Program.

Descriptors: Family planning, Nursing, Family Health Program, Process Evaluation (health care).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Páginas
Figura - A qualidade na experiência dos serviços – origens e impactos (Bruce, 1990).....	27
Mapa - Célula Regional de Saúde de Baturité.....	37
Quadro - Barreiras profissionais em planejamento familiar / Evidências científicas.....	82

LISTA DE TABELAS

	Páginas
1 Dados pessoais de usuárias de serviços de planejamento familiar.....	45
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
2 História reprodutiva pregressa de usuárias de serviços de planejamento familiar.....	48
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
3 Dados socioeconômicos e culturais de usuárias de serviços de planejamento familiar.....	50
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
4 Dados pessoais de enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família / Planejamento Familiar.....	53
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
5 Variedade de anticoncepcionais disponível nos serviços durante a pesquisa de campo.....	58
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
6 História pregressa de uso de métodos anticoncepcionais por usuárias dos serviços	63
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
7 Conhecimento das usuárias sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis.....	78
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	
8 Condições das usuárias quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais	91
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEP Anovulatório Exclusivamente de Progestágeno

AO Anovulatório Oral

AOC Anovulatório Oral Combinado

BEMFAM Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar

CERES Célula Regional de Saúde

CIB Comissão Intergestora Bipartite

CNDM Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

DIU Dispositivo Intra-Uterino

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

FNUAP Fundo das Nações Unidas para a População

IC Injetável Combinado

IEP Injetável Exclusivamente de Progestágeno

LAM Lactação com Amenorréia

MAC Métodos Anticoncepcionais

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Panamericana da Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PESMS Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social

PMI Programa Materno-Infantil

PPI Programação Pactuada Integrada

PSF Programa Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	Páginas
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problematização	18
Objetivos.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	24
2.1 Elementos fundamentais da qualidade do cuidado: uma estrutura simples.....	24
2.2 Estrutura da qualidade do cuidado.....	26
3 MATERIAIS E MÉTODO	35
3.1 Tipo e natureza da pesquisa.....	35
3.2 Ambiente da investigação.....	37
3.3 População e amostra.....	39
3.4 Coleta de dados.....	39
3.5 Organização dos dados para análise.....	41
3.6 Aspectos éticos.....	42
3.7 Financiamento.....	43
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	44
4.1.1 Perfil das usuárias.....	44
4.1.2 Perfil dos enfermeiros.....	53
4.2 Assistência ao planejamento familiar e os seis elementos de qualidade propostos por Bruce (1990).....	57
4.2.1 Oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais.....	57
4.2.2 Informação dada ao cliente.....	67
4.2.3 Competência técnica profissional.....	79
4.2.4 Relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente.....	84
4.2.5 Acompanhamento das usuárias.....	87
4.2.6 Rede apropriada de serviços.....	95
4.3 Qualidade em planejamento familiar na visão de usuárias e enfermeiros.....	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
6 RECOMENDAÇÕES	115
7 REFERÊNCIAS	117
8 APÊNDICES E ANEXO	
Apêndice A – Roteiro de entrevista dos enfermeiros.....	126
Apêndice B – Roteiro de entrevista das usuárias.....	128
Apêndice C – Carta de apresentação.....	130
Apêndice D – Termo de consentimento dos (as) usuários (as).....	131
Apêndice E – Termo de consentimento dos enfermeiros.....	132
Anexo – Ofício protocolo COMEPE.....	133

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da assistência à saúde sexual e reprodutiva no Brasil, na qual se inclui o planejamento familiar, compreende três fases marcantes. A primeira abrange dos anos 1920 aos anos 1950; a segunda, dos anos 50 aos anos 70 e a terceira envolve as décadas de 80 e 90 (MANDÚ, 2002). Em conformidade com a referida autora, a primeira fase foi marcada pelo estabelecimento de bases governamentais de responsabilidade com relação à maternidade, fruto da importância dada à interferência do seu acompanhamento para o desenvolvimento econômico e social do País, uma vez que as atividades fundiárias e as relações escravocratas sob o domínio colonial português estimulavam a natalidade. No âmbito da saúde pública, os serviços foram organizados sob um enfoque materno-infantil, a sexualidade fora tratada com padrão de moralidade que, à época, era interpretado, de forma hegemônica, como apropriado ao controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Com o final da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o Brasil viveu um período de luta pela democracia, com aceleração da industrialização e da urbanização, experimentando diferentes pressões da sociedade civil, dentre as quais se destaca a necessidade de introduzir propostas mais abrangentes na atenção materno-infantil, como a ampliação do acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC), que foi levada a efeito no conjunto das ações de puericultura.

Neste contexto, em 1952, a enfermeira Margaret Sanger criou o *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), com sede em Londres. À época, contava com apoio financeiro de instituições diversas que defendiam o controle demográfico, portanto, restrito à liberdade natalista das pessoas. Nos anos 1960, o IPPF veio financiar entidades que, no Brasil, realizaram o planejamento familiar (COSTA, 2002). Por outro lado, Chinn & Kramer (1995) narram que Margaret Sanger integrou um grupo de enfermeiras que trabalhou no sentido de

estruturar organizações fortes para reivindicar reformas sociais e políticas com vistas a restabelecer o controle da prática de Enfermagem. Essas líderes na Enfermagem observaram suas comunidades, identificaram necessidades e prioridades relacionadas à saúde, estabelecendo medidas de intervenções e deixando lições que permanecem vivas e merecedoras de implantação / implementação até hoje. Margaret Sanger é destacada por ter desenvolvido conhecimentos sobre reprodução e planejamento familiar, lutando para disseminar informações sobre medidas de contracepção, uma vez que esta era uma necessidade manifestada pela maioria das mulheres.

Para Mandú (2002), a segunda fase que marca a trajetória da saúde sexual e reprodutiva no Brasil foi caracterizada pela incorporação de ações envolvendo a sexualidade e a reprodução, como medidas específicas e prioritárias na saúde pública. Este aspecto, somado ao ideário da atenção primária à saúde, exercida mundialmente e que trazia como sustentação a assistência precoce e contínua, de cunho preventivo e curativo, impulsionou o Ministério da Saúde (MS) a reformular as diretrizes da política nacional de saúde materno-infantil, lançando o Programa Materno-Infantil (PMI) em 1974/1975. A Conferência Mundial de População, realizada em 1974, no México, também influenciou as propostas do referido programa, pois levantando em seu debate político a questão demográfica, resultou na focalização de medidas direcionadas para prevenção da gestação de alto risco (FORMIGA FILHO, 1999).

O PMI foi pensado na conjuntura política do regime militar e no conjunto das políticas de extensão de cobertura, época em que já se observava a distinção dada às enfermeiras no atendimento às gestantes através da consulta de Enfermagem, que surgiu como um instrumento de atenção individual. A enfermeira também se destacou como elemento central da assistência à criança de zero a quatro anos, tendo sido também responsável pelo cadastramento, treinamento e supervisão das parteiras tradicionais. Entretanto, a referida autora chama a atenção para o aspecto de que a Enfermagem foi caracterizada pela concepção

de “execução de tarefas”, ou seja, de acordo com o local onde se realizavam os cuidados, indicavam-se o que e como deveriam ser prestados (SEPÚLVEDA, 2000).

Mandú (2002) enfatiza que, por meio do PMI, foram formalizadas, dentre outras ações, medidas para promover o espaçamento adequado entre as gestações e o controle da fertilidade feminina, esclarecendo que, em princípio, os profissionais da saúde levaram orientações e distribuição de anticoncepcionais aos serviços de gestação de alto risco, sendo, mais tarde, disseminados de uma forma mais abrangente. Entretanto, Formiga Filho (1999) acrescenta que a utilização de critérios e estratégias pouco claras com relação à saúde, como bem comum, gerou grande polêmica, inviabilizando a continuidade do PMI.

Os anos 1950 e 1960 testemunharam os argumentos neomaltusianos, de que as altas taxas de fecundidade retardavam o crescimento econômico, ameaçavam o meio ambiente, exauriam os serviços sociais e contribuíam para a pobreza. Como consequência, nos anos 1960, inúmeros governos, abordando a questão populacional, implementaram políticas de controle de natalidade e programas verticais de planejamento familiar e, por toda a década de 1970, as políticas internacionais se mantiveram enfatizando a posição de que os programas de planejamento familiar deveriam ser o meio mais seguro para conter o crescimento populacional. Foi na década de 80 que diferentes grupos, incluindo profissionais da saúde, cientistas sociais, mulheres e usuárias em potencial começaram a expressar insatisfação com os programas verticais (GALVÃO, 1999).

Quanto à Enfermagem, é importante afirmar que a partir da década de 1970 e, principalmente, na década de 1985 a 1995, muitas proposições avançadas foram elaboradas em eventos técnico-científicos a respeito de conceitos sobre a assistência de Enfermagem dirigida à mãe e à criança, que contou com assessoria da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, Sepúlveda (2000) considera que, ainda hoje, é possível evidenciar problemas relacionados à falta de caracterização do

papel da enfermeira, suas funções específicas e divergências quanto à prática da consulta e da execução do parto.

Contudo, a terceira fase da trajetória da atenção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil foi caracterizada pela construção de bases políticas mais amplas. Os anos 1980 foram marcados por uma abordagem social da saúde, que, contrapondo-se à visão vigente, se abriu para uma integração dos aspectos biológicos, psicoemocionais e socioculturais, influenciando a formação de novas bases para uma compreensão mais geral sobre sexualidade e reprodução (MANDÚ, 2002).

Neste sentido, Tyrrell e Carvalho (1995) enfocam que, a partir da década de 80, deu-se início, no Brasil, a um período de transição democrática caracterizada pela organização de movimentos sociais, com destaque do movimento feminista, no qual as mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização da educação para a saúde e outras medidas que iam além da esfera biomédica. Complementando, Ávila e Corrêa (1999) enfatizam que, a partir da referida década, foram criados o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM/), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/1984), referências que fundamentam e expressam a institucionalização da agenda feminista pela Nação. As mesmas autoras também destacam a realização de encontros regionais e nacionais como o Encontro Feminista do Nordeste (Natal - 1983) e o I Encontro Nacional de Saúde (Itapeçerica da Serra - 1984) para discutir e elaborar propostas de atenção à mulher, tomando por base os princípios de integralidade e autonomia. Porém, Galvão & Díaz (1999) afirmam que, apesar de esta década ter sido marcada pela busca de integrar as ações de planejamento familiar às demais ações voltadas à saúde da mulher, os serviços continuaram privilegiando os aspectos reprodutivos, negando uma preocupação mais ampla com a saúde e muito menos com a qualidade de vida.

Mesmo assim, não se pode deixar de reconhecer a inegável contribuição do movimento de mulheres às conquistas alcançadas no campo da saúde sexual e reprodutiva. O PAISM representa o ápice dessas lutas e se fundamenta em um modelo conceitual bastante avançado e abrangente, na medida que inclui a saúde da mulher durante todo o seu ciclo vital e não apenas durante a gravidez e a lactação. Aborda a atenção a todos os aspectos da saúde, contemplando ações voltadas à prevenção do câncer do colo uterino, detecção precoce do câncer de mama, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, ao parto e puerpério, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, assim como das doenças ocupacionais e mentais (GALVÃO, 1999). O desafio é, pois, fazer essa proposta acontecer na prática.

Essas lutas evoluíram no cenário mundial e se consolidaram na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995. A esse respeito, Galvão (1999) declara que, quando o conceito de saúde reprodutiva foi discutido nas conferências internacionais do Cairo (1994) e Beijing (1995), o processo já estava bastante avançado em termos conceituais no Brasil. Inclusive, Osis (1998) conclui ter sido ela a primeira, mesmo no cenário mundial, a propor atendimento integral em saúde reprodutiva, e não mais ações isoladas de planejamento familiar. É tanto que a assistência ao planejamento familiar, no Brasil, uma vez amparada na Constituição Federal de 1988, art. 226, parágrafo 7º, já reconhecia como direito de todo cidadão o acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências; e o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, aspectos que vêm constituir os direitos reprodutivos estabelecidos, mais tarde, em âmbito internacional (VENTURA, 2002).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, ocorrida no Cairo, teve papel relevante ao convocar a comunidade internacional a pensar a saúde reprodutiva e a saúde sexual. Em contrapartida, os países que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar foram convocados a estabelecer nova agenda, incluindo três temas principais: direitos reprodutivos, desenvolvimento e autonomia das mulheres e saúde sexual e reprodutiva (CIPD, 1994). A Conferência de Beijing confirmou os resultados da CPID-1994, porém enfatizando ainda mais o enfoque de igualdade de gênero.

Os direitos reprodutivos a partir da CIPD (1994) e Beijing (1995) abrangem certos direitos já reconhecidos nas leis nacionais (conforme afirmado anteriormente) e nos documentos internacionais legais sobre direitos humanos, ao determinar que:

Os Estados devem tomar todas as providências devidas para assegurar, com base na igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados à saúde reprodutiva, que inclui o planejamento familiar e a saúde sexual. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento dos seus filhos, assim como dispor da informação, da educação e dos meios necessários para fazê-lo (CIPD, 1994, p. 21).

Atualmente o planejamento familiar no Brasil vem sendo oferecido basicamente através das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que, se posto em prática adequadamente, e conforme as diretrizes do SUS, de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, proporcionará melhores condições de saúde a maioria das mulheres do País. O PSF traz a proposta de reverter a forma como vinha sendo oferecida a assistência à saúde, voltada ao atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto, incorporando ações coletivas, abrangentes, por meio de parcerias intersetoriais com educação, ação social e trabalho, dentre outras (BRASIL, 1998). No Ceará, em particular, o referido Programa teve sua implantação iniciada em 1994, contando hoje com uma cobertura de 56% da população, com equipes atuando nos seus 184 municípios.

O enfermeiro, enquanto componente de equipe do PSF tem uma ampla atuação nessa área, pois uma de suas atribuições específicas no programa é de realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica definidas na Norma Operacional da Assistência – NOAS/2001, na qual se inclui o planejamento familiar (BRASIL, 2001c).

Portanto, neste século que se inicia, a assistência ao planejamento familiar vem fazendo parte desse arcabouço maior da saúde sexual e reprodutiva que deve ser levada a efeito com o envolvimento de mulheres, homens e / ou casais, na perspectiva da integralidade das ações. Nesse contexto, consideramos que a referida assistência deve incluir oportunidades para que mulheres e homens pensem o próprio corpo, a sexualidade, a maternidade e a paternidade responsáveis, as relações de gênero, as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids, as relações com a família, comunidade, sociedade, enfim com o mundo. Nosso pensamento corrobora Costa (2002) ao afirmar que o conceito de planejamento familiar não deve se restringir apenas aos aspectos da anticoncepção, mas abranger o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. e não apenas ficar circunscrito às questões da reprodução e, ainda, somente, a anticoncepção ou controle da fecundidade.

1.1 Problematização

O Ministério da Saúde (MS), tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar, determina que é da competência dos profissionais de saúde, abrangendo o enfermeiro, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando todos os métodos anticoncepcionais (MAC) disponíveis no Brasil, autorizados por normas legais e éticas [Billings, tabela,

temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermaticida, DIU, hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002a)]. Apesar desse exposto, nossa experiência acumulada de 10 anos (1990-2000) nessa área do cuidado nos permite afirmar que estes aspectos eram bastante negligenciados na implantação / implementação das ações de planejamento familiar. Maior ênfase era dada ao aspecto da contracepção, permitindo o desenvolvimento de uma política controladora, na qual a mulher, principalmente, uma vez que os homens se mantiveram à margem, exerceu um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva.

A atuação dos enfermeiros consistia, basicamente, em informar os usuários quanto à anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, explicar a fecundação, os mecanismos de ação e características gerais dos MAC, com vistas a proporcionar melhor escolha e seu uso correto. No entanto, a prescrição e a entrega dos MAC mantinham-se atreladas a barreiras gerenciais e profissionais, como a oferta insuficiente e irregular dos MAC; a determinação de que somente o profissional médico podia realizar a primeira consulta de planejamento familiar (entendida como a consulta de decisão do método), cabendo ao enfermeiro realizar as consultas de seguimento; os hormonais orais, injetáveis e o DIU eram de indicação exclusivamente médica; e a adoção de critérios sem justificativa científica para indicar ou não determinados MAC, o que limitava o acesso final dos usuários ao controle de sua fertilidade. Sobre este último item, recordamos, por exemplo, que as mulheres só tinham acesso à inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de posse do resultado de uma citologia, o que não se faz necessário. Em adição, na maioria das vezes, não se tentava resolver as necessidades no campo da infertilidade no nível primário e as possibilidades de encaminhamentos para outros níveis de atenção eram bastante remotas. Percebíamos, assim, uma distância entre o que está proposto na Constituição Federal e na política do MS e o que se praticava nos serviços de saúde na área do planejamento familiar.

A esse respeito, Ávila e Corrêa (1999) afirmam que no o final dos anos 70, as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontraram fortes barreiras, destacando o Estado autoritário que não atendia as necessidades básicas da maioria da população; a hegemonia biomédica na construção de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher; e os programas verticais de planejamento familiar, implementados por organismos internacionais desde a década de 60. Estas autoras enfatizam que foram inúmeras as vezes que as feministas enfrentaram a ordem médica e os planejadores familiares numa relação conflituosa, experiência a qual o Brasil representou singularidade, pois sendo um país cercado de desigualdades sociais, machismo e governo autoritário, esta era uma tarefa desafiadora. O questionamento acerca do saber e do poder médico foi sempre motivo de discussão, pois este era caracterizado tanto com um saber disciplinador como um saber que justificava a hierarquia entre os sexos.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-1996) demonstrou aumento na prevalência do uso de métodos contraceptivos nos últimos 10 anos, passando de 65,8% para 76,7%, entre 1986 e 1996. Entretanto, apesar dessa prevalência se mostrar similar à dos países desenvolvidos, não significa boa qualidade dos serviços de planejamento familiar oferecidos no País, uma vez que, de todas as mulheres unidas em idade fértil (15-49 anos), 40,1% estavam laqueadas, em 1996; 20,7% usavam hormonais orais, 1,2% usava hormonais injetáveis e 1,1 % tinha o dispositivo intra-uterino (DIU) inserido. Com relação ao Ceará, a mesma pesquisa revelou que 64% das mulheres unidas entre 15 e 49 anos usavam algum método anticoncepcional, sendo que 32% destas estavam laqueadas, 20% usavam pílula e 4% usavam preservativo masculino, não fugindo, portanto, à realidade nacional. Cabe acrescentar que a maioria das laqueaduras, tanto no âmbito nacional quanto no contexto estadual, ocorreu por ocasião do parto do último filho, nascido através de cesariana sem critério técnico-científico que a justificasse, tão somente para garantir a laqueadura. A cada cinco

esterilizações no País, quatro foram realizadas durante cesariana, com variações de 43% na região Nordeste e 74% no Estado de São Paulo, elevando a taxa de cesariana do País para uma das maiores do mundo (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR - BEMFAM, 1996).

Ainda a esse respeito, Costa (2002) acrescenta que estudos dedicados ao arrependimento pós-laqueadura estabelecem uma relação direta entre este sentimento e a desinformação sobre outros métodos. Segundo a autora, as seqüelas da laqueadura vêm sendo relatadas há muito tempo pelas mulheres, porém, são desvalorizadas e recebidas de maneira preconceituosa pela maioria dos profissionais. Para outros profissionais de saúde, essas queixas são comuns e interferem sobremaneira na qualidade de vida dessas clientes, merecendo uma abordagem técnica diferente.

Em resposta à prática indiscriminada da esterilização, o Congresso Nacional instalou, em 1991, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a execução da laqueadura, em massa, nas mulheres brasileiras. Foi consenso a indicação de regulamentação da esterilização cirúrgica e das demais ações de planejamento familiar, pois o uso da pílula (segundo método mais utilizado no Brasil) também se dava em um contexto de alto risco à saúde das usuárias, chegando a 50% a prática da automedicação ou indicação em balcões de farmácias.

Ao analisarmos dados da mortalidade materna, as estimativas do *Alan Guttmacher Institute* para 1999 revelaram que nos países em desenvolvimento, incluindo os da América Latina e, portanto, o Brasil, 36% dos 182 milhões de gestações ocorridas anualmente não eram planejadas e 20% destas terminariam em aborto, quando se sabe que o acesso aos MAC, aos insumos educativos e serviços de saúde são insuficientes. No Brasil, o aborto é responsável pela quarta causa de óbito materno, o que também demonstra problemas na assistência ao planejamento familiar, visto ser sua grande maioria estimada como provocada

(TANAKA, 2001). Silveira (2002), citando um estudo realizado em duas maternidades públicas de Fortaleza, afirmou que cerca de 25% dos atendimentos obstétricos realizados, em 1991, foram relacionados a abortamentos. Esse achado confirma um elevado índice de aborto do tipo provocado, pois os compêndios tradicionais de obstetrícia asseguram que apenas uma em cada dez gestações evolui para interrupção espontânea (REZENDE, 1995).

A partir dessas constatações apresentadas, reconhecemos que há problemas na qualidade da assistência ao planejamento familiar, área cujas ações são quase que totalmente passíveis de execução pelas equipes do PSF, das quais faz parte o enfermeiro, tendo um papel relevante nesta área do cuidado. Assim, passamos a levantar alguns questionamentos: quais barreiras estariam relacionadas com a oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, com o mecanismo de acompanhamento dos usuários e com uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar? Como estaria a prática do enfermeiro no campo do planejamento familiar, no que diz respeito à informação dada aos clientes, ao relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente e à competência técnica? Refletimos que buscar respostas para estes questionamentos seria por demais relevante, culminando em contribuições significativas à prática dos serviços de planejamento familiar oferecidos em nosso meio, cujos benefícios influenciam diretamente a saúde dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade.

Referidos questionamentos foram também conseqüentes ao exercício de reunirmos subsídios para adoção de um referencial conceitual ou teórico que pudesse sustentar um estudo na perspectiva da avaliação da qualidade da assistência ao planejamento familiar, no qual identificamos nos parâmetros apresentados por Bruce (1990) uma proposta que parecia ser útil e efetiva, inclusive assim reconhecida por Díaz e Díaz (1999). A autora descreve seis elementos como fundamentais à qualidade da atenção em planejamento familiar: oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, informação dada aos clientes, competência técnica profissional, relacionamento interpessoal profissional-cliente, acompanhamento dos usuários

e rede apropriada de serviços (BRUCE, 1990). Apesar da complexidade e extensão destes elementos, nos determinamos à exploração de todos eles, reconhecendo a importância de cada um para a qualidade dos serviços, bem como a sua interdependência. Destacamos, pois, nossa decisão de realizar a presente pesquisa para constatar ou refutar a tese de que a prática da assistência de enfermagem ao planejamento familiar oferecida em uma Célula Regional de Saúde do Ceará, no contexto do PSF, abrange integralmente os elementos de qualidade apresentados por Bruce (1990). Com esta pretensão, elaboramos os seguintes objetivos de pesquisa:

- Avaliar a assistência ao planejamento familiar no que diz respeito à oferta e à livre escolha dos métodos anticoncepcionais, à informação dada aos clientes e à competência técnica profissional.
- Averiguar a dinâmica do relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, do acompanhamento dos usuários e de uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DA QUALIDADE DO CUIDADO: UMA ESTRUTURA SIMPLES

O modelo conceitual de Judith Bruce¹ foi estruturado com o objetivo de subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços de planejamento familiar, estabelecendo o cliente como enfoque principal. Seu trabalho original foi publicado em 1986, no entanto, trabalhamos com sua última publicação de 1990, disponibilizada pela Organização *Population Council*.

Segundo Bruce (1990), o campo do planejamento familiar tem rearticulado seu compromisso sobre o direito de homens, mulheres ou casais fazerem escolhas voluntárias sobre o número e o intervalo das gravidezes que querem, bem como selecionar meios compatíveis para a consecução dos objetivos. Entretanto, acrescenta que, apesar do intenso interesse com o desempenho do programa e a ética no que diz respeito à provisão do serviço de planejamento familiar, as avaliações têm negligenciado, principalmente, a dimensão da qualidade do cuidado oferecido.

Bruce (1990) afirma que poucos estudos estão disponíveis para orientar a definição e a mensuração da qualidade dos serviços, mas que não começamos do zero. Referida autora faz uma revisão de faces diferentes da avaliação da qualidade no planejamento familiar para apresentar sua proposta conceitual. Destaca, por exemplo, que a análise e a documentação dos programas de planejamento familiar operados pelo *International Center for Diarrheal Disease Research*, em Bangladesh - Matlab Thana - é extraordinária e seus esforços transferem este conhecimento ao programa regular do governo, que é conhecido como "áreas

¹ Diretora Executiva do Programa de Gênero, Família e Desenvolvimento do *Population Council* - Nova York.

de extensão", fornecendo um retrato incomparável das características de sua estrutura de gerência, dos papéis dos trabalhadores e das respostas dos clientes. Citando Lapham e Simmons (1987), a autora revela que a avaliação da eficácia do planejamento familiar pela *National Academy of Sciences* dava bastante peso ao relacionamento entre cliente e profissional; já com base em Lapham e Mauldins (1985), que revisaram o esforço de programas em 100 países, confiando nos clientes como melhores informantes, Bruce (1990) chama a atenção para a importância de ir além dos enunciados oficiais disponíveis sobre a descrição dos serviços, em termos mais realísticos. Bruce (1990) também enfoca Hermalin e Entwisle (1985), por observarem que disponibilidade dos serviços aos clientes e custo financeiro envolvem necessariamente considerações da qualidade e que, certamente, as questões de qualidade dos serviços, custo e acessibilidade são difíceis de serem consideradas separadamente, uma vez que a escolha dos métodos não é possível sem fontes suficientes de suprimento. A continuidade do cuidado oferecido é influenciada similarmente pelo acesso aos serviços e/ou à equipe de funcionários. Determinações dos planejadores da saúde sobre as melhorias na qualidade a perseguir são fundamentadas em considerações do custo, em alguma extensão. No nível individual, a voluntariedade do cliente em pagar pelos serviços pode interferir em sua percepção de qualidade.

A qualidade tem sido descrita, às vezes, como sinônimo de disponibilidade e/ou acessibilidade aos anticoncepcionais. A qualidade do cuidado e a disponibilidade dos serviços são determinantes vitais ao uso dos anticoncepcionais, porém os estudos da disponibilidade fornecem pouco material descritivo sobre a quantidade de serviços que o cliente recebe. A qualidade foi definida também nos termos do impacto demográfico potencial. Bruce (1990) cita uma avaliação do principal programa de planejamento familiar da Ásia, realizada por Bair *et al.* (1987), os quais incluíram a proporção das mulheres usando métodos anticoncepcionais (MAC) em longo prazo como uma medida de qualidade.

Bruce (1990) também considerou que a discussão sobre o significado da palavra "qualidade" possa ter inibido um progresso mais rápido nesta área, pois qualidade, por sua conotação, implicou um possível padrão caro. Para a mesma autora, somente uma avaliação pode determinar se a qualidade é boa ou má, satisfatória ou insatisfatória. A palavra e seu significado emergiram em contextos contraditórios: a literatura atual do planejamento familiar discute a maior parte da qualidade pelo que diz respeito às questões clínicas. Esta realidade negligenciou as dimensões interpessoais do cuidado e sugeriu que qualidade elevada significava equipamento técnico sofisticado e caro, fato que pode ter desanimado gerentes de incluir os indicadores da qualidade do cuidado aos sistemas de informação gerencial e de avaliação.

Citando Donabedian (1980, 1988), Bruce (1990) acentua que se a qualidade dos serviços tiver um peso ao lado da quantidade como um indicador do desempenho do programa, as clássicas dimensões clínicas da qualidade do cuidado e os aspectos interpessoais subjetivos devem ser trazidos juntos em uma estrutura simples e concordante. Por fim, reunindo todos esses pensamentos e experiências de autores que também tinham uma preocupação com a qualidade do planejamento familiar, Bruce (1990) elaborou uma estrutura conceitual que permite avaliar a qualidade do referido serviço, com enfoque no cliente, a qual apresentamos a seguir.

2.2 Estrutura da qualidade do cuidado

Para Bruce (1990) os principais elementos que constituem a qualidade dos serviços de planejamento familiar são: oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais (MAC), informação aos usuários, competência técnica profissional, relações interpessoais profissional-cliente, mecanismos de acompanhamento dos usuários e rede apropriada dos

serviços. Estes elementos refletem seis aspectos dos serviços que os clientes experimentam como críticos, representando um ponto de partida requisitado para desenvolver uma descrição dos serviços oferecidos e para avaliar sua qualidade. A figura, apresentada na seqüência, é uma exposição gráfica da proposta de Bruce (1990), relacionada à estrutura dos serviços de planejamento familiar, à qualidade da experiência ou processo do serviço e seus impactos, ou seja, sua aplicação prática distingue três pontos positivos de se buscar a qualidade: a estrutura do programa, o processo de trabalho e o resultado do cuidado, particularmente com relação ao conhecimento, ao comportamento e a satisfação dos clientes com o serviço.

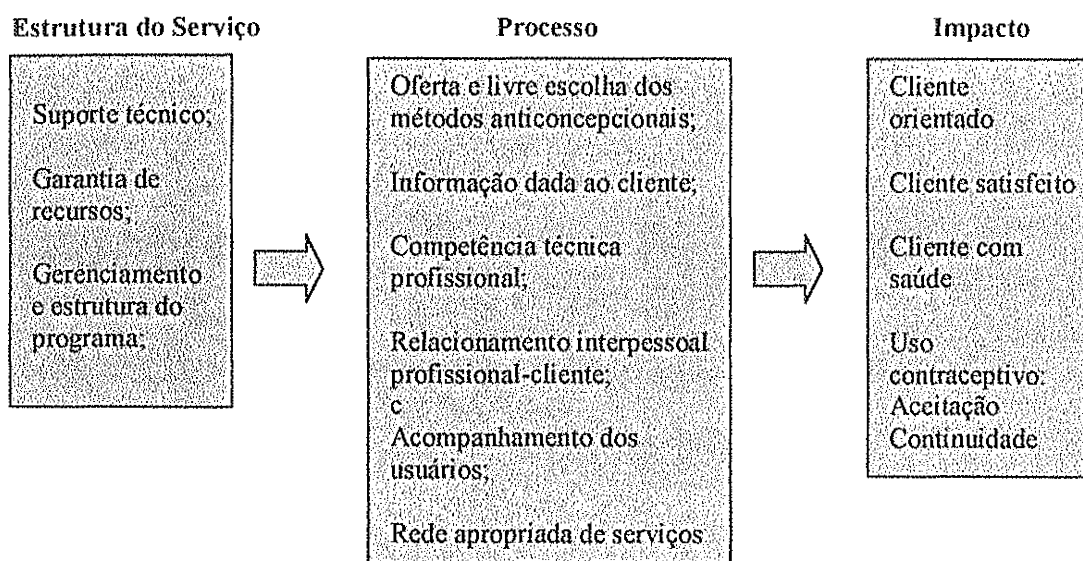


Figura. A qualidade na experiência dos serviços - origens e impactos (BRUCE, 1990).

A oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais (MAC) refere-se à variedade de métodos que deve ser oferecida, que sejam seguros e confiáveis, representando, atualmente, um princípio central dos serviços de planejamento familiar. Garantir a oferta não significa, necessariamente, que cada serviço forneça todos os métodos, mas tenha total esforço para ser suficiente em uma base geográfica, de modo que os usuários em perspectiva tenham acesso igual a uma razoável variedade de métodos. Neste sentido, a organização do PSF talvez represente um ponto de favorecimento à oferta dos MAC, pois está voltado ao

atendimento das necessidades de uma população delimitada, uma vez que a demanda por equipe é determinada sob uma base geográfica específica.

Vários aspectos justificam a necessidade da oferta de uma variedade razoável de MAC. Os indivíduos e os casais passam por diferentes estádios em seu ciclo de vida reprodutiva, modificando suas necessidades e desejos, o que pode alterar a decisão de prorrogar, espaçar e até definir a ausência de gravidez. Muitas uniões e parcerias são extintas e outras se fazem, o que também modifica os planos destas pessoas, bem como o risco clínico à saúde que é documentado e percebido com relação a alguns métodos específicos e em situações particulares, como no período pós-parto ou pós-aborto, na fase da amamentação e nos extremos da fase reprodutiva (adolescência e climatério). Portanto, a oferta pode ser garantida com vistas ao serviço ter como atender às necessidades de subgrupos específicos definidos pela idade, sexo, intenção contraceptiva, padrão de lactação, perfil da saúde e custo.

Bruce (1990) acrescenta, ainda, que a oferta dos métodos é um compromisso prático e filosófico a responder às necessidades do usuário, ou seja, a disponibilidade de múltiplos métodos reafirma o dever do serviço com a livre escolha e com a contracepção eficaz, aspectos que devem ser garantidos aos indivíduos, o que não é possível com uma pequena variedade de MAC. Esta orientação vem ao encontro das exigências individuais como um pré-requisito a fornecer a escolha de forma significativa. Bruce (1990) ressalta que garantir a oferta é também reconhecer a tecnologia indesejável, a mais freqüente e a ocorrência de fontes inconsistentes. Se múltiplos métodos são oferecidos, aumenta a probabilidade de pelo menos um método estar disponível; ou melhor, alguns analistas afirmam que é um esforço do programa para que uma variedade dos métodos esteja disponível em uma variedade de fontes.

Uma avaliação realizada por Jain (1989) foi incorporada por Bruce (1990), uma vez evidenciando e modelando o relacionamento entre a variedade de métodos disponíveis e o impacto demográfico dos programas. A autora se apropriou de quatro pontos centrais dos

dados existentes, que indicam o impacto demográfico positivo da escolha do método, na visão de Jain (1989): que a adição de um método resulta em uma adição na prevalência contraceptiva; que um método de planejamento familiar é inadequado para responder aos objetivos individuais da fertilidade; que a disponibilidade de múltiplos métodos melhora a continuação do uso; e que a prevalência contraceptiva depende da quantidade de métodos disponíveis em múltiplos pontos do serviço em um país, o que diríamos nos municípios.

A informação dada aos clientes diz respeito à informação concebida durante o contato dos clientes com o serviço, que permite escolher e usar o contraceptivo com satisfação e conhecimento. Deve incluir informação sobre os diversos métodos disponíveis, suas contra-indicações e características cientificamente documentadas, evitando escolhas inseguras para o cliente específico e fornecendo detalhes em como usar o método selecionado, seus possíveis impactos na prática sexual e seus potenciais efeitos colaterais; e finalmente, um elemento freqüentemente negligenciado, é a informação explícita sobre o que os clientes podem esperar dos profissionais a respeito do apoio, da entrega do método e/ou referência para outros métodos ou serviços relacionados, quando necessário.

O primeiro aspecto notável no componente informativo da escolha consiste em que os clientes apreciem uma variedade de métodos disponíveis, cada um com características distintas. O segundo aspecto de dar a informação procura permitir, ao usuário, empregar eficazmente o método e de apreciar o potencial do método em provocar mudanças físicas, sentimentos saudáveis e não saudáveis, e o impacto destas experiências em atividades diárias e nos aspectos mais íntimos dos casais. Bruce (1990), apropriando-se de estudo desenvolvido por Berelson (1966), assinala que, se os clientes não retiverem a informação do uso correto, não podem cumprir com as exigências dos métodos em uso, e se um método como o DIU não é explicado suficientemente e seus efeitos potenciais apreciados, é mais provável o usuário interromper o uso. Este segundo aspecto de dar a informação é o mais próximo a aconselhar,

no sentido de que o profissional e o cliente procuram uma solução entre os métodos seguros para um cliente específico. O profissional deve explicar claramente que o uso de uma tecnologia contraceptiva tem benefícios além da simples regulação da fertilidade. O indivíduo está selecionando uma "terapia" que deva combinar com suas necessidades íntimas, sexuais e sociais. Necessariamente, o entrave de conhecimento por parte do usuário a respeito dos problemas interfere com o terceiro aspecto de dar informação, ou seja, o cliente desenvolvendo uma expectativa apropriada sobre o fornecimento de MAC pelos serviços, através da informação, poderá consultar outras fontes de métodos.

O retorno voluntário dos clientes ao serviço está relacionado ao seu conforto na interação profissional-cliente, ao caráter favorável da entrevista inicial e ao agendamento da visita subsequente. O cliente também deve ser estimulado para retornar independente de marcações, caso apareçam efeitos colaterais com o método selecionado, surjam dúvidas que necessitem de esclarecimentos ou simplesmente porque não está se sentindo seguro. Quando o profissional entregar um método cuja eficácia seja limitada pelo tempo (como DIU medicado e contraceptivos injetáveis) ou que tenha um risco de complicações, a informação que assegura retorno é tão essencial ao cliente quanto é uma descrição do método e como o usa.

A competência técnica profissional envolve, principalmente, a competência clínica, a observação dos protocolos e a assepsia cuidadosa requerida para fornecer métodos clínicos, como DIU e esterilização. É o elemento da estrutura menos julgado por clientes. Bruce (1990), revisando estudos de Gay (1980; 1988); Sung (1977); Lynn *et al.* (1985), anota que os clientes avaliam, basicamente, a quantidade de tempo gasto com eles e a atitude profissional do que propriamente as habilidades técnicas. Mesmo faltando a habilidade de avaliar inteiramente a competência clínica, os clientes carregam as conseqüências de técnicas inadequadas na forma da dor evitável, infecção, outros efeitos colaterais sérios e até a morte.

A incompetência clínica, especificamente, é pouco relatada. De toda a literatura revista, a documentação sobre procedimentos clínicos inadequados e suas conseqüências eram as mais difíceis de localizar. As avaliações de circunstâncias físicas não sanitárias, das precárias condições de assepsia, de erros grosseiros na técnica, ou na aplicação de padrões médicos impróprios são raras. Uma razão para isto é política. Um avaliador que descubra problemas sérios pode não desejar publicar os resultados porque este pode romper a colaboração com o fornecedor. É também possível que o *status* especial dos profissionais clínicos, particularmente médicos, seja outra razão, pois as referências podem ser encontradas sobre o conhecimento e habilidades de vários outros profissionais de saúde e mesmo dos gerentes. Os clínicos, entretanto, parecem protegidos pela maior parte dos relatórios públicos.

Apesar da falta de documentação, a forte evidência indireta do impacto dos profissionais insuficientemente treinados pode ser detectada nos clientes do programa ou experiência de âmbito nacional com métodos contraceptivos específicos. Os profissionais incertos de suas habilidades são às vezes relutantes em usá-las ou, pior, aplicam-nas mal. Não contribuem para promover a saúde dos clientes ou aumentar a prevalência contraceptiva e, certamente, geram boatos negativos sobre programas e métodos.

As relações interpessoais envolvem além das dimensões pessoais as do serviço. As relações entre profissionais e clientes são fortemente influenciadas pela missão e pela ideologia de um programa, pelo estilo da gerência, pela alocação de recurso, pelo fluxo do cliente e pela estrutura de supervisão.

Este elemento foi separado da informação dada aos usuários porque é definido como o índice efetivo do relacionamento interpessoal entre cliente e profissional. Esta dimensão está separada da exatidão da informação dada e o grau no qual esta é compreendida (por mais importante que seja), que pode fortemente influenciar a confiança dos clientes em suas

próprias escolhas e habilidades, satisfação com os serviços e a probabilidade de uma visita de retorno. O que é desejado é troca positiva e produtiva, como percebido pelo cliente.

Uma revisão sobre aconselhar sugere que os atributos desejados do aconselhamento eram aqueles da compreensão, do respeito e da honestidade. O contato profissional-cliente deve ser caracterizado por uma comunicação em dois sentidos e a orientação flexível, ao contrário do autoritarismo por parte do profissional (COUNSELING..., 1987).

Uma dimensão efetiva do papel do trabalhador do planejamento familiar deve compensar os limites técnicos dos contraceptivos ou de problemas logísticos dos serviços de acesso. A empatia ao dar a informação pode ser tão importante quanto a exatidão em diminuir sentimentos negativos sobre a inserção do DIU ou o cuidado com que os diafragmas devem ser usados, e assim por diante. Na circunstância em que as mulheres têm que viajar para os serviços especiais para realizar a esterilização, por exemplo, tendo algum medo, um trabalho de campo que acompanhe o cliente compensa, de fato, seu desconforto com relação a submeter-se a um procedimento desconhecido. A habilidade dos trabalhadores de discutir sua própria experiência contraceptiva ou a habilidade de indicar um membro saudável da comunidade que seja satisfeito com um método responde à razoável preocupação do cliente: o que este método fará a mim e a minha saúde? Os conselheiros fornecem, de fato, uma garantia da tecnologia por sua presença e maneira acessível da comunicação (BRUCE, 1990).

Os mecanismos para incentivar a continuidade podem envolver os usuários bem-informados que controlam sua própria continuidade ou mecanismos formais dentro do programa. Podem confiar em meios da comunidade ou em mecanismos específicos da continuação, tais como marcações de retorno ou visita domiciliar.

Operações clínicas, comerciais e os sistemas baseados em comunidades são relevantes para o objetivo geral da continuidade, incentivando o cuidado para assegurar isso depois de um primeiro contato com um fornecedor de contraceptivo, pois o acompanhamento não

termina. Filosoficamente, a voluntariedade de um programa é uma medida que estabelece a continuidade ou os mecanismos da continuação e seu compromisso em longo prazo com o bem-estar individual. Os mais fortes argumentos práticos para promover a continuidade do uso são as conseqüências dos programas individuais e os fracassados esforços nacionais. Muitos programas de planejamento familiar são projetados mais ao recrutamento dos clientes do que na manutenção do uso de métodos. Onde o uso de contraceptivo moderno é ainda um comportamento inovador, a negligência de grupos de usuários tem conseqüências muito sérias para o desempenho total do programa. Bruce (1990), procurando discernir o impacto relativo à aceitação elevada e a continuidade de uso do método anticoncepcional afirma que, programas podem conseguir resultados demográficos de melhor adesão e continuidade ao uso de anticoncepcionais quando se concentram em um número pequeno de usuários anuais. Isto porque favorece o cuidado de qualidade e realça a satisfação dos clientes, melhorando taxas de continuação. Para a referida autora, é melhor que tentar recrutar um grande número de usuários e não oferecer uma boa assistência aos mesmos.

Muitos estudos sobre continuação em longo prazo foram conduzidos para nos dar uma visão sobre o andamento das habilidades das clientes, em primeiro lugar, em controlar seus anos de fertilidade depois que seu primeiro contato com o sistema formal de entrega foi estabelecido. A descontinuidade do programa significa que o contato da cliente foi praticado com a contracepção em curto prazo, ficando esta exposta à gravidez não planejada e/ou mudanças de suas intenções de fertilidade.

A rede apropriada dos serviços refere-se à situação dos serviços de planejamento familiar, de modo que sejam convenientes e aceitáveis pelos clientes, respondendo as suas concepções naturais de saúde e necessidades de prevenção. Os serviços podem ser entregues de maneira apropriada numa infra-estrutura vertical, ou no contexto de uma rede apropriada de serviços: pós-parto, pós-aborto e de outros serviços específicos de saúde reprodutiva.

Há diversos níveis para esta avaliação. O nível mais rudimentar compreende o julgamento dos serviços quanto a fornecer ou não assistência e métodos anticoncepcionais adequadamente dentro do espaço articulado do programa; um segundo nível do julgamento é saber se a rede de serviços está apropriada às necessidades da população e uma outra categoria inclui saber se os programas estão promovendo o desenvolvimento de potencialidades das mulheres e o seu ganho de autonomia e capacidade de tomar decisão, como um objetivo global. Assim, as experiências para expandir redes apropriadas de serviços de planejamento familiar devem compreender, também, a integração convencional dos serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecidos regularmente.

Para Bruce (1990), os seis elementos desta estrutura não são separados. Sua qualidade é relacionada, determinada freqüentemente por fatores de base e por políticas comuns do programa, por estilos da gerência das operações e por limites de recursos. Estes elementos são bastante diferenciados pela equipe de funcionários do programa, os avaliadores, e em especial os clientes em alerta poderiam desenvolver opiniões distintas sobre cada um deles.

A autora destaca que foram poucas as tentativas feitas de estabelecer um balanço entre os seis elementos. No entanto, a "escolha" é o elemento fundamental. Uma escolha de método é uma pré-condição virtual para conseguir a qualidade do cuidado. Além deste, entretanto, cada programa ou pesquisador pode escolher dar ênfase diferente a outros elementos, dependendo da experiência do programa, de sua história política, e assim por diante.

Embora a estrutura procure cobrir a maioria dos aspectos do cuidado, ainda não é bastante detalhada para todas as finalidades. Por exemplo, o *Internacional Planned Parenthood Federation* (IPPF) criou sua estrutura extraída destes seis elementos, porém suplementando com os pontos vitais de suas próprias operações específicas. Uma das limitações do modelo apresentado aqui é que não trata diretamente do acesso, a não ser que o elemento escolha suponha o acesso.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo e natureza da pesquisa

O presente estudo é do tipo *pesquisa de avaliação*, classificação, que adotamos com base em Polit e Hungler (1995, p. 125), as quais afirmam que este é um tipo de pesquisa com o propósito de averiguar quão bem está funcionando um programa, uma atividade e/ou política, com vistas a encontrar respostas às questões práticas. As autoras acrescentam que, na Enfermagem clínica, na qual incluímos a assistência de Enfermagem ao planejamento familiar, costuma ocorrer necessidade de avaliação, levantando-se indagações do tipo: *Como estamos nos saindo? Estamos atingindo nossas metas? Existe uma maneira mais eficiente de fazer as coisas?* Identificamos no relato destas autoras a caracterização do nosso estudo, uma vez que tivemos o propósito de avaliar como estava a prática do enfermeiro na assistência ao planejamento familiar, para reconhecemos o que estava bem e o que poderíamos fazer melhor.

Nosso raciocínio também corrobora García-Núñez (1993), pois, tratando sobre avaliação em planejamento familiar, este enfatiza que uma avaliação mostra o que funciona e o que não funciona, o que devemos manter ou mudar, se constituindo em um instrumento para a tomada de decisão. O mesmo autor acrescenta que a avaliação é utilizada para responder a perguntas específicas sobre as necessidades, os processos, os resultados, a eficiência e o impacto de uma ação ou programa. Inclusive a fala desse autor nos reportou ao modelo conceitual de Bruce (1990), o qual também possibilita uma avaliação abrangendo estrutura, processo de trabalho e impacto sobre a clientela. Aliás, a abordagem avaliativa centrada

nestes três pilares foi proposta inicialmente por Donabedian em 1966, sendo até os dias atuais bastante referenciada na literatura (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994).

Ressaltamos que a pesquisa de avaliação constitui uma atividade relevante na atualidade, uma vez que as responsabilidades profissionais tendem a ser mais bem acompanhadas pelos usuários, na medida em que são convocados a exercerem o controle sobre os serviços de saúde, inclusive através de canais formais de participação, como os conselhos e as conferências municipais de saúde. Aliás, o estímulo à participação dos usuários nas decisões sobre os serviços de saúde e a capacitação ao exercício da cidadania é uma das atribuições dos profissionais que atuam no PSF, contexto deste estudo.

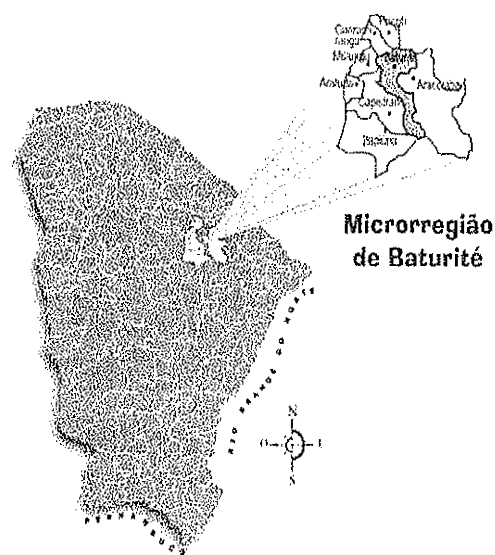
Quanto à natureza dessa pesquisa, adotamos as abordagens quantitativa e qualitativa na perspectiva da complementaridade, pois, tendo a assistência de Enfermagem ao planejamento familiar como foco central do nosso objeto de estudo, averiguamos tanto dados de coberturas, taxas e frequências (abordagem quantitativa), como opiniões, valores, crenças, costumes e subjetividades dos sujeitos envolvidos (abordagem qualitativa). O uso simultâneo das abordagens quantitativa e qualitativa abriu caminhos para que explorássemos o objeto de estudo de forma livre e com maior diversidade de informações, na medida em que aproveitamos o maior número de fontes de dados que o permeavam. Reunimos resultados numéricos, com percepções, comportamentos, atitudes, gestos, interações e obtivemos maiores detalhes sobre o que estávamos a investigar.

Nessa decisão, encontramos apoio em Minayo *et al.* (1994); Polit e Hungler (1995); e Victora, Knauth & Hassen (2000). Minayo, *et al.* (1994) defendem a noção de que a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, eventos não equacionados em fórmulas estatísticas, e que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se complementam, uma vez que a realidade abrangida por eles interage de forma dinâmica, excluindo qualquer dicotomia. Polit e Hungler

(1995) observam que os métodos quantitativo e qualitativo apresentam potencialidades e fragilidades, sendo ambos complementares e fundamentais ao maior desenvolvimento da ciência. Inclusive ressaltam que os projetos de pesquisa utilizando métodos qualitativos e quantitativos, de maneira integrada, estão obtendo cada vez mais popularidade. Já Victora, Knauth & Hassen (2000) reforçam o pensamento expresso pelas autoras anteriormente citadas, ao destacarem que é possível trabalhar de forma complementar com os dois métodos de pesquisa, no sentido de que os resultados sobre um questionamento posto a partir de princípios teórico-metodológicos quantitativos suscitem novos problemas que só possam ser esclarecidos dentro de princípios qualitativos ou vice-versa, e que é possível uma integração de dados quantitativos e qualitativos em um mesmo projeto. Ainda a esse respeito, Bruce (1990) enfatiza que os estudos quantitativos retratam apenas parcialmente a realidade dos serviços e que os relatos de experiências pessoais dos clientes têm um “sabor” completamente diferente, o que reforça a nossa opção por trabalharmos as duas abordagens.

3.2 Ambiente da investigação

A pesquisa foi desenvolvida na Célula Regional de Saúde (CERES) de Baturité, conforme mostra o mapa ao lado. A CERES Baturité é a quarta das 21 que compõem o Sistema de Saúde do Ceará. Localizada a aproximadamente 70 km de Fortaleza, é formada por oito municípios: Aratuba, Mulungu, Guaramiranga, Pacoti, Baturité, Itapiúna, Capistrano e Aracoiaba. Possui uma população de 122.933 hab., dos quais 30.345 são mulheres



Mapa Célula Regional de Saúde de Baturité

em idade fértil, na faixa etária de 15 a 49 (CEARÁ, 2003a). Os oito municípios, uma vez que são municipalizados, têm a responsabilidade de oferecer a atenção primária à saúde de sua população, o que abrange quase 100% das ações e procedimentos do planejamento familiar (exceto a laqueadura tubária), tendo como principal estratégia o PSF. Em junho de 2003, a região contava com 30.116 famílias cadastradas, o correspondente a 87,84% de cobertura.

A CERES é um espaço geográfico e populacional composto por um conjunto de municípios agrupados por afinidades culturais, econômicas e de prestação de serviços, cuja articulação visa a buscar soluções para problemas comuns na área da saúde, com vistas a oferecer uma assistência integral em uma rede apropriada de serviços. Funciona, ainda, como uma organização virtual de pactuação e negociação, sustentada por uma Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que origina instrumentos de planejamento com base na Programação Pactuada Integrada – PPI (FONSECA NETO & VILAR, 2002). Este universo é por nós conhecido e nele atuamos como assessora técnica da Secretaria Estadual da Saúde, como consultora da *JHPIEGO Corporation an affiliate of Johns Hopkins University* para o desenvolvimento de um Programa de Qualidade em Saúde Reprodutiva (PROQUALI) e nele desenvolvemos nossa dissertação de mestrado, aspectos que favoreceram sobremaneira o trabalho de campo.

Apesar de reconhecermos que há diferenças regionais no sistema de saúde do Ceará, os dados levantados neste recorte geográfico poderão suscitar contribuições a todo o sistema de saúde do Estado, uma vez que a caracterização dos sujeitos da pesquisa (enfermeiros e usuários), o modelo da gestão da saúde e o sistema de logística para o planejamento familiar guardam grandes similaridades.

3.3 População e amostra

A população do estudo correspondeu a 32 enfermeiros que atuavam em 32 equipes de PSF, o total em funcionamento nos oito municípios da CERES de Baturité, bem como usuárias dos respectivos serviços de planejamento familiar, atendidas nos meses correspondentes à pesquisa de campo, ou seja, julho a setembro de 2003.

Os enfermeiros e as usuárias foram selecionados com base nos seguintes critérios de elegibilidade: a) enfermeiros - estarem atuando na assistência ao planejamento familiar como membro de equipe de PSF; e b) usuárias(os) – mulheres ou homens participantes ou desejosas(os) de participar do serviço de planejamento familiar.

A amostra foi constituída por 29 (90,6%) enfermeiros. Salientamos que a não-participação de três enfermeiros no estudo decorreu de motivos de férias e/ou problemas de saúde que os afastaram do campo de atuação no período da pesquisa. O número de usuárias foi delimitado pela saturação das falas, ficando em 50 participantes. Iniciamos a coleta de informações sem predeterminar o número de participantes e, quando ocorreu a repetição de informações, consideramos a amostra adequada (TRENTINI e PAIM, 1999).

Incluimos enfermeiros e usuárias das zonas urbanas e rurais, reconhecendo que há diferenças significativas, principalmente no que concerne à infra-estrutura e ao suprimento regular de recursos, quando comparamos estes dois ambientes de funcionamento do PSF.

3.4 Coleta de dados

Utilizamos como técnicas a entrevista estruturada e a observação livre.

Para Cruz Neto (1995), a entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através desta técnica, buscamos obter informes contidos nas falas dos participantes,

tanto de cunho objetivo quanto de teor subjetivo. Utilizamos a modalidade de entrevista estruturada que nos permitiu, através das perguntas abertas, dar oportunidade ao informante de abordar o tema proposto livremente, sem condições prefixadas.

A observação livre nos conduziu a conhecer os atos, a dinâmica espontânea dos indivíduos, sua prática e seu cotidiano, possibilitando o entendimento do fenômeno que estava sendo investigado. Os dados advindos da observação foram registrados em um diário de campo, com o objetivo de documentar o que se passava no contexto social (TRIVIÑOS, 1993). Nessa perspectiva, Polit & Hungler (1995) compartilham deste saber, afirmando que não existe qualquer outra técnica de coleta de dados que propicie a profundidade e a variedade de informações que possam advir da observação.

As entrevistas seguiram dois roteiros, contendo perguntas fechadas e abertas: um destinado aos enfermeiros (Apêndice - A) e o outro destinado aos usuários (Apêndice - B). Os roteiros foram testados no mês de julho de 2003, em duas unidades de saúde da família (USF), e a coleta dos dados foi realizada no período de julho a setembro de 2003. Estas ocorreram, em sua maioria, nas USF. Outras, especificamente com enfermeiros, foram realizadas em seus domicílios. Nesta tarefa, contamos com a valiosa colaboração dos próprios enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e usuários, no sentido de nos guiar e acompanhar aos referidos domicílios.

Os dados advindos das entrevistas foram anotados por nós de maneira concomitante, nos próprios roteiros; os dados provenientes da observação foram registrados em um diário de campo.

Durante a fase de coleta de dados, tivemos a oportunidade de participar de duas pré-conferências e quatro conferências municipais de saúde e de Oficina Regional para Programação Pactuação Integrada (PPI) da Epidemiologia, quando tivemos a possibilidade de constatar a dimensão do processo de mobilização das comunidades, bem como observar os

aspectos de saúde trazidos a público para debate. Esses encontros favoreceram nossa interação com os sujeitos da pesquisa (enfermeiros e usuários) e foram enriquecedores sob o ponto de vista da pesquisa qualitativa.

3.5 Organização dos dados para análise

Utilizamos o Método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica de análise categorial proposta por Bardin (1977); Rodrigues e Leopardi (1989). Usamos as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação.

Na pré-análise, buscamos organizar os dados pelo uso da lógica, da intuição, bem como das experiências e conhecimentos acumulados, tendo por objetivo sistematizar as idéias iniciais ao se fazer repetidas leituras dos conteúdos, identificando pontos de semelhanças e divergências, permitindo agrupar os dados por temáticas oriundas de sentimentos ou ações expressas pelos sujeitos.

Na fase da exploração do material, realizamos as operações de codificação ou enumeração. Para facilitar a contagem dos eventos, numeramos os roteiros das entrevistas das usuárias de 01 a 50 e dos enfermeiros de 01 a 29. As informações fornecidas pelos enfermeiros foram codificadas por E, enquanto aquelas advindas das usuárias foram codificadas por U. Fizemos uma leitura fragmentada de todo o material, com a intenção de dividi-lo em unidades de significados convergentes e divergentes, tendo sempre em vista o contexto maior do estudo, ou seja, a assistência ao planejamento familiar na visão conceitual de Bruce (1990), e selecionamos os dados para compor as categorias teóricas: caracterização dos sujeitos da pesquisa, subdividida em perfil das usuárias e perfil dos enfermeiros; oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, informação dada aos clientes, competência

técnica profissional, relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, mecanismo de acompanhamento dos usuários e rede apropriada de serviços.

Na interpretação, tratamos os resultados brutos de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples do tipo frequência absoluta e frequência relativa permitiram estabelecer tabelas, as quais sintetizaram e consolidaram de maneira objetiva as informações fornecidas para a análise.

Ao final, os resultados foram apresentados nas seguintes categorias e subcategorias:

- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

- Perfil das usuárias

- Perfil dos enfermeiros

- Assistência ao planejamento familiar e os seis elementos de qualidade propostos por Bruce (1990)

- Oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais

- Informação dada ao cliente

- Competência técnica profissional

- Relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente

- Acompanhamento das usuárias

- Rede apropriada de serviços.

- Qualidade em planejamento familiar na visão de usuárias e enfermeiros

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de

Saúde – Ministério da Saúde, segundo Resolução no. 196/96 (BRASIL, 2001a). O ofício tratando do protocolo de aprovação encontra-se como anexo.

Nosso acesso à CERES de Baturité, bem como aos municípios e suas respectivas USF, foi efetuado com a autorização de representante da Coordenadoria das Regionais de Saúde (CORES), da orientadora da Célula Regional de Saúde (CERES) e dos secretários municipais de saúde, mediante contato pessoal prévio e apresentação formal através de Carta de apresentação (Apêndice – C).

Aos participantes da pesquisa foram garantidas a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não-estigmatização e a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. A estes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices D e E), contendo informações sobre justificativa, objetivos e procedimentos que foram utilizados na pesquisa, através de linguagem acessível aos respondentes. Cada participante assinou ou identificou por impressão dactiloscópica o referido termo, em duas vias, ficando uma via retida pelo sujeito da pesquisa e uma segunda arquivada por nós.

3.7 Financiamento

A pesquisadora em referência é bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), sob a forma de bolsa de demanda social. Para sua execução, a pesquisa contou, ainda, com o apoio da Célula Regional de Saúde de Baturité e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, no que concerne a apoio logístico e financeiro para hospedagem e transporte.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Apresentamos o perfil das 50 usuárias dos serviços de planejamento familiar e dos 29 enfermeiros que atuam nesta área do cuidado, que participaram da pesquisa.

4.1.1 Perfil das usuárias

As 50 entrevistas foram realizadas com mulheres, pois nenhum homem fora encontrado nas unidades de saúde da família (USF) pesquisadas, quer fosse como usuário do serviço de planejamento familiar, ou, simplesmente, ali estava para receber o preservativo masculino ou tipo outro de anticoncepcional. Destas, 23 (46%) residiam em zona urbana e 27 (54%) eram moradoras de zona rural ou distritos.

Sobre a ausência de homens nos serviços de planejamento familiar, Mandú (2002) ressalta que estes não foram incluídos no plano da política do PMI, negando-se sua participação e responsabilidade, bem como os cuidados aos riscos reprodutivos a que estavam expostos. Já o PAISM, mesmo que politicamente defendendo a inclusão dos homens nos serviços de saúde reprodutiva, pouco efetivou este cuidado na prática. Certamente os padrões culturais, a educação sexual diferenciada entre homens e mulheres e os papéis sexuais socialmente impostos definem que as mulheres sejam as frequentadoras dos serviços de planejamento familiar, pois a elas compete cuidar da saúde dos filhos e da família, enfim buscarem um anticoncepcional a fim de planejar a família. Vasconcelos e Moura (2003), em estudo realizado em um município da região metropolitana de Fortaleza, entrevistaram o membro da família que mais procurava a USF ou que era o responsável pela “vigilância à

saúde” na sua família e constataram a predominância de mulheres, ou seja, de 120 famílias pesquisadas, em 112 (93,5%) a mulher era o membro da família que procurava a USF. Para as autoras, este resultado guarda uma relação com o modelo atual de sociedade, no qual ainda há maior participação masculina no trabalho, enquanto a mulher se dedica mais ao trabalho doméstico e ao cuidado das crianças, principalmente em municípios pequenos, como são os que constituíram o universo pesquisado. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE encontrou no Nordeste do Brasil 73,1% dos domicílios mantidos por homens (IBGE, 2000).

Por outro lado, a dinâmica dos serviços de saúde constitui barreiras ao acesso dos homens aos serviços de saúde, como seu fechamento à noite ou finais de semana; falta de ações de saúde voltadas para o sexo masculino, como a prevenção do câncer de próstata, a prevenção e tratamento das DST; a escassez de ações no ambiente de trabalho e as próprias resistências profissionais que impedem de envolver e estimular a participação masculina nas ações de pré-natal, planejamento familiar, acompanhamento das crianças, dentre outras.

Outros dados foram levantados quanto à faixa etária e situação conjugal das mulheres; dados da história reprodutiva, como: número de filhos, espaçamento gestacional e idades referentes ao primeiro e ao último parto; e dados socioeconômicos, incluindo renda familiar, ocupação e escolaridade.

Tabela 1 Dados pessoais de usuárias de serviços de planejamento familiar CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

Dados pessoais	Fa	%
Faixa etária		
Até 19 anos	01 (17 anos)	02
Entre 20 e 34 anos	35	70
Entre 35 e 44 anos	14	28
Total	50	100
Situação conjugal		
Casadas / parceiro único	36	72
União consensual / parceiro único	12	24
Separadas / Parceiros eventuais	02	04
Total	50	100

Conforme apresentado na tabela 1, a faixa etária das mulheres entrevistadas variou de 17 a 44 anos. Observamos escasso número de adolescentes freqüentando os serviços de planejamento familiar da região estudada, como também a baixa freqüência de mulheres na faixa etária acima dos 35 anos, os dois extremos reprodutivos que merecem um seguimento mais rigoroso em planejamento familiar, devido a maior ocorrência de agravos maternos e perinatais nas correspondentes fases do ciclo vital.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO), por questões de saúde, nenhuma jovem deveria engravidar antes dos 18 anos, pois a mulher não está fisicamente madura para engravidar antes dessa idade, além do que crianças nascidas de mães com idade inferior a 18 anos são mais propensas à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, têm mais chances de morrer durante o primeiro ano de vida, além de o risco para a saúde da própria mãe também ser maior (OMS; UNICEF; UNESCO, 1998). Ainda sobre esta questão, Díaz e Díaz (1999) acentuam que o Brasil tem desenvolvido diversas ações para melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, porém seu enfoque é voltado para a adolescente grávida. Neste sentido, esses autores ressaltam que os profissionais de saúde precisam aceitar a idéia de que os adolescentes têm vida sexual ativa e que, portanto, precisam não só de informações, mas também de acesso aos métodos anticoncepcionais, e chamam a atenção para que as ações de melhoria a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes incluam a participação dos pais e professores. Em um estudo de metanálise, abrangendo de 1970 a dezembro de 2000, com busca em 12 bases de dados bibliográficos eletrônicos e 10 revistas-chaves, foi revelado que as estratégias de prevenção primária avaliadas até a data não atrasaram o início das relações sexuais, não melhoraram o uso dos métodos anticoncepcionais entre os adolescentes de um e outro sexo, e não reduziram o número de gravidezes em adolescentes. Pelo contrário, em cinco estudos as intervenções realizadas se associaram a um

aumento do número de gravidezes nos casais de adolescentes que participaram dos ditos programas (DICENSO *et al.*, 2002).

Desta forma, acreditamos que um trabalho efetivo voltado à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes possa ser desencadeado no contexto do PSF, uma vez que o caráter de envolvimento com a escola e a família caracteriza as ações desenvolvidas pelas equipes do respectivo programa. Rodrigues *et al.* (2003), estudando 44 adolescentes grávidas de um bairro de Sobral-CE, quanto à percepção sobre os métodos anticoncepcionais, identificaram o fato de que os serviços de saúde estavam a contribuir de maneira deficitária com a saúde sexual e reprodutiva deste grupo populacional, quando apenas quatro destas adolescentes haviam recebido alguma orientação ou apoio mais efetivo destes serviços. A escola e a família foram as entidades mais citadas pelas adolescentes como canais ao conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais. Os registros constantes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da região de saúde de Baturité revelaram, no mês de julho/2003, que das 882 gestantes cadastradas, cerca de 225 (25,54%) tinham idade inferior a 20 anos, achado que também conduz ao reconhecimento da necessidade de inclusão dos adolescentes nos serviços de planejamento familiar (CEARÁ, 2003a).

A baixa frequência de mulheres na faixa etária acima dos 35 anos nos serviços de planejamento familiar também mostrou-se preocupante, uma vez que a gravidez nesta faixa etária tem risco de complicações aumentado, tanto durante a gravidez, quanto por ocasião do parto, em virtude da maior propensão às hemorragias, partos prematuros e malformação fetal (OMS; UNICEF; UNESCO, 1998).

Quanto à situação conjugal, 48 (96%) mulheres estavam casadas ou viviam em união consensual, sendo que todas afirmaram ter um só parceiro. As demais, 2 (4%), eram separadas e afirmaram ter parceiros eventuais. Segundo o IBGE (2001), nos grandes centros urbanos são mais comuns os comportamentos do tipo moderno: há mais domicílios de uma só pessoa,

mais famílias cuja mulher é responsável pelo domicílio e mais mulheres vivendo sem cônjuge.

Apesar deste elevado percentual de mulheres com parceiros fixos, há que se manter informando à população (incluindo homens e mulheres) quanto aos comportamentos sexuais de risco, pois a atividade sexual desprotegida permanece como a principal via de transmissão das DST e do HIV/Aids. O MS enfatiza ser urgente a necessidade de estimular a prática da dupla proteção, o que se traduz no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro MAC da escolha do indivíduo ou casal (BRASIL, 2002a). Portanto, é fundamental que nas atividades voltadas ao planejamento familiar, os profissionais da saúde ensejem aos clientes um diálogo franco a respeito da prevenção das DST/HIV/Aids, com estímulo à adoção do preservativo e a prática do sexo seguro.

Tabela 2 História reprodutiva progressa de usuárias de serviços de planejamento familiar CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

História reprodutiva	Fa	%
Idade das mulheres na primeira gestação		
Entre 14 e 16 anos	05	10
Entre 17 e 19 anos	24	48
Entre 20 e 35 anos	17	34
Mais de 35 anos	04	08
Total	50	100
Número de filhos		
Sem filho	03	6
Tinha entre 01 e 02 filhos	29	58
Tinham entre 03 e 04 filhos	07	14
Tinham entre 05 e 07 filhos	08	16
Tinham entre 08 e 10 filhos	03	6
Total	50	100
Intervalo gestacional		
Menor de 02 anos	19	38
Maior ou igual a 02 anos	11	22
Sem filhos ou com 01 filho	20	40
Total	50	100

A idade das mulheres ao ter o primeiro filho é mais uma informação que vem sustentar a necessidade dos serviços de planejamento familiar se tornarem atrativos aos adolescentes, conforme foi discutido na tabela 1. Vinte e nove (58%) mulheres relataram ter engravidado

antes dos 19 anos, sendo que em 5 (10%) a gravidez ocorreu em idade bem precoce, entre 14 e 16 anos e em 24 (48%) ocorreu entre 17 e 19 anos; outras 4 mulheres (8%) engravidaram após os 35 anos, também uma faixa etária de maior risco reprodutivo. A gravidez na adolescência é um problema que tem uma dimensão nacional, razão porque o Ministério da Saúde (MS) alerta para o fato de que a família e o sistema educacional e de saúde não se têm mostrado eficientes para oferecer informações suficientes aos jovens, bem como serviços que promovam uma atenção integral, no sentido de potencializar a responsabilidade destes com a concepção e a contracepção (BRASIL, 2002b).

Quanto ao número de filhos, identificamos 39 (78%) mulheres que não tinham filho ou que tinham até quatro filhos, ou seja, um grau de paridade considerado saudável. Por outro lado, 11 (22%) mulheres tinham entre cinco e 10 filhos, um grau de paridade bastante elevado. A OMS, UNICEF & UNESCO (1998) orientam que a multiparidade deve ser evitada, uma vez que após uma mulher ter tido quatro filhos, uma nova gravidez traz grandes riscos para a vida da mãe e da criança. Após quatro partos, aumenta o risco de anemia, hemorragia, anomalias congênitas e baixo peso ao nascer.

Entre as 11 (22%) mulheres múltiparas, 10 (20%) expressaram como motivos para a alta paridade a falta de acesso aos serviços de planejamento familiar e a falta de informação. As falas que destacamos a seguir exemplificam essa realidade:

Eu tive cinco filhos porque fui besta, não procurava as coisas... também era tudo difícil, não tinha onde procurar ajuda [referindo-se a serviços de planejamento familiar], mas não aconselho pra ninguém (U6).

Quando eu não me incomodava com o planejamento familiar tive filhos demais, sem orientação, sem nada. Ai eu vi que se não procurasse os meios eu ia me acabar de ter familia. Hoje onde eu vejo uma palestra, uma reunião eu paro e vou escutar (U16).

Eu acho que se no período em que eu me casei eu conhecesse [referindo-se a conhecimentos de saúde reprodutiva], eu não teria chegado a esse extremo. Meus filhos são maravilhosos, mas eu não teria tido tantos (U37).

Podemos observar que a percepção das mulheres quanto à determinação do número de filhos parece estar mudando, uma vez que quase a totalidade demonstrou ter uma co-

responsabilidade nesta situação, o que antes era atribuído a Deus ou ao próprio destino. Neste sentido, somente uma mulher entre todas da amostra atribuiu plenamente a Deus a razão do tamanho de sua prole: *Por mim eu só tinha tido três filhos, mas não tá no consentimento da gente, de Deus né?* (U23).

Sobre o intervalo gestacional, identificamos que 19 (38%) mulheres tinham história anterior de intervalos gestacionais menores do que dois anos, quando Hatcher *et al.* (2001, p.2-1 e 2-2) assinalam que a morte de 3 a 4 milhões de crianças poderia ser evitada anualmente se o intervalo entre uma gestação e outra fosse maior do que dois anos.

Tabela 3 Dados socioeconômicos e culturais de usuárias de serviços de planejamento familiar CERES Baturité-CE, jul. / set. 2003.

Dados socioeconômicos e culturais	Fa	%
Renda familiar mensal *salário mínimo vigente = R\$ 240,00		
Até ½ salário mínimo	25	50
Mais de ½ a 01 salário mínimo	18	36
Mais de 01 a 02 salários mínimos	05	10
De 02 a 03 salários mínimos	01	2
Sem rendimento	01	2
Total	50	100
Escolaridade		
Sem instrução ou com menos de 01 ano de estudo	10	20
De 01 a 03 anos de estudo	10	20
Entre 04 e 07 anos	13	26
De 08 a 10 anos	06	12
Onze anos ou mais de estudos	11	22
Total	50	100

A tabela 3 mostra que a maioria das mulheres do estudo tinha uma renda familiar mensal extremamente baixa, o que compromete sobremaneira sua qualidade de vida. Estes resultados corroboram os dados de âmbito estadual, uma vez que, em 2001, 48,89% da população do Ceará vivia em situação de pobreza e o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos superava a dos 20% mais pobres, no referido ano, era de 26,36 vezes. Para entender-se o que isto representa, basta afirmar que a desigualdade social no Brasil, em 1999, foi uma das maiores do mundo, quando a renda de um indivíduo entre os 20% mais ricos

superou os dos 20% mais pobres em 26,18 vezes. Ademais, na região Nordeste, por exemplo, 47,10% da população viviam na linha da pobreza, enquanto nas regiões Sudeste e Sul estes números eram 14,18 e 17,62%, respectivamente, demonstrando diferenças regionais importantes (IBGE, 2001).

Para aprofundar a análise destes dados, apresentamos as opções de trabalho e ocupação das usuárias entrevistadas, bem como de seus companheiros. Entre as mulheres, 41 (82%) realizavam trabalhos domésticos e atividades voltadas ao cuidado da família, sendo que, destas, quatro também trabalhavam na agricultura e duas na apanha do café e da batata doce (cerca de dois a três meses ao ano); 2 (4%) eram professoras da rede municipal, 2 (4%) eram agentes comunitárias de saúde e outras 05 (10%) se dividiam nas atividades de monitora de creche, auxiliar de enfermagem, zeladora e caseira. Duas mulheres declararam receber benefícios do “Programa Fome Zero”: R\$ 50,00 (cinquenta reais), mais R\$ 15,00 (quinze reais) da bolsa-escola por criança matriculada e um vale-gás no valor de R\$ 15,00 (quinze reais), informação passada com um sentimento de grande satisfação.

Sobre a ocupação dos companheiros, 35 (70%) desenvolviam atividades agrícolas, 2 (4%) eram funcionários públicos municipais, 2 (4%) tinham um pequeno comércio e outros 10 (20%) desempenhavam funções de eletricitista, montador de parabólica, cambista de jogo do bicho, padeiro, ajudante de caminhão, servente, tratorista, caseiro e serviços gerais; 1 (2%) era aposentado por deficiência física. Conforme esta descrição, as fontes de ocupação dessas pessoas parecem bastante precárias, com baixa perspectiva à melhoria do poder aquisitivo das famílias. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2001) revelou que o trabalho com carteira assinada é mais presente nos municípios maiores, enquanto os menores apresentam maiores percentuais de trabalho na agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca, sendo aqueles que têm menores rendimentos.

A respeito da escolaridade das mulheres, chamamos a atenção para o fato de que 20 (40%) não tinham instrução ou tinham de 1 a 3 anos de estudo, quando Santos (2002) esclarece que o analfabetismo funcional é caracterizado por pessoas com menos de quatro anos de estudo formal, mas que também podem ser mais bem caracterizadas como pessoas incapazes de apreender e compreender um texto relativamente simples. No geral, mostrou-se baixo o nível de escolaridade dessas mulheres, o que é comum à boa parte das mulheres do Ceará, dado afirmado pelo IBGE (2001), ao demonstrar que 26,54% das pessoas de 15 anos ou mais de idade são analfabetas, ou seja, não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples.

A esse respeito, o Fundo de População das Nações Unidas - FNUAP (2001) enfoca duas medidas como sendo fundamentais ao exercício de um planejamento familiar saudável: uma consiste no combate à pobreza absoluta, que atinge cerca de 1200 milhões de pessoas que vivem com menos de um dólar por dia; e a outra é a garantia à educação e a saúde, incluindo a saúde reprodutiva. Goldani (1999, p. 32) corrobora esta idéia, ao afirmar que *a educação foi e continua sendo uma variável fundamental para entender as diferenças no comportamento de saúde reprodutiva e sexual da população*, sendo as mulheres sem nenhuma escolaridade aquelas com maiores probabilidades de iniciarem a vida sexual precocemente e engravidar antes dos 20 anos.

4.1.2 Perfil dos enfermeiros

Participaram do estudo 12 (41,4%) enfermeiros que atuavam em zonas urbanas dos municípios e 17 (58,6%) que atuavam em zonas rurais (distritos). Foram explorados dados pessoais de faixa etária, sexo, local de residência e número de filhos, conforme apresentamos na tabela 4, a seguir, e dados referentes à profissão, como anos de graduação e tempo de atuação no PSF e no planejamento familiar, informações que foram apresentadas em forma de texto.

Tabela 4 Dados pessoais de enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família / Planejamento Familiar
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

Dados pessoais	Fa	%
Faixa etária		
Até 30 anos	18	62
De 31 aos 35 anos	08	27,6
Entre 36 e 40 anos	02	6,9
Acima de 40 anos	01	3,5
Total	29	100
Sexo		
Feminino	25	86,2
Masculino	04	13,8
Total	29	100
Local de residência		
Sede do município de atuação (zona urbana)	21	72,5
Área adstrita de atuação (zona rural)	03	10,3
Fortaleza	05	17,2
Total	29	100
Número de filhos		
Sem filhos	22	75,9
01 filho	06	20,7
02 filhos	01	3,4
Total	29	100

Sobre a faixa etária desses profissionais, observamos uma predominância de enfermeiros jovens (com idade até 30 anos), atuando nas equipes de PSF, do universo estudado. Neste aspecto, Andrade (1998) encontrou algo semelhante no cenário estadual, afirmando que 53,5% dos enfermeiros do PSF tinham menos de 30 anos. Na visão de Moura (2001), este resultado parece ser favorável à causa do PSF, por acreditar que os profissionais mais jovens possam ter sido preparados com base em matrizes curriculares atualizadas e, certamente, mais bem direcionadas para uma atuação não especializada e mais generalista.

Quanto ao sexo, destacamos o elevado percentual de profissionais do sexo feminino, aspecto que não foge à caracterização peculiar da enfermagem, composta, quase que exclusivamente, por mulheres. Andrade (1998) e Machado (2000) identificaram esse mesmo perfil, nos níveis estadual e nacional, respectivamente. Sobre o assunto, um estudo enfocando a relação enfermeiro-gestante identificou que as mulheres são favoráveis à relação com a profissional (gênero feminino), na medida em que expressaram maior identificação e sentiram-se mais à vontade para compartilhar experiências. A autora do estudo destacou as seguintes falas das mulheres que confirmam sua afirmativa: *Eu prefiro tá com a enfermeira. Elas são mulher igual a gente. Homem não pode entender de mulher como outra mulher. A enfermeira...deixa a gente a vontade* (MOURA, 2001).

Quanto ao local de residência, mostrou-se elevado o número de enfermeiros que residiam no município de atuação, inclusive com 3 (10,3%) residindo na área adstrita (zona rural). Consideramos esse fato positivo, pois contribui para que a vinculação entre profissional e comunidade se concretize, favorecendo o conhecimento cada vez maior da realidade dessas pessoas. No âmbito estadual, Andrade (1998) detectou que 41,7% dos enfermeiros residiam nos municípios e/ou localidades onde trabalhavam.

A respeito do número de filhos, a maioria dos enfermeiros não tinha filho, e entre os que tinham variou entre um e dois filhos. Estes dados nos remetem à caracterização das

usuárias, público no qual o número de filhos se mostrou entre um e dez. Esta comparação parece confirmar que são as mulheres mais pobres, com menor renda e de menor escolaridade que apresentam as maiores taxas de fecundidade, uma vez que têm menos acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais, bem como opções limitadas ao trabalho e/ou outros canais para desenvolverem projetos de vida mais conscientes (MÉDICI, 1999).

Investigamos, ainda, a respeito do tempo de formação desses profissionais, sendo que 2 (6,9%) enfermeiros tinham apenas 4 meses de formados, 17 (58,6%) tinham entre 2 e 5 anos, 8 (27,6%) entre 7 e 10 anos e 2 (6,9%) tinham mais de 10 anos de graduados.

Quanto ao tempo de atuação no PSF, 5 (17,2%) tinham entre 2 e 8 meses de atuação, 12 (41,4%) atuavam entre 1 e 3 anos, 6 (20,7%) entre 4 e 5 anos e outras 6 (20,7%) atuavam há 7 anos ou mais. O tempo de atuação no planejamento familiar foi correspondente ao tempo de atuação no PSF, porém 4 (13,8%) enfermeiros relataram a atuação no PSF sem o desenvolvimento de ações voltadas ao planejamento familiar, argumentando como motivo a falta de métodos anticoncepcionais, o que não justifica. Neste sentido, defendemos a noção de que, independentemente da oferta de métodos anticoncepcionais pelo setor público, os profissionais da saúde devem desenvolver ações voltadas ao planejamento familiar, informando os clientes sobre fontes opcionais de aquisição e acerca da importância da mobilização para garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como promovendo o uso dos métodos naturais de planejamento familiar.

Portanto, identificamos o fato de que, no PSF da região estudada, atuavam entre enfermeiros recém-formados àqueles com 10 ou mais anos de profissão, predominando, todavia, aqueles com até 5 anos de formados. Podemos observar, também, enfermeiros com alguns meses de atuação até os que atuavam praticamente a partir da implantação do Programa, o que demonstra uma continuidade destes profissionais neste campo de atuação.

A maioria dos enfermeiros afirmou identificar-se com o trabalho desenvolvido junto ao PSF, ressaltando sua importância para as famílias menos favorecidas e, principalmente, as que residem em zona rural, cujo acesso aos serviços de saúde é ainda mais difícil. Outros, bem poucos, enfatizaram que o PSF foi a única oportunidade de trabalho que surgiu, porém gostariam de estarem trabalhando em outra área de atuação (diário de campo).

4.2 Assistência ao planejamento familiar e os seis elementos de qualidade propostos por Bruce (1990)

4.2.1 Oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais

A oferta de métodos anticoncepcionais (MAC) deve estar embasada em uma variedade que permita atender o interesse e a necessidade de subgrupos diferentes, envolvendo adolescentes, mulheres na perimenopausa, em pós-parto ou pós-aborto e nutrízes. Deve-se observar, ainda, as características individuais de intolerância aos hormonais, da não-adaptação ao uso do preservativo, da necessidade de uso de método muito seguro em virtude da existência de fatores de risco a uma futura gestação, e/ou da opção pelo método natural ou pelos métodos comportamentais, dentre outras (BRUCE, 1990).

É natural que ocorra a troca de MAC, pois, normalmente, a mulher ou o casal se depara com mudanças ao longo do ciclo vital. Estas mudanças podem estar relacionadas com a vida conjugal, condições de saúde-doença, definição da meta reprodutiva ou projetos profissionais e de trabalho, o que interfere na escolha do MAC. Para tanto, Bruce (1990) afirma que um bom serviço de planejamento familiar deve estar preparado para oferecer uma variedade de MAC que corresponda às diferentes características e necessidades dos clientes. Sobre esse assunto, o Ministério da Saúde (MS) orienta no sentido de que a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta dos MAC aprovados no País, que, aliada ao conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantam à mulher, homem ou casal a possibilidade de uma escolha livre e informada (BRASIL, 2002a).

Outro aspecto para o qual Bruce (1990) chama a atenção diz respeito à garantia regular dos anticoncepcionais e que estes sejam suficientes para uma base populacional ou geográfica estabelecida, de forma que as pessoas tenham acesso igual.

A tabela que segue apresenta, portanto, um consolidado dos anticoncepcionais que se encontravam disponíveis no período da pesquisa de campo, bem como as percepções dos sujeitos pesquisados quanto a suficiência ou não destes para atender a demanda.

Tabela 5 Variedade de anticoncepcionais disponível nos serviços durante a pesquisa de campo CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

Variedade de MAC disponível	Especificações	Fa	%
01 tipo	AOC	10	34,5
02 tipos	AOC e PEP	07	24,1
03 tipos	AOC, PEP, preservativo masculino	03	10,3
	AOC, PEP e DIU	02	6,9
	AOC, PEP, IEP	01	3,5
04 tipos	AOC, PEP, IC, preservativo masculino	05	17,2
	AOC, PEP, IEP e DIU	01	3,5
Total		29	100

Anovulatório oral combinado (AOC); Pílula exclusivamente de progestágeno (PEP); Dispositivo intra-uterino (DIU); Injetável combinado (IC); Injetável exclusivamente de progestágeno (IEP).

A variedade de anticoncepcionais disponível no universo pesquisado mostrou-se bastante restrita, uma vez que 10 (34,5%) dos serviços dispunham de uma só variedade; 7 (24,1%) dispunham de duas variedades; 6 (20,7%) dispunham de três; e outros 6 (20,7%) dispunham de até quatro opções de anticoncepcionais. Destacamos o fato de que, em 100% dos serviços que dispunham do injetável e do preservativo masculino, enfermeiros e outros funcionários enfatizaram ser a quantidade insuficiente e a provisão bastante irregular, aspecto confirmado pelas usuárias. Os serviços que tinham o DIU não contavam com um profissional habilitado para realizar a inserção. Portanto, praticamente, o AOC e a PEP foram os anticoncepcionais encontrados disponíveis no universo estudado.

A oferta de outros anticoncepcionais, como o diafragma, o preservativo feminino, os espermaticidas e a pílula de emergência mostraram-se inexistentes. Quanto aos métodos de barreira, ressaltamos a necessidade de bem preparar os profissionais para promovê-los com a devida competência, segurança e desprovidos de preconceitos, ou seja, superando o paradigma de que são métodos que apresentam “dificuldade de uso”, que “tomam muito

tempo da mulher” ou que a “mulher vai se negar a se olhar e se tocar”. Cabe ao profissional manter a neutralidade e dar ao cliente a oportunidade de apreciar e conhecer cada opção contraceptiva para fazer a melhor escolha que lhe for conveniente.

Sobre a pílula de emergência, Galvão *et al.* (2001); Hardy *et al.* (2001) sugerem que treinamentos detalhados sobre a prescrição e a introdução de um produto específico no Brasil melhorariam o acesso das mulheres ao método. A esse respeito, recordamos que, em 2000/2001, a SESA-CE fez a aquisição de 2.000 amostras da anticoncepção de emergência e distribuiu com várias unidades de saúde da Capital e de outros municípios. Percebemos que não houve a propagação por parte dos profissionais, pois muitos sequer sabiam do que se tratava e, por outro lado, a população não estava avisada para procurar o serviço. Neste sentido, corroboramos os autores citados, bem como Bruce (1990), por terem afirmado que a introdução despreparada de uma tecnologia não constitui a expansão da escolha.

Podemos afirmar que os serviços de planejamento familiar em discussão não dispõem de métodos em quantidade e variedade suficiente para garantir a livre escolha, quando somente duas variedades de anticoncepcionais hormonais orais estavam disponíveis. Esta realidade parece se repetir em outras localidades do País. Um estudo realizado no Município de Belo Horizonte, incluindo 127 centros de saúde, também identificou o AOC e a PEP como os anticoncepcionais mais disponíveis nestas unidades, estando presentes em 80,7% e 63,7% delas, respectivamente (MAIA e CHACHAM, 2002).

No Ceará, o AOC (levonorgestrel – 0,15mg + etinilestradiol – 0,03mg) e a PEP (noretisterona – 0,35mg) fazem parte da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME), o que, em parte, vem justificar sua disponibilidade nos serviços pesquisados. Os medicamentos que compõem a RESME são adquiridos através de uma parceria das três esferas de Governo (federal, estadual e municipal), a partir da Programação Pactuada

Integrada (PPI), com cada uma das referidas instâncias contribuindo com um real (R\$ 1,00) por hab. / ano (CEARÁ, 2003).

O MS, reconhecendo a dificuldade financeira de um grande número de municípios para adquirirem anticoncepcionais, decidiu enfrentar essa realidade, arcando com custos de aquisição e distribuição de MAC para atender em torno de 30% da demanda potencial do SUS, em um ano. Esses insumos foram enviados em outubro de 2000 e abril de 2001 às secretarias estaduais de saúde. Entretanto, uma avaliação realizada em 2001 demonstrou, na maioria dos estados avaliados, sérios impedimentos à chegada destes insumos nos municípios. Com isso, o MS decidiu, a partir de 2002, enviar os anticoncepcionais diretamente aos municípios, trimestralmente, seguindo o que já vinha sendo feito com a Farmácia Popular.

Visitando as farmácias, almoxarifados, USF e conversando livremente com as pessoas responsáveis pelo recebimento e distribuição dos MAC nos municípios, não foi possível identificar de onde vinham os insumos, se do MS, da SESA-CE ou da BEMFAM, bem como as quantidades e a periodicidade de recebimento, o que nos impossibilitou de realizar uma avaliação mais apurada desta situação. Todavia, comumente ouvimos: *Não tem tempo certo para o recebimento dos anticoncepcionais. Tem tempo que tem demais, outras vezes fica faltando, como também costuma chegar comprimido já com o prazo bem pertinho de vencer* (diário de campo). Este fato foi bem evidenciado em um dos municípios estudados, quando nos deparamos com 3.750 cartelas de pílula combinada de baixa dosagem e 140 cartelas de pílula exclusiva de progestágeno com a validade expirada. Ademais, identificamos despreparo das pessoas responsáveis pela previsão da quantidade necessária de anticoncepcionais. Neste sentido, podemos relatar a fala de uma assessora de Secretaria de Saúde Municipal que nos abordou com a seguinte solicitação: *Eu até gostaria que você me desse uma orientação sobre quais anticoncepcionais eu deveria pedir e como eu devo fazer os cálculos para não deixar faltar e também não sobrar.*

A maioria dos enfermeiros e das usuárias demonstrou pouco conhecimento sobre a política de aquisição de anticoncepcionais, desconhecendo a(s) fontes de suprimento(s) e de financiamento de seus respectivos municípios, bem como da participação dos governos estadual e federal, o que pode estar relacionado com o “ativismo” destas profissionais. Esta questão é bastante significativa à provisão dos anticoncepcionais, pois profissionais e comunidades com tais esclarecimentos poderão sensibilizar os gestores para garantir o que é um direito reprodutivo da população, assegurado constitucionalmente.

Sobre o desafio de garantir a provisão regular dos anticoncepcionais no Brasil, Leal (2001) demarca que os fatores que contribuem para este desfecho vão desde a aquisição insuficiente dos anticoncepcionais, passando por dificuldades nos sistemas de armazenamento e distribuição, o que é reforçado neste estudo. A autora acrescenta que, comumente, a imprensa veicula matérias sobre a descontinuidade da provisão de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), o que, associado com as causas que acaba de apontar, acarreta algumas vezes desperdícios desses medicamentos. No Seminário sobre Política de Anticoncepção no Sistema Público de Saúde, realizado em setembro de 2001, em Brasília, uma das principais conclusões foi que cada município tivesse um programa próprio de planejamento familiar, com vistas a se evitar os transtornos do mau funcionamento dos sistemas de logística. A esse respeito, ressaltamos que a municipalização da saúde implica a possibilidade de os municípios gerirem seu sistema de saúde com autonomia, desenvolvendo ações que solucionem os problemas prioritários de saúde dos seus habitantes (REDE SAÚDE, 2002).

Os enfermeiros, relatando a respeito dos principais obstáculos à oferta dos serviços de planejamento familiar, reconheceram falhas na oferta dos MAC como um dos pontos mais críticos, tendo sido citado por 18 (62,1%) dos 29 (100%) enfermeiros entrevistados. Destacamos a seguir as falas mais relevantes destes sujeitos sobre essa questão:

Não pode haver livre escolha com falta de métodos. Não dispor dos anticoncepcionais já é uma forma de indução (E5, E6, E11, E21, E24). Era pra ter um maior leque de anticoncepcionais. Só temos o oral. A comunidade procura o injetável, a camisinha... mas não temos (E6). O oral não falta, mas o injetável e o condom faltam demais, demais. A gente recebe meia caixa de preservativo pra área (72 unidades); o injetável a gente recebe três ampolas. Não dá nem pra começar (E2, E7). Há uma lista de clientes a espera do DIU, mas não temos (E27).

Corroborando Bruce (1990), os enfermeiros enfatizaram que a limitada variedade de anticoncepcionais compromete a livre escolha e a própria competência técnica profissional, pois algumas mulheres com contra-indicações absolutas à pílula e ao injetável, por exemplo, se negam a suspender o uso se não lhes é ofertada outra opção contraceptiva, o que compromete suas condições de saúde e o desempenho técnico de quem faz o acompanhamento. Sobre o assunto, Faúndes e Hardy (2002) declaram que é obrigação ética de quem prescreve ou controla o uso destes métodos verificar a presença de fatores de risco, principalmente os relacionados às complicações cardiovasculares em níveis inaceitáveis, cabendo-lhes orientar e oferecer opções. Nos depoimentos que seguem, os enfermeiros descrevem essa problemática:

Quando o enfermeiro suspende a pílula de uma mulher com PA 160/90 ele fica rotulado de "ruim", pois antes ela recebia. Ai muitas vezes não temos outro método para oferecer e não sei o que é pior (E16). Há muita dificuldade em convencer a cliente da contra-indicação. A que pode comprar, quando não recebe por uma contra-indicação, vai à farmácia e compra por conta própria (E6, E17).

Na voz de 20 (40%) mulheres, a falta de MAC foi identificada como a principal dificuldade encontrada nos serviços de planejamento familiar, o que vem corroborar as opiniões apresentadas pelos enfermeiros anteriormente, reforçando a negação da livre escolha.

Prefiro o injetável, mas não tem (U2). Mês passado não tinha o preservativo (U8, U9, U11, U15, U20, U21, U27, U48). Está com dois meses que não recebo a camisinha. Aliás, o preservativo veio no carnaval (U12). Se eu soubesse onde eles colocavam o DIU eu já tinha botado (U39). Pelo gosto do meu marido eu tinha botado o DIU, mas por aqui é difícil (U43).

Se uma mulher tem muitos filhos e quer ligar é pra ligar, não foi a escolha dela? A mulher fica andando de um lado pra outro e não resolve nada. Ta a maior dificuldade uma ligação (U46).

Eu quero ter outro filho pra ver se aparece alguém pra me ajudar a ligar, que tenha pena de mim. Já tem outra vizinha minha com cinco, agora pegou outro e tão botando a maior dificuldade pra ligar. Ela vai ver se arranja em Maranguape. Na minha área tem muita mulher que quer fazer a ligação, mas é muito difícil (U45).

A respeito desta questão, Bruce (1990) citando estudo de Pariani *et al.* (1987), assinala que, quando a mulher não recebe ou não é atendida com o MAC que ela deseja, a taxa de continuidade do uso é bem inferior. Entre usuárias de cinco clínicas de planejamento familiar da Indonésia, 85% daquelas que não haviam recebido o anticoncepcional que queriam, interromperam o uso em até um ano, enquanto entre as que receberam o anticoncepcional de escolha apenas 25% descontinuaram o uso no mesmo período.

A tabela 6, apresentada a seguir, traz a história retrospectiva de uso de MAC das usuárias entrevistadas, dados que permitiram avaliar a oferta dos métodos anticoncepcionais (MAC) e a livre escolha, não mais em um momento isolado, mas em um espaço de tempo maior, permitindo uma reflexão mais apurada, inclusive sobre os métodos comportamentais.

Tabela 6 História progressa de uso de métodos anticoncepcionais por usuárias dos serviços CERES Baturité, CE, jul. /set. 2003.

MAC experimentados	Especificações	Fa	%
Haviam usado 01 só MAC	AO	14	28
	AI	01	2
Usaram pelo menos 02 MAC	AO e preservativo masculino	13	26
	AO e AI	02	4
	AO e coito interrompido	01	2
	AO e tabela	01	2
	AO e laqueadura	01	2
Usaram até 03 MAC	AO, preservativo masculino e coito interrompido	06	12
	AO, tabela e AI	05	10
	AO, preservativo masculino e laqueadura	02	4
	AO, preservativo masculino e DIU	01	2
	AO, tabela e LAM	01	2
Usaram até 05 MAC	AO, AI, tabela, preservativo masculino e coito interrompido	01	2
	AO, AI, preservativo masculino, tabela e coito interrompido	01	2
Total		50	100

Anovulatório oral (AO); AI (anticoncepcional injetável), LAM (lactação com amenorréia)

A história retrospectiva de uso de MAC demonstrou que as usuárias haviam experimentado entre uma e cinco opções contraceptivas. Havia usado apenas um MAC, 15 (30%) usuárias; 18 (36%) haviam experimentado pelo menos dois MAC; 15 (30%) mulheres já haviam utilizado até 03 MAC; e 02 (4%) usaram até cinco MAC. O uso do AO mostrou-se universalizado, quando 49 (98%) mulheres já haviam experimentado. O preservativo masculino se apresentou como o segundo MAC mais experimentado, já tendo sido usado pelos parceiros de 24 (48%) usuárias. O injetável foi experimentado por 10 (20%) das mulheres e a tabela (Ogino-Knaus) e o coito interrompido foram utilizados igualmente por 09 (18%) mulheres / parceiros. Neste ponto da entrevista, nos chamou a atenção o fato de que várias mulheres, sem poder de compra do MAC, ressaltaram o coito interrompido como o único recurso que lhes favorecia em face da falta dos anticoncepcionais, sem, no entanto, considerá-lo um método anticoncepcional.

Podemos observar, ainda, que métodos como a LAM e o DIU foram experimentados com uma frequência muito baixa e outros métodos como o muco cervical (Billings), o diafragma, o preservativo feminino, o espermaticida e a pílula de emergência sequer foram mencionados. Abrimos um parêntese para ressaltar a importância de se trabalhar o método Billings, quando não tem o problema de faltar, ajuda a mulher/casal se autoconhecerem e estabelecerem um relacionamento mais afetivo e de co-responsabilidade, não provoca efeitos colaterais e tem uma boa eficácia quando usado corretamente. Correlacionando estes resultados com os MAC disponibilizados nos serviços (tabela 5), encontramos uma relação direta entre os métodos disponíveis e os métodos utilizados, o que reafirma a percepção de Bruce (1990), quando observou que a oferta é crucial para a escolha. Isto ficou mais evidenciado neste estudo, principalmente porque a realidade econômica da maioria das usuárias não oferece o poder de compra do anticoncepcional (tabela 3). A baixa renda impede a aquisição em uma fonte privada, deixando as mulheres à mercê do que o serviço público

oferece. Neste sentido, o MS refere que o acesso gratuito aos MAC é condição indispensável para a escolha livre e que isso é particularmente importante em face da grande maioria da população não ter condições de comprar o método (BRASIL, 2002a). As falas das usuárias descritas a seguir ilustram esta realidade:

A gente sabe que existem os métodos anticoncepcionais e que devem ser gratuitos. Se eu tenho o dinheiro pra comprar, mas muitas não têm (U12). Quando falta o anticoncepcional eu tenho que pedir, porque não posso comprar. Acordo de manhã não tem nem o que dar para os filhos, como é que eu vou arranjar o dinheiro pra injeção, né? (U15). Chega o dia de a gente receber as injeções ou os comprimidos e não tem. É caro e a gente não tem como comprar (U42). Está com dois meses que falta a injeção, custa R\$ 17,00 e eu não posso comprar (U46).

Identificamos 31 (62%) usuárias que tinham no serviço público a única fonte de aquisição do anticoncepcional e 6 (12%) manifestaram o poder de compra na farmácia, uma vez faltando o anticoncepcional na USF. As demais, ou seja, 13 (26%) não opinaram sobre o assunto, incluindo as mulheres laqueadas (3), em uso de LAM (1), em uso de métodos comportamentais (4) e as que não se encontravam em uso de anticoncepcionais (5). Portanto, a limitação da oferta de MAC pareceu constituir um aspecto subliminar que impede a decisão das mulheres quanto aos MAC que desejam usar.

A respeito da escolha do MAC, 16 (32%) das mulheres entrevistadas afirmaram ter sido uma decisão sua e do companheiro; 15 (30%) responderam ter sido a decisão somente sua; 13 (26%) informaram ter sido a decisão sua e do companheiro com ajuda do profissional; 4 (8%) informaram ter sido a escolha sua com a ajuda do profissional; e 2 (4%) informaram ter sido a escolha do enfermeiro. Ouvindo os enfermeiros sobre o mesmo assunto, identificamos uma profissional que afirmou agir com autoridade e determinar o MAC da cliente: *As adolescentes, muitas vezes, querem o comprimido e eu passo o preservativo, pois acho mais importante (E27)*. Atitude desta natureza, certamente, não garantirá o uso do preservativo pela cliente. Estudos têm demonstrado que a participação dos clientes na tomada

de decisão sobre as medidas terapêuticas que lhes são apresentadas tem influência substancial na adesão do cliente, continuidade e efetividade dos resultados (MACHUCA; LLIMÓS, 2001; ARANTES; MAMEDE, 2003).

O percentual de participação dos homens na escolha do método anticoncepcional mostrou-se significativo, uma vez que fora citado por 29 (58%) usuárias, achado que pode ser extremamente positivo à satisfação das mulheres e efetividade do método em uso. Carvalho, Pirotta e Schor (2001), estudando a participação masculina na contracepção, pela óptica feminina de 254 mulheres do Município de São Paulo, constataram uma participação masculina ainda maior: 82,7% das mulheres responderam que o companheiro participava das decisões, sob forma de apoio (aquisição da pílula, ação de lembrar o horário das tomadas e opinar sobre o número de filhos) e usando eventualmente um método masculino mediante a impossibilidade de a mulher usar seu método. Este é um aspecto que parece estar tomando uma dimensão diferente, pois não era comum a participação masculina no planejamento familiar.

Ainda no contexto da participação masculina nas decisões do planejamento familiar, identificamos, por outro lado o fato de que parte dos homens parece dificultar a escolha das mulheres sobre alguns métodos anticoncepcionais, numa demonstração de pouco envolvimento com os interesses da contracepção e determinando uma relação de poder sobre as mulheres. Os depoimentos que seguem foram revelados pelos enfermeiros que apresentaram essas percepções nas seguintes falas:

O homem não participa e as mulheres são muito submissas, sem autonomia. A gente vê muito isso quando elas querem optar pelo condom (E10).

Quando é preciso usar o condom os maridos mandam elas se virarem (E13). Os maridos não aceitam o preservativo (E18).

Os homens não comparecem, têm vergonha e não cooperam com as esposas (E17).

A gente informa sobre os MAC, mas não depende só da mulher. Elas pedem o que o marido quer e não o que elas preferem (E20).

Assim, podemos afirmar que as falhas na oferta dos MAC e na escolha livre têm causas estruturais, como a falta real de MAC, problemas com a distribuição, reduzida variedade, bem como a escassez de profissionais capacitados para oferecer determinados métodos (como o DIU) e questões sociais de gênero.

4.2.2 Informação dada ao cliente

Para Bruce (1990), informar o cliente em planejamento familiar envolve três componentes principais: proporcionar aos clientes a apreciação dos métodos anticoncepcionais e de suas principais características; seu emprego eficaz de modo a reconhecer que o método pode provocar alterações físicas saudáveis ou não saudáveis e interferir em atividades cotidianas, inclusive na sexualidade do casal; e desenvolver no cliente uma expectativa apropriada a respeito do que o serviço de saúde oferece e garante. O MS reafirma o pensamento de Bruce (1990), ao determinar que os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional devem ser trabalhados com a clientela do planejamento familiar, inclusive proporcionando o questionamento e a reflexão sobre a sexualidade (BRASIL, 2002a).

Ouvindo os enfermeiros sobre as atividades que estes desenvolvem na assistência ao planejamento familiar, a consulta de enfermagem com seu componente de orientação individual fora citada por 15 (51,7%) destes; outros 14 (48,3%) enfatizaram realizar, além da consulta de enfermagem, trabalhos com grupos, porém reconhecendo realizarem esporadicamente. Apenas 2 (6,9%) enfermeiros afirmaram manter estas atividades rotineiramente: *realizo orientação em grupo sempre antes do atendimento (E5); faço reunião mensal (E15)*; e outra enfermeira referiu estar planejando um curso, na medida em que defendeu essa estratégia como mais eficaz ao aprendizado dos clientes: *Numa palestra as*

informações são pouco assimiladas, um curso é mais apropriado. Pretendo abordar a sexualidade, o conhecimento do corpo, a fecundação... para elas realmente decidirem (E14).

A maioria dos enfermeiros atribuiu a baixa frequência ou a não-realização das atividades de informação grupal à sobrecarga de tarefas e ao elevado número de pessoas vinculado a uma equipe de PSF. Vinte e um (72,4%) enfermeiros consideraram as demandas extremamente elevadas e somente 8 (27,6%) consideraram as demandas razoáveis, coincidindo com os que tinham entre 600 e 800 famílias cadastradas. No cenário do estudo, 12 (41,4%) enfermeiros tinham entre 600 a 800 famílias; 5 (17,2%) entre 900 e 1.000 famílias; 8 (27,6%) tinham de 1.100 a 1400 famílias e outros 4 (13,8%) tinham de 1.700 a 1.900 famílias. Neste sentido, o MS preconiza que cada equipe do PSF seja multiprofissional, constituída por um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de PSF, constituída por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe deve acompanhar entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001b). Portanto, com base na determinação do MS, reconhecemos que 12 equipes vêm trabalhando com uma população superestimada, sem desconsiderar o fato de que 1.000 famílias já é um contingente elevado de pessoas para uma equipe acompanhar.

Nas falas apresentadas a seguir, podemos evidenciar bem esse desafio enfocado pelos enfermeiros:

É uma área muito grande pra gente dar conta. Aqui deveriam ser oito equipes (quando são quatro) e acaba que a gente não atende com a qualidade que a gente quer (E1, E15, E18).

A alta demanda e o grande volume de programas que temos que oferecer simultaneamente deixa um tempo bem reduzido para o planejamento familiar (E7).

O número de famílias ultrapassa muito e eu não tenho como atender com qualidade. Deveriam ser no máximo 600 famílias (E11).

Se o número de famílias fosse menor a qualidade do nosso trabalho melhoraria muito. A demanda é muito alta (E3, E16, E27).

Outro agravante posto pelos enfermeiros foi a falta de médicos. Sete equipes do universo da pesquisa estavam sem o referido profissional e em uma equipe o médico só atuava duas vezes por semana. Essa realidade tem uma abrangência estadual. No Ceará, existem, atualmente, 1.618 equipes habilitadas, das quais 1.258 em funcionamento. As outras 441 estão inativas por falta de médicos (LOPES, 2003).

Podemos perceber, então, uma predominância do atendimento individual, centrado em consulta, distanciando-se do enfoque mais coletivo, que é a proposta do PSF. Referido Programa convida os profissionais a assumirem a co-responsabilidade pela saúde de uma população adstrita, constituída por pessoas de condições de vida homogênea, expostas aos mesmos riscos de adoecer ou morrer, o que favorece a implementação das medidas coletivas em saúde para o alcance de metas mais abrangentes, voltadas para as causas reais dos agravos, priorizando ações de promoção e prevenção (BRASIL, 1998). Neste sentido, Bechelli e Santos (2002) destacam a importância do trabalho de grupo como uma oportunidade de oferecer às pessoas condições para desenvolver a própria mudança. Os autores enfatizam que no grupo a interação é particularmente realizada entre os participantes, que pouco a pouco passam a assumir papel ativo no decorrer do processo, decidindo inclusive sobre a prioridade dos assuntos que querem discutir. Neste contexto a força para a mudança provém dos participantes do grupo. Um indivíduo motivado fortalece a disposição do outro para engajar-se de forma mais efetiva na busca da transformação.

Durante o trabalho de campo, assistimos a uma explanação sobre o Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), proposta que está sendo implementada na região do estudo. O PESMS defende uma ação de educação em saúde de forma contínua a partir de critérios epidemiológicos e ambientais, compatível com as causas dos agravos ao processo saúde-doença, com a participação de lideranças comunitárias, parecendo-nos bastante promissora (diário de campo).

Dois outros aspectos que pareceram desestimular os profissionais à realização de atividades grupais foram a escassez de material de apoio e a falta de um ambiente físico adequado. Apenas 10 (34,5%) enfermeiros afirmaram dispor de álbum seriado, e 1 (3,4%) disse que, apesar de não dispor deste recurso, tomava-o por empréstimo de outra equipe (E3); folhetos ou cartilhas para reforçar o aprendizado das usuárias e complementar as informações passadas no atendimento individual ou grupal estavam disponíveis em somente 4 (13,8%) das USF em quantidade bastante insuficiente. As cartilhas disponíveis haviam sido repassadas ao serviço pela SESA-CE ainda em 2000, levando-nos a inferir que estas não vinham sendo entregues aos clientes. Apenas 5 (17,2%) dos enfermeiros possuíam um conjunto demonstrativo de MAC, sendo que apenas 1 (3,4%) se encontrava exposto para a visualização da clientela; e somente 1 (3,4%) disponibilizava modelos peniano e uterino.

Por outro lado, nos chamou a atenção o fato de que alguns recursos não estavam sendo usados, como televisor, vídeo e fitas cassete. Um enfermeiro inclusive comentou: *aqui tem televisão, mas eu nem sei se funciona!* (E18), passando a idéia de pouco ou nenhum interesse em usar o equipamento. Percebemos, ainda, que alguns enfermeiros identificaram a SESA-CE como a fonte de suprimento de materiais informativos e de apoio à informação, o que ficou caracterizado no depoimento: *Não dava para a Secretaria da Saúde mandar para os municípios um kit de métodos, um álbum seriado e aqueles modelos de borracha?* (E6).

Constatamos que praticamente inexitem áreas físicas adequadas para o desenvolvimento de atividades de orientação / informação em saúde. A quase-totalidade das USF segue a um mesmo padrão (pequena sala de espera, dois consultórios, uma sala de procedimentos e banheiros) construído à época do funcionamento do modelo biomédico, centrado na consulta e no atendimento individual. Mesmo assim, 6 (20,7%) enfermeiros afirmaram que improvisam a atividade grupal no consultório (3) ou na sala de espera (3).

Estamos de acordo, portanto, com outro estudo realizado nesta mesma CERES, o qual identificou que as atividades de informação em saúde reprodutiva, principalmente no grupo, não vinham sendo realizadas pelas equipes de PSF, por algumas razões: insuficiente cobertura da população por equipes de PSF e um elevado contingente de pessoas por equipe; expectativa da população por consulta; ausência ou inadequação de área física para o desenvolvimento de atividades; insuficiência de material educativo; e despreparo dos profissionais para realizar as referidas atividades, o que foi afirmado com base na escassa troca de experiências entre os participantes; orientação pouco direcionada às necessidades do grupo; uso freqüente de linguagem científica; repasse de informações desatualizadas; e utilização inadequada do material de apoio (MOURA e SOUSA, 2002).

Essas atividades de informação em saúde tiveram amplo desenvolvimento na etapa inicial de implantação do PAISM (1985), quando provedores de serviços foram treinados e receberam materiais educativos, como fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos e outros, para desenvolver suas atividades de maneira participativa, ilustrativa e mais atrativa. No entanto, essa realidade pareceu ter sido modificada, tornando-se deficitária ao longo da última década. Mesmo com o reforço trazido pelo PSF para que as ações de Educação em Saúde fossem desenvolvidas com prioridade, sequer as ações de orientação e informação estão sendo priorizadas e realizadas de maneira adequada.

Queremos chamar a atenção para as oportunidades perdidas de informação que os enfermeiros estão criando em suas práticas. Por outro lado, como observaram Moura e Sousa (2002) boa parte faz o simples repasse de informações e somente aquelas que as consideram relevantes à sua posição profissional ou social. Destacamos que a educação em saúde é algo que vai mais além, convocando profissionais e serviços a oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, mudando os comportamentos sociais, políticos e culturais. Sobre o

assunto, Kawamoto (1993) e Levy (2000) ressaltam que as ações educativas em saúde são processos que objetivam capacitar indivíduos ou grupos, de modo que possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população. Portanto, para melhorar a qualidade no repasse de informações às usuárias, medidas concretas há que serem implementadas com vistas a modificar a prática que vem sendo desenvolvida.

Acreditamos que a troca de informações e experiências possa representar boa maneira de promover a decisão sobre as metas reprodutivas e o uso seguro das medidas de concepção e contracepção por parte dos usuários. Tratando do planejamento familiar, o principal foco de informação deve ser o casal, apesar de reconhecermos a ausência dos homens nos programas de planejamento familiar. Porém, não podemos deixar de convocá-los e criar condições atraentes e possíveis de sua participação no serviço. A esse respeito, Varela (2000) considera que o envolvimento dos profissionais de saúde deva ir além, abrangendo os líderes comunitários, pois estes levam cuidados de saúde à população, podendo ser preparados como agentes multiplicadores dessas ações.

Nesta discussão, destacamos a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em 1978, que reconheceu a saúde como uma situação determinada por fatores intersetoriais, estabelecendo novas modalidades de práticas preventivas e de Educação em Saúde, que passou a ter um enfoque na divulgação e estímulo à adoção de comportamentos preventivos ou saudáveis de vida; a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, que através da Carta de Ottawa definiu pontos estratégicos de reforço à participação comunitária a partir de uma reorganização dos serviços de saúde e desenvolvimento das habilidades individuais. A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, e a de Sundsvall, em 1991, apresentaram os princípios de saúde e ambiente nas dimensões física, social, econômica, política e cultural, como fundamentos das ações de promoção da saúde. Neste mesmo ano, ocorrera no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde que

definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, com responsabilidade de prover descentralização, participação e controle social. A Conferência de Promoção da Saúde, realizada na Colômbia em 1992, na sua Declaração de Bogotá, afirmou que promoção da saúde consiste em transformar relações excludentes, conciliar interesses econômicos e sociais de bem-estar para todos, destacando solidariedade e equidade social como condições indispensáveis à saúde e ao desenvolvimento. Portanto, a Educação em Saúde, como meio para a promoção da saúde, deve ser um processo de transformação nos comportamentos e atitudes de prestadores de serviços e usuários (BRASIL, 1996b).

Das mulheres convocadas a falar sobre as atividades de assistência ao planejamento familiar que recebiam, 41 (82%) mencionaram a consulta de enfermagem; 29 (58%) referiram o atendimento médico; 7 (14%) citaram a orientação grupal na USF e somente 2 (4%) referiram a orientação extramuros, ou seja, fora do espaço da USF. Portanto, as usuárias reforçaram a escassez de atividades grupais voltadas à informação em saúde, aspecto descrito anteriormente pelos enfermeiros, como também foi ausente a citação quanto à visita domiciliar.

Nas falas das mulheres que destacamos a seguir percebemos a escassez de informações, denunciada por 15 (30%) entrevistadas e, ainda, a descontinuidade com que são realizadas.

Falta divulgação. Eu não procuro o serviço e o serviço também não me procura (U1).

Nunca procurei essas coisas (U3, U23 e U50).

Falta informação adequada para a compreensão e escolha dos métodos. Não explicam nada, só entregam e pronto. Se eu fosse uma pessoa desinformada poderia até ocorrer um erro (U13, U25, U37).

Antigamente tinha palestra, era um planejamento familiar bom, mas sinceramente não está mais tendo (U32).

Aqui é assim: tá aqui a receita, vá ali pegar, num olham nem pra cara da gente (U39).

Apesar da constatação da baixa oferta de atividades grupais ou coletivas de informação em saúde e das dificuldades que as circundam, 40 (80%) usuárias apontaram o

enfermeiro como o provedor de informações sobre os MAC (orientação individual como parte da consulta de enfermagem), seguido do agente de saúde, citado por 14 (28%); amigas ou vizinhas foram referidas por 12 (26%) das entrevistadas; médicos por 9 (18%) e professores por 6 (12%). Outras fontes relatadas foram: leitura, por 5 (10%); pessoa da família, por 4 (8%), tendo sido a mãe citada por 3 (6%); a televisão foi citada por outras 3 (6%), a auxiliar de enfermagem por 1 (2%), e 1 (2%) usuária citou atividade na igreja. Podemos observar nesses dados que as mulheres têm tido diferentes canais para obter informações sobre os métodos anticoncepcionais e que o enfermeiro foi o profissional que mais se destacou como veículo dessas informações no âmbito dos serviços de saúde. No entanto, é importante avaliar o quanto estas informações estão sendo suficientes para garantir a escolha adequada e o uso correto do MAC, bem como proporcionar a possibilidade de troca, a busca por outras fontes de suprimento e outras medidas de autocuidado e de tomada de decisão. Sobre o assunto, Bruce (1990) enfatiza que o usuário informado deve ter habilidade para trocar de método anticoncepcional, particularmente se é usuário de primeira vez, o que a autora considera como chave para satisfação do cliente e a continuidade do uso do método em longo prazo.

Para Bruce (1990), a informação dada adequadamente provoca um impacto no cliente, levando-a a caracterizá-lo como *Cliente Orientado*. Neste sentido, as opiniões das usuárias quanto à importância de planejar o número de filhos foram avaliadas com esta conotação e conforme descrito a seguir, é uma demonstração de que as usuárias entrevistadas guardam orientações adequadas sobre os benefícios do planejamento familiar, com opiniões que vão além da esfera da contracepção ou da reprodução.

As falas mais freqüentes foram expressas por 20 (40%) usuárias, que associaram a importância do planejamento familiar à possibilidade de oferecer conforto e bem-estar aos filhos, educação e um futuro melhor; 14 (28%) associaram suas narrativas a poderem evitar o “sofrimento” causado pelas necessidades básicas insatisfeitas (alimentação); outras 9 (18%)

comentaram a respeito de não expor os filhos à violência que a sociedade enfrenta atualmente; e 4 (8%) fizeram referência à prevenção de riscos à saúde materna. Apresentamos, a seguir, alguns dos depoimentos mais significativos que caracterizaram cada grupo de percepções e sentimentos expressos pelas mulheres:

- Possibilidade de oferecer conforto e bem-estar aos filhos, educação e um futuro melhor

Este sentimento parece guardar uma relação com o mito do progresso que se instalou na consciência coletiva, associando a qualificação educacional como condição prevalente do desenvolvimento econômico-social, bem como a extrema valorização do conhecimento no cenário internacional (ARRUDA, 2002). Por outro lado, Scavone (2001) pressupõe que as mulheres que têm mais acesso à educação formal e à formação profissional fizeram a maternidade se tornar uma escolha reflexiva, possibilitada pela contracepção e concepção moderna. Todavia, esta justificativa não é adequada ao perfil das mulheres deste estudo, parecendo ser mais motivo de reflexão sobre a maternidade as dificuldades de educação e trabalho que estas enfrentaram e enfrentam ao longo de suas histórias. As mulheres acreditam que a educação possa ser um caminho para que os filhos tenham melhores condições de inclusão social. Nos depoimentos listados na seqüência, podemos observar bem essa preocupação das mulheres:

Pra gente planejar a família precisa pensar no número mínimo de filhos que é pra gente poder oferecer o bem-estar, a saúde e a educação (U1).

É importante dar educação, bom estudo. Quero pra eles a educação que eu não tive (U7, U14, U15).

Eu queria que meus filhos tivessem o que eu não tive, estudassem, pudessem trabalhar. Só isso mesmo tava bom. E a gente tendo muitos filhos fica mais difícil, né? (U44).

- Poder evitar o “sofrimento” gerado por necessidades básicas insatisfeitas (alimentação)

Este sentimento se mostrou a partir de experiências narradas sobre o cotidiano destas mulheres associadas à falta de alimentos para seus filhos. Estes depoimentos reforçam a discussão apresentada na tabela 3, quando apresentamos a baixa renda e as precárias

oportunidades de trabalho destas pessoas. Este foi um dos momentos mais difíceis da pesquisa, uma vez que nos deparamos com emoções fortes das mulheres, expressas muitas vezes através de choro e revolta. Listamos a seguir seus principais desabafos:

*É bom evitar filho porque a nossa condição é baixa, falta até a alimentação. Eu me sinto mal em não dar o que meu filho pede (U6, U8).
... tem criança que sente a falta de alimentação. O meu mesmo chora por comer e não tenho o que dar [lágrimas] (U10).
Não devemos botar criança no mundo pra sofrer, passar fome como muitos que a gente vê por aí (U21).
As crianças nascem não tem nem um pano pra cobrir (U33).
Eu pretendo não ter família agora. As coisas estão difíceis...falta o leite pra um [silêncio, tristeza], a gente só falta ficar doida (U46).*

-- Não expor os filhos à violência que a sociedade, hoje, enfrenta:

Para Minayo (2003), a violência é hoje um problema de saúde pública, porque vem na contramão da qualidade de vida, impedindo a plena expressão do processo vital saudável, provocando medos, angústias, e ansiedades. A mesma autora acrescenta que cabe aos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, atuar para a redução da violência social, em favor da vida e da inclusão social. Sobre este último item, ressaltamos a intersectorialidade, conceito resgatado na proposta do PSF com vistas a estimular o desenvolvimento de ações conjuntas dos serviços de saúde e de outros órgãos públicos, bem como articular políticas e ações de interesse para a saúde, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, evitando duplicidade de meios para idênticos fins (BRASIL, 1999). Esse sentimento de temor à violência foi destacado nas falas descritas a seguir, nas quais as mulheres demonstraram uma preocupação com a violência externa relacionada às drogas e à exclusão social, bem assim com a violência domiciliar, intra-familiar caracterizada nos conflitos entre pais e filhos:

*A situação que ta hoje em dia não tem como ter muitos filhos. As coisas difíceis [situação socioeconômica], o desemprego, a violência, as drogas (U15). Temos o mundo das drogas, das violências (U35).
Eu acho muito bom porque uma criança planejada é bem-vinda. Quando a criança não é planejada é maltratada. Conheço muitas mães que maltratam, dizem palavrão, aí a criança cresce revoltada, sem amor (U48).
Hoje em dia os filhos não fazem mais conta dos pais, sem respeito, é melhor evitar (U50).*

– Prevenção de riscos a saúde reprodutiva

As mulheres associaram os benefícios do planejamento familiar à prevenção de riscos reprodutivos, incluindo, todavia, a percepção quanto aos serviços oferecerem assistência integral. Hatcher et al. (2001, p.2-1 e 2-2) reiteram a idéia de que, através do planejamento familiar, muitas mulheres têm sido poupadas de gestações de alto risco em todo o mundo. Por outro lado, o MS enfatiza o aspecto da integralidade da assistência, independentemente do método anticoncepcional escolhido ou da intenção da mulher de conhecer ou não (BRASIL, 1996a). Nos relatos postos a seguir, as usuárias reconheceram a importância do planejamento familiar como meio para garantir a saúde reprodutiva, evitando a gravidez de risco:

Da minha [refere-se à gravidez anterior] tive eclâmpsia, quase morro. Só quero uma mesmo (U13).

Planejar o número de filhos hoje é necessário. Eu gostaria de ter três, mas vou parar nos dois. Também no último tive muitos problemas, muito sangramento, passou do tempo e fiquei com medo (U31).

É importante para aprender como se evitar a gravidez e também as doenças, usar camisinha, abrir os olhos porque os maridos são muito danados (U40).

Um outro aspecto levantado no âmbito da informação dada ao cliente foi o do conhecimento das mulheres sobre os métodos anticoncepcionais. Esta etapa da pesquisa representou uma oportunidade de informação para as usuárias, na medida em que explicávamos cada MAC para que elas o reconhecessem ou não. É tanto que uma usuária destacou: *Era tão bom que as pessoas daqui explicassem tudo direitinho. Como a senhora está fazendo agora, pra gente conhecer todos os métodos e saber escolher (U39).*

Na tabela 7, apresentada a seguir, consolidamos o conhecimento das usuárias a respeito dos métodos anticoncepcionais reversíveis.

Tabela 7 Conhecimento das usuárias sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

Relação dos MAC	Citou o MAC espontaneamente		Confirmou conhecer o MAC após lembrado		Σ conheciam o MAC		Σ não conheciam o MAC	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Tabela	13	26	31	62	44	88	06	12
Muco	01	2	18	36	19	38	31	62
Temperatura basal	00	00	13	26	13	26	37	74
Coito interrompido	01	2	37	74	38	76	12	24
Aleitamento	00	00	42	84	42	84	08	16
Pílula	48	96	02	04	50	100	00	00
Injetável	29	58	21	42	50	100	00	00
DIU	32	64	14	28	46	92	04	8
Camisinha masculina	48	96	02	4	50	100	00	00
Camisinha feminina	05	10	28	56	33	66	17	34
Diafragma	12	24	07	14	19	38	31	62
Espermicida	03	6	15	30	18	36	32	64
Pílula de emergência	00	00	08	16	08	16	42	84

Conforme demonstrado nesta tabela, os MAC mais conhecidos pelas mulheres foram a pílula, o preservativo masculino e o injetável, tendo sido citados por 50 (100%) das respondentes, seguidos pelo DIU (92%), tabela (88%), aleitamento materno (LAM) (84%), coito interrompido (76%) e preservativo feminino (66%). Já a pílula de emergência, a temperatura basal e o espermicida foram os menos conhecidos, tendo sido ignorados por 84%, 74% e 64% das mulheres, respectivamente. O diafragma e o muco cervical também apareceram com um elevado percentual de desconhecimento, ou seja, de 62%.

Os métodos mais conhecidos (pílula, preservativo masculino e injetável) também se destacaram como os métodos mais disponíveis nas USF durante a pesquisa (ver tabela 5), e com os mais experimentados ao longo do ciclo reprodutivo das mulheres (ver tabela 6), demonstrando, talvez, que a informação se dê sobre os MAC existentes e que há uma relação convergente entre conhecer o MAC, estar disponível e experimentá-lo. Entretanto, mediante a importância de oferecer o maior leque de MAC aos usuários, enfatizamos a necessidade de informar sobre todos os MAC, de forma que a ampla divulgação e informação seja um aporte significativo à livre escolha. Com esta sistemática de dar informação estaríamos também

pensando naqueles usuários que podem adquirir os anticoncepcionais em outras fontes, não necessariamente o SUS.

A água de aroeira foi referida como contraceptivo por 3 (6%) das mulheres: *Dizem que é bom. Duas amigas minhas tomam há dois anos e não engravidam (U4). Toma um gole de aroeira e faz o asseio depois da relação (U31, U33)*. Uma dessas mulheres (U33), além de referir a água de aroeira como método anticoncepcional afirmou que tomar a pílula do mato também evita a gravidez. Nenhuma evidência científica foi encontrada no sentido de justificar estes meios como contraceptivos. Todavia, em se tratando de asseio pós-coito, alguma ação mecânica poderá interferir na redução de chances da fecundação.

4.2.3 Competência técnica profissional

A competência técnica consiste no conhecimento e na habilidade dos profissionais em prover os métodos anticoncepcionais e atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos clientes, uma vez que as relações interpessoais (atitudes, comunicação) são tratadas como mais um elemento de qualidade na estrutura conceitual de Judith Bruce.

Investigamos os enfermeiros acerca de terem ou não realizado curso de preparação ou de atualização na área de planejamento familiar após a graduação. Vinte e um (72,4%) deles responderam positivamente e demonstraram a importância do treinamento. Os outros 8 (27,6%) enfermeiros que não haviam realizado cursos na respectiva área identificaram o fato como uma deficiência, demonstrando interesse em participar, inclusive reivindicando este apoio. Mesmo entre os que já haviam participado de treinamentos, a maioria afirmou alguma debilidade no desempenho de suas atividades.

Para Bruce (1990), a capacitação é um dos meios para melhorar a competência técnica, entretanto, não é sinônimo de qualidade. Reforçamos este pensamento da autora ao nos

reportar a nossa experiência junto à SESA-CE, inclusive coordenando o grupo técnico de treinamentos na área de saúde sexual e reprodutiva, no período de 1993-1995. Reconhecemos que a metodologia conduzida era ainda bastante positivista, predominante ou exclusivamente teórica, com um processo avaliativo centrado no conhecimento que o participante assimilava durante as aulas. Capacitações desta natureza, certamente, traziam pouco impacto à qualidade dos serviços, pois não levavam em consideração o campo de atuação destes profissionais, suas condições de trabalho, tampouco um processo contínuo de aprendizagem em serviço. A esse respeito, Santana (2002) argumenta que a falta de preparo dos profissionais decorre, em parte, da formação profissional que não possibilita o desenvolvimento de competências que ampliem a capacidade de solucionar, de forma criativa, os problemas do cotidiano, valorizando o aprender a aprender e o trabalho em equipe. O mesmo autor enfatiza que a capacitação deve ser uma ação contínua, institucionalizada, multiprofissional, centrada no processo de trabalho e orientada para a melhoria da qualidade dos serviços, incluindo a participação efetiva da própria população usuária. Neste contexto, Bruce (1990) defende uma modalidade de treinamento com base em competências, com monitoramento periódico, em serviço, no qual o instrutor avalia o nível de aprendizagem e de realização do participante e não o tempo gasto em um treinamento, ou o que foi assimilado pelo treinando.

Outro aspecto pesquisado foi o acesso ou não destes profissionais a manuais de normas técnicas destinados ao planejamento familiar. Onze (37,9%) enfermeiros declararam não ter acesso a este tipo de material. Os 18 (62,1%) que referiram ter acesso apresentaram como principais fontes a SESA-CE (14), o MS (08), a BEMFAM (5), a Organização Panamericana da Saúde - OPAS (3) e textos oferecidos em Curso de Especialização em Saúde da Família (2). Apesar do contingente considerável de enfermeiros com acesso a esse tipo de recurso instrucional, defendemos a idéia de que deveria ser universal e acompanhado pelo incentivo ao estudo individual, aos pares ou em pequenos grupos, constituídos pelas próprias

equipes de PSF. Percebemos que os enfermeiros valorizaram esta iniciativa, porém alegaram a falta de tempo como maior empecilho a que isto ocorra. Acreditamos promissor o fato de que os próprios gestores municipais mobilizem seus funcionários em prol da educação continuada, através de grupos de estudos locais funcionando regularmente.

A normatização constitui uma das áreas programáticas do PAISM, destacando-se como ferramenta para o desenvolvimento dos recursos humanos, da Educação em Saúde e do apoio logístico. Quando do lançamento do PAISM (1984), chegaram às secretarias estaduais de saúde manuais técnicos que nortearam o desenvolvimento de ações de saúde reprodutiva, abrangendo o planejamento familiar. Esta iniciativa desencadeou ampla discussão e aprendizado por parte de profissionais, estudantes e demais representantes de entidades envolvidas com a saúde da mulher. Entretanto, constatamos ter havido uma descontinuidade deste processo, no que corroboramos Díaz & Díaz (1999), ao afirmarem que estas normas são pouco disseminadas entre médicos, ao que acrescentamos os demais membros das equipes do PSF, contribuindo para que certas condutas adotadas nos serviços estejam desatualizadas. Esses autores também afirmaram que a maioria das faculdades de Medicina e de Enfermagem não inclui o conteúdo de planejamento familiar em suas matrizes curriculares e as que fazem abordam somente os métodos anticoncepcionais, deixando de lado aspectos como os direitos reprodutivos e sexuais, técnicas de comunicação, dentre outros.

No decorrer da pesquisa de campo, testemunhamos o recebimento, por parte das secretarias municipais de saúde, de manuais de normas técnicas do MS destinados aos profissionais e gestores que lidam com o planejamento familiar. A quantidade mostrou-se insuficiente, não permitindo o acesso individual ao material. Por outro lado, o processo contínuo de atualização das normas técnicas é uma forma de contribuir com as atividades de capacitação dos recursos humanos, que, de posse destas, poderão adotar um regime de auto-aprendizagem em educação continuada, entretanto a última versão datava de 1996. Na revisão

do *Guia para prestação de serviços de saúde reprodutiva do Estado do Ceará* (CEARÁ, 1998a), tivemos ampla participação de representantes de órgãos de classes, universidades, conselhos, dentre outros. Sua segunda versão - *Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)* (CEARÁ, 2002) foi produzida e representa um marco para a capacitação dos profissionais da saúde na área do planejamento familiar.

A competência técnica pôde também ser averiguada através da análise de alguns depoimentos das usuárias, os quais organizamos sob a denominação de *barreiras profissionais*, caracterizadas como condutas inadequadas adotadas por médicos e/ou enfermeiros no manejo dos MAC. Estes aspectos, na visão de Bruce (1990), desencadeiam a negação do controle da fertilidade em razão de critérios excedentes por parte dos profissionais. Portanto, o quadro apresentado a seguir destaca as barreiras profissionais identificadas nas falas das usuárias, com as respectivas racionalidades teóricas, de forma a contribuir para sua superação.

Quadro - Barreiras profissionais em planejamento familiar - Evidências científicas
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

Barreiras profissionais	Evidências científicas
<i>Deu raladura no meu útero. A doutora disse que foi dos comprimidos [AOC] e que eu parasse de tomar (U14).</i>	O MS recomenda o uso do anticoncepcional oral combinado (AOC) sem restrições nos casos de <i>raladura no útero</i> ou ectopia cervical (BRASIL, 2002a. p. 70)
<i>Quando a gente completa 35 anos eles [médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem] não querem mais dar os comprimidos [AOC] (U17, U6).</i>	O MS recomenda o uso de AOC até os 40 anos sem restrições; a partir desta idade a indicação é mantida, porém com restrições, uma vez que o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso da pílula. Todavia, se a usuária tem idade igual ou superior a 35 anos e fuma mais de 20 cigarros por dia, o AOC é contra-indicado (BRASIL, 2002a. p. 70 e 74).
<i>Eu engravidei do segundo filho não foi por descuido, foi porque a médica disse que eu não podia usar comprimido porque eu estava amamentando. E eu já menstruava (U42).</i>	A pílula e o injetável exclusivos de progestágeno (PEP) podem ser iniciados nas lactantes a partir de seis semanas do parto; no caso da pílula e dos injetáveis combinados, o uso pode ser iniciado a partir dos seis meses pós-parto, uma vez que podem reduzir a quantidade do leite e afetar o crescimento da criança (BRASIL, 2002a. p. 71 e 97). No caso desta cliente, que já menstruava, provavelmente seu bebê não estava em aleitamento exclusivo. Portanto, os hormonais combinados também não estariam contra-indicados.

<p><i>A enfermeira não entregou meus comprimidos porque estava com dois dias que eu tinha ficado boa da menstruação. Ela disse que era para o meu bem, que se eu tomasse eu acabava engravidando (U19).</i></p>	<p>A pílula pode ser iniciada em qualquer dia do ciclo menstrual, estando o profissional razoavelmente ciente de que a usuária não está grávida. Para tanto, o profissional poderá avaliar os seguintes dados: o período menstrual começou há menos de sete dias; ou parto há menos de quatro semanas; ou aborto há menos de sete dias; ou pariu há seis meses, está amamentando com boa frequência e não houve menstruação; ou não teve relação sexual vaginal desde a última menstruação; ou usou corretamente um outro MAC em suas práticas sexuais (HATCHER, et al., 2001. p. 4-6 e 5-9).</p>
<p><i>Você vê meninas de 14 ou 15 anos já tomando hormônios, isso não é certo (E2). Pílula ou injeção não é o melhor para adolescente (E28).</i></p>	<p>A preocupação teórica com o uso da pílula no início da adolescência não tem evidência científica, estando o uso recomendado sem restrições a partir da menarca. Nos casos dos hormonais só de progesterona o uso é recomendado com restrição desde a menarca até os 16 anos em virtude da preocupação com o efeito hipostrogênico (BRASIL, 2002a. p. 70, 80, 87 e 94).</p>
<p><i>Recomendo parar a pílula (AOC) por 06 meses quando está com dois anos contínuos de uso. Já peguei até com 05 anos, aí falo: pelo amor de Deus, parar! (E22).</i></p>	<p>O MS orienta que não há necessidade de interromper o uso do método para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de gravidez não desejada (BRASIL, 2002a. p. 65).</p>
<p><i>Antes de encaminhar para o DIU a gente tem que fazer a prevenção porque se não o doutor não coloca (E23).</i></p>	<p>Não há nenhuma razão científica que justifique a citologia oncológica como requisito prévio à inserção do DIU (DÍAZ & DÍAZ, 1999. p. 221);</p>
<p><i>Eu queria ligar, mas o Dr. disse que eu tenho pouca idade (com 24 anos) e pouco menino (tinha 02 filhos).</i></p>	<p>De acordo com a Lei no. 9.263 / 96, que trata do planejamento familiar, a esterilização voluntária é permitida para homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos (BRASIL, 2002b. p. 73).</p>

Outro aspecto trazido por Bruce (1990) é que os clientes carregam consigo as consequências de técnicas inadequadas sob a forma de dor desnecessária, infecções e outros efeitos colaterais sérios; e em algumas circunstâncias até a morte. Confirmando esta observação da autora destacamos a fala de uma usuária que já havia experimentado o DIU: *eu fiquei sempre sentindo inflamação, de seis em seis meses eu ia pra revisão e sempre dava alguma coisa (U14)*. E de uma outra usuária que tentou inserir o DIU, porém não tendo êxito: *fiz prevenção e tudo pra colocar o DIU, mas não deu. Meu útero foi perfurado (U29)*.

Indagando aos enfermeiros sobre a competência técnica para lidar com o planejamento familiar, 5 (17,2%) afirmaram sentirem-se preparados, negando qualquer dificuldade; 9 (24,1%) relataram dificuldades para lidar com o uso correto dos MAC; 15 (51,7%) referiram dificuldades para avaliar contra-indicações e implementar o início do MAC; 16 (55,2%) se reportaram a dificuldades quanto ao manejo dos efeitos colaterais; e 12 (41,4%) disseram

haver dificuldades quanto à implementação de técnicas adequadas de comunicação e apoio na livre escolha, dados que denunciam a favor de um processo de educação continuada. Ressaltamos que esta fase da entrevista representou um momento de informação para os enfermeiros, compreendendo mais uma vez o caráter educativo da pesquisa. Concluída a entrevista voltávamos às indagações ou aspectos que mereciam atualização e provocávamos uma troca de conhecimento e experiência com o participante.

4.2.4 Relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente

A relação interpessoal profissional-cliente deve ser estabelecida com simpatia, confiança e garantia de disponibilidade por parte do profissional mediante qualquer dúvida ou intercorrência por parte dos clientes. Por outro lado, os profissionais precisam conhecer a realidade socioeconômica e cultural das pessoas, para ter uma dimensão do que ensinar e como ensinar, através de uma relação horizontal de troca que valorize o saber existente sobre o planejamento familiar. Neste contexto, o relacionamento interpessoal positivo influencia a confiança dos clientes em suas próprias escolhas, gerando satisfação nos usuários e maiores chances de retorno e adesão aos serviços (BRUCE, 1990).

Com relação a essa temática, um estudo qualitativo realizado em três municípios cearenses, conduzido através de grupo focal, descobriu, dentre as expectativas das usuárias sobre um serviço de saúde reprodutiva de qualidade, a de que elas fossem “bem tratadas” (SAID, 1997). Bruce (1990) acentua que para muitos clientes “ser mal tratado” é pior do que não receber nenhum tipo de cuidado. Uma avaliação de impacto das iniciativas de promoção da saúde reprodutiva, envolvendo a qualidade dos serviços oferecidos, identificou melhoria na interação profissional-cliente sob os pontos de vista do conteúdo da consulta, cordialidade,

privacidade e satisfação da cliente, o que foi atribuído sobremaneira ao desempenho dos enfermeiros (CEARÁ, 1998b).

Indagando os enfermeiros sobre a interação e participação dos clientes nos serviços de planejamento familiar, estes se dividiram em seus pontos de vista. A maioria, 20 (69%) considerou a clientela pouco participativa e com limitado potencial para a tomada de decisão, o que se confirmou nos depoimentos relacionados a seguir:

*Elas não participam e são alheias aos seus direitos. Nós também não orientamos sobre estes pontos. A maioria ainda acredita que ter acesso a laqueadura e a vasectomia seja um grande favor (E1, E3, E10, E24).
Elas não demonstram interesse pela informação. Em uma localidade, eu pedia que elas sugerissem um tema para discussão e elas sempre deixavam ao nosso critério. Pra elas o planejamento familiar é só receber comprimido ou condom pra não engravidar (E7, E10).
As mulheres não têm idéia da continuidade. Quando falta o anticoncepcional elas nem reclamam, ficam sem tomar e pronto (E14).
As que estudaram mais absorvem alguma coisa, mas a maioria não sabe de nada (E23). Umas são mais esclarecidas, têm mais escolaridade. Outras são alheias e vai ali só pegar a pilula (E29).*

Sobre esse assunto, Campos e Sousa (1999) ressaltam que os indivíduos só se envolvem verdadeiramente, quando são considerados sujeitos, e, portanto, estimulados a criar e assumir responsabilidades. Corroborando o pensamento das autoras, imaginamos que valorizar o saber e o potencial de cada cidadão parece ser o ponto de partida para que os enfermeiros consigam estabelecer um relacionamento interpessoal efetivo com os usuários, respeitando-os como sujeitos atuantes, responsáveis pela condução do planejamento familiar. Há quem considere que é preciso acabar com a crença de que só o profissional de saúde entende de saúde, o que pode pressupor que as mulheres sejam ignorantes e desconhecedoras do seu corpo e de sua saúde (REDE SAÚDE, 2002).

Um estudo tratando da participação das mulheres na escolha do seu tratamento revelou que estas não tinham participação, em razão de serem rotuladas como desqualificadas para decidir. Isso significou para as mulheres que sua autonomia como clientes não é uma realidade numa sociedade em que a relação profissional-cliente se dá de maneira

hierarquizada, envolvendo poder entre classes, gêneros e saberes. Isto anuncia a existência de relações estruturais rígidas e verticais na relação profissional-cliente, não havendo lugar para o diálogo. As autoras sugerem um caminho possível, que pode ser traçado pelos enfermeiros para auxiliar no resgate da autonomia das mulheres, sobretudo aquele que diz respeito aos seus corpos e vidas, qual seja, o da reflexão bioética, vivida com experiências dialógicas entre as mulheres e os profissionais de saúde (ARANTES E MAMEDE, 2003). Faúndes e Hardy (2002) consideram que raramente nos lembramos de que pode haver uma diferença entre o que acreditamos que os clientes precisam e o que eles desejam como perspectivas pessoais. Essa atitude profissional é reforçada pela conduta passiva da maioria dos clientes que aceita as decisões profissionais, já que partem do princípio de que possuímos o saber e o cliente não tem condições de avaliar o que poderia ser melhor para si mesmo.

Um pequeno grupo, 9 (31%) considerou a clientela bem informada e participativa, com atitudes de reivindicar uma assistência de melhor qualidade. As falas que seguem são o demonstrativo desta percepção narrada pelos enfermeiros:

As mulheres da minha área cobram muito. Querem explicação porque não tem a injeção, a camisinha ou a reunião mensal (E5).

Elas reconhecem que a USF tem que oferecer todos os MAC... uma usuária de condom engravidou e me acusou terrivelmente porque eu a havia deixado sem preservativo (E6).

São muito participantes e têm total facilidade na tomada de decisão quanto ao que realmente querem e podem usar (E9).

Eu acho que elas têm consciência do planejamento familiar como um direito (E12).

Elas perguntam bastante e trazem outras mulheres (E15).

São participativas, assíduas e preocupadas com a saúde (E26).

Hoje elas já são bem orientadas. Estou a dois anos na comunidade e elas reclamam, são conscientes e qualquer queixa procuram o agente de saúde ou a auxiliar de enfermagem, até chegar a gente (E27).

Acreditamos que estes enfermeiros estejam no caminho certo para desencadear uma interação positiva com os usuários e com a comunidade, uma vez que há confluência de expectativas. A esse respeito, Dias (1991) declara que as mulheres das classes populares são criadoras e repassadoras de um saber em saúde, em razão da experiência de vida como mães e

donas de casa. O saber popular das mulheres, em decorrência das estratégias utilizadas para superar a escassez de recursos ao longo de suas vidas, tem seu valor e é eficiente na manutenção das condições mínimas de saúde. Neste sentido, a autora percebe duas origens no saber popular: uma mais externa, mais influenciada pela classe dominante, instituições como escolas e meios de comunicação de massa; e outra origem que se constrói mais internamente e é própria às suas condições de classe dominada. Estas duas origens convivem no interior de todo saber popular que precisa ser valorizado pelos profissionais de saúde para obtenção de resultados mais efetivos na interação com os clientes.

Os enfermeiros enfatizaram que a forma como o PSF vem se estruturando e se organizando favorece a melhoria do relacionamento enfermeiro-cliente. Estes destacaram a aproximação equipe-comunidade e a possibilidade de estabelecer vínculos com a comunidade adstrita como aspectos favoráveis à interação nas ações de planejamento familiar, bem como a relação de confiança. Nas falas que apresentamos a seguir, podemos identificar essas opiniões dos enfermeiros:

Há maior aproximação entre equipe e comunidade, pois trabalhamos com uma demanda delimitada, formamos vínculos, a gente vai na casa e eles depositam aquela confiança (E10, E25).

O vínculo que o enfermeiro estabelece é muito maior (E16, E17).

O PSF melhora a relação porque eu estou no município há três anos e conheço minha clientela (E23).

Antigamente não tinha acesso da população aos profissionais. Agora é uma relação amigável, há troca de afetividade (E26).

A possibilidade de maior vínculo com a população. Elas procuram a gente por motivo de doença, mas também com saúde (E15).

4.2.5 Acompanhamento das usuárias

Para Bruce (1990), os serviços de planejamento familiar estão mais voltados para o recrutamento dos clientes do que para o acompanhamento, determinando elevada descontinuidade no uso dos anticoncepcionais. A mesma autora acrescenta que, para garantir o retorno e acompanhamento do cliente, é fundamental melhorar o acesso e reduzir o tempo

de espera para o atendimento. A descontinuidade significa que o contato da cliente com a contracepção foi praticado em curto prazo, ficando esta exposta a gravidez não planejada, podendo estar associada, ainda, ao não-manejo de efeitos colaterais, a uma inadequada informação e ao próprio relacionamento interpessoal insatisfatório.

Avaliando a história de uso de MAC pelas usuárias, encontramos que 49 (98%) já haviam experimentado o anticoncepcional oral (AO), sendo que, destas, 11 (22%) nunca haviam interrompido o uso, com o tempo de consumo variando entre 3 meses e 10 anos, com predominância acima de 4 anos. Porém, entre as 38 (76%) usuárias que descontinuaram o AO e mudaram para outros MAC obtivemos dentre as razões o aparecimento dos seguintes efeitos colaterais e/ou complicações: cefaléia (9), alterações gástricas (9), nervosismo (8), alterações no peso (7), hipertensão (2), reação eritematosa na pele (1) e insônia (1); outras 3 mulheres atribuíram o abandono de uso do AO à adoção do preservativo masculino, em decorrência do medo de contrair aids.

A respeito da descontinuidade do preservativo masculino vivenciado pelos parceiros de 25 (50%) das usuárias, homens e mulheres foram fontes de motivos, praticamente na mesma proporção. Quando a causa foi o companheiro, 14 (28%) mulheres afirmaram queixas masculinas do tipo “é mesmo que chupar bombom com papel” (o que significa reduzir a sensibilidade ou prazer) ou provocar uma sensação de calor e coceira:

Meu marido não gosta e diz que é mesmo que chupar bombom com casca (U3, U9, U18).

Sai do meu casamento de 18 anos porque a aids se alastrou em ...[seu município] e meu marido era cheio de mulheres e não aceitou usar. Ele disse que não me queria mais, pois ficar com a mulher de camisinha tirava o prazer, era muito sem graça (U5).

Meu marido reclamava o tempo todo porque apertava (U6).

Tava com muito tempo de uso e o meu marido se maldizia porque era quente (U19).

Ele sentia uma coceira e deixou (U41).

Quando a causa foi relacionada à própria mulher, outras 11 (22%) expressaram as seguintes justificativas para interrupção do uso do método:

*Não gosto, não me adaptei, fica uma coisa artificial (U7).
 Era muito quente e começou a dar um esquentamento, uma coisa ruim por dentro (U11, U22, U23, U30, U39).
 Com medo de pegar um bucho. Não confio não (U24, U35).
 Deu dor de urina (U25).
 Fico preocupada porque se rasga (U8).*

Estes depoimentos chamam a atenção para a necessidade de bem preparar homens, mulheres ou casais para o uso correto e seguro do preservativo masculino, tendo em vista que a alergia ao látex e a irritação vaginal decorrente da fricção (quando se usa o preservativo não lubrificado) são as duas razões esperadas para o desuso. Neste sentido, consideramos fundamental estimular nos clientes um tempo de uso de preservativo maior para se formar uma opinião sobre tal experiência, pois é o uso repetido que vai aperfeiçoando a técnica e a superação de falsos conceitos. Para tanto, as medidas de informação e comunicação devem conduzir as pessoas a uma reflexão quanto ao risco-benefício de usar e não usar o preservativo.

As razões para a descontinuidade do injetável incluíram alterações de peso, do padrão menstrual, mastalgia e principalmente escassez ou suprimento irregular do anticoncepcional. Estes sinais e sintomas são esperados entre mulheres usuárias de hormonais injetáveis, algo que ocorre basicamente nos primeiros três meses de uso, sendo estes, na maioria, suportáveis, não devendo significar motivo para abandono do método.

*Eu fiquei muito gorda e menstruando mais de uma vez no mês (U3, U9).
 Sentia meus seios intocáveis, até para dormir era ruim (U12).
 Tenho problema de pressão alta, aí só vivia tonta com dor de cabeça (U17).
 Desejo voltar, mas a injeção é pouca e elas guardam para os casos especiais (mulher com problema mental) (U30).
 Faltou demais, aí achei melhor pegar comprimido. Comprar na farmácia não dava. O que a gente ganha mal dá pra comer (U44).*

Identificamos que os motivos para o desuso da tabela foram necessariamente a não-aceitação do parceiro em cumprir o período de abstinência sexual, o descrédito da mulher quanto à eficácia do método e a própria gravidez que ocorrera. Sobre isto, as mulheres

reconhecem o não-cumprimento do método pelo pouco compromisso e envolvimento dos parceiros, aspecto para o qual também foi chamada a atenção pelos enfermeiros.

Meu marido não concordava (U5).

O homem [seu esposo] bebia e dizia que eu tinha outro homem (U33).

Podia eu errar. Era da cabeça da minha amiga (U11).

Engravidei, mas reconheço que foi porque não cumpri (U12, U22)

Outro aspecto analisado quanto ao acompanhamento dos clientes de planejamento familiar foi quanto à realização de visitas domiciliares com a finalidade de acompanhar o casal ou a família nesta área do cuidado. Constatamos não ser uma prática comum dos enfermeiros pesquisados, apesar de considerar bastante relevante. Entretanto, 6 (20,7%) deles enfatizaram que fazem esta abordagem por ocasião da visita ao puerpério e um outro narrou: *só visitamos a pessoa quando está doente, mas não devia ser assim. É porque a demanda é muito grande (E12)*. Portanto, a demanda elevada apareceu novamente como justificativa a não realização de uma atividade fundamental ao planejamento familiar. No entanto, enfatizamos que a visita pode ter uma repercussão de tal monta que vai reduzir os retornos e o tempo de contato com o cliente posteriormente.

Sobre o fluxograma para acompanhamento dos clientes de planejamento familiar, identificamos o fato de que cada USF desenvolve seu fluxo conforme a realidade de profissionais disponíveis na equipe. No entanto, o que predominou foi a mulher sendo recebida pela auxiliar de enfermagem que providencia o prontuário (quando existente, é claro), verifica peso e pressão arterial e a encaminha para o atendimento com a enfermeira, ocorrendo rara participação dos médicos, sem contar que nas equipes que funcionam sem médico o trabalho é totalmente desenvolvido pelos enfermeiros. Esta condição foi avaliada como negativa pelos enfermeiros, que defenderam a presença de um médico para cada equipe.

Em algumas equipes, o primeiro atendimento é sempre realizado pelo médico e, em outras, isto só ocorre ao se tratar de adolescentes ou clientes com desejo pelos hormonais ou DIU, ficando o enfermeiro responsável pelos atendimentos subsequentes.

Quanto ao acompanhamento oferecido nas áreas rurais, o fluxograma é redimensionado de acordo com a demanda. Dois enfermeiros explicaram: *na localidade sempre tem muita gente pra atender. Então, a auxiliar de enfermagem só vai preenchendo o mapa e entregando os anticoncepcionais. Às vezes dá pra verificar a PA, outras vezes nem isso. Quando dá tempo a gente realiza uma orientação coletiva* (E3, E23).

Portanto, o que apresentamos foi a constatação de mera distribuição de métodos anticoncepcionais, na maioria dos serviços, com pouca articulação de um trabalho em equipe, não oferecendo oportunidades de escuta às clientes, bem como de reflexão a respeito da escolha anticonceptiva ou do método em uso. Não identificamos uma priorização ou triagem das usuárias com fatores de risco ou contra-indicações, tampouco de um espaço para discutir a o relacionamento do casal, a sexualidade, a importância da família ou os benefícios do planejamento familiar.

Caracterizando um processo de acompanhamento destas usuárias, apresentamos na tabela 8, os métodos anticoncepcionais em uso à época da pesquisa, acompanhados da relação de satisfação das usuárias e existência ou não de dúvidas, queixas e desejos de mudanças de método anticoncepcional.

Tabela 8 Condições das usuárias quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais
CERES Baturité, CE, jul./set. 2003.

MAC em uso atual	Satisfação				Existência de dúvidas				Presença de queixas				Desejo de mudar de MAC			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
AO	19	38	06	12	12	24	13	26	09	18	16	32	11	22	14	28
Camisinha masculina	06	12	02	4	04	8	04	8	01	2	07	14	02	4	06	12
AI	04	8					04	8	01	2	03	6	01	2	03	6
Coito interrompido	02	4					02	4			02	4	01	2	01	2
Tabela + muco + coito	01	2			01	2					01	2	01	2		
Tabela + coito			01	2	01	2					01	2	01	2		
Laqueadura	03	6					03	6			03	6			03	6
LAM			01	2	01	2					01	2	01	2		
TOTAL	35	70	10	20	19	38	26	52	11	22	34	68	18	36	27	54

*05 (10%) das mulheres não estavam em uso de MAC

A tabela 8 demonstra que o AO, o condom e o injetável eram os três MAC mais utilizados à época da pesquisa, o que corresponde aos três MAC mais conhecidos (tabela 1) e aos três métodos mais disponíveis (tabela 6). Encontramos um baixo percentual de mulheres utilizando métodos comportamentais, apenas 4 (8%) e somente 1 (2%) em uso de lactação exclusiva acompanhada de amenorréia (LAM). Outros métodos importantes como o diafragma, o preservativo feminino e o DIU também não estavam sendo utilizados.

Quanto ao nível de satisfação, 35 (70%) mulheres se identificaram como *Clientes satisfeitas* com relação ao MAC em uso. No entanto, percebemos que algumas mulheres, mesmo com queixas e/ou dúvidas, desejavam manter-se com o método, se este garantisse maior segurança. Portanto, o sentimento de satisfação mostrou-se muito relativo, variando para cada mulher de acordo com seus valores, crenças e desejos.

A respeito da existência de dúvidas quanto ao MAC em uso, 19 (38%) mulheres responderam que sim, tinham dúvidas, e outras 26 (52%) se colocaram como *Clientes orientadas*, preparadas para exercer o planejamento familiar. As dúvidas manifestadas foram principalmente com relação à pílula e ao preservativo masculino, exatamente por serem os dois MAC mais utilizados.

Sobre a pílula, as mulheres apresentaram dúvidas relacionadas com um possível acúmulo de massa no útero ou com a possibilidade de causar tumor / câncer. Também demonstraram preocupação quanto à eficácia e ao tempo durante o qual podem fazer uso da pílula. Neste sentido, ressaltamos Bruce (1990), ao enfatizar que a informação dada ao cliente deve ser direcionada para as reais necessidades deste, o que oferece maiores chances para desfazer boatos, mitos e tabus.

Tenho medo de fazer mal. Uma coisa que a gente toma todo dia (U6).

As mulheres falam que faz mal ao útero, cria uma massa (U10, 22). Já teve mulher que com ele teve infecção (massa na urina) e fez exame e acusou que era do comprimido (U31)

Eu tenho chance de engravidar com o comprimido? (U13).

O povo diz que dá câncer, que pode causar até um tumor (U12, U32, U36).

Sobre o preservativo masculino, as mulheres apresentaram dúvidas relacionadas à possibilidade de o uso causar danos à saúde e perguntaram sobre o uso correto e sua eficácia.

Será que faz mal? É muito quente. Só uso quando ele tá perto [referindo-se a ejaculação], o povo diz que pega. Pega? (U3).

Fico nervosa com medo de ficar dentro e por outro lado fico segura, pois sei que tô protegida. Mas jamais quero sexo sem camisinha (U5).

Quanto às queixas ou avaliando as usuárias como *Clientes com saúde*, 1 (2%) mulher manifestou problema associado ao uso do preservativo masculino, afirmando: *sinto coceira e mau cheiro e sei que é da camisinha (U3)*. Todavia, interagindo um pouco mais com esta usuária, verificamos que se tratava de uma infecção do trato genital. Outra usuária apresentou queixa associada ao uso do injetável mensal (150 mg de acetofenido de dihidroxiprogesterona e 10mg de enantato de estradiol): *tenho aumento de apetite, de peso. Pensei até que tivesse inchada (U15)*. Certamente esta usuária teria melhor condição de saúde reduzindo a dosagem hormonal do injetável em uso, o que pode ser possível com outras apresentações disponíveis no mercado contendo até 25mg de progestágeno e 5mg de estradiol. Entre as usuárias de pílula que manifestaram queixas, foi unânime a citação da cefaléia, seguida de irritabilidade, tontura, alteração menstrual e de peso.

Sinto dor de cabeça e tontura (U22, U25).

O comprimido me faz muito mal, dá enxaqueca, dor de cabeça, cólica, tontura e me deixa muito nervosa (U23).

Tenho aumento de peso (U25, U32).

Sinto muita dor de cabeça e nervosismo, fico avechadinha (U44)

Tenho muita mudança na menstruação (U37).

Sobre estes efeitos colaterais Hatcher *et al.* (2001) explicam que não são sinais de doença séria e que comumente cessam ou desaparecem após três meses de uso. Por outro lado, Bruce (1990) adverte para a possibilidade de que, se a cliente não for avisada sobre os possíveis efeitos colaterais que poderão surgir e como lidar com eles, estes acabarão sendo motivos importantes da descontinuidade do uso de MAC.

Dezoito (36%) mulheres expressaram desejo de trocar de MAC, porém, suas escolhas foram negadas por falta do método no serviço. Ross e Winfrey (2001), estudando escolha insatisfeita em anticoncepção em 27 países, identificaram-na de maneira significativa em todos eles. O que pareceu ser fator determinante à mudança de MAC foi muito mais a necessidade de usar um MAC seguro e que não interferisse na atividade sexual.

Observamos também que o DIU se apresentou como a principal escolha frente à mudança de método, tendo sido a opção manifestada por 8 (16%) mulheres. Esta considerável procura pelo DIU é confirmada pelos enfermeiros em uma dimensão ainda mais ampla, quando afirmaram haver filas de mulheres aguardando a inserção. Duas barreiras se apresentaram como cruciais a este fato: a falta do DIU e a falta de profissional treinado para realizar a inserção. As falas apresentadas pelos enfermeiros e usuárias destacadas a seguir confirmaram um desejo insatisfeito das mulheres quanto à livre escolha do DIU:

Penso em botar o DIU, mas é difícil (U2, U22, U43).

Falta só um empurrão pra eu botar o DIU, uma orientação... (U23).

Desejo trocar, mas não tem pelo quê. As camisinhas meu marido abre uma briga. Já pensei no DIU, mas diz que tem que ir pra Baturité. Tudo é difícil, como é que a pessoa pobre paga uma passagem? (U44).

Muitas mulheres têm vontade de colocar o DIU, mas não tem pra onde mandar pra colocar (E8, E23, E29).

As mulheres se interessam, mas não tem ninguém pra inserir (E18, E19).

Outras 5 (10%) usuárias desejavam realizar a laqueadura, porém o acesso foi revelado como bastante difícil pelos dois sujeitos pesquisados:

Queria a ligação, mas toda mulher diz que eu sou nova e só com mais de 35 anos. Mesmo assim a gente não consegue fácil (U35).

Desejo mudar para a ligação, pois os doutores daqui não querem me dar os comprimidos por tudo que eu sinto (enxaqueca, cólica, tontura e fico nervosa), mas ainda não arranjei (U23). Eu queria mesmo era a ligação, mas fazer aonde? (U48).

A laqueadura é um interesse da própria mulher, a gente encaminha e elas encontram a maior dificuldade para fazer (E24).

Agora, o que elas querem mesmo é a laqueadura, correm de um lado para o outro e não resolvem nada (E8).

As demais mulheres, 5 (10%), gostariam de ter acesso ao injetável, mas a quantidade insuficiente deste anticoncepcional nos serviços desanima as usuárias à sua adoção.

*Se tivesse à injeção eu preferia (U2, U25).
Só tomo porque não tem outro meio. Pensei nas injeções, mas as mulheres dizem que vem pra tomar e não encontram, aí fica pior. Desejo trocar, mas aqui falta tudo, aí o jeito é levar o que tem (U6, U32).*

Do exposto, podemos identificar que o método escolhido por muitas usuárias vem sendo negado, o que para Bruce (1990) afeta diretamente a satisfação e a segurança quanto ao uso de MAC, compromete a eficácia, leva à descontinuidade e deixa muitas mulheres e casais expostos a gravidez não planejada.

4.2.6 Rede apropriada de serviços

A rede apropriada de serviços é o que se espera no sentido de oferecer uma assistência integral às mulheres, homens ou casais, com fácil acesso aos MAC, através de uma descentralização e variedade de pontos de entrega, reduzindo a descontinuidade de uso do MAC porque a usuária não teve como receber (BRUCE, 1990). A mesma autora defende o argumento de que essa rede pode se desenvolver de forma a responder às seguintes necessidades: os serviços estão fornecendo os MAC adequadamente dentro do espaço articulado? A rede de serviços está apropriada às necessidades do cliente e da população?

Nesta temática, foi identificado que a entrega dos MAC, tanto de primeira vez quanto de seguimento, está associada a uma consulta, iniciativa desnecessária e que contribui para a morosidade no atendimento e na formação de filas nos serviços, bem como para a sobrecarga profissional, aspecto já identificado nesta pesquisa pelo elevado contingente de pessoas para uma equipe de PSF.

A longa espera para receber o anticoncepcional foi citada por 11 (22%) mulheres como uma dificuldade enfrentada nas USF. A vinda mensal à USF foi apresentada como dificuldade por 17 (34%) mulheres, enquanto 20 (69%) enfermeiros se mostraram absolutamente contra um maior espaçamento da entrega e muito menos a que outros

profissionais, como o auxiliar de enfermagem ou o agente comunitário de saúde, tivessem uma participação mais ampla nessas atividades. Nas falas das usuárias e dos enfermeiros apresentadas a seguir, podemos bem compreender os interesses divergentes destes dois grupos, algo que mereceu uma discussão cuidadosa no sentido de tornar as ações dos enfermeiros voltadas às reais necessidades da clientela.

Os depoimentos das usuárias sugerem maior facilidade na entrega dos anticoncepcionais:

*Vir todo mês só pegar uma cartela de comprimido é demais num é não? É horrível todo mês vir pra levar (U29, U30).
Se eu recebesse duas ou três caixas seria melhor (U28).
Estudo e sou dona de casa. Vir todo mês é ruim (U31).
...eu pego ônibus pra chegar na Unidade (U42).
Vir todo mês à US para pegar é horrível, caminho meia hora a pé (U47).*

Sobre a mesma realidade, 20 (69%) enfermeiros apresentaram opiniões contrárias às necessidades manifestadas pelas usuárias, na medida em que exigem a presença mensal dessas clientes aos serviços de saúde, com argumentos que não trazem um embasamento científico, ressaltando condutas excedentes e desnecessárias. Negam a descentralização da entrega através de outros membros da equipe de PSF (o agente de saúde ou o auxiliar de enfermagem):

*É muito errada a entrega pelo agente de saúde. Não mando de jeito nenhum (E5, E22). De jeito nenhum, jamais. Gera confusão (E17).
Até teria para três meses, mas elas dão para as colegas (E6). Eu procuro não fazer isso porque todas vão querer receber da mesma maneira (E12).
Eu não acho correto, pois vem dívida, complicação e o agente de saúde e o auxiliar de enfermagem não fazem como a gente (E15). Tem que ser todas comigo (E28).
Morro de medo, não confio, já peguei falhas no uso (E18).
Prefiro não arriscar, pois pode ocorrer perda de medicação, má orientação, influência da vizinha (E20).
Eu quero vê-las todo mês e dificilmente entrego duas caixas (E25).
De jeito nenhum, porque todas as vezes que elas vêm eu tenho por obrigação ver peso e PA. Elas recebem até duas cartelas, três já fica muito distante (E26).*

Outros 9 (31%) enfermeiros se mostraram mais abertos à proposta, mesmo assim, ainda demonstrando certa intranquilidade ou insegurança em descentralizar a entrega.

Faço via agente de saúde excepcionalmente (E1, E4). Para ...[refere-se a uma localidade de difícil acesso] no inverno eu envio a pílula e a camisinha pelo agente de saúde. A auxiliar de enfermagem é orientada quanto a verificar a pressão, o peso, ouvir queixas e entregar a pílula na minha ausência, mas é raramente [tenta justificar como se estivesse fazendo algo indevido] (E3).

...porém o condom, eu permito (E13).

...a exceção é quando trabalham 40h. Quem eu já conheço me arrisco a entregar duas cartelas (E10, E17).

Não gosto. Às vezes, dependendo da mulher eu mando. Receio de efeitos colaterais que a gente não esteja observando corretamente (E21).

Eu ia para uma localidade e não tinha carro. Fiz uma relação e mandei pelo agente de saúde (E23).

Acontece, mas é raro. O retorno é mensal e dependendo da distância entrego no máximo duas caixas (E16, E24).

O auxiliar de enfermagem depois de ver PA e peso até libera na ausência do enfermeiro (E27).

A esse respeito, Hatcher *et al.* (2001) ressaltam que uma variedade de pessoas pode aprender a informar e aconselhar sobre planejamento familiar, bem como oferecer métodos de planejamento familiar. Os autores citam que em diversos países, além do médico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes de saúde, parteiras tradicionais, educadores, membros da comunidade e usuários experientes de métodos anticoncepcionais, habitualmente, oferecem serviços de planejamento familiar. Para tanto, é oferecida capacitação adequada, sendo dadas determinadas regras sobre quem pode oferecer tais métodos. Na visão dos autores, a pílula combinada e somente de progestágeno, o preservativo masculino, os espermaticidas, os métodos comportamentais e a LAM podem ser oferecidos por todos os que foram citados; os injetáveis, por qualquer pessoa treinada na aplicação; o diafragma, por qualquer provedor treinado para realizar exames pélvicos e medir seu tamanho; o DIU pode ser inserido por médicos, enfermeiros e obstetrias treinadas. Apesar de os autores não terem tratado sobre o preservativo feminino, defendemos a idéia de que este método possa ser oferecido por qualquer uma das pessoas citadas e principalmente por usuárias experientes.

Bruce (1990) reitera que os efeitos colaterais dos MAC modernos não são perigosos e que a participação de outras pessoas na divulgação e entrega dos serviços de planejamento familiar contribui para melhorar o acesso, a informação e a continuidade.

A esse respeito, encontramos no universo da pesquisa diversas opiniões e maneiras diferentes de entrega dos anticoncepcionais, com variações ocorrendo em um mesmo município. Encontramos 14 (48,3%) enfermeiros que prescreviam todos os MAC, exceto o DIU, porém, dentre estes, um acrescentou que no caso de a cliente ser adolescente e estar sendo atendida pela primeira vez, a encaminha para o médico; outros 5 (17,2%) informaram que prescrevem todos os MAC, exceto o DIU e o injetável; 4 (13,8%) prescreviam todos os MAC, exceto o DIU, injetável e AO; 4 (13,8%) faziam apenas o seguimento; e 2 (6,9%) entregavam os MAC sem prescrever.

Um dos fatores determinantes à prescrição ou não dos MAC pelo enfermeiro pareceu estar associado a ter ou não médico na equipe. Os 4 enfermeiros que só faziam seguimento tinham médico na equipe e afirmaram que estes realizavam um trabalho em parceria. Já outros declararam:

Passsei dois meses sem médico e prescrevi, pois tem que ficar a receita na farmácia (E15).

Quando tem médico só atendo as subseqüentes (E16).

Entrego o método sem a prescrição, pois não tenho médico na equipe (E21).

Não tenho médico na equipe, tenho que encaminhar para o médico do hospital municipal e as mulheres não querem ir (E2, E4).

O médico só atende duas vezes na semana, o resto eu fico sozinha, é terrível (E18).

Outros enfermeiros, mesmo tendo médico na equipe prescreviam, o que justificaram pelo não envolvimento do referido profissional nas ações de planejamento familiar. Também foi destacada a rotatividade desses profissionais, o que é reforçado na voz da usuária que ressaltou: *Eles [os médicos] deviam durar mais. Não dá nem tempo a gente se acostumar com eles já vem outros (U19).*

O médico só participa do DIU (E4).

O médico não se interessa, deixa só com a enfermeira. Eles também mudam demais... (E5).

Tem que ter a participação do médico. Eles querem que o planejamento familiar fique só com a enfermeira e tem situações que não dá (E6).

Quando a mulher vai ao médico ele volta e diz que isso não é com ele (E7).

Nós preenchemos esse espaço todo do planejamento familiar. Quando mandamos para os médicos eles devolvem pra gente. As mulheres já chegam sabendo que o planejamento familiar é com a enfermeira (E8).

Um dos registros do diário de campo fortalece ampla participação do enfermeiro nas ações de planejamento. Uma mulher se aproximou da USF e perguntou para uma das funcionárias: - *Como é que a gente tira comprimido aqui?* A funcionária respondeu: - *É se consultando com a enfermeira. Nas quintas-feiras pode vir.*

Ainda sobre o assunto, uma enfermeira declarou assumir toda a assistência ao planejamento familiar, uma vez que se identifica como mais bem preparada para a tarefa, ao tempo em que verbalizou: *No caso do AOC, por exemplo, a paciente vem do médico com a receita, sendo hipertensa e com mais de 40 anos. Então eu decidi que todo planejamento familiar na minha área seja feito por mim (E27).*

Neste contexto, ressaltamos que 100% dos enfermeiros não dispunham *de uma rotina aprovada pela instituição de saúde* para realizar a prescrição de medicamentos, requisito indispensável à sua prática legal e ética, conforme enunciado na Lei do exercício profissional de nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. No aspecto privativo de sua atuação e como integrante da equipe de saúde, no caso a equipe do PSF, referida lei determina que compete ao enfermeiro: *prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde* (COREN-CE, 2001, p. 16-17). O MS também determina dentro das funções do enfermeiro na prestação da assistência em planejamento familiar *fornecer o método anticoncepcional de acordo com a rotina do serviço* (BRASIL, 2002b, p.39). Apesar

do exposto, uma enfermeira declarou: *aqui e nos outros postos, todos aceitam a prescrição da enfermeira* (E7).

Mostrou-se preponderante a incerteza dos enfermeiros sobre o local de referência para realização de laqueadura, vasectomia e seguimento dos casos de infertilidade. Estas informações se diferenciaram entre enfermeiros de um mesmo município, quando um sabia informar a referência, outro informava de maneira equivocada e um terceiro desconhecia. Também foram identificadas dúvidas quanto a qual unidade de saúde que realizava estes procedimentos. Por exemplo: a referência regional para a laqueadura é o Hospital e Maternidade José Pinto do Carmo, de Baturité, mas encaminha-se para o centro de saúde de referência ou para o hospital? Observamos, ainda, problema de baixa credibilidade com relação às referências:

Não tenho vontade de encaminhar nada, pois não tem solução (E2).

Encaminhei uma ligação para Baturité. Era uma mulher com 28 anos e seis filhos e a direção do hospital ainda fica pensando se faz a ligação (E6).

A verdade é que o DIU não se coloca em Baturité. A resposta é que lá não tem médico pra colocar. O ginecologista só vai de 15 em 15 dias... (E23).

Quanto à referência para vasectomia, 23 (79,3%) enfermeiros desconheciam, 3 (10,4%) informaram não ser feita na regional de saúde, 2 (6,9%) afirmaram ser realizada em Aracoiaba e 1 (3,4%) em Baturité. Na verdade, nenhum dos municípios do universo da pesquisa pactuou a realização da vasectomia, significando que não há referência para tal procedimento. Os enfermeiros, por outro lado, atribuíram pouca importância ao fato, uma vez que não tinha demanda para este método. Neste sentido, Marchi *et al.* (2003), em estudo sobre a opção pela vasectomia, detectou no universo de 20 casais determinados a realizar a referida cirurgia que apenas dois haviam sido referidos por serviços de saúde, enquanto os demais foram indicados por amigos e pessoas da família, segundo eles, pessoas significativas para a tomada da respectiva decisão. Portanto, este estudo reforça a omissão dos serviços de saúde, marcadamente os de atenção primária, em oferecer informações e dar oportunidades a homens

e casais de incluírem na relação de suas opções contraceptivas a vasectomia, como vem ocorrendo na CERES de Baturité.

Apesar de a inserção do DIU ser um procedimento plenamente praticável no nível primário da atenção, na CERES estudada, não se pratica desta forma. Dos oito municípios da CERES, 4 contavam com profissionais habilitados para realizar a inserção. Os demais tinham o Centro de Saúde de Baturité como referência, porém o ginecologista só atende um dia por semana, o que torna o acesso das mulheres bastante limitado. Evidenciamos uma situação crítica que poderia ser amenizada através de uma supervisão regional, envolvendo dois aspectos: primeiro, gerenciando a oferta de DIU nos municípios que dispõem de profissional habilitado para inserir; segundo, promovendo a capacitação de médicos e enfermeiros para realizarem a inserção. Este treinamento poderia ser realizado pelos próprios médicos da região, já treinados e inclusive atendendo a necessidade daquelas mulheres que aguardam por uma inserção. Este é um dos princípios da regionalização da saúde, proposto na NOAS/2001.

Quanto aos casos de infertilidade os enfermeiros se dividiram entre não saber para onde encaminhar (12), encaminhar para o Centro de Saúde de Baturité (9), para o hospital local (6), para o médico da equipe (1) ou para a Maternidade-Escola da UFC por conta própria (1). Este cuidado também não foi pactuado por nenhum dos municípios da CERES, determinando que não há referência formalizada para estes casos. Na ocasião, esses profissionais não manifestaram nenhum cuidado voltado aos casais inférteis no nível primário da atenção, quando medidas simples, com elevado grau de resolubilidade, poderiam estar sendo executadas. A atenção ao casal infértil deve ser tratada com o mesmo empenho da atenção aos casais férteis, justificando que o planejamento familiar inclui tanto as ações voltadas à concepção como aquelas voltadas à contracepção (BRASIL, 1996a).

A esse respeito, destacamos um trabalho que vem sendo realizado no Centro de Planejamento Natural da Família (CENPLAFAM) de Curitiba. Aplicando o conhecimento dos

métodos comportamentais e incluindo o apoio psicológico, os profissionais estimulam as mulheres à auto-observação, levando ao conhecimento de seu período fértil, do funcionamento do corpo, bem como das oscilações hormonais e repercussões de sua sexualidade. Tal método envolve mesmo aquelas(es) mulheres/casais com baixo grau de instrução formal. Portanto, trata-se de atividades simples de instrução para a obtenção de consciência corporal e autoconhecimento, que tem alcançado êxito, pelos vários bebês nascidos em função do acompanhamento (BERTOLDI, BERTOLDI e FREITAS, 2003).

4.3 Qualidade em planejamento familiar na visão de usuárias e enfermeiros

As usuárias, refletindo a respeito de um serviço de planejamento familiar de qualidade, elegeram em ordem crescente de prioridade três elementos que integram o modelo conceitual de Judith Bruce: oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, informação dada ao cliente e acompanhamento dos usuários. Todavia, introduziram o componente “participação masculina” como um elemento significativo para a qualidade.

A oferta de MAC para estes sujeitos significou dispor de uma variedade que permitisse a entrega de todo método escolhido pelas usuárias, favorecendo a livre escolha. As falas das mulheres relacionadas a seguir demonstraram esta perspectiva, que vem ao encontro do pensamento de Bruce (1990):

*Que oferecessem todos os métodos que a gente precisasse (U4, U50). Que tivesse a injeção, o DIU, a camisinha (U2, U13, U35).
Era o serviço não oferecer só comprimido, que desse outros meios de evitar família (U14).
Que quando as mulheres vissem que chegou a hora de ligar, o Doutor não botasse tanta dificuldade (U27, U46).*

Nas falas seguintes, as mulheres destacaram a provisão regular dos anticoncepcionais como parte da oferta, no sentido de que os métodos não faltassem no serviço, favorecendo a continuidade no uso:

*Que não falem os métodos. Que tenha continuidade (U8, U11, U17, U48).
Era não faltar os métodos anticoncepcionais, incluindo a injeção e a camisinha (U5, U13).
Ta com três vezes que eu venho atrás de camisinha e não tem. Que não faltassem os métodos anticoncepcionais e que aquilo que a mulher escolhesse tivesse pra ela usar. Se a gente não se desse com uma coisa já era pra ter outra ali (U30, U44).*

Um aspecto que consideramos inovador foi a importância que as usuárias demonstraram com relação aos profissionais darem uma atenção particular às mulheres com risco reprodutivo. A propósito, o enfoque de risco é uma das diretrizes do PSF, na medida em

que busca a equidade como uma possibilidade de tratar de forma desigual os desiguais, dando ênfase ao atendimento daqueles que mais precisam. Uma usuária chamou a atenção para essa particularidade da qualidade do serviço no seguinte depoimento:

Os agentes de saúde deveriam se responsabilizar mais pelas pessoas que não tomam muito cuidado. Tem uma vizinha minha que teve gêmeos há menos de dois anos e já tá grávida de novo (U32).

Na dimensão da informação dada, as usuárias ressaltaram a divulgação do serviço como uma etapa da informação ao cliente, aspecto pouco enfatizado por Bruce (1990). Para as usuárias, a divulgação seria realizada com a finalidade de captar as pessoas aos serviços, ampliando o acesso. Este aspecto guarda uma relação com o que Díaz e Díaz (1999) destacaram como um novo elemento agregado ao marco original de Bruce (1990), a garantia do acesso. Nos depoimentos que seguem as usuárias destacaram bem esse ponto:

Era ter um jeito de convocar as pessoas a virem... uma propaganda. Há muitas campanhas, mas sobre o planejamento familiar é muito sem propaganda (U1).

Era a equipe procurar a gente. Nos sítios, não sabemos dessas coisas que a senhora disse agora. E como eu são muitas (U23). Eu moro muito longe, nunca foram pras bandas de lá. Era bom que eles fossem lá conversar com a gente (U41).

Que o posto divulgasse mais porque ainda tem muita mulher por aí que não usa um meio de evitar porque não sabe que tem o serviço (U34).

A respeito do que foi exposto, resgatamos das anotações do diário de campo a colocação de um médico do PSF que reivindicava melhoria de transporte e de estradas na sua área, pois estava há um ano na equipe e ainda não conhecia duas das localidades de seu território de abrangência por dificuldade geográfica de acesso.

Neste contexto, o PAISM orienta que a assistência ao planejamento familiar deve ser organizada para atender toda população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, que diríamos, da área de abrangência da equipe de PSF. Para tanto, a divulgação e a busca ativa da clientela na comunidade, é condição fundamental (BRASIL, 1996a).

Boa parte das usuárias comentou a importância da informação dada aos clientes já inseridos nos serviços de planejamento familiar e considerou essa ação uma prioridade alta, ante nível de desinformação que presenciam na comunidade. Ressaltaram o desejo dessas informações chegarem aos homens e destacaram a importância das atividades em grupo. Estes aspectos podem ser identificados nos seguintes depoimentos:

Que a gente fosse mais orientada, que eles conversassem mais com a gente. Poderia ter mais reuniões, mais participação das pessoas. A orientação está pouquíssima (U2, U5, U33).

Eu acho que era ter uma pessoa que escutasse e explicasse direito. Tem muita gente por aí que não tem informação nenhuma. O povo daqui tem vergonha de falar nessas coisas (U16).

Que houvesse essas palestras, esses grupos. O que tem de mulher aqui engravidando por falta de orientação, vergonha de perguntar! (U37).

Deve haver mais palestras, ensinar usar camisinha. A senhora pensa que aqui as mocinhas sabem usar camisinha? Num sabem não. Eu sei porque trabalho aqui [referindo-se a Unidade de Saúde] (U40).

Eles [a equipe do PSF] deveriam incentivar mais, não ser aquela coisa pacata de reunião. Todo mundo tem medo de reunião. Que fosse mais convidativo, que chamasse mais atenção, divertido (U20).

O terceiro elemento da qualidade mais destacado pelas mulheres foi o acompanhamento, para o qual deram um enfoque eminentemente voltado para a entrega dos anticoncepcionais. As usuárias manifestaram o desejo de obter o anticoncepcional com rapidez, descentralizada (pelo agente de saúde) e em quantidade suficiente para uso em período mais longo.

Era pra gente receber os comprimidos pelo menos pra três meses. A gente é ocupada, tem muita luta em casa. É preciso esperar, tem demora. Se eu tivesse posse pra comprar eu num vinha tirar não (U6, U28).

No meu pensar se ela despachasse duas ou três caixas era melhor. A gente é muito ocupada, todo mês tem que tirar aquele tempo pra vir. Aí isso é ruim, né! (U10, U24, U26, U27).

Eu tenho vontade de botar o DIU só pra não ta todo mês nesse Posto atrás de comprimido (U22).

Poderia as agentes de saúde levar as camisinhas para as localidades pra ser mais fácil, pois são elas que têm mais contato com a gente (U43).

A “participação do homem” como elemento da qualidade dos serviços de planejamento familiar foi justificada pelas usuárias no sentido de proporcionar uma informação adequada sobre esses serviços, favorecendo a escolha compartilhada e

conseqüentemente o apoio ao uso correto dos anticoncepcionais, bem como decisões responsáveis quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva.

Sempre quando tem essas palestras é só pra mulher. Eu acho que devia ter alguma coisa para os homens também, porque a gente escuta tudo aqui, sai acreditando, aí quando chega em casa eles [os maridos] botam tudo abaixo (U3).

Que elas dessem mais palestras e reuniões para o casal (U21).

Eu achava bom que convocasse uma reunião com os maridos, pois a gente chega em casa e fala, mas eles não acreditam de jeito nenhum...a maioria é agricultora, não conhecem essas coisas, então poderia ser feita palestra à noite, explicando (U49).

Sobre a atividade noturna que aparece nesta última fala, também foi uma discussão presente em uma pré-conferência e duas conferências municipais de saúde, no universo do estudo. Os usuários discutiram a possibilidade de atendimento das 18 às 20 horas, apenas alguns dias na semana, de forma que o profissional compensasse seu horário e ao mesmo tempo pudesse envolver o usuário trabalhador nas atividades do setor, como é essa do planejamento familiar. Essa solicitação das usuárias não parece difícil de ser atendida, uma vez que 89,7% dos enfermeiros já residem no Município e/ou na localidade de sua atuação.

Na visão de 20 (69%) enfermeiros, a qualidade da atenção ao planejamento passou pelos aspectos da oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, com uma ênfase quanto ao suprimento regular desses insumos, ou seja, que não falte e que a quantidade seja suficiente, o que está demonstrado nas principais falas recortadas a seguir:

Tem época que tem DIU, outra não tem (E1). Que não falem os anticoncepcionais. O injetável só veio uma vez, aí quebra todo o nosso trabalho (E5).

O problema daqui é que quando vem é muito reduzido. Injetável vem três ampolas (E7).

Que tenha todos os métodos ou que tenha só um, mas que não falte (E8).

Deveria ter continuidade. Iniciamos, aí no próximo mês falta. Então cai no descrédito (E10).

Principalmente acesso a todos os MAC para garantir à população a escolha. Ela toma conhecimento dos tipos de métodos, mas não há disponibilidade (E28).

A gente apresenta todos os MAC e quando vai escolher não tem (E29).

A informação em saúde veio como o segundo elemento da qualidade na opinião dos enfermeiros, tendo sido enfatizado por 16 (55,2%) deles. Nos depoimentos apresentados a seguir, observamos que as informações sobre as características dos métodos anticoncepcionais são as que se sobressaíram nas falas dos enfermeiros. Por outro lado, muitos se mostraram preocupados em dar oportunidade à clientela para refletir sobre o papel perante a sexualidade e a reprodução e tomar decisões mais coerentes, trazendo uma abordagem mais geral. Os enfermeiros também deixaram sobressair a relevância das atividades de informação desenvolvidas em grupo.

Realizar momentos de educação em saúde individual e grupal e com casais (E9). É importante a conscientização dos clientes ... orientação individual e em grupo (E27).

Oferecer reuniões para explicar vantagens e desvantagens dos MAC...que sejam explicados todos os MAC (E10, E15, E26).

Educação em saúde é importante para que elas possam conhecer todos os MAC (E21, E22).

Muitas mulheres usam os MAC de forma errada, então é preciso investir muito na informação, esclarecer as dúvidas e não fazer uma mera entrega de métodos (E13).

É a gente conversar pra que as mulheres evitem a gravidez indesejada, esteja bem informada sobre ter um filho bem planejado, evitar a gravidez na adolescência e na idade avançada (E18).

O planejamento familiar não é só usar anticoncepcional, deve ser procurado até mesmo antes da primeira relação sexual e pensar no bem-estar do filho (gastos, parte financeira) (E15, E20).

Ainda com referência à informação dada aos clientes, 6 (20,7%) enfermeiros valorizaram a disponibilidade de material educativo, tanto de apoio ao trabalho dos profissionais, quanto de arrimo à leitura dos clientes:

Dispor de material educativo para os clientes, para que lendo eles adquiram mais conhecimentos (E5, E7, E17).

Ter uma estrutura básica (álbum seriado, kit de MAC televisão com vídeo) (E14, E15).

A competência técnica foi lembrada por 8 (27,6%) enfermeiros como um elemento de qualidade. Estes enfocaram a importância do treinamento de pessoal; a assistência integral

envolvendo outros aspectos da saúde global da mulher e a escuta à cliente. As falas que seguem permitem identificar esses aspectos:

Treinamento do pessoal, dos enfermeiros, para que a gente pudesse passar as coisas com segurança. Tenho dúvidas que gostaria de esclarecer. Procuo orientação com colegas e com o médico. Ah se essa pesquisa gerasse um treinamento! (E1).

O pessoal tem que ser treinado, qualificado (E10, (E17).

Que dê resolução a outros aspectos clínicos como corrimentos (E11). ...e que façam a prevenção do câncer de colo e mama (E15). Pensar no bem estar da mulher como um todo, ouvir, oferecer a prevenção do câncer (E23). Atenderem todas as fases, desde o começo as adolescentes até o climatério (E24).

A estrutura física adequada para o atendimento, que garanta privacidade ao cliente foi destacada por 6 (20,7%) enfermeiros.

O atendimento ao cliente devia ser em um ambiente privativo (E1, E5). Um local restrito só para esse tipo de situação (E11). ... e estrutura física que não temos (E17). É ter uma área física adequada para fazer o trabalho educativo e deixar o cliente à vontade e principalmente saber escutar (E19). Seria a construção de um ambiente só para os cuidados da mulher. Quando trabalhei em ... era assim (E26).

O relacionamento interpessoal foi destacado por 2 enfermeiros: *Confiança entre profissionais e usuários (E16). É o profissional dar atenção (E22).*

Um enfermeiro lembrou a importância do acompanhamento: *Acompanhamento dos profissionais com avaliação de contra-indicações e apoio na livre decisão do usuário (E9).*

Dois elementos foram acrescidos no alcance da qualidade por parte dos enfermeiros. Um foi o registro do cuidado, sobre o qual um enfermeiro abordou - *o registro de enfermagem é fundamental para a qualidade da assistência ao planejamento familiar, principalmente com relação ao acompanhamento. Quando cheguei nessa equipe à única coisa que encontrei foi um mapa com o nome das mulheres e a entrega, já pensou? (E16);* e o outro, que também fora introduzido pelas mulheres, foi a participação do homem ou do casal nas ações voltadas ao planejamento familiar. Neste segundo aspecto os enfermeiros verbalizaram:

O planejamento familiar deve ser voltado para homens e mulheres. Os homens nunca procuram e quando procuram é por preservativo e não tem, aí eles não retornam (E7).

Deveria ser um aconselhamento do casal. Sentar e discutir a meta reprodutiva, estabelecer uma parceria entre a saúde e eles (E11).

Que houvesse a participação da mulher e do companheiro (E15, E21).

Quando eu penso em PF eu penso na mulher. Claro que deve envolver o homem, mas é a mulher que chega querendo usar a pílula (E23).

Após essa trajetória de avaliação da assistência ao planejamento familiar, identificamos, além dos aspectos já apresentados pelas usuárias e enfermeiros como inovadores à estrutura conceitual de Bruce (1990) - inserção dos homens e registro de enfermagem, a importância do trabalho em equipe. Este elemento nos suscitou sua importância talvez pela força e expectativa do trabalho em equipe no qual se confia, esperando-se que seja desenvolvida no PSF. A esse respeito, Dário Pash (MS), no II Encontro Norte e Nordeste de Enfermagem em Saúde da Família, ocorrido em Fortaleza em outubro de 2003, assinalou que algumas equipes de PSF reestruturaram seu trabalho de tal forma que houve praticamente uma homogeneidade do núcleo de competências, ou seja, das atribuições específicas. Somos favorável a esse ponto de vista, desde que sustentado por um espírito forte de equipe, assessorado por protocolos e rotinas bem estabelecidas. Deste modo, estaríamos a garantir segurança das ações implementadas, com maior abrangência e resolubilidade. Essa discussão mostrou-se ser um anseio da comunidade. Portanto, considerando que a qualidade dos serviços exige ações voltadas às necessidades da clientela, destacamos ser imperativa uma participação maior do médico, do auxiliar e do agente comunitário de saúde no planejamento familiar.

Propomos, todavia, uma visão ampliada da estrutura conceitual de Bruce (1990), uma vez que os elementos inserção dos homens / casal, registro das informações por parte dos profissionais e trabalho em equipe se mostraram essenciais à qualidade do planejamento familiar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os objetivos propostos nesta pesquisa, sobretudo as questões que nos inquietavam, ressaltamos haver logrado resultados esclarecedores que nos conduziram ao reconhecimento de significativa participação dos enfermeiros na assistência ao planejamento familiar, na perspectiva da qualidade. Por outro lado, consideramos os resultados enriquecedores, na medida em que somaram subsídios à reorientação da prática implementada pelos enfermeiros no campo do planejamento familiar, no universo pesquisado.

A participação de usuárias e enfermeiros como sujeitos da amostra foi bastante positiva por dois aspectos: primeiro, que a escuta às clientes demonstrou a importância deste segmento como agente que tem voz e capacidade para definir suas necessidades e prioridades; e segundo, que a aproximação das falas dos dois sujeitos permitiu a revelação de interesses convergentes e divergentes entre beneficiários e provedores de saúde, aspecto relevante à qualidade dos serviços de planejamento familiar.

Da caracterização da amostra, destacamos a ausência de homens e praticamente de adolescentes freqüentando os serviços de planejamento familiar oferecidos nas unidades de saúde da família (USF), no decorrer do trabalho de campo. Entre as mulheres entrevistadas, predominou a faixa etária dos 20 aos 34 anos, casadas, com renda familiar até meio salário mínimo e baixo nível de escolaridade (até quatro anos de estudos). A maioria dessas mulheres tivera gravidez na adolescência e tinha entre um e dois filhos. Mostrou-se também significativo o percentual de mulheres que gestaram em intervalo inferior a dois anos e que tiveram mais de quatro gestações. Do exposto, concluímos que os serviços de planejamento familiar não estavam priorizando dar atenção à faixa etária de maior risco reprodutivo, a adolescência. Ademais, vêm desenvolvendo suas atividades sem qualquer participação dos

homens, uma vez que nenhuma estratégia estava também sendo aplicada para a captação deste grupo populacional, tão significativo a ter sua participação nas decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva. O baixo nível de escolaridade e a baixa renda familiar sinalizaram a favor da implementação de medidas intersetoriais, ou seja, uma integração das ações de saúde com as demais ações de educação, ação social, trabalho etc. Neste sentido, enfocamos que o PSF sinaliza para a necessidade de se enfrentar os agravos da comunidade a partir de prioridades estabelecidas, buscando alcançar a equidade.

Da caracterização dos enfermeiros, ressaltamos a predominância da faixa etária jovem, até 30 anos; tempo de graduação entre dois e cinco anos, correspondendo ao mesmo tempo de atuação em planejamento familiar, bem como a fixação da maioria no próprio município de atuação, aspecto tão importante à vinculação profissional-comunidade.

Quanto à avaliação da assistência de ao planejamento familiar, que abordou os seis elementos de qualidade propostos por Judith Bruce (oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais, informações dadas ao cliente, competência técnica profissional, relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente, acompanhamento dos usuários e rede apropriada de serviços), identificamos marcas e traços de todos eles nas falas apresentadas pelos enfermeiros e usuárias. Porém, estas marcas e traços apareceram incompletos e outras vezes superficiais na ação prática, numa demonstração de que não havia um eixo norteador para as ações, que ocorriam no ritmo e na dimensão da qualidade que cada profissional julgava adequada ou conveniente. Deste modo, defendemos o argumento de que enfermeiros e usuárias dos serviços de planejamento familiar do universo do estudo têm uma percepção apurada a respeito dos elementos da qualidade propostos por Bruce, todavia necessitam estarem mais determinados à sua efetivação na prática, o que nos conduz a refutar a tese proposta no início da pesquisa.

A oferta e a livre escolha dos métodos anticoncepcionais ficaram demonstradas como o principal desafio ao estabelecimento de uma política de planejamento familiar dentro dos princípios legais e éticos, o que consideramos só ser um direito conquistado de fato pelas mulheres a partir de um processo reivindicatório de mobilização social. Apenas dois tipos de anticoncepcionais mostraram-se disponíveis e com uma provisão mais ou menos estável, o anticoncepcional oral combinado (AOC) e a pílula exclusivamente de progestágeno (PEP), o que interfere diretamente na livre escolha. Há problemas de falta real dos insumos, como também problemas relacionados com a distribuição. A baixa renda familiar não oferece às mulheres o poder de aquisição dos anticoncepcionais em uma fonte privada, deixando 62% totalmente na dependência do que o serviço público oferece. Na falta de métodos, as referidas mulheres destacaram o coito interrompido como a única opção. Quanto à participação masculina na escolha do método anticoncepcional, propomos a revisão da demanda de homens que colaboram com suas parceiras nas decisões de planejamento familiar, uma vez que a maioria das mulheres manifestou contar com o parceiro nessa ocasião.

A informação ao cliente ocorre predominantemente através da orientação individual realizada pelos enfermeiros, apesar de reconhecerem a importância das atividades grupais e coletivas, as quais realizam esporadicamente com o argumento de terem uma demanda superior à capacidade de atendimento. Este aspecto, uma vez analisado, não justificou a omissão dos enfermeiros em priorizar as ações grupais, decisão que contribui, inclusive, para dar respostas mais abrangentes a demandas em excesso. Consideramos, todavia, que há escassez de recursos para apoiar as atividades de orientação e informação, a começar por um espaço físico adequado ao funcionamento de grupos.

As mulheres entrevistadas apresentaram percepções compatíveis com os benefícios do planejamento familiar, superando o paradigma de que a gravidez é uma fatalidade que cabe ao

destino determinar. A pílula, o preservativo masculino e o injetável foram os MAC mais conhecidos das mulheres entrevistadas, seguidos pelo DIU, a tabela e o aleitamento materno.

A maioria dos enfermeiros tinha participado de algum treinamento sobre o planejamento familiar e tinham eles acesso às normas técnicas referentes à mesma temática. No entanto, barreiras profissionais foram identificadas nas histórias narradas pelas usuárias que chamaram a atenção para a necessidade de se implementar um processo de educação continuada. Os próprios enfermeiros também reconheceram dificuldades técnicas para o manejo dos anticoncepcionais, incluindo questões de comunicação em saúde (aconselhamento).

Sob o ponto de vista de compreender o cliente como um agente ativo na relação com o profissional e perante seu processo saúde-doença, a maioria dos enfermeiros se revelou de forma contrária, pois vêem os clientes como pouco participativos e com baixa capacidade para tomar decisões. Esta situação foi analisada como negativa ao relacionamento interpessoal e à comunicação profissional-cliente, pois o cliente, além de ter um potencial de conhecimentos para fazer suas escolhas, também merece ser visto como protagonista de suas ações.

O acompanhamento das usuárias é desenvolvido de maneira centralizada, sobretudo pelo enfermeiro. Ademais, a entrega dos anticoncepcionais está associada a um atendimento mensal que deixa este profissional sobrecarregado e a clientela insatisfeita pelas longas esperas e as vindas repetidas a USF, sendo inclusive motivo de descontinuidade de uso dos MAC. A maioria das usuárias se dizia satisfeita com o uso do MAC, mesmo assim 18 (36%) desejavam trocar de método, porém a escolha não estava disponível.

O planejamento familiar é oferecido pelas equipes do PSF, basicamente nas USF e algumas vezes levado às localidades, basicamente pelos enfermeiros. Não há serviço pós-parto ou pós-aborto funcionando em uma rede integrada. A referência para a laqueadura foi

pactuada pelos municípios da CERES para o Hospital e Maternidade Pinto do Carmo, localizado em Baturité, porém alguns profissionais desconheciam esta informação. Outros profissionais, bem como as próprias usuárias, relataram dificuldades para a realização da laqueadura no local de referência citado, que não segue os critérios da lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, de que a esterilização voluntária é permitida para homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou, pelo menos, com dois filhos vivos.

Por fim, usuárias e enfermeiros elegeram entre os seis elementos de qualidade dos serviços de planejamento familiar, propostos por Judith Bruce, a oferta e a livre escolha dos métodos anticoncepcionais e a informação dada ao cliente como os de maior relevância. Ademais, as duas categorias de sujeitos deixaram sobressair a participação masculina como um elemento de qualidade; os enfermeiros introduziram o registro das informações também como um elemento de qualidade e a pesquisadora / autora deste ensaio indicou o trabalho em equipe como um elemento essencial à qualidade, no contexto atual, em que a assistência ao planejamento familiar é oferecida basicamente pelo PSF.

6 RECOMENDAÇÕES

O presente estudo, classificado por nós como do tipo *Pesquisa de Avaliação*, nos remeteu a investigar a assistência ao planejamento familiar, com o intuito de identificar o que deveríamos mudar, com base em como estávamos nos saindo e o que poderíamos fazer melhor na perspectiva da qualidade. Assim, chegamos ao final dessa experiência com subsídios bastantes para fazer as seguintes recomendações:

- que as ações de planejamento familiar se voltem, prioritariamente, para o envolvimento de adolescentes, com atividades junto às famílias, escolas e comunidades, na perspectiva de abrir canais para o diálogo franco sobre a sexualidade e a maternidade e paternidade responsáveis;
- que os homens sejam convidados a participar das atividades de planejamento familiar através de mobilização desencadeada pelos membros das equipes de PSF, os quais poderão adequar os horários de atendimento, de maneira a favorecer a participação do casal e de trabalhadores, bem como ampliar as ações extramuros, em fábricas, praças, encontros em áreas rurais, igrejas, dentre outras;
- que as mulheres/casais com alto risco reprodutivo sejam identificadas e acompanhadas com prioridade e maior rigor;
- que usuários, profissionais da saúde e gestores se reúnam para o encaminhamento da aquisição de uma quantidade de variedade razoável de anticoncepcionais, de forma que o suprimento siga um fluxo regular e os usuários possam ter maior liberdade de escolha;
- que as atividades de informação em planejamento familiar possam ser expandidas no plano grupal, independente de a oferta dos anticoncepcionais estar ou não garantida a contento;

- que as usuárias sejam vistas como protagonistas da sua história reprodutiva e com capacidade para, uma vez apoiadas e estimuladas, tomarem suas decisões a respeito do planejamento familiar e do uso de métodos anticoncepcionais;
- que os membros da equipe de PSF estabeleçam uma norma operacional que seja padrão para as ações de planejamento familiar, contemplando a participação de todos, de maneira a melhorar o fluxo dos clientes e garantir os aspectos legais e éticos dos serviços oferecidos;
- que cada equipe de PSF inicie um processo de educação continuada;
- que a entrega dos anticoncepcionais possa ser realizada também através do agente de saúde e do auxiliar de enfermagem, sob a supervisão de médicos e enfermeiros, uma vez que ficou constatado ser desnecessária a consulta aos referidos profissionais mediante um simples retorno para abastecimento de anticoncepcionais; e
- que as informações referentes ao atendimento dos clientes de planejamento familiar sejam registradas com a finalidade de dar qualidade à assistência, sobretudo ao seguimento. Enfatizamos, todavia, o registro de informações referentes à cobertura da população-alvo e outros dados epidemiológicos pertinentes.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
2. ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1998. 220p.
3. ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, jan./fev. 2003.
4. ARRUDA, B. K. G. Um novo enfoque da educação médica. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.2, n. 2, p. 89-90, maio/ago. 2002.
5. ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 2, p. 70-103.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977. 225p.
7. BECHELLI, L. P.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 383-391, maio/jun. 2002.
8. BERTOLDI, A.; BERTOLDI, E. T. S.; FREITAS, M. V. S. N. de. Ajudando casais a obterem uma gravidez: um projeto de humanização no Planejamento Familiar. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 37-40, abr. 2003.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 2001a.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizartexto>>. Acesso em: 19 ago. 2003.

11. _____. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002 a. 150p.
12. _____. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Brasília, 2002 b. 80p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001b. 128p.
14. _____. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência**. Brasília, 2001c.
15. _____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1999. 40p.
16. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF. 1998, 35p.
17. _____. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, DF. 1996a, 169p.
18. _____. Ministério da Saúde, FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Informação, educação e comunicação em saúde (IEC)**: promoção da saúde. Brasília, 1996b.
19. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Stud. Fam. Plann.**, New York, v. 21, n. 2, p. 61-91, Mar./Apr. 1990.
20. CAMPOS, M.; SOUSA, V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 1999. p. 80-85.
21. CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.23-31, fev. 2001.
22. CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Fortaleza: Núcleo de Informação em Saúde, 2003a.

23. _____. Secretaria da Saúde. **RESME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais**. 5. ed. Fortaleza, 2003b. 110p.
24. _____. Secretaria da Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)**. Fortaleza, 2002.
25. _____. Secretaria da Saúde. **Guia para prestação de serviços de saúde reprodutiva do Estado do Ceará**. Fortaleza, 1998a.
26. _____. Secretaria da Saúde. **II Análise situacional da saúde reprodutiva no Ceará: avaliação de impacto, 1993-1997**. Fortaleza: Population Council/USAID, 1998b. 43p.
27. CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**. 4th . ed. St. Louis: Mosby, 1995. 235p.
28. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CIPD 94). Cairo, 1994. Relatório. Brasília: FNUAP/CNPD, 1994.
29. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ (COREN-CE). **Legislação**. Fortaleza: 2001. 42p.
30. COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em: 6 dez. 2002.
31. COUNSELING makes a difference. **Popul. Rep. J**, n. 35, p. 1-37, nov. 1987.
32. CRUZ NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 3, p. 51-66.
33. DIAS, N. M. O. **Mulheres sanitárias de pés descalços**. São Paulo: HUCITEC, 1991.
34. DIAZ, J.; DIAZ M. Contracepção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; CASTELO BRANCO, V. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 249-257.

35. DiCENSO, A. *et al.* Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. **Revista Panamericana de Salud Pública** [on line]. Jul. 2002, v. 2, n. 1 [citado 20 jul. 2003], p. 48-49. Disponível na World Wid Webe: <http://www.scielosp.org/scielo.php?>
36. FAÚNDES, A.; HARDY, E. Ética médica e planejamento familiar no Brasil. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/eticamed.html>>. Acesso em: 6 dez. 2002.
37. FONSECA NETO, M. D.; VILAR, M. C. P. M. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de reorganização do SUS – Ceará**. Fortaleza: SESA, 2002. 88p.
38. FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 4, p. 151-162.
39. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO – FNUAP. **Rastos e marcos: população e mudanças ambientais. A situação da população mundial 2001**. New York, 2001.
40. GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 5, p. 165-179.
41. GALVÃO, L.; DÍAZ, J.; DÍAZ, M.; OSIS, M. J.; CLARK, S.; ELLERTSON, C. Anticoncepção de emergência: conhecimento, atitudes e práticas entre ginecologistas-obstetras no Brasil. **Persp. Int. Planej. Fam., New York**, número especial, p. 20-23, 2001.
42. GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. 389p.
43. GARCÍA-NÚÑEZ, J. **Avaliação em planejamento familiar: um guia para administradores e avaliadores**. Salvador: Pathfinder Internacional, 1993. 242p.

44. GOLDANI, A. N. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 1, p. 25-69.
45. HARDY, E.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. M. D.; ARCE, X. E.; POSSAN, M. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, jul./ago. 2001.
46. HATCHER, R. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J. S.; SHELTON, J. D. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, 2001. cap. 2, p. 2-1-2-2.
47. IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2002.
48. KAWAMOTO, E. E. Educação em saúde. In: _____. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1993. p. 29-33.
49. LEAL, L. N. **Prefeituras engajadas no planejamento familiar**. Disponível em: <<http://www.jt.estado.com.br/editoriais>>. Acesso em: 26 set. 2001.
50. LEVY, S. **Programa Educação em Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em: 22 out. 2000.
51. LOPES, M. V. Contratação de médicos é difícil no interior. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, p.2, 18 out. 2003.
52. MACHADO, M. H. (Org.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146p.
53. MACHUCA, M.; LLIMÓS, F. F. **Respuestas sobre atención farmacéutica: seguimiento del tratamiento farmacológico**. Barcelona: Sanidad y Ediciones, 2001. 71p.
54. MAIA, M. B.; CHACHAM, A. S. **Grupos de planejamento familiar dos Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço**

- ofertado na Rede. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 29 dez. 2002.
55. MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 358-371, maio-jun. 2002.
56. MARCHI, N. A.; ALVARENGA, A. T.; OSIS, M. J. D.; BAHAMONDES, L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, n. 4, p. 1017-1027, jul./ago.2003.
57. MEDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 3, p. 104-150.
58. MINAYO, C. S. (Org.). **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. cap. 1, p. 9-27.
59. MINAYO, C. S. Violência e saúde: entrevista. **Rev. Sustentação**, Fortaleza, ano 4, n. 11, p. 3-5, maio/ago. 2003.
60. MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.
61. MOURA, E. R. F. **Assistência de enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família**. 2001. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.
62. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Medidas vitais: um desafio de comunicação**. Brasília: OMS/UNICEF/UNESCO, 1998.

63. OSIS, M. J. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 25-32, jan./fev. 1998.
64. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p. 5-22.
65. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS-REDE SAÚDE. **Controle social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres**. 3. ed. São Paulo, 2002. 60p.
66. REZENDE, J. **Obstetrícia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
67. RODRIGUES, H. C. et al. A percepção das adolescentes grávidas do Bairro dos Terrenos Novos de Sobral-CE sobre os métodos contraceptivos. **Rev. Sustentação**, Fortaleza, ano 4, n. 11, p. 59-76, maio/ago. 2003.
68. RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118p.
69. ROSS, J. A.; WINFREY, W. L. Uso de anticoncepcionais, intenção de usar e necessidade insatisfeita durante o período pós-parto prolongado. **Persp. Int. Planej. Fam.**, New York, número especial, p. 2-9. 2001.
70. SAID, R. **O ponto de vista dos clientes: resultados da pesquisa sobre qualidade e satisfação com serviços de saúde reprodutiva**. Fortaleza: SESA-CE/JHU/CCP, 1997.
71. SANTANA, J. P. A formação profissional e a educação permanente em saúde. **Bol. Inf. Assoc. Bras. Enfermagem – ABEn**. Especial Educação. Brasília, ano 44, n. 2, p. 5, jul./set. 2002.
72. SANTOS, A. O. Pobreza e desigualdades. Disponível em: <http://www.cnc.com.br/opin/pobrezadesigualdade.htm>. Acesso em: 30 dez. 2002.
73. SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, fev. 2001.

74. SEPÚLVEDA, M. A. C. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil. 6p. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acesso em: 10 out. 2000.
75. SILVEIRA, D. M. I. **Mortalidade materna**: realidade que se faz conhecer lentamente. 2002. 116p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.
76. SOCIEDADE CIVIL DO BEM-ESTAR FAMILIAR- BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde** - PNDS. Rio de Janeiro, 1996.
77. TANAKA, A. C. d'A. Mortalidade Materna. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS-REDE SAÚDE. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos**: dossiês. São Paulo: 2001. p. 23-37.
78. TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. 162p.
79. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1993. 120p.
80. TYRRELL, M. A.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político social e inserção de enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.
81. VARELA, Z. M. V. Habilidades femininas no agir didático. In: SILVA, R. M.; BARROSO, M. G. T.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Ensino na universidade**: integrando graduação e pós-graduação. Fortaleza: Fundação Cearense Pesquisa Cultura, 2000. p.17-25.
82. VASCONCELOS, A. C.; MOURA, E. R. F. Atuação da enfermeira do Programa Saúde da Família sob o olhar do usuário. **Rev. RENE**, Fortaleza, artigo no prelo, 2003.
83. VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. In: _____. **Direitos reprodutivos na constituição brasileira**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2002. p. 31-35.

84. VICTORA, C. G.; KNAUT, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. cap. 3, p. 33-44.

8 APÊNDICES E ANEXO

Apêndice A - Roteiro de entrevista dos enfermeiros

1. Dados sociodemográficos

Município: _____ Atua em: Sede () Distrito () Se distrito, especificar _____

Reside: () Na sede () Em distrito () Em Fortaleza () Em município vizinho

Faixa etária: () Até 30 anos () De 36 a 40anos () Mais de 45 anos

() De 31 anos a 35 anos () De 41 a 45 anos

Sexo: () Masculino () Feminino No. de filhos: _____ Anos de formada: _____

Tempo de atuação no PSF: _____ Tempo de atuação no PF: _____

2. Na sua visão, quais as características de um serviço de planejamento familiar de qualidade? O que ele precisa ter?

3. Você já realizou curso na área do PF? () SIM () NÃO Especifique: _____

4. Você tem acesso a publicações ou manuais de normas técnicas sobre PF?

() SIM () NÃO _____

5. Suas principais dificuldades quanto à atuação no PF estão relacionadas a:

() Informações quanto ao uso correto () Acompanhar complicações

() Avaliar contra-indicações () Apoiar na decisão do método e na livre escolha

() Acompanhar efeitos colaterais () Outros: _____

*Anotar as dificuldades

6. Quanto à prescrição do MAC, você:

- Entrega todos os métodos sem a prescrição formal (por escrito)
 Prescreve todos os MAC
 Prescreve os MAC, exceto AO e injetável Outros: _____

7. Assinale as atividades desenvolvidas por você com relação à assistência de Enfermagem no planejamento familiar

- Consulta de Enfermagem Orientação individual
 Orientação grupal na UBASF Orientação grupal extramuros
 Visita domiciliar (conferência familiar) Outras, especificar

8. Por quantas famílias você é responsável? _____ Qual a demanda por PF na sua área adstrita? _____ Qual a demanda atendida atualmente? _____ Você considera a demanda além da capacidade de atendimento da equipe? _____

9. A USF/ESF dispõe de rotina escrita sobre o PF que inclua o aspecto legal da enfermagem?

- SIM NÃO
 procedimentos realizados responsabilidades horários

Fluxo dos usuários:

10. Referência para:

- Laqueadura DIU Entrega comunitária
 Vasectomia Serviço de Infertilidade

11. Qual a sua visão sobre os usuários do PF (direitos reprodutivos, participação, tomada de decisão)

12. Quais os benefícios e/ou obstáculos que a organização e o funcionamento do PSF representa às ações de PF?

Apêndice B - Roteiro de entrevista das usuárias

Município: _____

1. Caracterização geral dos usuários

Local de residência: Sede () Distrito () Se distrito, especificar _____

Faixa etária: () 15-19anos () 20-24 anos () 25-29 anos () 30-34 anos
() 35-39 anos () 40-44 anos () 45-49 anos

Condição de união: () Com o companheiro fixo () Sem companheiro fixo

Renda familiar mensal:

() Sem rendimento () De 2 a 3 salários mínimos
() Até ½ salário mínimo () De 3 a 5 salários mínimos
() De ½ a 1 salário mínimo () De 5 a 10 salários mínimos
() De 1 a 2 salários mínimos () Sem declaração

Escolaridade (anos de estudo):

() Sem instrução e menos de 1 ano () 4 a 7 anos () 11 anos e mais
() 1 a 3 anos () 8 a 10 anos

Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Espontâneo _____ Provocado _____

Idade no 1º. Parto: _____ Idade no último parto: _____ Intervalo gestacional >de 02 anos _____

2. Qual sua opinião sobre planejar a família?

3. Quais os métodos anticoncepcionais que você conhece?

() Tabela () Aleitamento materno () Camisinha masculina () Anticoncep.
() Muco () Pílula () Camisinha feminina emergência
() Temperatura () Injetável () Diafragma () Outros
() Coito interrompido () DIU () Espermicida _____

4. Com quem você obteve a informação a respeito dos MAC?

() Médico () Auxiliar de enfermagem () Pessoa da família () Professores
() Enfermeiro () ACS () Amigas/vizinhas () Outros

5. Quais métodos você já usou?

- Tabela Aleitamento materno Camisinha masculina Anticoncep.
 Muco Pílula Camisinha feminina emergência
 Temperatura Injetável Diafragma Outros
 Coito interrompido DIU Espermicida _____

*Para cada método usado, anotar o tempo de uso.

Causas da interrupção dos métodos usados:

6. Como se sente quanto ao método em uso? (Caso esteja usando) Especificar: _____

- Satisfeita Com dúvidas Com queixas Deseja continuar com o método
 Insatisfeita Não tem dúvidas Sem queixas Deseja trocar de método

7. Onde você obteve o método?

- UBASF Farmácia por conta própria Outros _____
 Farmácia com prescrição No domicílio

8. De quem foi a escolha?

- Sua Do médico De outro profissional
 Sua e do companheiro Da enfermeira Sua com a ajuda profissional
 Sua e do companheiro com a ajuda do profissional

9. Quais as atividades do planejamento familiar de que você participa

- Consulta de enfermagem Orientação grupal extramuros
 Consulta médica Outras, especificar _____
 Orientação grupal na UBASF

10. Na sua opinião, quais as dificuldades para participar do PF aqui no município/distrito?

- Falta informação adequada para a compreensão e escolha dos métodos
 Faltam os métodos Longas esperas A vinda a unidade de saúde
 Sua escolha não é respeitada Longas filas
 Outros. Especificar: _____

11. Para você, como deveria ser um serviço de PF com qualidade?

Apêndice C - Carta de apresentação

Fortaleza, julho de 2003.

Sr (a). Secretário (a) Municipal de Saúde

Eu, Escolástica Rejane Ferreira Moura, enfermeira, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho através da presente carta solicitar dessa secretaria autorização para incluir seu município na pesquisa intitulada *Avaliação da assistência ao planejamento familiar*.

Considerando problemas relacionados à baixa qualidade da assistência ao planejamento familiar, demonstrados nas elevadas taxas de esterilização cirúrgica, realizadas principalmente através de cesáreas desnecessárias, por exemplo, e levando em conta a crescente inserção da enfermeira nessa área do cuidado, decidimos realizar o referido estudo, no qual traçamos os seguintes objetivos: 1) avaliar a prática de enfermeiros que atuam no PSF com relação à assistência ao planejamento familiar, no que diz respeito à competência técnica, informação dada aos clientes e relacionamento interpessoal; e 2) identificar barreiras físicas e gerenciais relacionadas à oferta dos métodos anticoncepcionais, ao mecanismo de acompanhamento dos usuários e à existência de uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar. Queremos, com isto, apresentar contribuições ao redirecionamento da prática de enfermagem na atenção ao planejamento familiar.

Ressaltamos que não serão realizados procedimentos experimentais. Serão feitas entrevistas com enfermeiros e usuárias (os) e realizada a observação da UBASF, que oferece planejamento familiar. Portanto, não são esperados riscos para os sujeitos da pesquisa e qualquer desconforto será evitado, uma vez que a participação na pesquisa será voluntária, a partir da livre aceitação por parte dos sujeitos. As entrevistas serão realizadas no horário de atendimento, respeitando o interesse e disponibilidade dos participantes.

Informações complementares:

- Aos sujeitos pesquisados será garantido o acesso às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, a qualquer tempo, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- Aos sujeitos pesquisados será assegurada a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- Será garantida a confidencialidade e assegurar-se-á sigilo e privacidade quanto às falas dos sujeitos.

Na certeza de contarmos com o apoio dessa Secretaria, apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Apêndice D - Termo de consentimento dos (as) usuários (as)

Meu nome é Escolástica Rejane Ferreira Moura, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Ceará e estou desenvolvendo um estudo sobre a assistência ao planejamento familiar. Este estudo tem como objetivo saber dos(as) senhores(as) como vem sendo desenvolvido essa assistência no contexto do PSF, para que possamos realizar uma avaliação na perspectiva da qualidade do cuidado, reconhecendo avanços e dificuldades. Para tanto, convido o(a) senhor(a) para uma entrevista que será realizada em um local privativo (sem que outras pessoas nos observem) e seguirá um roteiro. Sua fala será anotada por mim e não iremos utilizar o gravador.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- O(a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- O(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível através do telefone: 238 0604 (Escolástica).

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

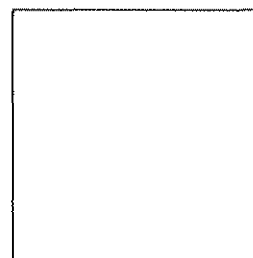
Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Em caso de menor de idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar da presente pesquisa, sendo eu a/o responsável legal.

Fortaleza, _____ de _____ de 2003.

Assinatura do (a) usuário (a)



Digitais caso não assine

Apêndice E - Termo de consentimento dos enfermeiros

Meu nome é Escolástica Rejane Ferreira Moura, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Ceará e estou desenvolvendo um estudo sobre a assistência planejamento familiar. Este estudo tem como objetivo saber dos (as) senhores (as) como vem sendo desenvolvido essa assistência no contexto do PSF, para que possamos realizar uma avaliação na perspectiva da qualidade do cuidado, reconhecendo avanços e dificuldades. Para tanto, convido o(a) senhor(a) para uma entrevista que será realizada em um local privativo (sem que outras pessoas nos observem) e seguirá um roteiro. Sua fala será anotada por mim e não iremos utilizar o gravador.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- O(a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- O(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível através do telefone: 238 0604 (Escolástica).

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

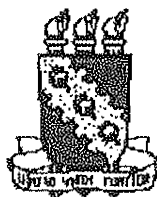
Pesquisadora

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após ter recebido da pesquisadora os devidos esclarecimentos e tendo compreendido os objetivos do presente protocolo de pesquisa concordo em participar da mesma de maneira livre e consciente.

Fortaleza, _____ de _____ de 2003.

Assinatura do (a) enfermeiro (a)



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 210/03

Fortaleza, 30 de junho de 2003

Protocolo COMEPE nº 124/03

Pesquisador responsável: Escolástica Moura

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Avaliação da assistência de enfermagem ao planejamento familiar"

Levamos ao conhecimento de V.S^ª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 26 de junho de 2003.

Atenciosamente,

Miriam Parente Monteiro

Dra. Miriam Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUC/UFC