

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública

# **Representações Sociais Sobre Planejamento Familiar**

Rio de Janeiro

2013

***“Representações sociais sobre planejamento familiar”***

*por*

***Luciana Lopes Lemos***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz*

*Rio de Janeiro, agosto de 2013.*

*Esta dissertação, intitulada*

**“Representações sociais sobre planejamento familiar”**

*apresentada por*

***Luciana Lopes Lemos***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabela Cabral Félix de Sousa

Prof. Dr. Gil Sevalho

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 21 de agosto de 2013.*

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2013.

Luciana Lopes Lemos

*Dedicatória*  
*Dedico esse trabalho aos amores da minha vida, Rafa e Biel,*  
*Por serem os melhores filhos que uma mãe poderia ter...*  
*Sem eles nada faria sentido.*

## Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela oportunidade da vida e por cada dificuldade colocada em meu caminho para me fortalecer e me ajudar na seara evolutiva.

À minha dinda Liana e à minha avó Ondina toda gratidão pelo amor incondicional e pelo apoio em TODOS os momentos da minha vida.

À existência de meus irmãos Nando e Dinho em minha vida, pois fomos cúmplices no aprendizado da sobrevivência às intempéries e nos tornamos melhores e mais unidos a cada dia, com muita dignidade e amor no coração.

À minha pequena Júlia, que chegou ao mundo tornando-o mais iluminado, alegre e melhor.

Aos amigos verdadeiros que compreenderam minhas dificuldades durante o processo do mestrado, mas mantiveram-se fiéis apoiadores: Bruno Cordeiro, Paulo Sabroza, Gil Sevalho, Viviane Bruno, Liliane Corrêa, Fernanda Santos, Cristina Almeida, Elita Maia, Gilda Cadete, Queli Lorena, Henry Snejder, Priscila Lutz, Miguel Regazoni, Eduardo Salles, Jane Chantre e Sérgio Thiesen.

Ao amor puro e incomensurável de Carol Cadete, que me adotou como mãe e referência de mulher e de família, reafirmando meu amor universal pelas pessoas e pela vida.

À grandeza e à caridade de seres humanos especiais, que foram exemplos de vida, resignação e luta pelo amor e pela paz no mundo, como:

Jesus Cristo: "Ame a teu próximo como a ti mesmo e não faça aos outros o que não quer que façam contigo."

Martin Luther King: "A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à justiça em todo lugar".

Chico Xavier: "Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim".

Mahatma Gandhi: "Quando alguém compreende que é contrário à sua dignidade de homem obedecer a leis injustas, nenhuma tirania pode escravizá-lo".

Francisco de Assis: "Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, de repente você estará fazendo o impossível".

Nelson Mandela: "A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo".

Clara de Assis: "Ora e vigia sempre, completa apaixonadamente a obra que começaste".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO – Anticoncepcional Oral

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CF – Constituição Federal

COMPERJ – Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECH – Expressões Chave

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

IC – Ideia Central

IEC - Instituto de Educação e Comunicação

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

LT - Laqueadura Tubária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher

PF – Planejamento Familiar

PNAD - Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde

PPF – Programa de Planejamento Familiar

PSF - Programa de Saúde da Família

QSIC – Quadro Síntese de Ideias Centrais

RJ – Rio de Janeiro

SM – Saúde da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

## Sumário

RESUMO .....		7
1.	INTRODUÇÃO .....	11
	1.1. Notas Históricas .....	13
	1.2. Contextualização do estudo no âmbito das Políticas Públicas .....	17
	1.3. Objeto de Estudo .....	20
	1.4. Caracterização do Município de Guapimirim .....	21
2.	OBJETIVOS .....	23
	2.1. Geral .....	23
	2.2. Específicos .....	23
3.	RELEVÂNCIA .....	24
4.	REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
5.	METODOLOGIA .....	38
	5.1. Seleção do Grupo de Estudo e Definição da Amostra .....	39
	5.2. Entrevista .....	42
	5.3. Roteiro da Entrevista .....	43
	5.4. Diário de Campo .....	43
	5.5. Análise dos Dados .....	44
	5.6. Aspectos Éticos .....	46
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	46
	6.1. Reunião escolar .....	46
	6.2. Perfil sociodemográfico dos entrevistados .....	47
	6.3. Apresentação e Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo .....	47
7.	CONCLUSÕES .....	95
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
9.	ANEXOS .....	
	9.1. Tabelas referentes ao perfil das gestantes de Guapimirim .....	
	9.2. Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas .....	
	9.3. Área adscrita ao PSF de Parada Modelo .....	
	9.4. Tabelas referentes aos resultados .....	
10.	APÊNDICES .....	
	10.1. TCLE e Questionário aos familiares de alunos .....	
	10.2. Entrevista .....	
	10.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	



### Resumo

O foco principal dessa pesquisa é estudar as representações sociais sobre o planejamento familiar produzidas por um grupo de mulheres adultas do Município de Guapimirim, objetivando identificar e interpretar as representações sociais sobre o planejamento familiar a partir dos depoimentos; compreender as razões pelas quais as pessoas não procuram o serviço de planejamento familiar; e contribuir, com o conhecimento produzido, para a melhoria da qualidade do Serviço de Planejamento Familiar no Município de Guapimirim. Realizou-se uma caracterização do perfil sócio-demográfico da população estudada, seguida de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, utilizando-se a entrevista semi estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram 12 mulheres, com mais de 19 anos, moradoras na área adscrita ao PSF Parada Modelo, selecionadas a partir de uma reunião escolar, em uma amostra por saturação. A análise de dados foi feita com base no Discurso do Sujeito Coletivo. Fez-se uma leitura sistematizada das entrevistas, apreendendo-se sete categorias principais: representação social sobre planejamento familiar; origem da informação sobre planejamento familiar; métodos contraceptivos; esterilização; aborto; necessidade de planejamento familiar; e serviço de planejamento familiar. A construção das representações sociais das mulheres indicou: a necessidade da educação e informação em saúde; a inclusão dos adolescentes e homens no Programa de Planejamento Familiar; a ampliação do diálogo entre os gestores e os indivíduos sobre as demandas da população para definição de políticas horizontais; a melhoria do acesso, da qualidade e da eficácia dos serviços de saúde; a capacitação dos profissionais de saúde; e a necessidade de convênios para o desenvolvimento de trabalhos entre as secretarias de saúde e educação no Município de Guapimirim.

Palavras-chave: planejamento familiar; representação social; mulheres.

## Abstract

This work investigates the social representation with regard to family planning, based on a group of adult women from the City of Guapimirim. It aims to identify and to interpret the social representations with regard to family planning, based on interviews with this group of women in order to understand the reasons why citizens from Guapimirim do not seek public services focused on this matter. This work also aims to improve the quality of family planning in the City of Guapimirim with the support of the evidences gathered and thus contributing with the literature in the area. In order to achieve the research objectives, the population of Guapimirim was stratified, based on its socio-demographic profile. Then, a qualitative research was performed using as a framework the theory of social representation. The women sampled were interviewed in a semi-structured way. 12 women were interviewed, with more than 19 years living in Parada Modelo - a County from Guapimirim. They were selected in a school meeting based on the sample saturation technique. Data analysis was performed according to the Discourse of the Collective Subject. The interviews were analyzed systematically, according to the following attributes: (i) social representation of family planning, (ii) source of information about family planning, (iii) contraception, (iv) sterilization, (v) abortion, (vi) the need of family planning and (vii) public services regarding family planning. The building blocks of social representation according to the women view have indicated the need for education and information on health; the need to take into consideration teenagers and adult men for family planning; the expansion of the dialogue among public agents and citizens with regards to demand from citizens in order to put in practice an horizontal policy; the need for improving access to health services, and also improving their quality and efficiency; and the need for commitments among health agents and education agents in the City of Guapimirim focusing on the improvement of public services.

Keywords: family planning, social representation, women

## Resumen

El objetivo principal de esta investigación es el estudio de las representaciones sociales acerca de la planificación familiar producida por un grupo de mujeres adultas Municipio Guapimirim, con el objetivo de identificar e interpretar las representaciones sociales acerca de la planificación familiar a partir del testimonio; entender las razones por las que no lo hacen la búsqueda de servicios de planificación familiar, y contribuir al conocimiento producido a mejorar la calidad de los Servicios de Planificación Familiar en el Municipio de Guapimirim. Se realizó una caracterización del perfil socio-demográfico de la población, seguida de una investigación cualitativa, basada en la teoría de las representaciones sociales, mediante una entrevista semi-estructurada. Los sujetos fueron 12 mujeres con más de 19 años que viven en el área adscrita al PSF Detener modelo, seleccionados a partir de una reunión de la escuela en una saturación de la muestra. El análisis de datos se basó en el Discurso del Sujeto Colectivo. Hubo una lectura sistemática de las entrevistas, agarrotamiento siete categorías principales: la representación social de la fuente de la planificación familiar de la información sobre la planificación familiar, la anticoncepción, la esterilización, el aborto, la necesidad de la planificación familiar y servicios de planificación familiar. La construcción de las representaciones sociales de la mujer indicada: la necesidad de la educación y la información sobre la salud, la inclusión de los adolescentes y los hombres en el Programa de Planificación Familiar, la ampliación del diálogo entre los gestores y los individuos en las demandas de la población para la formulación de políticas horizontales, la mejora del acceso, la calidad y la eficacia de los servicios de salud, la capacitación de profesionales de la salud, y la necesidad de acuerdos para el desarrollo del trabajo entre los departamentos de salud y educación en el municipio de Guapimirim.

Palabra clave: la planificación familiar, la representación social, las mujeres

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade,  
tampouco sem ela a sociedade muda.

Mudar é difícil mas é possível”

Paulo Freire

“Educar para compreender a matemática é uma coisa;  
educar para compreensão humana é outra.

A comunicação não garante a compreensão.

Compreender inclui um processo de empatia, de identificação e de projeção...

Pede abertura, simpatia e generosidade”

Edgar Morin

“A arte da política consiste em tornar possível amanhã  
o que até hoje parece impossível.

A estratégia não se refere ao cálculo do possível,

mas à construção de viabilidade”

Carlos Matus

## 1. INTRODUÇÃO

Os seres vivos, por essência, possuem um ciclo de vida natural, no qual a manutenção da espécie é uma questão de sobrevivência. Por isso, em geral, nascem, crescem, reproduzem-se e morrem, compondo e obedecendo as leis da natureza de forma cíclica e instintiva. O caso dos seres humanos está inserido nesse contexto, porém conta com a particularidade do raciocínio, que o torna capaz de fazer escolhas, a despeito de seus instintos, de acordo com sua racionalidade. Dentre essas escolhas, com o advento da ciência, encontra-se a quantidade de vezes que irá reproduzir-se ao longo de seu ciclo de vida natural.

A partir do desenvolvimento tecnológico, os seres humanos em idade reprodutiva, conquistaram a possibilidade de utilizar métodos contraceptivos, para evitar a reprodução e métodos indutivos ou fertilizantes para proporcionar a concepção. Atualmente, são diversas as alternativas para facilitar ou dificultar uma gravidez, respeitando-se as indicações e as contra indicações para cada indivíduo e/ou casal, de acordo com suas possibilidades clínicas, sociais e culturais, além do momento da vida de cada um.

A mudança da estrutura social e econômica vivida no século XXI levou à inserção da mulher de classe média num mercado de trabalho competitivo, que demanda longa dedicação e disponibilidade de tempo, competindo com a mesma demanda existente para manutenção de uma família com filhos. Fez-se necessária então uma reestruturação familiar temporal e quantitativa, já que a formação de um profissional de qualidade requer muitos anos de estudo, além de permanente capacitação, adiando ou inviabilizando gestações e filhos. O mesmo ocorreu para os homens que passaram a dividir os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos, afazeres antes destinados apenas às mulheres, que não trabalhavam fora do lar.

Por outro lado, em muitas famílias, a transição de gênero, materializada na mulher provedora, mesmo acumulando funções naturais historicamente a ela imputadas (mulher independente), oculta o “aprofundamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que estas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social” (GIFFIN, 2002, p.105).

O termo planejar significa “elaborar um plano de’ e familiar significa “da família, comum”. Por isso, ao falar de planejamento familiar devemos considerar a importância desse tema na vida dos seres humanos. A utilização ou não deste serviço e a possibilidade de acesso proporcionada pelo sistema de saúde deve respeitar sempre a autonomia do cidadão envolvido, seu desejo, sua religião, sua cultura e, principalmente, sua família. O usuário deste serviço tem o direito de escolher em que momento e quantos filhos deseja ter e, para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem que estar pronto para orientar e garantir seu acesso a um Programa de Planejamento Familiar de qualidade.

Para que as orientações a respeito de cada método e a adequação deste a cada sujeito e sua família, em determinado momento da vida, além do acompanhamento da saúde reprodutiva dos mesmos fosse realizada com segurança e qualidade satisfatória, foi criado o Planejamento Familiar. Esse tema é de grande importância na vida de indivíduos isoladamente e de famílias em conjunto, além de ser de abrangência mundial, já que para reproduzir-se é necessário estabelecer relações entre indivíduos.

O Planejamento Familiar (PF), no Brasil e no mundo, ao longo de sua história, muitas vezes foi confundido com o controle da natalidade e suas questões políticas e econômicas, sendo, em alguns casos, discutido e projetado institucionalmente a partir desses interesses. Nessa dissertação buscou-se incluir as diferentes opiniões de vários autores, com o intuito de propiciar uma análise complexa e histórica sobre as questões relacionadas a esse tema, mesmo nos momentos em que foi inadequadamente tratado como objeto do Estado ou do indivíduo isoladamente.

No debate sobre planejamento familiar, Ruth Cardoso (1983, p. 2) defende que “é preciso medir as palavras. Cada expressão usada será o signo de um complexo ideológico que tem as suas raízes na maneira de ver a conservação ou a mudança na estrutura econômica. Estas posições, quando cristalizadas, servem de freio à análise e dificultam a leitura dos fatos”. Por isso, esse estudo faz uma contextualização histórica e política, tentando situar o leitor em relação à complexidade, às nuances culturais e aos interesses políticos, além da responsabilidade do cidadão, do gestor e do

profissional envolvido com a saúde reprodutiva, a saúde coletiva e as políticas públicas.

A partir das percepções apreendidas durante a vivência profissional, conhecendo as possibilidades dadas pela inovação tecnológica dentro da saúde reprodutiva e reconhecendo as dificuldades desse campo no contexto do setor saúde, seja pela deficiência estrutural dos serviços, pelas limitações dos profissionais ou pelas dificuldades das famílias em conhecerem e/ou acessarem essa propedêutica de forma integral e equânime, senti necessidade de entender melhor o que a população, de fato, necessita em relação ao planejamento da unidade social - família.

Para compreensão das construções dos sujeitos sobre o planejamento familiar, esse estudo propõe-se a identificar as representações sociais das mulheres adultas a respeito desse tema, a partir de entrevistas consentidas, utilizando a linha individual proposta por Serge Moscovici, em 1961, inspirado por Freud, em contraponto com a linha coletiva de Durkheim, e resgatado por Denise Jodelet em algumas visitas ao Brasil nas últimas décadas. Além disso, essa pesquisa pretende analisar os dados pelo Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003).

### **1.1 Notas Históricas**

Nosso país viveu, durante décadas, sob a regência da ditadura militar, sendo as políticas públicas submetidas a essa administração. No caso da demografia e da fecundidade, em estudo sobre contribuições, equívocos e silêncios, Carvalho e Brito (2005, p. 356 e 357) mostram que:

A tensão internacional, após a Segunda Guerra Mundial, entre os países dos blocos capitalista e socialista estabeleceu nítidas fronteiras territoriais e ideológicas, dentro das quais os países hegemônicos estabeleciam as suas estratégias de confronto e negociação. A Revolução Chinesa em 1949 e a decorrente crise da Coreia, na primeira metade dos anos 50, e, principalmente, a Revolução Cubana em 1959 mostraram a instabilidade da divisão política internacional e levaram os Estados Unidos a uma agressiva política de colaboração econômica, política e militar com os países latino-americanos, inclusive o Brasil. O confronto político-ideológico internacional acabou transformando, definitivamente, no mundo capitalista, o otimismo demográfico em um pessimismo de cunho malthusiano. Acreditava-se, então, que a redução do rápido crescimento demográfico de países como o Brasil não ocorreria sem uma eficiente

política de controle da natalidade. Mais ainda, dentro da agenda internacional, o crescimento populacional tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da natalidade passou a fazer parte de pacotes de colaboração econômica, política e militar. A diversidade de opiniões dentro dos governos militares levou-os a uma deliberada omissão que, se por um lado não os conduziu à formulação explícita de uma política de controle da natalidade, por outro possibilitou o livre trânsito no governo dos tecnocratas favoráveis ao controle da natalidade e o livre acesso à população de organizações privadas nacionais e internacionais de inspiração neomalthusiana, que agiam principalmente no Nordeste do país. [...] Ademais, havia entre demógrafos e cientistas sociais uma opinião de que não existia demanda insatisfeita por anticoncepção. Por lógico, se o Estado porventura se fizesse presente nesta área, qualquer declínio da fecundidade, em consequência de sua ação, seria um fruto inaceitável da coerção. Apesar de o governo brasileiro implementar, explicitamente, desde os anos 1950 até o final da década de 70, políticas de redistribuição de população, mormente pela expansão da fronteira agrícola, a atenção da grande maioria dos demógrafos estava concentrada na oposição aos chamados neomalthusianos, isto é, àqueles que defendiam a implementação de políticas de população – no caso, estrito senso, políticas de controle da natalidade. Opunham-se, no Brasil, a qualquer presença do Estado no domínio exclusivo das decisões dos indivíduos e casais sobre o número adequado de filhos. A politização excessiva da questão do crescimento demográfico levou os chamados neomalthusianos a superestimar a eficiência de políticas de controle da natalidade sobre os níveis de fecundidade, assim como os efeitos positivos da desaceleração do aumento populacional sobre o crescimento da economia e o equilíbrio social e político. Também impeliu seus opositores a subestimarem a demanda genuína por anticoncepção e os possíveis efeitos negativos para os indivíduos e as famílias, advindos de uma fecundidade permanentemente alta e do consequente rápido crescimento populacional.

Em contrapartida, o controle populacional não parece ter sido efetivo na diminuição da pobreza. Estima-se que 412 milhões de nascimentos tenham sido evitados em países periféricos, em 1990 (JEJEEBHOY, 1990), enquanto a diminuição da pobreza não correspondeu a essas expectativas, o que demonstra que a rede de programas de desenvolvimento com controle populacional é um exemplo de fracasso de políticas internacionais dirigidas à diminuição da pobreza (GIFFIN, 2002).

A natalidade e a higiene da raça perpetuada por ideais eugênicos caracterizou a relação entre medicina e poderes públicos em diversos contextos (ROHDEN, 2003). Embora, no período que posteriormente foi denominado transição demográfica (de 1870 a 1920), a redução do número de filhos seja considerada fenômeno complexo e resultado de diversas transformações, há uma tentativa de controlar a natalidade por



parte dos indivíduos, verificando-se o aumento da utilização de contraceptivos e do aborto, o que, na prática, permitia a fusão destas duas estratégias (ROHDEN, 2003).

O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O PAISM foi o primeiro programa em que o Estado brasileiro implantou, explicitamente, a possibilidade de regulação da fecundidade. Isso suscitou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Seu conteúdo inclui a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (OSIS, 1998, p. 25).

Apesar de estar definido na NOAS-SUS (BRASIL, 2001) que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

No plano da política interna, em 1994, o planejamento familiar/controle da natalidade, conforme colocação de Sthefan-Souza (1995, p. 408), é por um lado parcialmente desenvolvido em programa que depende de iniciativas individuais de alguns governos municipais, e por outro se dilui na discussão da descriminalização do aborto e regulamentação da laqueadura tubária, sem maiores perspectivas de evoluir a incorporar a concepção do Direito à Saúde Reprodutiva. Daí supor que a imprecisão convém à política contraceptiva que permanentemente se pautou na hesitação, evitando desta forma confrontos, ora em nível interno ora externo, facilitando o vazio desejado para o fortalecimento da política anti natalista.

Diante do contexto internacional, para Carvalho e Brito (2005, p. 356, 361, 362):

A politização da questão do crescimento demográfico a partir dos Estados Unidos, no contexto do pessimismo malthusiano, e o lugar estratégico reservado à sua desaceleração dentro da sua política internacional levaram, principalmente na América Latina, a um confronto político, ideológico e científico entre aqueles que defendiam as políticas de controle da natalidade e a quase unanimidade dos cientistas sociais, constituídos, majoritariamente, por professores e pesquisadores com fortes convicções nacionalistas e socialistas, entre eles a grande maioria dos demógrafos. Acrescente-se que, no Brasil, a forte resistência à política intervencionista norte-americana e à sua sustentação ao regime ditatorial levou a maioria dos cientistas sociais interessados ou dedicados aos estudos populacionais, convictos opositores do regime militar, a uma postura ainda mais radical contra toda política que pudesse ser relacionada, direta ou indiretamente, com o planejamento familiar, qualquer que fosse seu matiz. O biombo ideológico atrás do qual se alinhava a maioria dos demógrafos e estudiosos da população, na ampla contenda contra a interferência norte-americana e a sua visão de política da população, impediu que eles enxergassem as necessidades, e por elas lutassem, daqueles que seriam pelo menos teoricamente, seus aliados. O resultado foi uma cumplicidade, mesmo que “não antecipada”, com efeito perverso sobre a população mais pobre, traduzida em um silêncio profundo sobre seu direito de regular a sua fecundidade. A população feminina mais pobre tem sido vítima da desinformação sobre as possibilidades de regulação da sua fecundidade e, mais ainda, da dificuldade de acesso aos quase sempre deficientes serviços públicos de saúde. Do lado dos grupos neomalthusianos, a primeira reação ao inesperado declínio da fecundidade foi creditá-lo ao aumento do número de abortos, ainda que, com isso, houvesse o reconhecimento implícito por forte demanda por anticoncepção (antes negada, daí a necessidade de intervenção). A ênfase no aumento da prevalência de aborto fortalecia o pleito pela implementação de serviços de planejamento familiar em todo o país, no qual estavam diretamente interessados.

Para Osis (1998, p. 27) ainda a título de diretrizes gerais, o documento em questão dedicava dois itens ao planejamento familiar. Primeiramente, situavam-se as atividades voltadas à regulação da fecundidade como complementares no elenco de ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do Ministério da Saúde para agir nessa área baseavam-se “... nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico” (BRASIL, 1984, p. 16). Enfatizava-se também que as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas “... de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las” (BRASIL, 1984, p. 16).

## 1.2 Contextualização do estudo no âmbito das Políticas Públicas

A Lei n.º 9.263, sancionada em 12 de Janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

Em 1983 foi criado oficialmente o sub Programa Planejamento Familiar (PPF), dentro do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM). Este tem como pressuposto básico o reconhecimento de que "todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais" (BRASIL, 1987). E (BRASIL, 1984):

para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole.

Sobre o planejamento familiar (PF) a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), em seu artigo 226, parágrafo 7, estabelece: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Ao depararmos com a lei e as determinações do órgão responsável pela definição das políticas públicas e privadas de saúde em nosso país, essa questão parece ser simples e estar bem constituída. Entretanto, na prática, percebemos que isso não ocorre à medida que ainda são elevados os índices de gravidez indesejada e/ou não planejada, além de casais que sofrem com a infertilidade e não encontram solução para esse problema no SUS.

Poucos serviços oferecem atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controvertidas. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19

anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade (BENFAM, 1996).

Talvez o aumento do número de gestações entre adolescentes esteja associado ao aumento da liberdade sexual, sem informação sobre saúde reprodutiva. Mas não podemos desconsiderar a possibilidade dessas gestantes estarem escolhendo engravidar, tampouco desrespeitar essa escolha. O censo de 2000 também evidencia o aumento de fecundidade nessa faixa etária. Há dez anos, em cada grupo de 1.000 adolescentes, 80 tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000. Dentre os fatores que contribuem para o aumento da fecundidade nesse grupo está o início cada vez mais precoce da puberdade, assim como da atividade sexual (BERQUÓ, 1998).

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher e pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e outras áreas afins, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária (BRASIL, 2011). Neste estudo, essa faixa etária não será estudada por entendermos que seria necessária outra abordagem ou outra metodologia para compreender as questões relacionadas a esse grupo.

No período denominado transição demográfica (de 1870 a 1920), a redução do número de filhos foi considerada fenômeno complexo e resultado de diversas transformações, verificando-se o aumento da utilização de contraceptivos e do aborto, o que, na prática, permitia a fusão destas duas estratégias (ROHDEN, 2003). Especialmente para mulheres trabalhadoras, restringir o número de gestações e de filhos, ou seja, deter o controle reprodutivo seria chave para o controle de suas vidas. Particularmente no meio urbano, os métodos contraceptivos e o recurso ao aborto compreendiam mercado lucrativo e de amplas dimensões (COSTA ET AL, 2006).

Após 1970 foi evidenciado o aumento do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e da esterilização. Se antes a esterilização ocorria com finalidades eugênicas, passa a ser escolha voluntária, solução para o controle da fertilidade, legitimada pela medicina e até financiada pelo Estado (VIEIRA, 2003; BARROSO, 1984). A esterilização representava realidades muito diversas para os grupos sociais e compreendia

principalmente a laqueadura tubária - cirurgia feminina - e não a vasectomia – cirurgia masculina (BARROSO, 1982).

As causas do aumento das cirurgias de esterilização, sobretudo entre mulheres de baixa renda, foram alvos da atenção de ativistas e pesquisadores sociais, especialmente a partir do fim dos anos 1980. Dentre as levantadas, encontravam-se o processo de medicalização do corpo feminino (VIEIRA, 2003). Embora, em novembro de 1997, o Ministério da Saúde tenha regulamentado a implementação dos serviços de esterilização no Sistema Único de Saúde (SUS) – tornando-a, inclusive, remunerada pelo governo – e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja um exemplo de política pública nacional profundamente influenciada pelo movimento de mulheres (OSIS, 1998), o estudo de Caetano (2004) demonstra o esvaziamento das propostas dos movimentos sociais e uma apropriação que encobre desigualdades de classe e de gênero.

Segundo Moura e Silva (2004, p. 1024) as atividades de informação em saúde reprodutiva foram bem aplicadas durante a implantação do PAISM, quando o Ministério da Saúde promoveu treinamentos para profissionais de serviços e distribuiu materiais educativos. Todavia, houve descontinuidade ao longo dos anos, mantendo-se tão somente o discurso de que é fundamental como medida de promoção da saúde, sendo pouco executada nas unidades de saúde e na comunidade. As atividades de informação no PPF são indispensáveis e deveriam estar ao alcance de serviços e usuários, para que as pessoas conheçam as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possam participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas.

É importante procurar um serviço de saúde antes de iniciar o uso de qualquer método anticoncepcional, porque existem situações em que determinados métodos não devem ser usados. Além disso, é necessário fazer acompanhamento periódico para verificar se o método está sendo usado corretamente e se houve o aparecimento de algum problema. O melhor método para uma pessoa usar é aquele que a deixa confortável e que melhor se adapta ao seu modo de vida e à sua condição de saúde (BRASIL, 2009).

A promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (BUSS, 2000: 165). A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Adelaide tornou a Saúde da Mulher área prioritária para promover ações em políticas públicas saudáveis, como a criação de ambientes favoráveis a opções saudáveis de vida; reafirmou a necessidade de superar as desigualdades no acesso a bens e serviços, minimizando vulnerabilidades e garantindo direitos de cidadania; identificou a relevância da avaliação do impacto das políticas públicas sobre a saúde, inclusive com o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e acessíveis; lançou o apelo pela construção de alianças na saúde, que envolvam políticos, ONGs, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, mídia, entre outras.

### **1.3. Objeto de Estudo**

As políticas públicas que definem as diretrizes para o PPF do MS encontram-se, no Município de Guapimirim, inseridas no Programa de Saúde da Mulher. Este programa encontra-se em pleno funcionamento, com ambulatório de Planejamento Familiar, composto por médica, em nível central, além de grupos de Planejamento Familiar, por enfermeiras em nível local, médicos nas unidades de saúde do Programa de Saúde da Família e Ginecologistas nas unidades que são compostas por especialidades médicas. Entretanto, estes serviços são pouco procurados pela população guapimiriense, a despeito de toda informação veiculada nos serviços de saúde, nas escolas e na mídia local (semáforos, faixas, rádio, televisão e eventos).

Por outro lado, ainda encontramos elevados índices de gravidez em mulheres adolescentes (Tabela 1 – Anexo 4), com baixo nível de escolaridade (Tabela 2 – Anexo 4) e solteiras (Tabela 3 – Anexo 4), por exemplo – condições associadas à vulnerabilidade social e familiar.

Esses dados nos levam a refletir sobre quais são as opiniões, crenças e valores das mulheres a respeito do planejamento familiar que, muitas vezes, sem escolaridade, emprego formal e/ou apoio social, acabam assumindo sozinhas a posição de chefes de

famílias. Por isso, esse estudo objetiva compreender as representações sociais a respeito do Planejamento Familiar, construídas pelas mulheres de Guapimirim.

#### **1.4. Caracterização do Município de Guapimirim**

Guapimirim emancipou-se do município de Magé por meio de plebiscito realizado no dia 25 de novembro de 1990, data festiva em que o município comemora sua emancipação política (PREFEITURA DE GUAPIMIRIM, 2012). Desde antes dessa emancipação, já se destacava por sua importância turística e pelo aumento da circulação de pessoas durante os finais de semana, férias e feriados.

Faz parte da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, segundo divisão da Secretaria Estadual de Saúde, junto aos municípios de Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto, Nova Friburgo, Sumidouro, Carmo, Duas Barras, Bom Jardim, Trajano de Moraes, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Santa Maria Madalena e Cachoeiras de Macacu. Além disso, encontra-se dentro da área de influência do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (COMPERJ), junto aos municípios de Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Cachoeiras de Macacu, Magé, São Gonçalo, Niterói e Maricá (GUIA GEOGRÁFICO, 2012).

O primeiro povoado surgiu às margens do rio Guapimirim, e seus registros datam de 1674. Em 1939 o então presidente Getúlio Vargas criou o Parque Nacional da Serra dos Órgãos, patrimônio ambiental da União até hoje. As últimas décadas do século XIX foram marcadas pela construção da Estrada de Ferro Teresópolis, que marca o momento de transformação do município para os tempos modernos. Nessa época a população era formada de lavradores e ferroviários. A construção da rodovia BR 116, em 1958, provocou a decadência do transporte ferroviário e facilitou o acesso a serra, sendo fator preponderante na intensificação do processo de ocupação (PREFEITURA DE GUAPIMIRIM, 2012).

Apresenta 361 km<sup>2</sup>, clima Tropical, densidade demográfica de 142,7 hab/km<sup>2</sup>. Faz fronteira com os municípios de Teresópolis e Petrópolis (norte), Itaboraí (sul), Cachoeiras de Macacu (leste), Magé e Baía de Guanabara (oeste), e localiza-se a 22°32'14" de latitude sul e 42°58'55" de longitude oeste, a uma altitude de 60m

(PREFEITURA DE GUAPIMIRIM, 2012). Ainda tem 34% de sua cobertura original de Mata Atlântica, dividida em 9.548ha de Mata e 2.712ha de Mangue (SOS MATA ATLÂNTICA, 2012). Este município deteve, em 2009, um PIB a preços correntes de R\$ 410.782, sendo R\$ 8.257,27 per capita, sendo R\$ 5.526 relacionados à agropecuária, R\$ 67.449 à indústria e R\$ 309.376 aos serviços. E apresentou R\$ 85.508.430 (52,9%) de receitas e R\$ 76.278.533 (47,1%) de despesas (IBGE, 2010).

Guapimirim possui 51.483 habitantes (IBGE, 2010), sendo 25.280 homens e 26.203 mulheres, o que demonstra um expressivo incremento populacional à medida que, em 1996 a população era de 32.566 habitantes. Existem 23.603 endereços urbanos e 1108 rurais, 33 estabelecimentos de ensino e 11 estabelecimentos de saúde do SUS, sendo apenas 33% da população assistida por PSF. Em 2010, havia apenas 732 pessoas frequentando o curso superior e 2.800 o ensino médio, enquanto 8.919 frequentavam o ensino fundamental. Do total de habitantes, 25.266 são economicamente ativos e 16.917 estão empregados, além de 874 domicílios terem renda per capita de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e 351 com mais de 5 salários mínimos. Nos domicílios particulares permanentes da área urbana, o valor do rendimento nominal médio mensal familiar é de R\$ 2.005,83 e na área rural de R\$ 1.314,64.

O mesmo município, segundo IBGE 2010, apresenta 14.007 mulheres que já tiveram filhos em algum momento da vida. Em 2010, aconteceram 291 casamentos, 11 separações e 66 divórcios, o que demonstra o aumento do número de famílias. Ao todo existem 12.145 pessoas casadas, 27.197 solteiras e 1.361 divorciadas. Foram 672 nascidos vivos, e apenas 61,5% dessas gestantes fizeram pré-natal adequado, com 07 ou + consultas, o que nos faz refletir sobre a necessidade do planejamento familiar (BRASIL, DATASUS, 2010).

O Programa de Saúde da Família (PSF) Parada Modelo e sua comunidade de abrangência foram selecionados para esse estudo, por representar o PSF mais organizado do município, com diversidade de sujeitos, instituições e serviços representativos do município, sendo composto por: 01 Enfermeira, 01 Técnica de enfermagem, 01 Recepcionista, 01 Médico, 01 Dentista, 01 Cirurgiã-dentista, 01 Auxiliar de Saúde Bucal, 01 Auxiliar de serviços gerais e 10 Agentes Comunitárias de



Saúde, no que tange aos recursos humanos da área técnica da saúde; 01 recepção, 01 sala de curativo, 01 sala de vacinas, 01 consultório Odontológico, 01 consultório Médico, 01 sala dos Agentes Comunitários de Saúde, 01 sala de entrega de medicação, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de Reunião, 01 copa e 02 banheiros, no que tange à estrutura física da unidade de saúde; 02 escolas; igrejas; estabelecimentos comerciais e de serviços privados; estação de trem ativada; circulação de automóveis, ônibus, caminhões, motocicletas e bicicletas.

O PSF está situado na Rua Itavera, s/nº, Parada Modelo, Guapimirim e a área adscrita encontra-se geoprocessada no anexo 1. Esse foi o primeiro PSF do município, inaugurado em 2004. O total de famílias cadastradas é de 1235, sendo 3836 pessoas cadastradas segundo informações de abril de 2012, registradas na unidade de saúde. As áreas são divididas considerando as distâncias físicas e o número de indivíduos residentes, independente da quantidade de famílias.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar as representações sociais sobre o planejamento familiar produzidas por um grupo de mulheres adultas do Município de Guapimirim.

### **2.2. Específicos**

**2.2.1** Identificar e interpretar as representações sociais sobre o planejamento familiar a partir dos depoimentos;

**2.2.2** Compreender as razões pelas quais as pessoas não procuram o serviço de planejamento familiar;

**2.2.3** Contribuir, com o conhecimento produzido, para a melhoria da qualidade do Planejamento Familiar no Município de Guapimirim.

## **3. RELEVÂNCIA**

O PAISM do Município de Guapimirim foi criado em 2008 e o Planejamento Familiar implantado e implementado em 2010. Ambos estão sob minha coordenação desde a criação e observo que, apesar do município oferecer a estrutura básica proposta pelo SUS/MS para o Planejamento Familiar, a população não procura o serviço. Suponho

que, algumas possibilidades sejam a falta de informação, a falta de interesse em planejar a família, o acesso à informação por outras fontes ou a dificuldade de acesso ao serviço. De qualquer forma, esse trabalho busca conhecer a diversidade das interpretações e a valoração sobre o planejamento familiar, através das representações sociais, para compreender por que as pessoas não procuram o PPF do município e, a partir daí, contribuir para melhoria da qualidade do programa no município.

Atualmente o PPF possui: 01 ambulatório de planejamento familiar com Ginecologista, na Unidade de Saúde João Arruda, onde se encontram os serviços especialidades médicas do município; grupos locais que fazem Seminários sobre Planejamento Familiar em todos os PSFs (04); dispensação de contraceptivos e preservativos em todas as unidades de saúde (11); 02 Assistentes Sociais que orientam os pacientes já autorizados a submeterem-se à esterilização cirúrgica, no Hospital Municipal José Rabello de Mello; 02 médicos cirurgiões que realizam as cirurgias de laqueadura tubária e vasectomia; 01 médico que coloca os DIUs por vídeo-histeroscopia.

Em Guapimirim os métodos disponíveis gratuitamente para população são: os preservativos masculino e feminino, alguns anticoncepcionais orais e injetáveis, o DIU de cobre (reversíveis); a laqueadura tubária e a vasectomia (irreversíveis). Apesar de, na teoria, haver a indicação de referência para centros universitários, através de centrais de regulação estaduais, objetivando o tratamento da infertilidade, na prática essa paciente não consegue acesso a esse tipo de serviço.

A escolha de uma cidade para o estudo vem da compreensão de que a cidade é o espaço onde as pessoas vivem, relacionam-se, manifestam seus problemas e têm acesso aos serviços que lhes proporcionam meios para satisfazer suas necessidades. Isso coloca para o gestor da cidade a importância de identificar estratégias para gerenciá-la e as suas políticas, visando garantir aos munícipes seus direitos de cidadania (JUNQUEIRA, 2005).

De acordo com a Lei 9.263, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, onde é tratado o planejamento familiar, as ações preventivas e educativas através da garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis

para a regulação da fecundidade e o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva é dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde.

Atendendo a esse pressuposto foi realizada no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Guapimirim, em 2011, reunião sobre Planejamento Familiar, sob minha coordenação, com objetivo de responder às mesmas perguntas deste estudo. Além disso, foram abordados temas como sexualidade, pré-natal, tipos de parto, doenças sexualmente transmissíveis, abordagem inter e transdisciplinar da saúde, controle social e necessidades da população.

Nesta ocasião, foram convidados todos os profissionais de nível superior da rede, independente de sua formação acadêmica, e diversos profissionais da área da saúde compareceram. Dentre estes, o Secretário de Saúde, a assistente social responsável pelo Serviço Social e a enfermeira chefe do Hospital Municipal, a bióloga responsável pelo Laboratório Municipal, a coordenadora e a enfermeira do Programa de DST/AIDS, a enfermeira do Programa de Saúde da Mulher, dois representantes do IEC (Instituto de Educação e Comunicação), a coordenadora do Programa de Saúde da Família (PSF), uma médica do PSF, todos os enfermeiros das unidades básicas de saúde e dos PSFs.

Durante o processo de construção, que se propôs a ser interdisciplinar e democrático, constatou-se que a existência do PPF no Município de Guapimirim, assim como a lei federal sobre o PF não eram do conhecimento de todos os profissionais da saúde presentes, tampouco dos ausentes. Por isso, necessitava de elucidação e divulgação, tanto quanto as referências e contrarreferências para o acesso a tal serviço.

Após a realização desse debate foram organizadas Capacitações dos Profissionais de Saúde que atuam na área da Saúde Reprodutiva e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como campanhas de divulgação do PPF com os políticos, os profissionais de saúde que não participaram da reunião, conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e a população em geral, através de ofícios, contato pessoal, folders educativos, mídia e festividades locais.

Mesmo assim, grande parte da população não utiliza os serviços do PPF, que inclui não só a assistência à concepção e contracepção, mas também o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cervico uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Essa pesquisa limitar-se-á apenas às questões de concepção e contracepção de um território representativo do Município de Guapimirim.

A coordenação do PAISM de Guapimirim não tem a pretensão de que todos os indivíduos que façam PF sejam atendidos no PPF municipal, até por que muitas pessoas são atendidas na rede privada e outras optam por não realizar o PF. Entretanto, este estudo tem a intenção de compreender a representação social sobre o PF dos sujeitos que fizeram e daqueles que nunca fizeram PF ao longo de suas vidas.

O tratamento da infertilidade requer inserção em serviço de saúde de média ou alta complexidade, dependendo, necessariamente do acesso a algum serviço de saúde. Porém, a contracepção, muitas vezes, é realizada a partir de informações da mídia, convívio social, grupos de debate em escolas, comunidades etc, o que gera preocupação quanto à adequabilidade do método utilizado pelos pacientes.

Estas conclusões mostram a relevância de produzir, sobre o tema, conhecimento que contribua para orientar as ações do PPF no Município de Guapimirim. Além disso, é importante citar também que uma breve revisão apontou a limitada produção de investigações sobre o tema, principalmente baseado nas representações sociais extraídas da população não usuária do serviço, da população masculina e de adolescentes.

#### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

Planejamento familiar (BRASIL, 2012), é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

As questões relacionadas à anticoncepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres. Entretanto, ninguém faz filho sozinho. Para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2009).

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 no Brasil e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 2011; p. 21). Esses, dentre outros (inclusive a mobilização do movimento feminista na época), são alguns dos motivos que justificam a inserção do PPF no PAISM. Provavelmente por isso, a maioria dos estudos sobre planejamento familiar tem seu recorte avaliando a população feminina.

De acordo com dados do MS, sobre a PNDS (BRASIL, 2006):

A taxa de fecundidade manteve sua tendência de queda, atingindo, em 2006, o valor de 1.8 filhos por mulher, em contraste com os 2.5 registrados em 1996. A maior redução ocorreu nas áreas rurais, de 3.4 para 2.0, e na região Norte, de 3.7 para 2.3 filhos por mulher. A escolaridade das mulheres continua sendo um diferencial importante: para aquelas sem instrução a taxa foi igual a 4, enquanto que ficou abaixo de 1.6 para mulheres com escolaridade mínima de 9 anos. Acentua-se um rejuvenescimento do processo reprodutivo. A fecundidade das mulheres mais jovens (15 a 19 anos) passou a representar 23% da taxa total, em 2006, em contraste com 17%, em 1996, ao passo que a das acima de 35 anos que representavam 13%, contribuem agora com 11%. Ao concluir o período reprodutivo, 13% das mulheres não tiveram filhos, valor superior aos 9% registrados em 1996. E o número médio final de filhos, em 2006, foi igual a 2.6, inferior aos 3.9 registrados em 1996. Entre as jovens de 15 a 19 anos, 23% estavam grávidas no momento da pesquisa e 12% já estiveram grávidas, mas não tiveram filhos nascidos vivos. Do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, apenas 54% foram planejados para aquele momento. Entre os 46% restantes, 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados. Na medida em que aumenta a idade da mulher ao nascimento do filho, cresce a proporção de não desejados, chegando a 40% para aquelas acima dos 35 anos. O confronto entre as taxas de fecundidade observada e desejada (2.5 e 1.8, em 1996, e 1.8 e 1.6, em 2006) revela que as mulheres estão cada vez mais conseguindo alcançar suas intenções reprodutivas. Entretanto as defasagens entre desejo e realidade, ainda hoje, são mais acentuadas entre as mulheres menos escolarizadas, as negras e as que residem no Norte e no Nordeste.

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente). A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões

onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (PNDS, 1996). A pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais, apontada na pesquisa (métodos hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), e a ausência de citação do diafragma indicam o limitado acesso das mulheres às informações sobre opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais (BENFAM, 1996).

Ainda segundo a referida pesquisa, 43% de usuárias de métodos anticoncepcionais interrompem o uso durante os 12 meses após a sua adoção, e nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. A porcentagem de mulheres com necessidade insatisfeita de anticoncepção é de 9,3% na área rural e de 4,5% na área urbana. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e consequentemente para o aumento do risco de morte por essa causa (BENFAM, 1996).

O estudo descritivo qualitativo de Silva et al (2011, p. 2416 - 2419), entrevistou 24 mulheres assistidas em planejamento familiar de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Fortaleza (CE), no período de agosto a outubro de 2007, com semelhanças sociais, econômicas, educacionais e independentemente de raça, idade, religião ou situação marital. Teve como objetivo compreender o significado do planejamento familiar dado por mulheres em idade reprodutiva a partir de perguntas sobre o perfil sociodemográfico e de saúde e o significado do planejamento familiar, enfatizando a relação com o atendimento recebido e a participação do parceiro. O PF foi expresso por algumas mulheres sob a dimensão econômica, enquanto outras o significaram como independência e liberdade, além da prevenção de gestações indesejadas. Evitar filhos também foi decisão como suporte para uma vida menos sofrida e ao mesmo tempo livre de certas dificuldades vivenciadas na família e na sociedade, referindo-se às dificuldades econômicas e à violência.

O mesmo estudo identificou que a maioria das mulheres associou o planejamento familiar apenas ao uso de anticoncepcional oral e do preservativo masculino. Esse panorama evidencia a precariedade da atenção dada à mulher e as poucas opções dos métodos anticoncepcionais, evidenciando a diferença entre o que está proposto na

política de planejamento familiar e o que está implementado. Silva et al (2011, p. 2418, 2420) concluiu que a informação adequada provoca um impacto na mulher, levando-a a formar as próprias opiniões e tomar decisões quanto ao futuro de sua família. Além disso, esclarece que o ser humano recebe influência do meio cultural em que está inserido em consequência do processo acumulativo das experiências vividas. A interação simbólica está diretamente ligada à comunicação. Quando as mulheres definem significados, estão simplesmente reagindo a estímulos sociais que tiveram.

Faz-se necessário discutir o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde.

Donabedian (1973) distingue duas dimensões da acessibilidade: a socio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade socio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. Apesar de atributos dos indivíduos (sociais, culturais, econômicos e psicológicos) não fazerem parte do conceito de acessibilidade de Donabedian, a relação destes com o uso de serviços é mediada pela acessibilidade, isto é, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços.

A complexidade que abrange a questão do acesso remete à discussão sobre o conceito ampliado de saúde. A saúde, no texto da Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988:37). O grande mérito desta concepção reside justamente na explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem individual e subindividual, como podemos vislumbrar na Figura 1, do anexo 1 (BRASIL, 2006).

A Declaração de Alma Ata (1978), construída da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, afirmou a necessidade de ação de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, sendo esta um direito humano fundamental, que requer a ação de outros setores sanitários, sociais e econômicos, além do setor saúde. Considera também que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde, que devem ser levados aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação. Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

Em linha de continuidade com Alma Ata, a Nova Promoção à Saúde (WHO, 1984) e a Carta de Ottawa consideram que a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são pré-requisitos essenciais à saúde da população. Recomenda como eixos de suas estratégias e ações: (a) a constituição de políticas públicas saudáveis; (b) a criação de ambientes sustentáveis; (c) a reorientação



dos serviços de saúde; (d) o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e (e) o fortalecimento de ações comunitárias.

De acordo com Coelho (2009), na atenção à saúde das mulheres, compreende-se a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Contudo, investigações científicas com profissionais do campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde (COELHO, 2001).

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações e educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha. A primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. É muito importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais. Os serviços de saúde devem garantir atendimento aos adolescentes e aos jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado. Adolescentes e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade e sigilo (BRASIL, 2009).

O sistema de saúde brasileiro está fundamentado em princípios de integralidade da atenção e de participação popular. Assim, iniciou-se um discurso para educação em

saúde voltado para a participação comunitária. Apesar da existência de um discurso teórico mais participativo, os projetos de atenção à saúde ainda tratam o público alvo como objeto de transformação, numa prática coerciva e normativa. Raramente observam-se programas que aprofundam os seus esforços avaliativos, no sentido de mostrar efeitos e impactos. A maior parte deles restringe-se apenas à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas. Entretanto, se as práticas e a transmissão de informações em saúde são verticalizadas, é possível que as necessidades e os objetivos da população não se concretizem, caso sejam diferentes das necessidades e objetivos dos profissionais da saúde. Também é possível que as estratégias dos programas de atenção à saúde sejam inapropriadas ou ineficazes (AUGUSTO, 2011).

O estímulo à participação e à inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar limita-se a experiências isoladas de alguns serviços ou organizações não governamentais e têm pouca chance de causar algum impacto sobre o problema no Brasil como um todo (BENFAM, 1996).

Moura e Silva (2004) acreditam que a informação adequada leva o sujeito a elaborar suas próprias opiniões e tomar decisões, percebendo-se nas relações consigo, com a família e com a sociedade. Em pesquisa de avaliação, com abordagem quali e quantitativa sobre o PF, ao utilizar o método de análise de conteúdo, perceberam que, numa amostra por saturação, as mulheres associaram a importância do PF como meio para reduzir o número de nascimentos, o que reflete a falta de informação a respeito do PPF. Neste mesmo estudo, os enfermeiros entrevistados relataram a ineficiência dos grupos de PF com a comunidade, devido à sobrecarga de trabalho e precariedade das condições de trabalho, tanto pela estrutura física como pela equipe insuficiente para atendimento das demandas da comunidade.

Para Eduardo Stotz (2011) entender como os serviços públicos, principalmente de educação e saúde, poderiam responder às demandas da população trabalhadora, a partir do diálogo e problematização do saber espontâneo das pessoas das classes populares foi o elemento norteador da trajetória de trabalho de Vincent Valla. Ele acreditava que os profissionais de saúde deveriam relativizar seu ponto de vista prévio

para admitir que as pessoas sejam capazes de entender e agir sobre sua própria realidade. E é justamente isso que pretendemos fazer nesse trabalho, através da identificação das representações sociais sobre o planejamento familiar.

Segundo Valla (1986) é preciso compreender que o conhecimento acumulado pela população, na vivência dos seus problemas, modifica sua demanda. É essa demanda que exige uma bagagem técnica para que possa ser negociada com o Estado. Nesse momento, o técnico só pode fazer a mediação com as classes populares organizadas se ele perceber que sua relação com elas deve incluir a compreensão da sua cultura.

Carvalho (2004), em considerações sobre "Empowerment" e Promoção à Saúde, traz:

Sob a influência de Paulo Freire, os teóricos do "empowerment comunitário" vêm preconizando a efetivação de um modelo pedagógico que assuma a "educação como uma prática da liberdade". Este projeto, que alguns denominam de "empowerment education" e que poderia ser igualmente denominado de "educação popular" e/ou "educação para a transformação" (WALLERSTEIN, 1992), procura romper com métodos educativos centrados no exercício do "poder sobre" o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de ideias, opiniões e conceitos com vistas à solução de problemas ("poder com").

O "empowerment education" busca, portanto, contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão.

Esta perspectiva pedagógica, derivada do "empowerment comunitário", toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do "direito a ter direitos", distanciando-se do projeto behaviorista que tende a representar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas. O "empowerment" transforma-se, neste contexto, em um ato político libertador que se contrapõe à concepção bancária de educação.

A Nova Promoção da Saúde, através do "empowerment comunitário", pode nos instrumentalizar, por exemplo, no delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuários. Sugere-se, aqui, trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente. A incorporação do "empowerment comunitário" às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde incorporem como diretriz uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes dos serviços.

Este entendimento concorre para o fortalecimento de uma perspectiva que afirma a necessidade de que, perante o esgarçamento do tecido social brasileiro, se valorize a rede de prestação de serviços do SUS, procurando ampliar o sentido de suas ações e visando a consolidá-lo enquanto espaço privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores. Serviços de saúde que previnem a doença, que curam e que reabilitam devem, no Brasil, ter como objetivo contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social. Ao contribuir para a constituição de cidadãos saudáveis, conscientes de seu direito e portadores do "direito a ter direitos", esses serviços aumentam a possibilidade de ações sociais que incidam positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença.

Costa (1992), na pesquisa nacional de avaliação do PAISM concluiu que a degradação qualitativa dos serviços de saúde e a marginalização da saúde da mulher nas propostas de gestão, determinaram um caótico quadro da situação, com altos coeficientes de morbimortalidade materna, crescentes números de esterilização cirúrgica, abortamento provocado e cerca de 95% das mulheres que utilizavam a pílula como contraceptivo, a adquiriam diretamente nas farmácias, sem acompanhamento pelo serviço de saúde.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde, concluiu que, no Brasil, a informação sobre anticoncepcionais era limitada, assim como eram altas as taxas de aborto provocado, de câncer de colo uterino, de partos cesáreos, de DSTs e ineficiente a assistência pré-natal. Constatou também que a limitação do acesso à informação e à diversidade de métodos contraceptivos faz com que a laqueadura predomine como o método de escolha após um ou dois filhos, muitas vezes realizada em idades precoces e forçadas por cesáreas, das quais mais da metade são desnecessárias (OMS, 1994).

Por outro lado, Camargo Jr. (1997), avaliando a racionalidade médica, identifica que o saber médico apresenta-se como um agregado irregular de disciplinas onde muitas das noções fundamentais são implícitas, levando ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática. Logo, a terapêutica desenvolve-se por caminhos nem sempre superpostos aos da diagnose. O autor conclui que, embora teoricamente várias técnicas de intervenção devam ser utilizadas, na prática apenas medicamentos e cirurgias são considerados como terapêutica real, sendo digna de nota a inexistência da disciplina de terapêutica em várias escolas

médicas, o que abre um grande espaço à ação dos propagandistas da indústria farmacêutica. Por isso, deve-se estar atento à medicalização das mulheres no âmbito do Planejamento Familiar.

Marcolino, em 2004, realizou uma investigação qualitativa, com o objetivo de captar as representações sociais dos agentes de uma equipe de saúde sobre o planejamento familiar e a laqueadura tubária, bem como sobre os efeitos práticos delas sobre o trabalho da equipe. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas e observações de algumas atividades dos agentes da equipe de saúde e foram submetidos à análise de discurso. O planejamento familiar e a laqueadura tubária foram considerados um direito das mulheres, entretanto, encontrou que o exercício desse direito estava prejudicado em face das limitações de acesso aos métodos contraceptivos.

Atualmente (FEBRASGO, 2010), existem diversos métodos para viabilizar ou evitar uma gravidez sendo, no primeiro caso, métodos de média complexidade (indução de ovulação) e alta complexidade (inseminação artificial e fertilização in vitro), indicados para tratamento de infertilidade. E, no segundo caso, métodos de baixa e média complexidade, indicados para casais férteis que não querem engravidar. Esses métodos de prevenção da gravidez podem ser:

- 1) Reversíveis: naturais (Ogino-knaus - ritmo - tabela; temperatura basal; Billings - muco cervical; e sintotérmico); DIU (dispositivo intra uterino de cobre ou com progestágeno); hormonais, que podem ser as pílulas combinadas (alta dose ou baixa dose; cíclica ou contínua; mono ou multifásica; e do dia seguinte), os injetáveis - IM (mensal ou trimestral), os adesivos, o anel vaginal ou os implantes subdérmicos; e de barreira (preservativos masculino ou feminino; diafragma; esponjas; e espermicidas).
- 2) Irreversíveis: cirúrgicos (SIU – Sistema Intra Uterino e laqueadura tubária para as mulheres; Vasectomia para os homens).

Esse estudo visa compreender o que a população entende e espera do PPF do Município de Guapimirim, sendo a pesquisa qualitativa mais eficaz para responder essa pergunta. Segundo Minayo (2007, p. 97) o objeto das Ciências Sociais é completamente qualitativo. A realidade social é a cena e o contexto dinâmico da vida

individual e coletiva com as riquezas de significados que delas são expressas. Tal realidade é mais rica do que qualquer teoria, pensamento ou discurso que possa ser elaborado sobre ela. As Ciências Sociais possuem instrumentos e teorias capazes de aproximar a existência dos seres humanos em sociedade, contemplando o conjunto de expressões humanas existentes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais e nas expressões da subjetividade.

Na perspectiva da psicologia social, o conhecimento nunca é simples descrição ou uma cópia do estado de coisas. É sempre produzido através da interação e comunicação e sua expressão está ligada aos interesses humanos que estão nele implicados. É produto de um grupo de pessoas que se encontram em circunstâncias específicas, nas quais elas estão engajadas em projetos definidos (BAUER E GASKELL, 1999). Para os mesmos autores (2002), se comparado ao quantitativo, o método qualitativo é intrinsecamente mais crítico e emancipatório, já que defende a necessidade de compreender as interpretações que os atores sociais possuem do mundo.

Para Moscovici (2003) as representações sociais emergem a partir de pontos duradouros de conflito, dentro das estruturas representacionais da própria cultura, por exemplo, na tensão entre o reconhecimento formal da universalidade dos “direitos do homem”, e sua negação a grupos específicos dentro da sociedade. Moscovici nos diz que a finalidade de todas as representações sociais é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar. A familiarização serve de processo construtivo de ancoragem e objetivação, pelo qual o não familiar começa ocupar espaço dentro do mundo familiar. As representações sociais surgem não apenas como uma forma de compreender um objeto particular, mas também como um meio pelo qual o sujeito consegue adquirir a capacidade de definir as coisas expressando um valor simbólico. As representações são produtos de interação e comunicação tomando forma e configuração específica em qualquer instante, como consequência do equilíbrio específico dos processos de influências comunicativas.

Enquanto Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que possa servir para integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e

a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (DUVEEN, 2003). Moscovici (1996, p. 181) aponta que:

por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

O mesmo autor (MOSCOVICI, 2003) define representação social como um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.

A característica específica dessas representações é a de que elas “corporificam ideias” em experiências coletivas e interações em comportamento. Constituem-se em um instrumento explanatório e referem-se a uma classe geral de ideias e crenças. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Observamos que esse conceito esclarece três pontos: difere a teorização de Moscovici, ao usar o adjetivo “social”, das “representações coletivas” de Emile Durkheim, segundo Duveen (2003) porque, enquanto Durkheim pretende uma coesão social, um caráter estático, nos moldes de uma sociologia positivista, Moscovici vê a sociedade orientada por processos onde se sucedem permanências e mudanças; evidencia a interdisciplinaridade característica do conceito originada de um embricamento da sociologia com a psicologia social, contendo também, como é explicitado, elementos da cultura (“crenças”), que é objeto de estudo da antropologia; o conceito evidencia o enfoque de Moscovici nas sociedades modernas, onde tem presença marcante a comunicação interpessoal e das diversas formas de mídia (não presentes nas

sociedades tradicionais) que integram, no cotidiano, a produção, por determinados grupos sociais, de ideias e imagens que configuram as representações sociais.

Segundo Sá (1998), “cada vez mais, profissionais de saúde – principalmente na saúde coletiva e na enfermagem - têm se valido do referencial das representações sociais em suas pesquisas”. A proposta desta pesquisa é estudar a visão da população (as representações sociais desta) adscrita ao PSF de Parada Modelo, selecionado no primeiro momento da pesquisa e dos profissionais desta unidade de saúde a respeito da baixa adesão, da organização e do funcionamento do planejamento familiar no Município de Guapimirim.

## **5. METODOLOGIA**

O presente trabalho é uma pesquisa qualitativa com o referencial metodológico baseado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1996). Os sujeitos escolhidos foram moradores da área adscrita ao PSF de Parada Modelo (unidade de saúde situada em Guapimirim), numa amostra por saturação, e os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, realizada pela própria autora do estudo. Foi feito diário de campo e os depoimentos foram analisados a partir da técnica do discurso do sujeito coletivo de Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre (2003), adaptada para a análise das representações sociais.

Mesmo entendendo que o planejamento é da família e que, nesse sentido, homens e mulheres deveriam ser entrevistados, mas tal estudo implicaria duas pesquisas distintas, optou-se, nesse projeto, por trabalhar apenas com mulheres, excluindo-se aquelas com 19 anos ou menos, por se tratar da faixa etária dos adolescentes.

Este trabalho obedeceu aos critérios de rigor, descritos por Pope e Mays (2009), que apontam que a descrição detalhada da metodologia de uma pesquisa qualitativa é atributo de rigor. Essa descrição facilita o acompanhamento da análise e da apresentação dos resultados pelo leitor interessado.

Nico et al. (2007) esclarecem três fases para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa: exploração, decisão e descoberta. A fase de exploração caracteriza-se pela seleção e definição do problema, a escolha do local onde se realizou a pesquisa e os



contatos para a entrada no campo. Essa exploração orientou na coleta dos dados e na formulação de hipóteses que puderam ser modificadas à medida que mais dados foram coletados. A fase de decisão é a segunda e envolveu a busca dos dados selecionados determinando os mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. A terceira fase é a da descoberta e consistiu em explorar a realidade, tentar encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e situar as várias descobertas num contexto mais amplo.

Foi escolhida para o estudo uma determinada área deste município, adscrita ao Programa de Saúde da Família de Parada Modelo, onde existem instituições representativas da sociedade como: igrejas, escolas, associação de moradores e lideranças locais, assim como transportes e proximidade ao centro comercial e a alguns serviços. Essa área foi geoprocessada e encontra-se no Anexo 3.

A teoria que fundamenta o método deste estudo é a das representações sociais. O alguém que lhe dá forma é um sujeito social, envolvido em condições específicas de seu espaço e tempo. Para a produção das representações três fatores foram considerados: a cultura, a comunicação e a linguagem (intragrupo, entre grupos e de massas) e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica do sujeito (MOSCOVICI, 1996).

### **5.1 Seleção do Grupo de Estudo e Definição da Amostra**

A população desse estudo foi escolhida a partir da aplicação de um questionário (Apêndice 1) em familiares de alunos da Escola Municipal Acácia Leitão Portela, situada na área adscrita ao Programa de Saúde da Família de Parada Modelo, durante evento organizado pela própria escola, onde foram explicitadas as propostas desta pesquisa. Algumas características dessa população (nome, endereço completo, idade, sexo), o contato telefônico, se já fez planejamento familiar em qualquer lugar ou momento da vida, e o interesse em participar da pesquisa foram perguntados nesse questionário, caracterizando a fase de decisão.

O fato de uma escola ter sido a instituição escolhida para aplicação do questionário, que selecionou os sujeitos da pesquisa das representações sociais sobre planejamento

familiar, não foi ao acaso. A intenção foi identificar pessoas que já tiveram filhos e, não necessariamente, tiveram acesso à unidade de saúde de referência. Além disso, dentre outras instituições, essa apresenta a maior diversidade de sujeitos em relação às condições socioeconômicas, culturais, religiosas e políticas. Essa escola foi escolhida por ser a maior escola pública do Município de Guapimirim, tendo a capacidade de reunir o maior número de pais e/ou responsáveis em uma única reunião, o que facilitaria o trabalho de campo no momento de exposição das propostas da pesquisa e seleção de candidatos. Além disso, supôs-se que a proximidade da escola com a unidade de saúde favoreceria a ida dos participantes ao local da entrevista.

Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001) esclarecem que o foco e o planejamento do estudo não podem ser completamente determinados com antecedência devido à multiplicidade da realidade, que é construída socialmente em uma dada situação. Devido à natureza dos fenômenos sociais (por não se repetirem e por exigirem uma visão da totalidade), nenhuma teoria selecionada antecipadamente é capaz de solucionar essa realidade em sua especificidade e globalidade. Focalizar o problema e adotar um quadro teórico fechado antecipadamente ofusca a visão do pesquisador, levando-o a excluir importantes aspectos que não se enquadram na teoria e realizar interpretações deturpadas dos fenômenos vistos.

Corroborando esse pensamento as categorias da pesquisa foram construídas à medida que temas centrais foram levantados e novos temas foram identificados no discurso dos sujeitos entrevistados. Foram identificadas então sete categorias, sendo:

- Representação Social sobre Planejamento Familiar
- Origem da Informação sobre Planejamento Familiar
- Necessidade de Planejamento Familiar
- Serviço de Planejamento Familiar
- Métodos contraceptivos
- Esterilização
- Aborto

Segundo Minayo (2007), para fazer uma pesquisa qualitativa a amostragem merece destaque porque envolve diferentes situações como a escolha do grupo para

observação e para comunicação direta: a quem entrevistar, a quem observar e o que observar, o que discutir e com quem discutir. A amostra ideal é aquela que é capaz de refletir a totalidade nas suas várias dimensões. E assim foi feito nesse estudo.

Fez-se necessário seguir alguns critérios para a amostragem, tais como: definir com clareza o grupo social mais relevante para as entrevistas e não se esgotar o número de participantes enquanto não foi delineado o quadro empírico da pesquisa. Trabalhar com amostragem qualitativa tem alguns benefícios a considerar: privilegiam-se os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador quer conhecer; consideram-se os participantes em número suficiente para possibilitar repetições de informações, mas sem desprezar as informações ímpares cujo potencial de explicações tem que ser levado em conta; entende-se que na sua homogeneidade básica relativa aos atributos o conjunto de informantes possa ser diversificado e possibilitar apreender semelhanças e diferenças; escolhem-se local e grupo de observação e informações que contenham o conjunto das experiências e expressões que se deseja objetivar com a pesquisa (MINAYO, 2007).

Foi utilizada uma amostra não probabilística, definida pelo método de saturação. Turato (2010) e Minayo (2007) referem-se ao método de amostragem por saturação teórica como sendo aquele em que o pesquisador fecha o grupo quando, após coletar as informações com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo. Cabe ao pesquisador entender que novas falas têm pouco acréscimo em vista dos objetivos propostos para a pesquisa, ao decidir encerrar a amostragem. O número de entrevistados atingidos nessa pesquisa foi de 12 sujeitos.

Morse (1994) descreve que o critério de adequação na pesquisa qualitativa se refere à quantidade de dados coletados e é alcançado quando ocorre saturação, quando as variações estão representadas e compreendidas. Rubin e Rubin (1995) referem-se ao princípio da completude, isto é, acrescentam-se entrevistados até compreender-se a complexa área cultural ou os inúmeros passos do processo, observando-se que cada entrevistado adicionado soma pouco para o que já se aprendeu e então cessa o acréscimo de novos sujeitos no ponto de saturação.

## **5.2 Entrevista**

A entrevista desse estudo seguiu os pressupostos de Minayo (2007), referindo-se a informações construídas diretamente no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratando da reflexão dele próprio sobre a realidade que vivencia. A entrevista como fonte de informação forneceu dados referentes a fatos, ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, modos de sentir e atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de valores e crenças.

Foi utilizada nesta pesquisa a entrevista semiestruturada, quando o entrevistador faz perguntas específicas, mas deixa que o entrevistado responda com sua própria linguagem. Lefèvre e Lefèvre (2003) referem-se à entrevista semiestruturada como uma técnica que permite ao entrevistador obter dados mais objetivos pelo discurso do sujeito, conhecer os pensamentos compartilhados socialmente e também os modelos sócio-cognitivos de cada indivíduo, o que responde aos objetivos da representação social. A entrevista semiestruturada tem a intenção de superar a limitação implícita na compreensão dos campos por meio da aquisição de determinados objetos. Permite, por meio de um discurso, perceber o pensamento dos indivíduos, ter acesso à coletividade de modelos sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhados. Cada entrevistado foi recebido individualmente, sendo oferecido um espaço reservado para expor pensamentos sociais interiorizados, individualidades livres de participação e interferências psicossociais do grupo, assegurando dessa forma que o conjunto dessas individualidades possa representar uma coletividade.

Minayo (2007) afirma as vantagens da realização da entrevista no domicílio dos participantes. No entanto, durante esse estudo, as entrevistas foram realizadas na sala de reuniões da unidade de saúde do PSF Parada Modelo, para garantir a privacidade e evitar possíveis constrangimentos das entrevistadas com seus respectivos cônjuges. As entrevistas aconteceram em horários combinados conforme a disponibilidade dos entrevistados.

Lefèvre e Lefèvre (2003) apontam que o local da entrevista deve ser escolhido e preparado com antecedência, para garantir privacidade para o pesquisador e para o indivíduo a ser pesquisado. Este local deve estar livre de ruídos, já que as entrevistas são gravadas. Além disso, são transcritas em sua literalidade para posterior análise.

Todas as mulheres que indicaram interesse em participar da pesquisa foram convidadas para entrevista, porém algumas não puderam comparecer no horário e/ou no local agendado (unidade de saúde supracitada). Sendo assim, algumas entrevistas foram realizadas no domicílio da participante, sem prejuízo da privacidade à medida que não havia outros adultos em casa ou permaneceram em outro cômodo no momento da pesquisa.

A duas primeiras entrevistas realizadas nesta pesquisa foram consideradas como entrevistas-piloto. Turato (2003, p. 316) se refere à entrevista piloto como um instrumento de pesquisa construído e aplicado para avaliar se as perguntas foram entendidas claramente pelo sujeito-alvo do estudo e mostraram-se adequadas e suficientes para responder aos objetivos da pesquisa. Nesta fase, o entrevistador adquire experiência e passa por uma reavaliação antes de coletar os dados planejados.

### **5.3 Roteiro da Entrevista**

As perguntas desse estudo foram elaboradas de modo a identificar as representações sociais sobre planejamento familiar. Conforme orientações de Lefèvre e Lefèvre (2003), o roteiro da entrevista foi organizado em duas partes (Apêndice 2): a primeira com questões estruturadas para caracterizar o perfil sociodemográfico; e a segunda com questões semiestruturadas, com o objetivo de orientar o roteiro da entrevista, não havendo necessidade de serem todas as questões perguntadas ou mesmo havendo necessidade de repetir a pergunta de forma diferente para tornar-se inteligível ao entrevistado quando o entrevistador julgou adequado.

### **5.4 Diário de Campo**

#### **Relatório**

O diário ou caderno de campo foi usado para o acompanhamento das entrevistas e registro da evolução do projeto, conforme orientação de Lefèvre e Lefèvre (2003). Foram anotadas as etapas para chegar ao entrevistado, mobilidade, flexibilidade e expressão individual, como ocorreu a gravação, eventuais incidentes de percurso, entre outros. O diário de campo possibilitou um diálogo frequente e constante em relação ao início do projeto e foi um referencial para as finalizações do mesmo. No diário de campo foram registradas as impressões do pesquisador sobre o momento

das entrevistas, sobre o ambiente, sobre as reações e a composição gestual do entrevistado, bem como sobre o correr dos trabalhos de pesquisa. Nele foram registrados os problemas de aceitação das ideias dos entrevistados, repetições, ênfases, e toda e qualquer reflexão teórica que decorreu de debates sobre aspectos do assunto.

### **5.5 Análise dos Dados**

A análise de dados foi realizada pelo método do discurso do sujeito coletivo (DSC), recomendada por Lefèvre e Lefèvre (2003) para pesquisas sobre representações sociais. Para os autores, o DSC é um método que faz uso de uma estratégia discursiva que permite realizar pesquisas para obter o resgate de opiniões coletivas. É bastante complexo, subdividido em diversas etapas e realizado por meio de várias operações sobre as respostas verbais obtidas na entrevista. Para produzir o DSC criaram-se figuras metodológicas:

- as expressões-chave (ECH), as quais se referem a pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, revelando a essência do depoimento;
- a ideia central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, de formas sucintas, precisas e fidedignas, o sentido de cada discurso analisado;
- e a ancoragem, que se refere à manifestação linguística explícita de certa teoria, ideologia ou crença colocada pelo autor do discurso como qualidade da afirmação genérica e que está sendo utilizada para enquadrar uma situação específica.

O discurso do sujeito coletivo (DSC) é um discurso simples, redigido na primeira pessoa do singular e constituído pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central (IC) ou ancoragem. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 18), a construção do DSC deve seguir os seguintes passos: primeiro: cópia integral do conteúdo de todas as respostas referentes à questão no instrumento de análise de discurso (IAD 1). Em seguida deve-se identificar e sublinhar em cada resposta, com uma cor pré-determinada ou outro recurso gráfico, as expressões-chave (ECH) das ideias centrais e, se houver, para as expressões-chave das ancoragens utilizar outra cor ou outro recurso gráfico. O terceiro passo é identificar as ideias centrais e, quando necessário, as ancoragens a partir das

expressões-chave, colocando-as em colunas diferentes. O quarto é identificar e agrupar as ideias centrais e as ancoragens de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar etiquetando cada grupamento com letras: A, B, C etc. O quinto passo, após denominar em cada grupamento por A, B, C, cria-se uma ideia central ou ancoragem-síntese que expresse da melhor forma possível todas as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido. O sexto e último passo se refere à construção do DSC e para tal é preciso usar o IAD 2. Para a construção do DSC é preciso organizar e ordenar as expressões-chave em princípio, meio e fim ou então do mais geral para o mais particular. Deve-se, então, ligar as partes do discurso ou parágrafos com a introdução de conexões do tipo: assim, então, logo, enfim para permitir “coesão”. As ideias repetidas devem ser eliminadas, mas não da mesma ideia quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas mesmo que sejam semelhantes. Para construir o DSC é preciso utilizar todo o material das expressões-chave. O DSC possibilita maior clareza de uma determinada representação social, assim como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Pelo DSC é possível uma melhor visualização da representação social à medida que ela vai surgindo não como forma artificial de quadros, tabelas e categorias, mas sob a forma direta e viva de um discurso, o qual se apresenta como o meio real e concreto do pensamento dos indivíduos. As representações sociais são mais interessantes desde que se permita aflorar a afetividade de quem está discursando.

Como esclarecem Lefèvre e Lefèvre (2003), o DSC pode ser apresentado de diversas maneiras. Podem ser apresentados os resultados obtidos para cada pergunta do entrevistador e, se houver mais de um DSC por questão, pode-se apresentar primeiro um quadro-síntese com as IC que surgiram na análise da questão. Com o quadro-síntese pronto pode-se apresentar quadros compostos pelas IC e por seus correspondentes DSC. O DSC deve aparecer em itálico indicando que se trata de uma fala ou de um depoimento coletivo, porém não se deve colocar “aspas” no DSC porque não se trata de citação. Para se referir aos sujeitos entrevistados que contribuíram com suas falas para compor um DSC pode-se usar, por exemplo, S1, S2 etc, o que foi feito para seleção das ECH, mas não no quadro síntese de IC ou dentro do DSC.

## 5.6 Aspectos Éticos

Essa pesquisa se comprometeu em: atentar para a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); ponderar entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); garantir que danos previsíveis fossem evitados (não maleficência); valorizar a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

O projeto foi submetido ao CEP (Conselho de Ética em Pesquisa) para aprovação e só depois foi aplicado aos sujeitos da pesquisa. Um dos critérios éticos adotado nesta pesquisa foi a aplicação do TCLE aos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (Apêndice 3).

## **6. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

### **6.1 Reunião escolar**

A primeira abordagem dos sujeitos, participantes da entrevista, foi realizada em uma reunião escolar organizada pela diretoria da Escola Municipal Acácia Leitão no auditório da mesma. Estiveram presentes 34 pessoas, sendo 23 mulheres e 11 homens. 25 mostraram-se interessados em participar, sendo 17 mulheres e 08 homens (Anexo 4 – Tabela 1). Considerando que o critério de inclusão era que o participante fosse do sexo feminino todas as mulheres foram contatadas para agendar suas respectivas entrevistas, mas saturação deu-se com 12 entrevistadas, aproximando-se do número encontrado em estudos semelhantes (CAVALCANTE et SILVA, 2011; FONSECA et RIBEIRO, 2012).

### **6.2 Perfil sociodemográfico dos entrevistados**

De acordo com a Tabela 2, do Anexo 4, as mulheres entrevistadas apresentaram uma média de três filhos, porém algumas têm apenas um e uma delas tem dez filhos. A escolaridade média foi de cinco anos, podendo variar de três a onze anos de estudo. Quanto à situação conjugal oito são casadas, duas moram com seus parceiros sem casamento formal, uma é divorciada, uma é separada e uma é solteira. A renda



familiar média mensal é de R\$1250,00, podendo variar de R\$ 500,00 a R\$ 2500,00 por mês.

Das doze mulheres entrevistadas apenas duas têm emprego formal, sendo que uma destas, apesar de alegar não ter profissão, trabalha como auxiliar de serviços gerais. Observou-se que, para as mulheres deste estudo, a profissão estava vinculada ao trabalho formal, tanto que se optou por perguntar também sobre a ocupação quando se descobriu que uma delas trabalhava no próprio domicílio como artesã e outra em domicílios diferentes como diarista. A maioria manifestou vontade de estudar e trabalhar, porém lamentou a falta de oportunidades dentro do município de residência.

### **6.3 Apresentação e Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC)**

A descrição das etapas de construção dos DSC está apresentada na Tabela 3 do Anexo 4. As tabelas referentes às expressões chave (ECH), às ideias centrais (IC), ao quadro síntese de ideias centrais (QSIC), além de outras necessárias à apresentação dos resultados estão no Anexo 4. Optou-se, nesse estudo, por não trabalhar com ancoragem.

### **CATEGORIA 1 – REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Pergunta Proposta: No seu entendimento, o que é planejamento familiar?

Tabelas 5, 6 e 7 do Anexo 4.

#### **DSC – A**

*Eu não sei muito sobre isto porque eu nunca participei desse negócio. Não sei o que é, não sei se eu fiz. Então eu não tenho uma ideia, fico perdida, eu vim até por curiosidade. Falei: Eu vou lá, porque não custa nada, para poder saber, ficar mais por dentro do que é realmente.*

#### **A – Acesso e Informação**

A necessidade de acesso e informação foi citada por alguns sujeitos e observada pelo entrevistador em vários momentos das entrevistas, mas especificamente na pergunta referente ao entendimento das mulheres sobre o significado do que seja Planejamento Familiar já identificamos certa carência de informação e dificuldade de acesso, seja

pelo desconhecimento da existência do serviço ou pela própria exclusão social à qual os indivíduos estão submetidos, evidenciado em trechos de depoimentos como: S01 - “Não ouvi falar de PF”; S09 - “Eu não sei muito sobre isto porque eu nunca participei deste negócio”; S11 - “Eu não sei o que é PF”. E ao longo das entrevistas em outros trechos, como: S04 - “Na verdade eu nem fiz PF, hoje é que eu vejo o que é”; S06 - “Eu tentei evitar, mas tomava o remédio errado”; S01 - “Só conheço o método que tomo”; S10 – “Hoje você tem que marcar para ir ao ginecologista e esperar vários meses”.

Por outro lado, foram observadas incoerências em alguns discursos, como no caso do mesmo S03 que afirmou “Eu planejei para ter o meu filho” e, ao ser perguntada sobre o que seria o Planejamento Familiar, disse: “Eu não tenho uma ideia, fico perdida, eu vim até por curiosidade. Eu vou lá, porque não custa nada, para poder saber, ficar mais por dentro do que é realmente”. Da mesma forma o S10 respondeu: “Não sei o que é, não sei se eu fiz” e logo depois disse: “Tomo remédio há 17 anos, já usei camisinha e injeção, mas gostaria de fazer minha ligadura”.

Sobre este aspecto, é interessante observar que, ao longo de toda pesquisa, algumas entrevistadas responderam que sabem o que é o PF, porém quando perguntadas sobre o que é relatavam que não sabiam (Tabela 4 - Anexo 4). Da mesma forma algumas responderam que não sabem o que é, mas quando perguntadas sabiam descrever as ações próprias do PF. Além disso, entrevistadas que fizeram o PF responderam que não o fizeram no primeiro questionário. E quando perguntadas se conheciam algum método contraceptivo todas foram afirmativas, inclusive citando alguns destes. Interpretando estes resultados, pode-se perceber que parece não haver para algumas participantes uma correspondência entre a expressão “planejamento familiar” e as ações e intervenções de saúde pertinentes à questão.

Provavelmente esses desencontros de informação estão vinculados ao termo “Planejamento Familiar”, pois nem sempre este é conhecido, tal quais os métodos de fertilização, enquanto algum método para evitar filhos é conhecido por todas as entrevistadas. Algumas destas perceberam ao que o termo referia-se ao longo da entrevista, graças à abordagem de temas ligados a contracepção, gestações e filhos, mesmo sem nenhuma explicação por parte da pesquisadora. Outras sabem o que é PF

hoje, mas não sabiam quando iniciaram sua vida sexual. Dentre estas, algumas foram mães adolescentes e passaram a tomar remédios, usar preservativos ou optaram pela laqueadura tubária no decorrer da idade fértil.

Talvez, considerando que a Teoria das Representações Sociais propõe-se a valorizar a construção individual do sujeito coletivo, envolvendo elementos psicológicos, sociológicos, históricos e culturais, possamos compreender por que as entrevistadas tenham mais facilidade em se referir a objetos utilizados pelas próprias ao longo de sua história. Identificar algo que já existiu, já se alcançou por informação ou utilização é bem mais fácil do que simbolizar algo que está implícito no contexto, mas fora da realidade objetiva. Coube à autora estar sensível a essa percepção ao longo do texto e buscar esse dado para discuti-lo.

Os problemas apontados ilustram as dificuldades de acesso a serviços de saúde na vida das mulheres desde cedo (CARRENO et al., 2006). Ampliar o acesso aos meios para a regulação da fecundidade, e a informações sobre métodos disponíveis seria o caminho para assegurar um dos elementos fundamentais do conceito de saúde reprodutiva: que os cidadãos possam, de fato, decidir sobre quando e quantos filhos ter.

Para Andersen (1995), em seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde); fatores capacitantes (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde); e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde).

Em concordância com Donabedian (1973), para Andersen (1995) acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. E o somatório dos fatores correspondentes à dificuldade de

acesso com a falta de informação a respeito do significado e do serviço ajuda a explicar a ausência das mulheres no Programa de Planejamento Familiar existente no Município de Guapimirim.

### **DSC - B**

*Tomar remédio certo. Estou tomando meus remédios e decido que agora é um momento legal para ter a gravidez. Eu tentei evitar, mas eu tomava o remédio errado.*

### **B – Medicalização**

Constatou-se, durante esse estudo, que a medicalização perpassava várias falas do discurso do mesmo sujeito e de sujeitos diferentes, de forma orientada por profissionais ou não, estando bem indicada e/ou adaptada ao corpo feminino ou não. Cabe lembrar que a utilização de medicamentos ou cirurgias pode estar inserida no Planejamento Familiar ou não, mas com certeza não é sinônimo, tampouco isenta de danos ao corpo humano, seja o feminino ou o masculino. Portanto, deve-se ter cautela e capacitação técnica no assunto para que o medicamento e/ou a cirurgia sejam bem direcionados, quando necessários.

A seguir estão transcritas várias partes dessas entrevistas: S02 - “Tomei comprimido para evitar durante sete anos. Depois o remédio começou a fazer mal e mudei. Foi na mudança de remédio que engravidei do 4º filho”; S03 – “Eu tomava anticoncepcional, aí eu parei de tomar e engravidei; Eu tomei por três, dois anos, parei, engravidei, e tomo até hoje, continuo, comprimido. Tem a injeção, que eu já tomei, mas eu preferi mesmo o comprimido”; S04 - “Estou tomando meus remédios e decido que agora é um momento legal para ter a gravidez”; S03 - “Escolhi uma pílula por minha conta, comprei e tomei. Depois eu fui à médica, aí ela falou que se eu estava me sentindo bem tomando aquela, e estava, eu podia continuar”; S04 - “Eu tomo anticoncepcional hoje, depois de ter meus filhos e já ser ligada, quando vem uma época de natal ou porque eu não quero ficar menstruada. Tomo por conta própria, não sei se faz bem ou faz mal, porque eu vejo as pessoas falarem assim: Vou prender ela, hoje não vou deixar vir não, eu também tomo”.

Observa-se, nas falas desses sujeitos, a presença da medicalização inserida no contexto do PF ou não. Essa intervenção no processo natural do indivíduo está presente, muitas

vezes, de forma implícita na prática dos profissionais de saúde, que tiveram uma formação cartesiana, com deficiências, sujeitas a políticas econômicas e à organização dos setores públicos e privados na assistência à saúde. Essa racionalidade nem sempre é passível de crítica justamente por seu caráter implícito, mas traz consequências concretas na determinação de um modelo de atenção que avaliza, de alguma forma, uma série de características, como o uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente e do próprio médico e a farmacologização excessiva, que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de “distorção” (CAMARGO, 1997).

A medicalização da mulher aparece no contexto da pergunta sobre o que é Planejamento Familiar, com a intenção de captar a Representação Social das entrevistadas sobre o tema (PF), o qual muitas desconheciam, segundo respostas às perguntas objetivas. Entretanto, quando perguntadas se conheciam algum método contraceptivo todas foram afirmativas, inclusive citando alguns destes, o que gerou a necessidade da criação de uma categoria específica para os contraceptivos. E mais além, em outros momentos das entrevistas, trouxeram a importância da laqueadura tubária em suas vidas, o que suscitou outra categoria de estudo.

Deve-se atentar para o fato de que os profissionais de saúde, os fármacos, as cirurgias, as internações hospitalares, os especialistas e os exames complementares são de suma importância para avaliação e conduta em relação à saúde do paciente, porém devendo ser criteriosamente indicados, prevenindo-se iatrogenias ou intervenções desnecessárias, além da má gestão de recursos financeiros, sejam privados ou públicos. Todos os métodos contraceptivos ou indutivos têm suas indicações e contra indicações, podendo melhorar ou prejudicar a saúde física, social ou psicológica das mulheres, que sempre devem ser cuidadosamente avaliadas, cuidadas e informadas.

### **DSC – C**

*Planejamento familiar é a gente se planejar para o futuro, ter responsabilidade, não sair comprando ou tendo um montão de filhos sem se planejar, fazer um curso para amanhã ou depois ter um bom emprego. Isso também é planejar para o benefício da família. É manter o tratamento, procurar médico, ter um tratamento de saúde melhor, melhorias para nossa cidade que precisa de muitas coisas. Muitas das vezes você está*

*doente e não tem médico, vai ao hospital e não tem. É um direito da família de tratar a saúde em geral.*

### **C – Conceito Ampliado de Saúde**

As questões trazidas pelo DSC - C construído a partir das Representações Sociais das mulheres desse estudo guarda estreita relação com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que abrange o “completo bem-estar físico, mental, social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Para Laurell (1997, p. 86), a saúde é vista como necessidade humana cuja satisfação associa-se a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de contexto específico.

Pode-se evidenciar a importância da condição socioeconômica na determinação do PF nas falas: S01 - “Se eu estiver com a condição financeira melhor posso ter vontade de ter outro”; S02 - “Nós não temos condições de pagar um plano para ter um médico particular, somos baixas renda, então eu acho que nós temos que melhorar a nossa cidade, principalmente no plano da saúde”; S04 - “Na verdade o município está carente de tudo um pouquinho”; S08 - “Minha sobrinha está grávida agora, mora num lugar inadequado, com dois irmãos e quatro sobrinhos num cômodo sem banheiro”.

É interessante observar que a população sabe diferenciar a inevitabilidade do adoecimento, quando falamos de doenças e agravos cuja compreensão sobre seus determinantes e a capacidade de intervenção ainda são limitadas, da perigosa naturalização de condições de vida adversas que, sabidamente, conferem maior vulnerabilidade a diferentes grupos e estratos sociais, como classifica Batistella (?). Para resolução da doença inevitável as entrevistadas sabem que é necessário ter uma estrutura de serviços de saúde acessível, com profissionais qualificados e oferta de insumos para propedêutica adequada. As mulheres desse estudo também incluem a melhoria das condições de vida em suas Representações Sociais devido, provavelmente, à insustentabilidade da exclusão social que as torna vulneráveis. Avançando em direção à superação das dualidades indivíduo/coletivo e sujeito/estrutura, conclui-se que a “capacidade de tolerância para enfrentar as

dificuldades está diretamente vinculada a valores não só biológicos, mas também sociais” (CAPONI, 1997: 305).

Uma das formas de minimizar esses problemas é apropriando-se das Políticas de Promoção da Saúde (PS), consideradas como “a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva” (SALAZAR, 2004). Segundo Green & Kreuter, a PS é uma “combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades” (O’NEILL, 2004, p.6). Pressupõe que o setor saúde não dá conta da saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais, e deve necessariamente articular-se aos demais setores, como: educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde.

Podemos identificar esse discurso nas falas a seguir: “Eu acho que planejamento é manter o tratamento, procurar médico, ter um tratamento de saúde melhor, melhorias para nossa cidade que precisa de muitas coisas”; “Eu acho que é um direito da família tratar da saúde em geral”; ou “É você planejar ter filhos, fazer um curso para amanhã ou depois ter um bom emprego (...) isso também é planejar a família”.

Na verdade, esse tipo de discurso caracteriza uma busca por cidadania, qualidade de vida, oportunidades, dignidade e humanização da saúde. Segundo Fortes e Martins (2000), humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades, como sujeitos de direitos. É observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Rifkin (2005) alerta acerca da inadequação, ao século XXI, do velho sonho americano de realização individual, num ambiente que conjuga igualdade de oportunidades ao máximo de liberdade e ao Estado mínimo. Caminhar em direção ao bem-estar social, à tolerância, à cooperação e ao multiculturalismo talvez seja um dos caminhos possíveis

para a instalação de um direito reprodutivo real, em que a noção de equidade refira-se à inclusão e vislumbre a dimensão transversal de gêneros.

### **DSC - D**

*Eu acho que é incentivar as meninas que estão começando agora a não ter muitos filhos, pois cada vez vai ficando mais difícil botar na cabeça dos garotos que devem parar de ter mais filhos.*

### **D – Controle de Natalidade**

Alguns sujeitos da pesquisa acreditam que o PF deva ser utilizado como controle da natalidade, principalmente quando se trata de adolescentes, desde familiares até desconhecidos, como observamos em algumas falas abaixo:

S01: “Às vezes eu encontro as meninas novas, ali no ponto, com tanta sem vergonhice, aí eu falo para elas, às vezes umas novinhas com nenenzinho no colo: Comigo deu certo, mas talvez com você não vá dar não, tome cuidado, namora, namora. É muito bom namorar, mas tome cuidado. Eu falo, mas nem todas dão ouvidos, querem diversão. O jovem quer se divertir, não quer saber de compromisso.”

S11: “Hoje em dia esses jovens não querem saber de nada (...) Muitos sabem um método para poder evitar a gravidez, mas eles não querem, eles engravidam”.

Admitindo a liberdade de escolha, a falta de informações sobre métodos anticonceptivos nem sempre configura a principal causa da gravidez na adolescência, que muitas vezes está associada à busca por autoestima e aceitação – ser mãe é uma forma de encontrar seu lugar no mundo e ter relativa independência em relação aos pais (Escóssia & Lins, 2005), num universo em que não há perspectiva de crescimento profissional ou intelectual (escola).

Porém, deve-se atentar à questão do controle da natalidade, que desrespeita as opções individuais, mesmo que inconscientemente no caso das entrevistadas, pois esteve presente na construção das Representações Sociais das mulheres desse estudo, no que tange ao significado do Planejamento Familiar. Por definição, as RS são formadas a partir de influências históricas, sociais e culturais que, neste caso, associam-se às graves questões ditadas pela política internacional coercitiva de



controle demográfico que arbitrou quanto à definição de prole e ainda o faz em várias nações pelo mundo, apresentando um contraponto ao Programa de PF que se propõe a ter caráter democrático, com liberdade de escolha informada. Carvalho e Brito (2005) trazem comprovação dessa política arbitrária em seu artigo sobre “A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil”:

“As pressões norte-americanas e dos organismos multilaterais, no período pós-guerra, para que fossem implementadas políticas de controle da natalidade estendiam-se a todos os países em desenvolvimento, em particular à América Latina e Ásia. A Índia, então um país extremamente pobre e com a segunda maior população do mundo, foi um laboratório de pesquisas acadêmicas e de políticas oficiais de controle de natalidade, cujos resultados, em termos de declínio da fecundidade, foram praticamente inexpressivos. O México foi um outro exemplo de esforço governamental na implementação de políticas populacionais, através do Conselho Nacional de População (Conapo), criado em 1974. A China, também um país fora da esfera de influência norte-americana desde a Revolução Comunista de 1949, certamente foi onde se levou, após um comportamento oscilante e, às vezes, ambivalente, às últimas consequências a política de controle da natalidade. Nos anos 70, o controle da natalidade foi considerado, definitivamente, uma questão de Estado. Além das medidas anticonceptivas, introduziu-se o “controle malthusiano do casamento”: na cidade, para se casar, os homens deveriam ter, no mínimo, 28 anos de idade e as mulheres, 25 anos; no campo, deveriam ter 25 e 23 anos, respectivamente. O ápice do controle da natalidade foi a política de “um casal, um filho”, que ainda prevalece e cujas consequências sociais e demográficas têm sido observadas com pessimismo (POPULATION REPORTS, 1982; WINCKLER, 2002; GREENHALGH, 2003)”.

A justificativa era a de que o crescimento da economia e, principalmente, a redução da pobreza seriam facilitados se o ritmo do crescimento da população fosse menor (Carvalho e Brito, 2005). Entretanto, a intervenção do Estado Brasileiro no controle da natalidade não foi efetiva, e o declínio da fecundidade no país deu-se, segundo Pesquisa Nacional de Reprodução Humana, deu-se provavelmente pelo declínio da fecundidade marital ocasionada por transformações socioeconômicas, tais como o aumento da escolaridade, da posse de bens de consumo duráveis e da participação das mulheres no mercado de trabalho, que teriam engendrado normas favoráveis às famílias pequenas (MERRICK E BERQUÓ, 1983).

**DSC - E**

*Eu acho que é a pessoa planejar ter um filho. A gente se casa, vamos construir a vida, aí em um determinado tempo decidimos ter um filho. Eu planejei para ter o meu. Eu acho que é a esposa e o esposo conversarem para decidirem o que eles querem para o futuro deles, quantos filhos eles querem, se eles vão tomar algum remédio ou tomar algum cuidado para não engravidar.*

### **E – Planejamento Familiar**

Alguns sujeitos demonstraram perfeito entendimento sobre o que é o PF e quais são os objetivos do PF, como percebemos no DSC E, no qual se observa o respeito às opções do indivíduo e da família, tanto em relação à quantidade de filhos e ao melhor momento para tê-los, quanto ao tipo de método utilizado para planejar a prole. Também foram observadas algumas falas referentes à ausência de planejamento, o que mostra a clareza do conceito para as entrevistadas.

S12: “Meu tio casou com uma mulher e tem dois filhos que jogou na minha avó para ela cuidar. Depois arrumou outra mulher e fez mais quatro. A vida financeira deles é um embaralho doido, quem ajuda é minha avó, se não eles passam fome. Isso não é planejamento familiar é uma vida jogada. Os filhos também não tem o cuidado que deveriam ter, alguns ficaram até sete, oito anos sem ir para escola, nem neste ponto eles planejaram a vida deles. Complicado! Acho que isso é uma pessoa que não planeja nada na vida, totalmente bagunçada a família”.

S08: “Eu vejo pela minha sobrinha, que engravidou agora, está grávida agora, mora num lugar inadequado, mora ela, dois irmãos e quatro sobrinhos num cômodo, sem banheiro. Eu fico imaginando como é que vai ser quando essa criança nascer, o pai foi embora, não trabalha. Teve planejamento? Não. Era pra engravidar? Não, entendeu? É muito complicado, hoje em dia as pessoas estão fazendo isso sem planejar. Se você perguntar se foram ao médico, falam: ‘Não, não fui ao médico’. E se perguntar: ‘Quantos meses você está?’, a resposta é: ‘Não sei’. Eu acho que é muita falta de informação ou não querem se informar. Não é que não exista informação, existe, há informação, a televisão está aí, a internet está aí, até as próprias pessoas estão aí, mas eles não querem, a verdade é essa.”

### **CATEGORIA 2 - ORIGEM DA INFORMAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Pergunta Proposta: Onde você obteve informação sobre planejamento familiar?

Tabelas 8, 9 e 10 do Anexo 4.

### **DSC – A**

*Não ouvi falar sobre Planejamento Familiar ao longo da vida, nem na televisão, na comunidade, na igreja, na escola, no posto. Iniciei o uso da pílula por minha conta.*

### **DSC - B**

*Fui aprendendo com a vivência. Foi por minha conta. Eu escolhi uma pílula, comprei e tomei. Depois que eu tive os meus três filhos falei: Vou evitar. Aí fui evitando do meu jeito, tomando remédio. Eu sempre escuto o povo falando planejamento, mas nunca detalhes sobre o que é.*

### **A e B - Ausência de Informação**

Ao questionar possíveis fontes de informação sobre o PF a entrevistadora evidenciou completa ausência de informação no DSC A e grandes limitações no DSC B. A princípio, suspeitava-se que houvesse desinteresse da população em buscar a informação. Entretanto, não foi esse o resultado encontrado ao longo do estudo. As mulheres entrevistadas referiram claramente o interesse na informação, como se observa nas falas seguintes:

No caso do S01: “Iniciei o uso da pílula por minha conta” fica nítido que há interesse na contracepção, mas não há informação técnica a respeito da forma mais adequada do PF. Inclusive o S01 opina: “Eu acho que o município, os médicos da saúde, no hospital, e os enfermeiros têm que visitar mais os lares, junto com os pais também” e o mesmo sujeito sugere: “Eu acho que na escola deveria ter uma aula específica, só para isso, ensinando mesmo, mostrando a verdade”. O S06 admite nunca ter ouvido falar em PF: “Não, nunca ouvi falar não. Eu não sei direito para que serve esse planejamento familiar”, mas ao ser perguntada se gostaria que o assunto fosse abordado em algum lugar, responde: “Gostaria, as pessoas do município precisam”.

Para Lima et al (2008), aprofundar o olhar para as particularidades locais das condições de vida e de saúde das populações somente pode colaborar para a diminuição das iniquidades se contarem com a participação dos atores sociais locais interessados em ações efetivamente voltadas para a mudança destas condições. Daí a relevância da educação popular, uma vez que toma com ponto de partida as reivindicações sociais e

as propostas sugeridas por estes atores para pensar, de modo compromissado, a “implementação de políticas sociais efetivamente redistributivas e solidárias”(MARTELETO; VALLA, 2003, p. 15)

Torres et al. (2003) compartilham desta mesma ideia e ressaltam que a educação em saúde como prática social, baseada na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde/doença e o intercâmbio entre o saber científico e popular. Se os que procuram esses serviços são prioritariamente os menos favorecidos (LIMA et al, 2008: 4), é fundamental que os profissionais de saúde tenham a capacidade de refletir sobre a relação existente entre condições de vida e saúde. Fala-se aqui de um processo reflexivo capaz de refutar preconceitos quanto aos determinantes das condições de saúde das camadas populares e também quanto as suas táticas de sobrevivência física e psíquica, por vezes de difícil compreensão no horizonte cultural da classe média – classe de pertencimento ou de referência predominante dos profissionais de saúde. Importa dizer que há uma variedade disponível de metodologias participativas em educação e saúde a serem apropriadas para possibilitar aos profissionais a ação de facilitadores da participação dos usuários como sujeitos da sua saúde (IORIO, 2002).

Moura e Silva (2004) lembram a importância da informação no PPF:

As atividades de informação em saúde reprodutiva tiveram amplo desenvolvimento na etapa inicial de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1985), quando o Ministério da Saúde (MS) promoveu treinamentos para profissionais de serviços sobre este enfoque, distribuiu materiais educativos – fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos e outros –, para estimular o desenvolvimento de atividades informativas inovadoras, participativas, ilustrativas e mais atrativas. Vivenciamos esta realidade como enfermeiras assistenciais e de ensino. Todavia, tal ação parece ter sofrido uma descontinuidade ao longo dos anos, mantendo-se tão somente o discurso de que é fundamental como medida de promoção da saúde, porém pouco concretizada e executada nas unidades de saúde e no seio da comunidade. Em se tratando de PF, as atividades de informação são extremamente relevantes, diríamos indispensáveis, ao alcance dos objetivos de serviços e usuários, exigindo dos profissionais de saúde atitude de empenharem-se em bem informar para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas.

É relevante lembrar que os grupos educativos do Programa de PF estão institucionalizados e têm, inclusive, horários de funcionamento e inscrições abertas, porém mantêm-se esvaziados desde sua criação, o que foi uma das motivações para realização desta pesquisa. Todavia, os resultados deste estudo revelam que, a despeito da existência das políticas públicas orientadoras, estas não estão adequadas às demandas e às características da população, tampouco os profissionais, envolvidos no cuidado com a saúde, estão aptos a atender essas demandas. Conclui-se, então, que a reconstrução dos processos educativos com a população de Guapimirim faz-se premente, para que a educação em saúde ocorra de forma transversal, acolhedora e inclusiva, facilitando a compreensão, o aprendizado mútuo, o acesso aos serviços de saúde e a melhoria das condições de vida local.

### **DSC – C**

*Tive informação sobre PF no médico. Eu já participei de uma reunião uma vez lá no Rio, no Catete, mas só que eu não me lembro muito, foi só uma vez. Ela até mostrou o que era uma camisinha de mulher, enfiou em um troço lá e mostrou para gente o que era a camisinha, mas ensinou muito pouco e eu só fui uma vez. Eu fazia preventivo todo ano, aí eu pedi ao médico para passar um anticoncepcional - era ginecologista do hospital mesmo, que fazia pré-natal. No posto a ginecologista também falou que tinha vários métodos, aí eu tomei a injeção, depois fui passando de um para o outro. Eles agora até dão camisinha para poder evitar não só a gravidez, mas outras doenças.*

### **C - Sistema de Saúde**

Percebe-se que, no DSC C, as usuárias do SUS têm informações a respeito da existência do PF, conseguem acessar os serviços, mas nem sempre de forma organizada e correspondente às suas necessidades e/ou expectativas. Isso revela a ineficácia do sistema, que não consegue atender as demandas da população com qualidade e resolutividade. Essas mulheres conseguiram vencer os obstáculos de acesso que as pacientes do DSC A e B não conseguiram, porém continuaram sem solução para as suas respectivas condições de saúde, ou seja, sem cuidado adequado.

Bruce (1990) considera que a informação dada ao usuário se constitui em elemento da qualidade do PF, envolvendo três componentes principais: 1) proporcionar aos usuários a apreciação dos métodos anticoncepcionais e de suas principais

características; 2) 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 3) desenvolver no usuário uma expectativa apropriada a respeito do que o serviço de saúde oferece e garante.

Apesar de esta categoria referir-se à informação, o DSC construído trouxe à discussão o problema da precariedade da eficácia da informação e da assistência. Carvalho e Brito (2005) lembram que a população feminina mais pobre tem sido vítima da desinformação sobre as possibilidades de regulação da sua fecundidade e, mais ainda, da dificuldade de acesso aos quase sempre deficientes serviços públicos de saúde. Além da questão do acesso, é necessário estar atento à qualidade do serviço, pois não adianta ser atendido e não ter o problema resolvido. Isso gera descrédito do sistema de saúde, esvaziamento dos serviços e adoecimento da população.

A necessidade de veicular informações sobre prevenção de câncer de colo e mama, pré-natal, parto, puerpério, puericultura, planejamento familiar, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, violência doméstica, entre outras questões relacionadas à Saúde da Mulher não pode se limitar à existência dos serviços, mas principalmente ao que esses temas referem-se e como lidar com eles. Para Vasconcelos (2001) a participação popular auxilia na diminuição do fosso cultural existente entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços oferecidos e o cotidiano dos usuários, em sua dinâmica de adoecimento, sofrimento e busca pela cura.

As representações sociais dos participantes deste estudo expressam a capacidade da população em reconhecer suas necessidades para a manutenção da saúde. E no caso do DSC C as mulheres detêm a informação que possibilita o acesso ao PF, porém, a coletividade revela desconhecimento e incapacidade de avaliação da qualidade do serviço prestado. As representações devem ser consideradas como modos de pensamentos construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados pela experiência coletiva. E, se considerarmos que esse sujeito sempre foi atendido precariamente pelo sistema, o mesmo não terá condições de construir representações críticas da realidade.

#### ***DSC – D***

*Hoje você pode crer que tem informação até no colégio. Minha filha estudava aqui no Brizolão e com treze anos ela chegou a casa e falou assim: Mãe, a professora falou que para gente não engravidar é só usar camisinha ou tomar remédio, mas tem que ter acompanhamento médico. Eu olhei pra cara dela e falei: É, justamente, é isso mesmo.*

#### **D – Escola**

No DSC D observa-se a importância do processo educativo da saúde estar presente nas escolas, local onde as pessoas estão dispostas ao aprendizado e à multiplicação do mesmo em outros espaços. A inserção da Educação em Saúde nas escolas foi encontrada em vários momentos deste estudo, como se observa nas opiniões das mulheres entrevistadas a seguir, que sugeriram que a difusão da informação sobre PF fosse feita em convênios da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Educação e a inserção dos profissionais de saúde nas escolas.

S01: “Eu acho que deveriam ir às escolas (o serviço de planejamento familiar), por que é o meio que eles (os alunos) têm para estudar. Eu acho que na escola deveria ter uma aula específica, só para isso, ensinando mesmo, mostrando a verdade”; S02: “A informação deveria estar espalhada em todos os postos de saúde, hospitais, colégios”; S07: “Têm (os profissionais de saúde) que ir às escolas falar, explicar, por que tem muita gente que ainda não sabe”; S08: “Nas escolas é muito interessante”; S10: “Nas escolas se perguntar ninguém sabe. Acho que deveria ter (informações sobre PF) nas escolas, sem dúvida (...) Muito interessante, nas escolas então que tem muito adolescente... Hoje em dia a maior parte das meninas já tem relação sexual, então é muito difícil você conseguir falar com aquele povo todo. Acho que deveria ter nas escolas, sem dúvidas”; S11: “Mais informação na escola, não só aqui mas em outras escolas também, principalmente à noite para eles terem um pouco mais de conhecimento. De dia também, mas a maioria estuda à noite”; S12: “Ir às escolas dos adolescentes, principalmente, eu acho que seria uma boa. Não tem isso dentro do currículo escolar, mas eu acho que deveria ter sim por que não é só mulher casada que tem a vida ativa com um homem então deveria ter”.

Em se tratando de PF, as atividades de informação são extremamente relevantes, diríamos indispensáveis, ao alcance dos objetivos de serviços e usuários, exigindo dos profissionais de saúde atitude de empenharem-se em bem informar para que a

clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas.

Um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. Dessa forma, é imprescindível que se conheçam as crenças, os valores, os significados e os objetivos da população em relação à promoção da saúde (AUGUSTO, 2011).

Portanto, as representações sociais devem fazer parte da educação em saúde por meio de um compartilhamento de saberes. Isto implica em reconhecer que cada usuário é detentor de um valor que pode ser diferente do profissional e que desconsiderar este valor é atuar de forma ultrapassada e equivocada. Conhecer e considerar as representações nas práticas de saúde significa superar a visão cientificista e avançar em direção à compreensão da complexidade inerente à educação em saúde (AUGUSTO, 2011).

### **CATEGORIA 3 - NECESSIDADE DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Pergunta Proposta: Você acha que o número de filhos deve ser planejado pela família?

Tabelas 11, 12 e 13 do Anexo 4.

#### **DSC A**

*Com certeza, está muito difícil hoje em dia, tem que ser muito planejado, no máximo dois, mais não dá. O custo de vida está muito alto, a paciência das mães está pouca também, não tem necessidade. Não pode sair tendo filhos a torto e a direita, achando que dá para por filho no mundo hoje em dia, porque não dá. A responsabilidade é grande, é remédio, é escola, é educação que está difícil, então tem que planejar para ter filho. Eu queria um só, mas tive três.*

#### **DSC B**

*Meu marido não quer ter outro filho e até agora estou concordando com ele. Ele só quer essezinho mesmo, porque no começo a gente passou por um aperto danado, tanto quando eu engravidei, quanto quando eu o ganhei. Acho também que ainda não é a hora não. Agora eu quero realizar a minha vida profissional, que ficou para trás. Consegui voltar para escola e ontem eu fui fazer uma entrevista. Na próxima quinta feira eu já começo a trabalhar.*



**DSC C**

*Com certeza, na situação que a gente vive hoje tem que ser planejado. Meu marido concordou e falou assim: “Só temos como manter dois filhos, porque está muito difícil o custo de vida, sendo homem ou mulher nós vamos ligar (laqueadura tubária). E se você não puder eu ligo (vasectomia)”. Concordamos e liguei (as trompas).*

**A, B e C – Todos os sujeitos concordam que o PF seja necessário**

No estudo sobre “Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde”, Moura e Silva (2004) identificaram e avaliaram as opiniões das usuárias quanto à importância de planejar a família. Chamou a atenção das autoras o fato de que todas as mulheres associaram a importância do PF como meio para reduzir o número de nascimentos, talvez por serem usuárias do serviço de PF com a finalidade de promover a anticoncepção, ou pelo fato de o acesso a serviços voltados a apoiar a concepção estarem bem distantes delas.

Nessa categoria, apesar de terem sido construídos três DSC, a partir da pergunta proposta -Você acha que o número de filhos deve ser planejado pela família? – observou-se uma concordância entre as mulheres entrevistadas quanto à importância da participação do parceiro no processo decisório da construção familiar, mesmo nos casos em que não houve Planejamento Familiar ou uso de contraceptivos.

A concepção é o resultado natural do intercuro sexual entre homem e mulher. Partindo dessa premissa, espera-se que a anticoncepção seja um fenômeno, também, por natureza, resultante da conjugação de esforços dos parceiros igualmente envolvidos nessa relação. Schiavo (1987), entretanto, em estudo sobre a Síndrome do Machismo e Planejamento Familiar na América Latina, acha que a cultura patriarcal em que vivemos confinou a mulher no âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas familiares. O mundo externo (produtivo) foi considerado de âmbito masculino. O mesmo autor afirma que, nos países latino-americanos, além da cultura patriarcal, o machismo está presente como forma de dominação do homem sobre a mulher.

Entretanto, na primeira fase de nossa pesquisa, ao apresentarmos o estudo e convidarmos um grupo de pais presentes na reunião escolar, dos 11 homens

presentes, 08 responderam que gostariam de participar do estudo, mas não foram selecionados por que um dos critérios de exclusão era justamente ser do sexo masculino. Esse dado (Tabela 1 – Anexo 4) mostra o desejo de participação dos homens nas decisões sobre o Planejamento Familiar e a necessidade de incluí-los em novos estudos.

Atualmente, as relações de gênero vêm mudando e as famílias reconstruindo seus valores e suas divisões de tarefas e responsabilidades. Da mesma forma que as mulheres estão conquistando espaço no mercado de trabalho, os homens estão dividindo afazeres domésticos. É claro que mudanças no padrão cultural não acontecem de forma unânime, nem instantânea, mas pouco a pouco, como constatamos nessa categoria da pesquisa, sobre a necessidade de planejamento do número de filhos com a família, as opiniões de homens e mulheres apresentam o mesmo valor e as decisões vão tornando-se compartilhadas, já que as responsabilidades com a família também serão.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BENFAM, 1999) sobre o comportamento reprodutivo e sexual da população masculina, mostra a seguinte prevalência dos métodos contraceptivos mais usados entre homens unidos, incluindo suas parceiras: esterilização feminina 40,3%; pílula anticoncepcional 18,7%; condom 5,2% e vasectomia 2,4%. Esses dados estatísticos, em princípio, revelam que a preocupação com a contracepção é predominantemente feminina, o que não foi confirmado na construção das representações sociais a partir dos DSC A, B e C de nosso estudo.

A entrevistada S03 refere : “Meu marido trabalhava e sempre cuidava, sempre ajudando” e repete o que o marido costuma dizer: “Passar pelo que eu já passei eu não quero. Filho de jeito nenhum, já chega esse”. E a entrevistada S10 deixa nítida a participação do parceiro quando diz: “Meu marido concorda com a minha operação (laqueadura tubária)”.

Há poucos estudos sobre o envolvimento dos homens no controle da reprodução, restrito pela própria biologia humana, já que a mulher é quem engravida e sua fecundidade é mais fácil de ser controlada que a do homem. Para Marcolino e Galastro

(2001) esses empecilhos práticos não explicam, entretanto, o papel limitado que os homens desempenham na contracepção. E, embora seja pequeno o número de estudos sobre a participação do homem na contracepção, eles mostram que, por ignorarmos o interesse dos homens em planejar suas famílias, a sociedade acaba perpetuando estereótipos sexuais.

Na prática, o que se observa é que a inovação tecnológica no contexto do Planejamento Familiar dirigiu-se ao gênero feminino, tanto para evitar (contracepção) quanto para viabilizar a gravidez (indução de ovulação, inseminação artificial, fertilização in vitro). Atualmente, existem diversos métodos contraceptivos femininos já citados no Referencial Teórico deste estudo e poucos métodos masculinos (FEBRASGO, 2012). Então, por mais que os homens estejam interessados em prevenir gestações indesejadas, não há muitas possibilidades de acesso. Sendo assim, cabe a eles apoiar e decidir junto as suas parceiras qual a melhor forma de planejar o número de filhos.

Embora a participação do homem na reprodução seja limitada, o significado psicológico da paternidade para ele é muito importante, mas manifesta-se talvez de formas diferentes e pode variar de acordo com os diversos padrões culturais e grupos sociais de uma mesma sociedade (WEREBE, 1985). Assim, a paternidade pode ser positiva para o homem, por um lado, mas também pode significar aumento da responsabilidade financeira e uma preocupação em fornecer à sua família melhor qualidade de vida. O homem reflete esse estado de preocupação em como ser no mundo, que vive um horizonte de responsabilidades e deveres para com os filhos e com a companheira, e, ao mesmo tempo, um horizonte do seu próprio mundo interno de compromissos e inseguranças.

Marcolino e Galastro (2001) concluem que, se de um lado percebemos que a questão financeira está em evidência e ainda em acordo com o modelo patriarcal, por outro, esse modelo começa a ser questionado pelas mulheres e pelos próprios homens. Puderam perceber uma nova tendência que começa a ser delineada a partir da fala dos homens, apontando para uma preocupação com a sua maior participação na vida familiar, doméstica e com suas companheiras.

**CATEGORIA 4 - SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Pergunta Proposta: Como você entende que deveria ser um serviço de planejamento familiar?

Tabelas 14, 15 e 16 do Anexo 4

**DSC – A**

*Eu acho que deveria haver um grupo explicando, ter um dia específico para apresentar às pessoas o que é o planejamento familiar. Assim as pessoas teriam conhecimento e se interessariam mais. Deveriam ser de bairro em bairro, porque Guapimirim tem muito bairro pequeno que precisa. Também deveria haver um posto de campanha, então creio que todo mundo iria aprender o que é, seria mais fácil. Além dos remédios para evitar, deveriam existir pessoas para ensinar como se deve evitar. Explicar para as adolescentes como evitar para não ter esse problema de aborto, essas coisas. Ajudar aos jovens a entender como devem se prevenir de doenças. Essa informação deveria estar espalhada em todos os postos de saúde, hospitais, colégios. Acho que deveria ter nas escolas, sem dúvidas, pois tem muito adolescente... Hoje em dia a maior parte das meninas já tem relação sexual, então é muito difícil você conseguir falar com aquele povo todo. Acho que deveria ter uma aula específica só para isso, ensinando mesmo, mostrando a verdade, porque é o meio que eles têm para estudar. Acho também que o município, os médicos da saúde, no hospital, os enfermeiros, têm que visitar mais os lares, junto com os pais também, porque quando os filhos chegam à adolescência, muitos pais perdem a rédea e acabam deixando para lá. Acho que falta mais atenção, explicação, porque os médicos e os enfermeiros não conversam direito. Eu acho que em todo lugar deveria ter um pouco de informação, porque tem gente que anda em alguns lugares, mas não andam em outros.*

**A – “Empowerment”**

Foi marcante a quantidade de falas a respeito da necessidade de informação trazidas pelas mulheres dessa pesquisa no DSC A. Esse discurso evidencia a busca por “empowerment” dessa população, que possibilita que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para terem uma saúde melhor.

Em concordância com nosso estudo, Moura e Silva (2004) concluíram que a informação adequada provoca um impacto no sujeito, levando-o a elaborar suas próprias opiniões, tomar decisões e perceber-se na relação consigo, com a família, com a comunidade, enfim com o mundo. Quando essa percepção individual é baseada no

poder real, que possibilita a melhoria da qualidade de vida pode-se constatar seu valor efetivo, mas Weissberg (1999) alerta para a possibilidade do sentimento de poder - "senso de empowerment" - criando a ilusão da existência efetiva de poder por parte dos indivíduos, no momento em que a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais.

Carvalho (2004) previne que o "empowerment psicológico" nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir-se em mecanismo de regulação social. Declarações de princípios contra a iniquidade social, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, e que preconizam o "*empowerment*" de indivíduos e coletivos podem transformar-se em discursos vazios no momento em que não se discute as raízes dos problemas nem se busca apontar alternativas ao *status quo*. Por meio destes artifícios, governos e instituições conservadoras podem legitimar suas práticas, neutralizando proposições que questionam a ordem social.

Isso vem permitindo que, embora expresso na linguagem que afirma a importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macrossociais, o "*empowerment*" psicológico venha sendo usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal. Nos Estados Unidos, por exemplo, políticas de corte neoliberal vêm combinando a noção de "*empowerment*" com a ideologia política da responsabilidade pessoal para sugerir que as pessoas façam, cada vez mais, uso de seus recursos próprios e/ou da comunidade antes de recorrer à ajuda de instituições estatais (ROBERTSON e MINKLER, 1994).

O DSC A construído pelos sujeitos dessa pesquisa clama por mudanças reais e pela implementação de práticas e processos que tenham como meta o "empowerment comunitário", além de demandar abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos (rodas e grupos de discussão, colegiados, gestores etc.), que logrem promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação do *status quo*.

Para que isto ocorra é fundamental a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde, garantindo a participação dos sujeitos na definição do seu modo de encaminhar a vida e que valorizando o cotidiano do fazer saúde, o encontro entre profissionais e usuários e as lutas pela garantia dos direitos da cidadania. A estratégia do “empowerment” comunitário contribui para repensarmos práticas de educação EM saúde, de gestão de organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde e estratégias de participação comunitária (CARVALHO, 2004).

### **DSC B**

*Primeiro uma pessoa responsável pelo que está fazendo, por que às vezes entra uma pessoa, começa e não termina. Eu acho que deve trocar toda a equipe da saúde, quer dizer, nem todos, mas têm alguns ali que precisam reciclar. Deveria ter mais ginecologista. Depois, deveria ter mais condições financeiras para ter esse planejamento do município, para ter mais medicamentos, mais serviços mesmo de atendimento ao público, que está faltando, mais remédios. E se a pessoa não tem mais condições tem que operar.*

### **B - Serviços**

A frustração das mulheres estudadas com os serviços de saúde do Município de Guapimirim reflete a insatisfação da população em geral, desde serviços e medicamentos de farmácia básica a referências de alta complexidade, passando pela dificuldade até mesmo de mobilidade. É evidente a insuficiência de insumos, infraestrutura e profissionais capacitados para o atendimento das pessoas, além da ausência de referência de responsáveis pelos serviços, devido à alta rotatividade de cargos e funções.

Frenk (1985) desenvolve o conceito de acessibilidade pela ideia de complementaridade entre características da oferta e da população. Para esse autor, acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”). A resistência inclui aqueles impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços, condição *sine qua non* do uso. Esses obstáculos (resistência) são classificados como ecológicos, financeiros e organizacionais. De forma correspondente, o poder da população é discriminado em

poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. Esse modelo assume que, dados um lugar e um tempo, vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis para um mesmo nível de acessibilidade. O central nessa abordagem é que nenhum desses dois componentes – resistência e poder de utilização da população – define o grau de acessibilidade, mas sim a relação entre eles.

Por outro lado, a compreensão das condições de vida dos moradores de regiões pobres e violentas se torna um desafio para profissionais de saúde, assim como o contexto das unidades de saúde, em que a precariedade de condições para o seu funcionamento adiciona outros desafios. Entretanto, tais desafios não devem ser imobilizadores, mas fatores a serem considerados quando se pensa em serviço de saúde de qualidade (LIMA, STOTZ, VALLA, 2008).

As diretrizes gerais do Programa (PAISM), segundo Osis (1998, p. 27) previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se “... dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (BRASIL, 1984, p. 16).

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cervico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998, P. 27).

### **DSC - C**

*Aqui tem uma turma de adolescentes que é danada. Deveria ensinar, dar anticoncepcional para essas mulheres e conversar com elas. Acho que de repente falta conversa. Botar na cabeça delas, de repente elas não teriam tantos filhos assim. Se ensinassem elas a usarem a camisinha direitinho - e agora tem para homem e para*

*mulher, muitas esquecem disso, aí vão tendo filhos direto e ficam sofrendo. E criança não tem culpa, já vai crescendo outra barriga rapidinho.*

### **C – Medicalização e Controle da Natalidade**

Apesar desse estudo não contemplar a faixa etária dos adolescentes, por entender que se trata de um grupo com especificidades que demandariam discussões socioculturais próprias, os discursos dos sujeitos entrevistados resgataram a importância do PF para as meninas e meninos até os 19 anos. Todavia as Representações Sociais de sujeitos que tentam controlar a fecundidade de terceiros (adolescentes ou não) indica a necessidade de muita atenção, por parte do pesquisador e dos profissionais, para evitar o endosso do Controle da Natalidade no estudo e nos Serviços de Saúde.

O Controle da Natalidade apresenta uma justificativa econômica na história do mundo. Na época da colonização marcada pelo estímulo ao aumento da fecundidade, objetivando a ocupação do território. Depois, com a Revolução Industrial, novo estímulo à fecundidade para criação de reserva de mão de obra e consumidores para fomentar a circulação de capital. Mais tarde, com o incremento populacional, a exacerbação da pobreza e das desigualdades sociais, alguns demógrafos e economistas, baseado na Teoria de Malthus, implantaram políticas para redução do crescimento populacional, já que a população é o denominador da fórmula da renda per capita, e acreditavam que o rápido crescimento populacional contribuiria negativamente para o bem-estar das pessoas.

No Brasil, o pós-guerra foi marcado por grande expansão e modernização da indústria, mas a distribuição de renda continuou perversa e desigual. Tal política fez surgir um surto inflacionário, que passou a ser objeto de luta e mobilização dos trabalhadores (FALEIROS, 1992). A mortalidade geral diminuiu em relação às décadas anteriores, mas a natalidade continuou alta. Governos e estudiosos começaram a se preocupar com o crescimento populacional, argumentando que "os recursos existentes no mundo não seriam suficientes para manter a população global, caso continuasse a crescer no mesmo ritmo" (SOF, 1994). Em torno de 1960, os países ricos, especialmente os Estados Unidos, que já tinham os países pobres sob sua dependência, passaram a pressionar governos do Terceiro Mundo para adotar uma política de população,



inspirados nas ideias de Malthus. Consideravam haver nos países ricos uma estabilidade no crescimento populacional e nos pobres uma explosão populacional, atribuindo a ela a responsabilidade pela fome, pela pobreza, pela degradação do meio ambiente e, sendo assim, a redução do crescimento populacional deveria ser a principal prioridade para os planos de desenvolvimento (SOF, 1994). No início dos anos 60, o governo americano passou a pressionar o Brasil para que adotasse uma política demográfica como critério para empréstimo (PACHECO, 1981). Nessa época, os movimentos sociais organizados contestaram, argumentando serem as conquistas sociais das mulheres e o desenvolvimento econômico do Primeiro Mundo condicionantes da diminuição da natalidade e não a relação inversa. Mas, a perspectiva controlista ampliou-se. Nesse início de década, o contexto sociopolítico e econômico do país refletia as exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo de Jânio Quadros foi conduzido segundo estas. No governo do seu sucessor, João Goulart, foram propostas reformas de base, incluindo-se o tema da municipalização, situação sanitária nacional e a Política Nacional de Saúde que se reverteriam em conquistas sociais (NASCIMENTO, 1991). Todavia, João Goulart não conseguiu organizar e unir as forças progressistas e enfrentar as insatisfações militares, as manifestações de rua e as greves. Enfraqueceu e foi derrubado pelos militares em 1964.

#### **DSC – D**

*Eu acho que deve trocar toda a equipe da saúde, quer dizer, nem todos, mas têm alguns ali que precisam reciclar. Que venha uma pessoa igual a você, está entendendo? Por que antes a gente não tinha voz, agora, através de você nós estamos tendo voz de poder vir, expressar e falar. Deveria ter mais ginecologista. Na verdade o município está carente de tudo um pouquinho. Muitas vezes você está doente e não tem médico, chega lá e são só aqueles acadêmicos que não querem medicar você direito.*

#### **D – Reengenharia do Sistema de Saúde**

Observou-se no DSC D, em concordância com Junqueira (2005), que os problemas sociais, sendo de naturezas diversas, afetam uma mesma pessoa ou grupo de pessoas situadas no mesmo espaço social de formas diferentes. E, às vezes, a representação

social construída de um determinado problema (no caso a saúde) indica um caos tão distante da solução que leva o indivíduo a pedir uma reengenharia de todo o sistema. E, para aumentar a angústia dos sujeitos, a maior parte dos processos e políticas feitos para melhorar o funcionamento do sistema desconsidera o cidadão na sua totalidade e os serviços públicos a ele prestados, pois estes são oferecidos de maneira fragmentada, em desacordo com as necessidades da população.

Para Camargo Júnior (2009) as estratégias para o desenho de práticas mais eficazes devem ser construídas no cotidiano da atenção à saúde, tornando-se imperativo o trabalho interdisciplinar e uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença. Assim, a integralidade deve ser considerada um ideal regulador, já que, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais.

O modelo teórico-conceitual do sistema de saúde, o da biomedicina, constitui um obstáculo epistemológico para a proposta de integralidade. Além disso, os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas exclusivamente de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios. Soma-se a esses uma intersectorialidade precária, na qual se deve investir, pois as ações intersectoriais não estão sob a responsabilidade do setor saúde, o que indica outras formas de enfrentar os problemas de saúde (SOUZA et al, 2005).

Nesse sentido, a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade. Logo, uma questão primordial para alcançar a qualidade da assistência à saúde, respeitando as necessidades do povo e as dificuldades do sistema, é a inserção dos profissionais de saúde num processo permanente de qualificação do trabalho, o que já está previsto na Portaria 198, do Ministério da Saúde:

“[...] A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das

pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 12).

Ao abordar os problemas sociais de maneira integrada e democrática, no espaço social onde se manifestam, considerando os diversos atores sociais envolvidos no processo, de forma descentralizada, intersetorial, integrativa e respeitosa, pode-se chegar a um resultado favorável para minimizar a insatisfação dos usuários e as dificuldades dos profissionais e gestores.

Para Buss (2000) a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. A participação popular consequente a esses saberes está na base da formulação conceitual da promoção da saúde. Em todos esses conceitos preconiza-se a importância da equidade, seja na distribuição de renda, seja no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade.

Percebe-se então que as necessidades da população passam por princípios e diretrizes do SUS, como universalidade, equidade, integralidade e descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços e participação social.

### ***DSC – E***

*Acho que deveria ter mais empresas para poder empregar as pessoas, carteira assinada, direitos.*

### **E – Conceito Ampliado de Saúde**

Alguns sujeitos da pesquisa referiram-se ao PF como um direito à saúde em geral, à infraestrutura, ao emprego, a bens e serviços, o que remete ao conceito de saúde formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, conhecido como ‘conceito ampliado’ de saúde. Após intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, estabeleceu-se que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos

serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986). O amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988.

De acordo com a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde, este termo está associado inicialmente a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço de ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

Na verdade, quando o sujeito verbaliza necessidades, como: S12: “Fazer um curso para amanhã ou depois ter um bom emprego”; S07: “Eu gostaria de ser costureira, adoro costurar, mas não deu”; S10: “O custo de vida está muito alto”; S11: “Acho que deveria ter mais empresas para poder empregar as pessoas, carteira assinada, direitos (...) aqui tem poucas empresas e ainda depende de estudo”; S11: “O mundo que a gente vive hoje, falando de trabalho, principalmente, faz você pensar em ter filho ou não”, está mostrando a insuficiência de recursos, a necessidade de melhorar a qualidade de vida, de promover a saúde. Essas falas retomam o Conceito Ampliado de Saúde, que se baseia na melhoria da qualidade de vida a partir de determinantes de saúde. A promoção da saúde atua sobre os fatores determinantes da saúde visando obter o maior benefício possível para a população, enfatiza a redução da iniquidade em saúde, garante o respeito aos direitos humanos e acumula capital social (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar (GUTIERREZ ET AL, 1997).

Podemos então incluir a abordagem ecossistêmica na discussão que coloca em xeque o uso instrumental do conceito de ‘desenvolvimento como crescimento econômico’, ligado apenas ao dinamismo econômico, produção de riquezas e aumento da produtividade. Ao questionar o conteúdo do crescimento, procura-se conferir outro sentido, o de desenvolvimento humano. Outro conceito fundamental passa a ser o de ‘qualidade de vida’. Entendida para além das tentativas de sua apreensão objetiva através de indicadores quantitativos, sua definição é eminentemente qualitativa, e junto o sentimento de bem-estar, a visão da finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para, solidariamente, ampliar as possibilidades presentes e futuras. Portanto, da mesma forma que a noção de saúde, a qualidade de vida, dentro do enfoque ecossistêmico, é como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde. (MINAYO, 2002: 174)

O estreitamento das relações entre saúde e ambiente provocado neste enfoque representa um significativo avanço no questionamento do uso desmedido dos recursos naturais e de seus impactos ambientais e sociais. Sob esse ponto de vista, a saúde e a doença decorrem tanto das chamadas ‘situações de risco tradicionais’ – como a contaminação das águas e dos alimentos, a ausência de saneamento, a maior exposição aos vetores, as condições precárias de moradia – quanto de riscos ‘modernos’ – como o cultivo intensivo de alimentos e monoculturas, a poluição do ar e as mudanças climáticas globais, o manejo inadequado de fontes energéticas, entre outros (BATISTELLA, p. 14).

Compreendendo a saúde-doença como um processo coletivo, tal enfoque indica a necessidade de recuperar o sentido do lugar como o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana (MINAYO, 2002: 181-182).

### **DSC F**

*Eu acho que deveria ter um lugar só para as mulheres irem, onde elas tivessem um pessoal para conversar. Eu acho que não é só ter filhos que faz parte, tem outras coisas também. Aqui não tem nada que apoie só as mulheres, na área da mulher. Eu acho que tinha que ter psicólogos, tem muita mulher que entra em depressão pós-parto e que eu saiba não tem psicólogo de graça para você ir, entendeu? Para desabafar, para fazer um tratamento. Então eu acho que tinha que ter um ponto só para isto, como você. Você tem que fazer um trabalho sobre isto, amanhã ou depois abrir um posto das mulheres, seria bom, onde tivesse ginecologista, pois até para acessarmos um ginecologista aqui é difícil. Eu, Graças a Deus, não posso falar que para mim é difícil porque meu esposo trabalha na fábrica e tem o plano de saúde, então eu posso ir ao médico particular, mas na área do SUS só Jesus. O troço é feio! Essa clínica da mulher deveria oferecer vários serviços próprios só para mulher, que tivesse ultrassom transvaginal, preventivo e atendimento rápido, e não como é: você tem que marcar, ir ao ginecologista, esperar vários meses. Assim haveria menos gravidez. Essas meninas estão sem conhecimento ao certo, por que para ir ao posto demora, para ir a um médico ginecologista tem que marcar e demora meses e meses, então tendo uma clínica centralizada assim seria mais fácil.*

#### **F – Clínica da Mulher x Integralidade**

O DSC F, construído pelas usuárias do SUS entrevistadas nessa pesquisa, torna evidente o desejo de integralidade em seu cuidado, desde a prevenção até o tratamento necessário à saúde física e mental. Além disso, demonstra a insuficiência e ineficiência de serviços prestados às mulheres do Município de Guapimirim. A insatisfação e a carência encontram-se desde a ausência de informação até a falta de medicamentos e médicos, incorporando a dificuldade de acesso aos serviços.

Coelho (2009) constatou, no discurso de profissionais, em estudo sobre integralidade, que o serviço de saúde está organizado sob o modelo clínico que não consegue dar respostas efetivas às necessidades mais imediatas das mulheres, tampouco ampliar o olhar sobre as demandas resultantes do contexto social, tornando-se, assim, um lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres. Tal problemática se aprofunda pela superficialidade das relações e pela assimetria entre oferta e demanda.

Donabedian (1973), por um lado, delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir deste as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Por outro, avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois,

para ele, acessibilidade indica também o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

A vantagem de a autora trabalhar no serviço traz à discussão esta outra forma de considerar o acesso, pois, à medida que conhece a disponibilidade e a distribuição dos serviços, sabe que algumas unidades do município realmente apresentam demanda reprimida, porém outras têm agenda esvaziada. E que algumas escolhas são feitas com base em representações sociais construídas em relação à localização das unidades, aos profissionais que as integram e à logística de tratamento de alguns serviços que não atende todas as demandas. De fato, o Hospital Municipal e a única unidade de saúde que funciona como centro de especialidades são os locais de dispensação de medicamentos e realização de procedimentos médicos. Sendo assim, atendem à demanda cultural já enraizada do modelo biomédico, que ainda não foi desconstruída no SUS, tampouco em Guapimirim, até mesmo por ser o modelo mais eficaz do sistema local até o momento.

#### **CATEGORIA 5 - MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

Não houve pergunta proposta. Algumas perguntas a respeito de métodos contraceptivos foram feitas ao longo das entrevistas de acordo com o surgimento do tema, fato previsto pela metodologia da pesquisa. Cada entrevistada apresentou seu conhecimento sobre métodos contraceptivos (Tabela 18) e falou sobre o próprio histórico contraceptivo (Tabela 17), não havendo confluência de falas para construção de discursos de sujeitos coletivos, mas surgindo questões relevantes citadas ao longo da discussão desta categoria.

Na verdade, ao observar que algumas entrevistadas não conseguiram significar a expressão Planejamento Familiar, mas conheciam métodos contraceptivos, inclusive citando alguns destes (Tabelas 17 e 18 do Anexo 4), surgiu a necessidade da criação de uma nova categoria para discutir a contracepção. Esse fato deu-se devido à percepção de que a contracepção, para essas mulheres, apresentou-se absolutamente inserida em temas amplamente discutidos ao longo da dissertação, como: a ausência de

informação, a medicalização, a dificuldade de acesso e ineficiência dos serviços de saúde, a responsabilização da mulher quanto ao planejamento familiar, no despreparo dos profissionais que atendem essas mulheres e, em alguns casos, na iatrogenia provocada por alguns insumos, como evidenciamos nas falas a seguir.

S02: “Tomei remédio para evitar durante sete anos. Depois o remédio começou a fazer mal e mudei”; S03: “Eu sentia muita cólica, descia demais, quando eu ficava menstruada eu não podia sair de casa, porque descia muito, depois de um tempo vinha duas vezes no mês. Nos primeiros dias vinha muita coisa, vinha com pedaço mesmo, depois de quinze dias voltava de novo, aí voltava menos. Há pouco tempo fui à médica, que trocou meu remédio, porque a menstruação não estava vindo. Falam que não faz mal, só que faz, porque eu sinto muita dor de cabeça e inchaço na barriga. Eu troquei, mas não adiantou nada porque no período da menstruação eu não usava nem absorvente, eu usava protetor de calcinha, porque era só o que vinha, e está assim, de vez enquanto desce direitinho”; S12: “Os anticoncepcionais me faziam mal, eu ficava enjoada. Por isso usei preservativo durante muitos anos. O remédio me enjoava e eu optava pelos preservativos, que não mexiam com o organismo”; S07: “Eu comecei a trabalhar em casa de família e a minha patroa comprava remédio pra mim, mas eu não me dei bem. Tomava um, dois, três comprimidos, no quarto comprimido eu ficava doidinha e quebrava tudo dentro de casa. Aí o médico falou que atacava meus nervos e mandou eu colocar um DIU. O tal do DIU me machucou e eu falei para o doutor: ‘Você quer saber de uma coisa, tira este DIU, joga isso fora, sei lá o que você vai fazer com isso, por que eu não quero saber disso”.

Foi interessante observar que, mesmo que os sujeitos da pesquisa não conhecessem a expressão Planejamento Familiar, os métodos contraceptivos eram conhecidos por todas, alguns com maior frequência como o comprimido e a camisinha, outros menos frequentes, mas presentes e surgidos espontaneamente. O contrário ocorreu com os métodos para induzir a gravidez – tratamento provavelmente distante da realidade da população deste estudo – sem qualquer alusão durante as entrevistas sobre PF.

Quando aplicada à saúde, a pesquisa qualitativa pode utilizar conceitos das ciências humanas e sociais, como o conceito de representações sociais, para estudar o



fenômeno em si, compreender seu significado coletivo e como isso influencia na vida da pessoa (AUGUSTO, 2011). Compreendendo essa questão pode-se supor que a questão da infertilidade e a dificuldade de acesso a esse tipo de serviço não tenha sido relevante nesse grupo de sujeitos entrevistados por que um dos critérios de inclusão no estudo foi a presença de filhos na vida dessas mulheres.

Inicialmente, a categoria dos métodos contraceptivos englobaria as questões sobre esterilização e aborto, mas graças às particularidades e ampla discussão de cada um desses temas na literatura científica, desmembraram-se em mais duas categorias singulares. A laqueadura tubária apareceu como uma conquista difícil de ser alcançada pelas pacientes e resolução definitiva de um problema, o que foi considerado surpreendente e mereceu análise e discussão a parte. O mesmo se deu com o aborto, execrado pelas mulheres entrevistadas. Por serem questões polêmicas, que estimulam paixões entre diferentes grupos e apresentam opiniões controversas, além de pautarem discussões políticas, leis e projetos de leis, fez-se necessário defini-las como categorias a parte.

#### **CATEGORIA 6 - ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

Não houve pergunta proposta. Algumas perguntas a respeito da contracepção cirúrgica foram feitas ao longo das entrevistas de acordo com o surgimento do tema, fato previsto pela metodologia da pesquisa.

Tabelas 19, 20 e 21

#### **DSC - A**

*Naquela época eu não podia operar, gostaria de fazer minha ligadura, mas era difícil. Aí eu engravidei e tive mais um. Depois, quando eu ia conseguir operar tive o caçula. Operei no quinto filho. Deus colocou um médico muito bom no meu caminho e consegui operar de graça. Liguei na época de eleição, estava todo mundo operando e eu entrei também. Consegui com um político que estava vindo a vereador, aí operou as mulheres todas. Graças a Deus tem 16 anos agora que eu fiz a ligadura, durante uma cesárea. Fiquei muito satisfeita. Não me arrependo não. Agora eu não preciso tomar remédio para evitar, por que operei, graças a Deus!*

#### **A – Objeto de desejo**

Embora a pílula anticoncepcional tenha sido referida como o método mais procurado e o primeiro a ser utilizado (CITELI et al., 1998), a esterilização cirúrgica é o procedimento de controle de fecundidade que mais vem sendo utilizado no Brasil (CAETANO, 2004), e teve o suporte da alta prevalência de partos cirúrgicos (36,4%), um dos mais altos do mundo (VIEIRA, 2003; GIFFIN, 2002). Uma discussão em relação à LT diz respeito à formação de uma cultura na qual esta cirurgia passa a ser vista como fenômeno corriqueiro da vida reprodutiva. A esterilização, então, instala-se definitivamente como momento natural, ponto de chegada da experiência reprodutiva feminina. A naturalização fica evidente num novo ciclo estabelecido menarca concepção gestação parto esterilização em lugar do ciclo menarca concepção gestação parto menopausa (CITELI et al., 1998).

Muitas vezes a esterilização feminina apresentou-se estimulada e, até mesmo, induzida pelo parceiro, como evidenciamos na seguinte fala:

S02: “Meu marido falou: Não temos condições de ter mais filhos, a gente tem que parar por aí, vamos dar um jeito. Você vai ter que operar, se não eu vou procurar fazer a minha parte. Ele até assinou pra eu operar; S04: “Meu marido falou: Só temos como manter dois filhos, porque esta muito difícil o custo de vida, sendo homem ou mulher nós vamos ligar”. E se você não puder eu ligo. Concordamos e liguei”.

A conclusão de Citeli et al.(1998), no estudo sobre “Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres”, corrobora nossa impressão quanto à naturalização da laqueadura tubária evidenciada no DSC A desta categoria, agravada pelo fato de ser, inclusive, um objeto de desejo, de difícil conquista para algumas e motivo de satisfação e/ou realização pessoal para outras, como observamos nas seguintes falas:

S02: “Se a pessoa não tem mais condições tem que operar”; S04: “Quando eu engravidei pela 2ª vez eu falei assim: Eu não quero saber, se eu não tiver como ligar no público eu farei particular, nem que eu faça um almoço para arrecadar um dinheiro, mas eu vou ligar, porque eu não quero mais filhos”; S10: “Gostaria de fazer minha ligadura”; S11: “Foi uma cirurgia muito boa. Foi cesárea. Fui tratada super bem”; S12: “Operei, graças a Deus!”.

Novas tecnologias e mudança de valores que permearam o processo de *birth control* são vislumbradas, por exemplo, no desenvolvimento de técnicas de esterilização cirúrgica – “extremo dos aspectos da medicalização da anticoncepção” (VIEIRA, 2003). Assim, se antes a esterilização ocorria com finalidades eugênicas, passa a ser escolha voluntária, solução para o controle da fertilidade, legitimada pela medicina e até financiada pelo Estado (VIEIRA, 2003; BARROSO, 1984).

### **DSC – B**

*Tive que operar, pois estava com um problema sério de saúde e não podia mais ter, então fiquei com medo. Meu marido também entrou de acordo, até hoje ele fala: Deus me livre se você não tivesse operado, que dificuldade grande ia ser agora. Eu com problema de saúde, você também com problema de pressão alta, problema aqui, problema ali, imagina nós com a casa cheia de filhos agora, com 54 anos, ainda criando filho pequeno dentro de casa, Deus me livre. Minha família tinha medo, porque eu sempre fui gorda. Quando eu tive o meu filho eu estava pesando 120 quilos. Nessa época morreu uma menina no hospital por eclâmpsia, primeiro ela ficou muito inchada, depois não aguentou. E eu já estava perto de ganhar, meu marido ficou apavorado e disse: Sendo homem ou mulher nós vamos ligar. E se você não puder eu ligo. Concordamos e liguei.*

### **B – Problema de saúde**

As dificuldades de acesso e de utilização de métodos contraceptivos foram supridas, especialmente em áreas mais pobres, pela esterilização. A combinação de uma estrutura social iníqua com um sistema de saúde que tem historicamente privilegiado a medicina hospitalar, curativa e intensiva em tecnologia é um fator determinante na configuração desta realidade. (CAETANO, 2004, p.244-5). As causas e os mecanismos da prática crescente de esterilização, sobretudo entre mulheres de baixa renda, foram alvos da atenção de ativistas e pesquisadores sociais, especialmente a partir do fim dos anos 1980. Dentre as causas levantadas, encontravam-se o processo de medicalização do corpo feminino (VIEIRA, 2003; CORRÊA & LOYOLA, 1999), por meio do qual médicos influenciaram esta opção para a população de baixa renda, em cujo contexto havia escassas opções contraceptivas.

Embora, em novembro de 1997, o Ministério da Saúde tenha regulamentado a implementação dos serviços de esterilização no Sistema Único de Saúde (SUS) – tornando-a, inclusive, remunerada pelo governo – e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja um exemplo de política pública nacional profundamente influenciada pelo movimento de mulheres (OSIS, 1998), o estudo de Caetano (2004) sobre “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil” demonstra o esvaziamento das propostas dos movimentos sociais e uma apropriação que encobre desigualdades de classe e de gênero.

### **DSC – C**

*Não planejei, mas eu queria ter um filho. Não planejei, mas Deus me deu e eu aceitei. Deu um de um casamento, e deu outro do outro casamento. Depois que eu engravidei passamos a não dar muito certo dentro de casa, começamos a brigar muito. E quando eu vi que o remédio não estava adiantando muito para mim eu optei pela cirurgia. Operei do segundo filho. Acho que se eu não tivesse operado eu já estaria com um time de futebol. Agora eu já sou separada, mas com esse que eu estou morando hoje eu não tenho filho. Já sou operada para não ter mais filhos. Hoje eu queria ter outro filho, mas infelizmente eu não posso ter por que eu já sou operada.*

### **C – Medicalização e Arrependimento**

No DSC C pode-se evidenciar a ausência de planejamento familiar adequado à estrutura social e física da mulher, o que em muitos casos acarreta decisões discrepantes das necessidades de vida e saúde da mesma, lamentavelmente. Esse tipo de problema e sofrimento poderia ser minimizado com a presença de informação e acesso a um Programa de Planejamento Familiar efetivo e continuado, com profissionais qualificados.

É importante salientar que as novas tecnologias reprodutivas permitem que essas mulheres tenham o direito de definir quando querem ser mães. E a crescente busca por serviços de reprodução assistida compreende, mais uma vez, o processo de medicalização, já que a ausência de filhos configura patologia. A estratégia biopolítica de dominação, mantida por meio da medicalização, provoca um nível de ambiguidade

evidenciado no interior das práticas e dos discursos das pessoas, sobretudo das mulheres. Da mesma forma que o processo de naturalização “empurra” as mulheres para a maternidade, como condição e identidade natural, a estrutura tênue das famílias atuais e o modelo de economia capitalista as fazem questioná-la: “por que ter filhos se não tenho condições de criá-los e provê-los?” Este mesmo raciocínio mantém a estratégia biopolítica, pois a saída é a esterilização cirúrgica realizada, geralmente, durante o parto cesáreo, ou seja, atrelada à maternidade. Contudo, o arrependimento pela LT, relatado na literatura (OSIS, 1998; ADES, 1997; CEDENHO et al., 1996; BARBOSA et al., 1994), expressa a força do desejo da maternidade (sobretudo no contexto de uma nova família constituída) e, mais uma vez, o recurso à medicalização (reversão cirúrgica).

Um dos fatos mais relevantes desse estudo é poder reunir várias opiniões sobre o Planejamento Familiar, sejam nas diversas formas de pensar ou interpretar o mundo, ou na observação de diferentes períodos históricos, políticos, culturais e religiosos, respeitando e valorizando cada um. E, através do somatório dessas posturas, estudos e conclusões auxiliar na instrumentalização decisória de mulheres, homens e famílias quanto à definição temporal e quantitativa de sua prole.

#### **CATEGORIA 7 – ABORTO**

Tabelas 22, 23 e 24 do Anexo 4

O aborto não era um categoria definida previamente neste estudo, logo não havia uma pergunta formulada no questionário semi estruturado. O reiterado aparecimento desta questão ao longo das entrevistas e a postura firme das mulheres contra o aborto provocado é que chamaram atenção da autora e criou-se a necessidade da construção de uma categoria a parte para ser discutida. Duas das doze entrevistadas não fizeram alusão ao tema, mas a saturação da amostra ocorreu foi atingida independente dessas duas mulheres. Além disso, a literatura científica também discute esse tema dentro do Controle da Natalidade, que se contrapõe à proposta de liberdade decisória do Planejamento familiar, mas utiliza-se deste para disfarçar sua inserção de forma ditatorial e perversa em vários momentos da história do mundo, das políticas econômicas e demográficas.

Além das expressões chave e ideias centrais encontradas nas Tabelas 22 e 23 do Anexo 4, cumprindo com a proposta metodológica desse estudo para todas as categorias, as mulheres construíram várias RS interessantes sobre o aborto, observadas a seguir:

### **DSC – A**

*Não, o aborto não, gente, é a última coisa. É só em caso de vida ou morte da mãe ou da criança. Aborto é uma coisa muito ruim, horrível, tanto que corre risco de vida, né, a mãe. É uma vida que ela está tirando, ela está matando, ela é uma assassina. Aborto não! É a última coisa, é só em caso de muita necessidade.*

### **A - Caso de vida ou morte da mãe ou da criança**

O DSC A foi construído por apenas uma mulher entrevistada e pode-se perceber que é absolutamente contra o aborto, admitindo-o nos casos de risco de morte, por preocupar-se com a vida, seja da mãe ou da criança. Essa preocupação encontra respaldo médico e legal, já que o aborto é crime no Brasil, caracterizando-se como excludente de punição nesses casos, para aqueles que sofrerem ou praticarem o ato do aborto provocado (vide legislação referenciada na discussão do DSC B). Atualmente, com o advento de tecnologias na área da saúde para proporcionar segurança às gestações de alto risco materno e/ou fetal, as condições clínicas graves que levavam a situações de saúde dramáticas são cada vez mais raras, levando ao sucesso gestações associadas à comorbidades graves.

O S07 trouxe em seu depoimento uma história familiar dramática, que a marcou e ajudou-a a construir essa representação social, como se evidencia abaixo.

S07: “Minha tia, irmã mais velha da minha mãe, morreu assim. A família ficou com aquele medo, porque ela morreu com quatro meses de gravidez. A criança morreu dentro dela, mas não saiu, quando foram levar ela pro hospital, porque ela ficou quieta, quando foram levar ela pro hospital o médico falou que já estava toda contaminada por dentro. Aí levaram ela pra mesa pra fazer curetagem e já não aguentou, morreu de tão fraca que ela estava. Foram quinze dias com a criança morta dentro da barriga, já estava desmanchando. O médico falou que era grandão! Tomei um medo e disse: O quê? Não tiro não mãe e minha mãe também falou: Não, não

quero, não faz isso não, eu mesma não quero que você faça isto não, lembra da tua tia? Aí nós duas fomos criando, fizemos assim”.

### **DSC – B**

*Nunca tive um aborto. Sou completamente contra o aborto, eu acho isso um erro muito grande, um crime. Se for para eu assinar isso pode ter certeza que da minha parte eu não faço. Hoje em dia tem muito jeito de evitar. Agora não, eu acho que a pessoa planeja o que quer. Agora tem muitas possibilidades, a mulher fala: Eu não quero filho e não vai ter. Mas eles sempre vão falar que não têm, que não podem, mas têm. Ali fora tem uma caixa (dispensador na entrada do posto) de camisinha, ali tem os remédios que eles dão no posto também, então só engravida se quiser mesmo. Depois abortar, eu acho um crime, certo? Eu acho uma coisa terrível o aborto!*

### **B - Erro, crime x Prevenção.**

No discurso do sujeito coletivo B observa-se absoluta rejeição a qualquer hipótese de aborto provocado, o que revela, mais uma vez, que as políticas públicas em saúde nem sempre estão de acordo com o que a população almeja e/ou necessita. Às vezes o mesmo ocorre com o Poder Legislativo que, ao invés de legitimar a opinião pública, legitima as reivindicações de grupos minoritários, não representativos da população.

A legislação atual dispõe que: infanticídio caracteriza-se por matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após, com pena - detenção de dois a seis anos; aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento caracteriza-se por provocar aborto em si ou consentir que outrem lho provoque, com pena - detenção de um a três anos; aborto provocado por terceiro caracteriza-se por provocar aborto, sem o consentimento da gestante, com pena - reclusão, de três a dez anos ou com o consentimento da gestante, com pena - reclusão, de um a quatro anos. E que não se pune, apesar de ser considerado crime, o aborto praticado por médico quando: não há outro meio de salvar a vida da gestante; o aborto dá-se no caso de gravidez resultante de estupro, precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Todavia, este tema está sendo tratado no âmbito da Reforma do Código Penal Brasileiro, através de um Projeto de Lei (PLS 236/2012), atualmente em tramitação no Congresso Nacional, que propõe ampliação dos excludentes de ilicitude e diminuição da pena para os responsáveis, no caso do aborto provocado, como se identifica a seguir: infanticídio passa a ter pena de um a quatro anos; aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento passa a ter pena de seis meses a dois anos; aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante passa a ter pena de quatro a dez anos. E o aborto deixa de ser crime: se houver risco à vida ou à saúde da gestante; se a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida; se comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extra uterina, em ambos os casos atestados por dois médicos; se por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade.

Algumas dessas alterações foram endossadas pelo Conselho Federal de Medicina que se posicionou a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação. Os Conselhos de Medicina afirmam ser contrários ao aborto, que deve continuar a ser crime, mas que os atuais limites excludentes da ilicitude deveriam ser ampliados, pois a manutenção da vida do bebê dentro do útero materno, para algumas mulheres, mesmo que saudáveis, é incoerente com compromissos humanísticos e humanitários, paradoxais à responsabilidade social e aos tratados internacionais subscritos pelo governo brasileiro (CFM, 2013).

Para os Conselhos, representados pelo CFM (2013) a rigidez dos princípios não deve ir de encontro às suas finalidades. Neste sentido, deve-se ter em mente que a proteção ao ser humano se destaca como apriorístico objetivo moral e ético. Afirmam que tais parâmetros não podem ser definidos a contento sem o auxílio dos princípios da autonomia, que enseja reverência à pessoa, por suas opiniões e crenças; da beneficência, no sentido de não causar dano, extremar os benefícios e minimizar os riscos; da não maleficência; e da justiça ou imparcialidade, na distribuição dos riscos e benefícios, primando-se pela equidade.



É interessante observar o discurso pela proteção ao ser humano no mesmo contexto que se apoia o aborto, como se as mães fossem seres humanos e os bebês não. De fato, bebês humanos não apresentam autonomia, tampouco condições deliberativas quanto à própria vida. Logo, se a situação apresenta dois grupos (mães e bebês) em posições opostas, sem possibilidades dialógicas ou poder decisório equânime, não é factível considerar justiça ou imparcialidade nessa causa. E, por fim, quando se vislumbra a luta pela beneficência, no sentido de não causar dano, extremar os benefícios e minimizar os riscos, além da não maleficência, naturalmente se deveria concluir que o texto do CFM coloca-se em defesa da vida, de forma universal, integral e equânime, tanto das mulheres brasileiras quanto dos bebês brasileiros.

Por outro lado, com relação aos aspectos epidemiológicos e de saúde pública, concluiu-se na deliberação do CFM (2013) que a prática de abortos não seguros (realizados por pessoas sem treinamento, com o emprego de equipamentos perigosos ou em instituições sem higiene) tem forte impacto sobre a Saúde Pública, o que não é possível ser confirmado nos dados disponíveis no DATASUS – sistema compilador oficial de dados do Ministério da Saúde e principal responsável pela divulgação dos dados do Sistema Único de Saúde no Brasil (Tabelas 25, 26 e 27 do Anexo 4).

Nas tabelas 25, 26 e 27 (Anexo 4) pode-se evidenciar que a mortalidade total pós-aborto, sejam esses espontâneos ou provocados, está longe de ter quantitativo expressivo que a classifique como problema de saúde pública. Não é possível separar os dados dos abortos provocados à medida que este é crime no Brasil e os prontuários médicos não contemplam essa questão, não sendo viável quantificar com exatidão quantas internações hospitalares ou quantos casos de óbito acontecem por essa categoria específica. Sendo assim, os dados disponíveis em relação ao aborto são baseados no número de casos totais de aborto no país, que incluem o aborto por gravidez ectópica, por mola hidatiforme, por evento natural espontâneo e outros, o que pode ser confirmado por qualquer cidadão que acesse o site [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

Os dados da Tabela 27 revelam que, em Guapimirim, ocorreu um único óbito de mulher em idade fértil associado ao aborto, em três anos. Além disso, não podemos nem afirmar se esse aborto foi provocado ou espontâneo, tampouco se foi clandestino

ou hospitalar, ou até mesmo se foi séptico ou asséptico, pois os dados disponíveis não apresentam classificação clara quanto à sua origem.

No caso do RJ, de acordo com a Tabela 26 do Anexo 4, foram 31 casos nos três anos (média de 10 por ano) e no Brasil inteiro (Tabela 25 – Anexo 4) foram 211 casos nos últimos três anos (média de 70 por ano) registrados pelo DATASUS, valores que correspondem à soma de todos os tipos de aborto, sendo o maior quantitativo relacionado à prenhez ectópica, que muitas vezes apresenta-se rota, o que configura quadro clínico-cirúrgico grave, de emergência, necessitando de infra-estrutura de média complexidade, com centro cirúrgico, equipe de saúde e exames complementares disponíveis no ato do atendimento à mulher.

Considerando que a fonte de dados é a mesma para o MS, os gestores, os pesquisadores, a população, e que esses óbitos estão relacionados ao somatório de todos os tipos de aborto (espontâneos ou provocados, complicados ou não), em todos os perfis de mulheres existentes, saudáveis ou previamente doentes, em qualquer idade, se deveria chegar à mesma conclusão: O aborto não caracteriza um problema de saúde pública no Brasil!

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, que classifica o aborto em várias categorias (CID-10), pode-se ter aborto: incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos; incompleto, complicado por hemorragia excessiva ou tardia; incompleto complicado por embolia; incompleto, com outras complicações ou com complicações não especificadas; incompleto, sem complicações; completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos; completo ou não especificado, complicado por hemorragia excessiva ou tardia; completo ou não especificado, complicado por embolia; completo ou não especificado, com outras complicações ou com complicações não especificadas; completo ou não especificado, sem complicações. Todos esses tipos de aborto podem também ser classificados como: espontâneo (O03); por razões médicas e legais (O04); outros tipos de aborto (O05); não especificado (O06), sendo essas as classificações escolhidas para o estudo por serem as apresentadas no DATASUS para domínio público.

É claro que se deve objetivar a eliminação dos desfechos negativos, desde a doença até o óbito, principalmente os evitáveis. Devem ser prevenidos, investigados e tratados adequadamente, o que muitas vezes inclui a questão do acesso, da infraestrutura dos serviços e da capacitação dos profissionais que atendem as demandas dos pacientes - questões já discutidas nessa dissertação. Logo, todo desfecho negativo é relevante, devendo ser valorizado e configurando problema de saúde pública, entretanto as complicações do aborto provocado não atingem quantitativo epidemiológico que justifique o deslocamento de verbas, a construção de serviços específicos, a transferência de profissionais para outros serviços e alterações nas leis do país.

Para Neme (2000), a liberalização da prática do aborto não contribui decisivamente para a solução do problema médico-social e legal relacionado à morbiletalidade pós-aborto. Nos EUA, entre 1972 e 1987, ocorreram 240 óbitos maternos após abortamentos induzidos legais. Além disso, a mortalidade materna eleva-se em 15 vezes quando o aborto é praticado após 16s (LAWSON & Cols, 1994). Tietze e Lewit (1971), identificaram que a mortalidade materna, após 100.000 abortamentos legais foi de: 3,2% no Canadá; 2,7% na Dinamarca; 3,9% na Inglaterra; 1,2% na Hungria; e 1,1% na Suécia. Além disso, a medicalização do corpo feminino, também provoca danos à saúde da mulher. Friedler & cols (1993) encontraram sinéquias uterinas em 19% após 1º e 32% após o 3º abortamento legal e Tietze (1971) encontrou redução definitiva da fecundidade feminina em 7,8% dos casos.

### **DSC - C**

*Sou contra, sou totalmente contra o aborto, acho que a pessoa tem que pensar antes de fazer e não sair engravidando, e não pensar: Ah, não, se eu engravidar eu tiro. Não, não, isso não é legal. Eu não concordo, acho que engravidar e depois tirar uma vida não é legal. Conheço uma pessoa que fez aborto, não só um, mas vários abortos. No momento que fez ela ficou satisfeita porque não pensava, não tinha cabeça, apesar de ser adulta não pensava. E agora ela tem quatro filhos, ela vê que o que ela fez no passado foi totalmente errado. Hoje ela se arrepende muito, mas na época não, engravidava, tirava, engravidava de novo, tirava, assim.*

### **C – Banalização e Medicalização do corpo feminino x Consequências**

Nesse discurso do sujeito coletivo observa-se a banalização do corpo da mulher através de múltiplos procedimentos invasivos, dos quais a mesma se arrependeu depois. A medicalização – e neste caso não se sabe de qual tipo – foi utilizada pela usuária várias vezes, de forma inconsequente e, provavelmente, não informada. Atualmente, após a implementação do Programa de Planejamento Familiar, a proposta de orientação e conduta informada deve ser prévia a qualquer conduta relacionada ao corpo e às escolhas da mulher e da família. Assim, dá-se a Promoção à Saúde de qualidade.

No Brasil, a taxa de fecundidade permaneceu praticamente constante de 1930 até 1965, quando teve início seu declínio. A taxa de fecundidade total (TFT) caiu de 5,8 filhos em 1970 (IPEA, 1996) para 1,86 em 2010 (IBGE, 2010). Esse dado indica que os brasileiros estão prevenindo gestações indesejadas, porém deve-se atentar para a qualidade e adequabilidade do método utilizado para contracepção. Após 1970 foi evidenciado o aumento do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e da esterilização (BERQUÓ, 1988; BARROSO, 1984).

Segundo Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (AMIU – Aspiração Manual Intra Uterina) ou a dilatação e curetagem.

É interessante observar que grupos feministas que lutaram e ainda lutam através dos tempos contra a medicalização do corpo feminino, hoje lutam a favor da legalização do aborto, cuja realização se dá através de medicalização. O uso do misoprostol – medicamento utilizado para indução do aborto também provoca danos e dores no organismo materno, tanto físicos quanto psicológicos.

O abortamento farmacológico é induzido com o Misoprostol, que tem como: 1) contra-indicações: cesárea anterior, cirurgia uterina prévia, paciente asmática, uso concomitante de ocitocina, placenta prévia; 2) efeitos colaterais: diarreia, vômitos, sangramento genital excessivo, além de náuseas, dor abdominal, hipertermia. Outras prostaglandinas (E2 F2) podem apresentar infarto do miocárdio e broncoespasmo não

descritos com misoprostol. A dose tóxica do misoprostol não foi determinada. Doses cumulativas menores que 2200 $\mu$ g tem sido tolerada por mulheres grávidas com alguns efeitos colaterais (não sérios). Referencias de 6000 $\mu$ g tomadas oralmente para induzir aborto resultou em hipertermia, rabdomiosite, hipoxemia e alteração do equilíbrio ácido básico. O efeito do misoprostol no trato genital foi melhor quando administrado por via vaginal e os efeitos gastro intestinais diminuíram por essa via (Protocolo Misoprostol, 2005).

Foram encontrados também, em bula de remédio (BULÁRIO, 2013) cujo princípio ativo é o Misoprostol identificou-se os seguintes colaterais: Diarreia, dores abdominais, náuseas, vômitos, cefaleias, flatulência, dispepsia, e constipação; fadiga, febre, astenia, alterações de peso; Distúrbios ginecológicos (cólicas, menorragias, distúrbios menstruais, sangramento vaginal, dismenorreia); Distúrbios cardiovasculares (dor precordial, alterações na pressão sanguínea, arritmia, edema, modificações nas enzimas cardíacas); Distúrbios Gastrintestinais (desconforto gastrintestinal, função hepática anormal, sangramento gastrintestinal, amilase anormal, alterações dos eletrólitos, esteatorreia); Distúrbios Respiratórios (dispneia. Infecção do trato respiratório superior, broncoespasmos); Distúrbios Geniturinárias (disúria, hematúria, poliúria, retenção urinária, albuminúria, litíase renal); Distúrbios do Sistema Nervoso Central e Psiquiátricos (ansiedade, amnésia, sede aumentada, alterações do apetite, diminuição da libido, impotência, sono anormal, tonturas, alterações da coordenação, neuropatia, sudorese aumentada, depressão); Distúrbios Musculoesqueléticas (mialgia, artralgia); Alterações de Pele (palidez, alopecia, erupção); Distúrbios Sensoriais (zumbidos, surdez, visão turva, conjuntivite, lacrimejamento anormal, paladar alterado); Distúrbios no Sangue/Coagulação (anemia, trombocitopenia, policitemia, diminuição do fator de coagulação, aumento do tempo de hemossedimentação, contagem diferencial alterada); Distúrbios Metabólicas (agravamento de diabetes melito, glicosúria, acidose, desidratação, gota).

Além disso, existem riscos de teratogenicidade, descritos na mesma bula, onde recém nascidos de mulheres que fizeram uso de misoprostol no primeiro trimestre apresentam com maior frequência: Síndrome de Möbius (paralisia facial congênita);

Defeito do sistema límbico; Constrição das extremidades em forma de anel; Artrogriposis; Hidrocefalia; Haloprosencefalia; Extrofia de bexiga.

Sendo assim, não é possível permitir que a discussão sobre o aborto em qualquer instância, seja na sociedade civil ou nos Poderes Legislativo e Judiciário limite-se apenas às questões bioéticas, culturais ou de interesses de grupos minoritários, sejam estes quais forem. É preciso que essas informações sejam reveladas às usuárias dos medicamentos, tanto quanto às informações sobre Planejamento Familiar ou qualquer outro tema que diga respeito à vida do próprio cidadão e sua família para que, esclarecidos, tenham condições de escolhas verdadeiramente livres – livres inclusive da influência autoritária de preconceitos e da mídia, por melhor intencionada que esta possa parecer. Faz-se necessário respeitar, sobretudo, o indivíduo em sua singularidade para que haja verdadeira Promoção à Saúde física e mental.

#### **DSC – D**

*Se a pessoa quer trepar que se cuide. Coitada da criança, não pede para vir ao mundo, depois que engravidou, vai tirar? A criança não tem culpa. Outro dia minha irmã trouxe um jornalzinho com umas imagens muito tristes, não tenho coração para isso. Hoje em dia tem tanto jeito de evitar... Não se previne, não se cuida quem não quer, não tem desculpa. Se eu não tenho dinheiro para comprar (contraceptivo), eu posso ir ao posto e pegar, tem como me cuidar. Então eu não aceito isso de jeito nenhum, pois é uma vida. Primeiramente não está pedindo para vir ao mundo e eu não acho legal essa palavra aborto. É muita coragem, sei lá, sem amor, porque tem vários jeitos de evitar para não pegar, para não ter aquela criança que não quer.*

#### **D - Penalização da criança x Prevenção.**

Nesse DSC a ideia de que a prevenção da gravidez é obrigação daqueles que não querem ter filhos é nítida, referindo inclusive a existência de meios contraceptivos para que a gestação indesejada seja evitada. A Representação Social sobre o aborto nesse discurso traz a responsabilização do indivíduo quanto à vida concebida e a possibilidade dessa concepção ter sido previamente evitada, não se justificando a realização do aborto – a retirada do embrião ou feto de dentro do útero da mãe.

A entrevistada S01 refere: “Eu acho isso muito triste, apesar de que quando eu fiquei grávida era adolescente - tinha 15 anos - e até pensei em fazer isto. Meu esposo já

estava procurando a clínica, eu não tinha nada, ele não tinha nada, os dois pés rapados. Ele só tinha uma moto ferrada, coitado, que estava vendendo para fazermos o aborto. Então fomos ao médico, foi quando nós fizemos a ultrassom, já estava com dez, quinze dias e já se ouvia o coração da criança. O médico colocou para ouvirmos, e ele pressionando: “Ou você tira ou a gente se separa”. Depois de ouvir o coração da criança, eu falei: “Então a gente se separa, porque eu vou ficar com o meu filho”. E ele, graças a Deus, voltou atrás, não precisei me separar e meu filho está aí hoje. Eu não precisei tirar a vida dele, seria um remorso, uma morte que eu ia carregar. Uns da minha família falavam que não era para tirar: ‘Vocês não fizeram? Agora cuidem, a criança não tem culpa’. Outros falavam que era melhor tirar porque eu era muito nova: ‘Seu namorado não tem compromisso com nada, aquela coisa toda, preguiçoso, vagabundo’. Eu sei que hoje moramos no que é nosso, andamos no que é nosso, meu filho tem oito anos e é o único.”

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 478/2007, denominado Estatuto do Nascituro, que tem por premissa básica a proteção integral ao ser humano desde a concepção, ainda que *in vitro*, nos procedimentos de fertilização artificial, aí incluídos o direito à vida, à saúde, ao desenvolvimento, à alimentação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à família, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Esse estatuto protege a vida humana desde sua concepção, já que, nessa fase, o ser humano ainda não apresenta condições de se defender. E o mesmo corrobora a decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADI 3.510, mencionado no voto do Relator, Ministro Carlos Ayres Britto, onde este afirmou que “Os momentos da vida humana anteriores ao nascimento devem ser objeto de proteção pelo direito comum”.

Do lado dos grupos neomalthusianos, a primeira reação ao inesperado declínio da fecundidade foi creditá-lo ao aumento do número de abortos, ainda que, com isso, houvesse o reconhecimento implícito por forte demanda por anticoncepção (antes negada, daí a necessidade de intervenção). A ênfase no aumento da prevalência de aborto fortalecia o pleito pela implementação de serviços de planejamento familiar em

todo o país, no qual estavam diretamente interessados. Até então, falava-se, sem nenhuma base empírica, em cerca de um milhão de abortos no Brasil por ano. Esta estimativa sofreu, de repente, alucinante aumento. O relatório do Banco Mundial de 1984 afirma que “calcula-se que entre 3 e 5 milhões de abortos ilegais e clandestinos são realizados anualmente no Brasil, ou aproximadamente um para cada nascimento” (World Bank, 1984). Não tendo condições de desconhecer o rápido declínio da fecundidade no Brasil, na ausência de qualquer política governamental com esse objetivo, em vez de analisar a ocorrência do fenômeno, o relatório prefere comparar o caso brasileiro com os da Colômbia e do México, onde as políticas populacionais teriam sido responsáveis por uma queda nos níveis de fecundidade mais acentuada que a do Brasil. Não há referência às fontes utilizadas pelo relatório, entretanto as estimativas de pesquisadores brasileiros não confirmam as suas inferências. Pelo contrário, o declínio da fecundidade no Brasil, entre os finais das décadas de 60 e 70, foi superior ao do México e da Colômbia (World Bank, 1984). Independente da posição dos demógrafos e estudiosos da população, a partir da segunda metade da década de 70 a anticoncepção espalha-se rapidamente pelo Brasil, com frequência patrocinada por instituições privadas, como a Sociedade Civil de Bem-Estar da Família (Bemfam), aliadas a instituições médicas e amparadas numa deliberada omissão do Estado. Desde 1971, o governo federal havia reconhecido a Bemfam como entidade de utilidade pública (Fonseca Sobrinho, 1993).

Especialmente para mulheres trabalhadoras (COSTA et al, 2006), restringir o número de gestações e de filhos, ou seja, deter o controle reprodutivo, seria chave para o controle de suas vidas. Particularmente no meio urbano, os métodos contraceptivos e o recurso ao aborto compreendiam mercado lucrativo e de amplas dimensões. Entende-se assim, que as mulheres desse estudo, a população em geral, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa de Planejamento Familiar devem estar atentos às imposições subliminares das Políticas de Controle Demográfico.

## **7. CONCLUSÕES**



Essa pesquisa, ao ser proposta, excluiu os adolescentes por entender que as questões socioculturais dessa faixa etária trariam reflexões específicas do grupo, diferentes das questões sobre Planejamento Familiar relevantes para o grupo de mulheres acima dos 19 anos. E excluiu da mesma forma, os homens, por considerar que a questão de gênero traria outro tipo de Representação Social e não poderia ser analisada no mesmo grupo das mulheres. Entretanto, as próprias mulheres do estudo incluíram em suas representações os adolescentes e os homens, trazendo questões fundamentais que levam à necessidade de inclusão destes no Serviço de Planejamento Familiar, além da necessidade de novos estudos com esses grupos não estudados.

A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo desse estudo trouxe discussões muito mais abrangentes e profundas do que se pôde supor previamente. As representações sociais sobre Planejamento Familiar levantaram discussões sobre acesso, medicalização, esterilização, controle da natalidade, aborto, necessidade de tratar a saúde em suas dimensões econômica, social e política, o que levou ao resgate da relevância das questões colocadas no conceito ampliado de saúde como demanda social, tirando-o do lugar do conceito utópico, no qual muitos autores o colocam.

Considerando o acesso como fator preponderante para garantia da equidade no sistema de saúde e observando sua ausência desde a percepção da necessidade do usuário até a oferta de serviços, passando por logística do transporte, apoio social, acolhimento na unidade de saúde, qualidade e efetividade do atendimento, oferta de insumos necessários à propedêutica adequada ao indivíduo, além da ausência de informação a respeito dos direitos do cidadão, concluímos que se faz premente a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Faz-se necessário reconhecer a sabedoria popular e valorizá-la na construção de diretrizes e políticas de saúde, respeitando o território local enquanto espaço social e gerador de demandas, com necessidades individuais e coletivas que não serão supridas enquanto a criação de serviços e programas obedecerem a uma lógica vertical e centralizada, isenta da dialógica com os usuários do sistema e afastada da participação social.

Para tal, a informação e a educação em saúde para leigos e técnicos, baseada no aprendizado mútuo dos sujeitos envolvidos, inclusive os marginalizados, a priori, é de fundamental valor. Do contrário, a comunicação entre usuários, gestores, profissionais e serviços não será possível, colocando assim o atendimento à população em direção díspare da necessidade da mesma, ou seja, comprometendo a efetividade do SUS.

O mesmo desencontro acontece com a criação de leis e projetos de leis que não representam a opinião da maior parte da sociedade, como evidenciamos no caso do aborto para as mulheres entrevistadas neste estudo. As representações sociais sobre o aborto evidenciaram a condenação do mesmo para si e para a sociedade, negando-o, inclusive, como direito da mãe e dever do Estado.

Por outro lado, a valorização da esterilização feminina através da laqueadura tubária, almejada pela maioria das mulheres entrevistadas como solução para o encerramento do ciclo reprodutivo e, conseqüentemente, considerada como um objeto de desejo a ser conquistado dentro do Programa de Planejamento Familiar no Município de Guapimirim reflete a falta de opção, orientação adequada e acesso a outros métodos contraceptivos.

Conclui-se que, de forma desarticulada, simples e inesperada, as demandas da comunidade clamam por universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, mesmo desconhecendo esses termos a priori. Isso nos obriga a reconhecer que as diretrizes do SUS são almeçadas pela população, mas ainda permanecem distantes da realidade local.

E, para finalizar, é de fundamental importância que se diferencie o termo Planejamento Familiar do termo Controle da Natalidade, ainda confundidos por usuários em seus discursos, profissionais em serviços e estudiosos em publicações científicas. O Planejamento Familiar deve proporcionar ao indivíduo meios para evitar ou gerar uma gravidez de acordo com suas perspectivas de vida, respeitando as opções e os direitos dos parceiros, da família e do bebê gerado. Sendo assim, uma escolha livre, democrática e informada do cidadão, cabendo ao Sistema Único de Saúde garantir o acesso a serviços eficazes para a propedêutica adequada a cada caso. Já o Controle da Natalidade deve ser abolido enquanto meio coercitivo de controle

populacional ditado por regras econômicas e arbitrando contra a liberdade de escolha de indivíduos e suas famílias.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADES, A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura tubária. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v.8, n.1, p.30-6, 1997.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método das Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª reimp da 2ª ed. de 1999. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ANDERSEN R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, 1995; 36:1-10.

ANDERSEN R. M, NEWMAN J. F. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.

AUGUSTO, V. G. et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 957-963.

BARBOSA, C. P.; PELLINI, E. A. J; REIS, A. V.; SATO, M.; LESSER, R.; MARQUES, R. S.; ANTI, S. M. A. Avaliação do grau de insatisfação pós-laqueadura tubária em São Bernardo do Campo. *Reprodução*, v.9, n.2, p.159-62, 1994.

BARROSO, C. **Mulher, sociedade e estado no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, v.18, n.2, p.170-80, 1984.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: **O território e o Processo Saúde-Doença**, Rio de Janeiro: EPJV/ Fiocruz. ?.

BAUER M. W.; GASKELL G. Towards a paradigm for research on social representations. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, 29:163–186, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (P. A. Guareschi, Trad). Petrópolis: Vozes, 2002. (Original publicado em 2000).

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). **Comportamento reprodutivo e sexual da População Masculina**. Rio de Janeiro (RJ): BEMFAM; 1999.

BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS**. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.

BERQUÓ, E. (1988). "**Contraception in Brazil today**". XII World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rio de Janeiro, Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

\_\_\_\_\_. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos); caderno n. 2.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4)

\_\_\_\_\_. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Gabinete do Ministro da Saúde. NOAS-SUS 01/2001.

\_\_\_\_\_. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. **Portal da Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizartexto.cfm?idtxt=285>. Acesso em 24/07/12.

\_\_\_\_\_. **PNDS, 2006**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/fecundidade.php>. Acesso em 20/08/12.

\_\_\_\_\_. **DATASUS, 2010**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrj.def>. Acesso em 12/07/12.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.263, sancionada em 12 de Janeiro de 1996. Regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do **Planejamento Familiar no Brasil**. Diário Oficial da União, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, de 15 jan, 1996.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e outras providências**. Brasília, 2004. 46p.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br).

BRUCE, J. **Fundamental elements of the quality of care: a simple framework**. Studies Family Planning. 1990, 21(2): 61-91.

BULÁRIO, 2013. Bulas de Medicamentos (on-line). <http://bulario.net/cytotec/>. Acesso em 02/07/13 às 15h.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000a.

CAETANO, A. J. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde – 1996. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 229-48.

CAMARGO JÚNIOR K. R. A biomedicina. Physis, **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(1): 45-68, 1997.

CAMARGO JÚNIOR KR. Um ensaio sobre a (in) definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 35-44.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, IV(2): 287-307, jul-out., 1997.

CARDOSO, R. Planejamento familiar: novos tempos. **Novos Estudos Cebrap**, Nov/1983, n. 3, p. 2-7.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.5, p. 1101 – 60, 1996.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Aug. 2004.

CARVALHO, J. A .M. e BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, 2005, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez.

CAVALCANTE, A. C.; SILVA, R. M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.4, pp. 2211-2220. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400020>.

CEDENHO, A. P.; LIMA, F. B.; PEREIRA, M. A; MORI, M. M. Microcirurgia e recanalização tubária: resultados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.18, n.2, p.157-60, 1996.

CFM, 2013. Conselho Federal de Medicina. Acesso em 08/07/13 às 23:47h.  
Site: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23661](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661)

CITELI, M. T.; SOUZA, C. M. ; PORTELLA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.57-77.

CODEPPS - Área Técnica de Saúde da Mulher Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo sugerido para utilização de misoprostol em obstetrícia (on line). Prefeitura do Município de São Paulo. [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Prot\\_misoprostol\\_2005.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Prot_misoprostol_2005.pdf). Acesso em 06/07/13 às 22:15h.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.1, p. 37-44, mar. 2000.

COELHO E. A. C. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): **Escola de Enfermagem/USP**; 2001.

COELHO, E. A. C. et al . Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Mar. 2009.

COSTA, A. M. **O PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Brasília, 1992.

COSTA, T. ET AL. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.) **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUVEEN, G. Introdução – O poder das ideias. In: Moscovici, S. **Representações sociais** – investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

ESCÓCIA, F; LINS, L. Mãe aos 14 e aos 40: fenômeno da desigualdade. **O Globo**, Rio de Janeiro, 7 de maio de 2005. Sec. O País, p. 12.

ESTUDO DE IMPACTO AMBIENTAL – EIA, COMPERJ. **Diagnóstico Ambiental**. CONCREMAT, OUT, 2007. Disponível em <http://www.observatoriodopresal.com.br/wp-content/uploads/2011/08/EIA-Comperj-Ainf-4.1-fin-rev3%C3%A1readeinfluencia>. Acesso em 26/07/12.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo, Cortez, 1992.

FEBRASGO. **Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para Uso de Métodos Anticoncepcionais**. 4 ed. 2010. 331p.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicol. Soc.** 2012, vol. 24, n. 2, PP. 307-314.

FORTES P. A. C., MARTINS C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** 2000; 53 (nº especial): 31-39.

FRENK J. Conceptand measurement of accessibility. **Salud Publica**, Mex 1985; 27:438-53.

GUIA GEOGRÁFICO. Disponível em <http://www.mapas-rio.com/regioes.htm>. Acesso em 30/08/12.

FRIEDLER, S. & cols. Incidence of post-abortion intra-uterine adhesions evaluated by hysteroscopy. A prospective study. **Hum. Reprod.** 8: 442, 1993.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl. P. 103-112, 2002.

GREENHALGH, S. Science, modernity, and the making of China's one-child policy. **Population and Development Review**, vol. 29, n. 2, June, p. 163-196, 2003.

GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: Arroyo, H. V. & Cerqueira, M. T. (Orgs.) **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud em América Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

HARDY, E. et al. (1988). **Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo**. Resultados da área metropolitana e do interior do estado. Informações relativas ao pré-natal, parto e revisão pós-parto. Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemi-camp).

IBGE, 2010. Acesso em 10/07/12. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=330185>.

IPEA (Coord.) **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil – 1996**. Disponível em: <[www.undp.org.br/HDR/Hdr96/rdhb1.htm](http://www.undp.org.br/HDR/Hdr96/rdhb1.htm)>. Acesso em 10/07/12.

JEJEEBHOY, S. J. Famplan: the great debate abates. **Int. Fam. Plan. Perfect.** V. 16, p. 139-142, 1990.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Articulações entre o service público e o cidadão**. X Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21. Oct. 2005.

KAVALE, S. (1996). **Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing**. Thousand Oaks, Sage.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

LAWSON, H. W. & Cols. Abortion mortality, **Am J Obstet Gynecol** 1994; 171: 1365–72.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. (2003), **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS.

LIMA, C. M.; STOTZ, E.; VALLA, V. V. Pobreza e Violência: Desafios para os Profissionais de Saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 273-284, jul/set. 2008.



MARCOLINO, Clarice. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Rev. esc. enferm. USP.** 2004, vol.38, n.4, pp. 422-428.

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

MARTELETO, R. M.; VALLA, V. V. Informação e Educação Popular – o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em ciência e informação.** Belo Horizonte, n. especial, p. 8-21, jul/dez. 2003.

MERRICK, T.W. E BERQUÓ, E.S. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington: National Academy, 1983.

MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2007, v. 46, 406p.

MORSE, J. M. Designing funded qualitative research. In: Dwnzin, N. K.; Lincoln, Y. S. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks, Sage, 1994.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: J. P. Forgas (Ed.). Social cognition: perspectives on everyday understanding. London: Academic Press, p. 181, 1981 apud Sá, C. P. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996, p. 31.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social.** (P. A. Guareschi, Trad). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOURA, E. R. M.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, 9(4): 1023-1032.

NASCIMENTO, A. Municipalização: trinta anos de esperança e frustrações. **Tema.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, p. 03-06, Nov. 1991.

NEME, B. **Abortamento séptico.** Obstetrícia Básica. p. 1210. 2 ed. São Paulo. Sarvier, 2000.

NICO, L. S. et al. (2007). A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, May/Jun.

O'NEILL M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? In Promotion & Education, **Efficacité de la promotion de la santé.** IUHPE/UIPES (1) 2004 – Edition especial p. 6-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **PRH**. Análise da necessidade e introdução de anticoncepcionais no Brasil. Brasília, 1994.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 25-32, 1998.

PACHECO, M. V. A. P. **Racismo, machismo e planejamento familiar**. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1981.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. (Fajardo, A. P.; trad.). 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

POPE, C., MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**: tradução Ananyr Porto Fajardo – 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POPULATION REPORTS. População e planejamento da natalidade na República Popular da China. Série J (edição em português), n. 25, dez., p. J1-J43, 1982.

PREFEITURA DE GUAPIMIRIM. Disponível em <http://guapimirim.rj.gov.br/historico.html/>. Acesso em 12/07/12.

RIFKIN, J. **O sonho europeu**: como a visão europeia do futuro vem eclipsando silenciosamente o sonho americano. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

ROBERTSON A, MINKLER M. New health promotion movement: a critical examination. **Health Educ Q** 1994; 21:295-312.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative Interviewing**: the Art of Hearing Data. Thousand Oaks, Sage, 1995.

SÁ, C. P. (1998). **A construção do objeto em pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, p. 37.

SALAZAR, L. **Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud**, Guía de Evaluación Rápida. CEDETES, Universidad del Valle, Cali, Colômbia. 2004.

SCHIAVO M. R. **Síndrome do Machismo e Planejamento Familiar na América Latina**. Série de publicações técnicas. Rio de Janeiro (RJ): Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1987 n. 11.

SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA (SOF). **Esterilização feminina**. São Paulo, 1994. v.1. (Série Saúde e Direitos Reprodutivos).

SILVA et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5):2415-2424, 2011.

SOUSA F. G. M., TERRA M. G., ERDMANN A. L. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. **Brazilian Journal of Nursing**; 4.3 1 Dec 2005.

SOS Mata Atlântica. Disponível em <http://mapas.sosma.org.br/>. Acesso em 12/07/12.

STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 1995.

STOTZ, E. (2011). Algumas palavras sobre Vincent Valla. **Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde**. N.9, setembro.

TIETZE, C. Abortion on request: its consequences for population trends and public health. In: Sloane, R. B. **Abortion Changing Views and Practice**. New York and London, Grune & Stratton, 1971, p.165.

TIETZE, C. & LEWIT, S. – Interim report on the joint program for the study of abortion. **Clin. Obstet Gynecol.**, 14: 1317, 1971.

TIETZE, C. Induced abortion. **Reports on Population Plan**, 14 (Supl.): 1, 1977.

TORRES, H. C., HORTALE V. A., SCHALL V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saude Publica**, 2003; 19(4):1039-1047.

TURATO, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 509.

TURATO, E. R. (2010). **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4. ed. Petrópolis: Vozes.

VALLA, V. V. (1986). Entrevista à Rosely M. O. A relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Víctor V. Valla. **Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde**. N.9, setembro.

VASCONCELOS, E. **A saúde através da palavra e do gesto, reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. 281p.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

WALLERSTEIN N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **Am J Health Promot** 1992; 6:197-205.

WEREBE M. J. G. Sexualidade e população, crescimento demográfico e planejamento familiar. **Ciência e Cultura**. 1985 novembro; 37(11):1805-14.

WEISSBERG, R. The politics of empowerment. **Westport**: Praeger Publishers; 1999.

WHO (World Health Organization). **Health promotion**: a discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot* 1984; 1:73-8.

WINCKLER, E.A. Chinese reproductive policy at the turn of the millennium. **Population and Development Review**, vol. 28, n. 3, September 2002.

WORLD BANK. World development report. Nova York: World Bank/Oxford University, 1984. 320p. Resenhado por PAIVA, P. e CARVALHO, J. A. M., **Revista Brasileira de Estudos de População**, vol. 2, n. 1, jan./jun., p. 165-179, 1985.

## 9. ANEXOS

### Anexo 9.1 – Tabelas Perfil das gestantes de Guapimirim

Tabela 1

Nascidos vivos por residência da mãe. Município: Guapimirim.

Idade da mãe segundo Ano do nascimento. Período: 2008-2010

Idade Mãe	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44 <sup>a</sup>	45-49 <sup>a</sup>	Total
Ano Nasc.									
2008	6	139	214	172	104	40	17	2	694
2009	8	157	230	177	99	47	9	1	728
2010	3	142	181	162	114	60	9	1	672

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 2

Nascidos vivos por residência da mãe. Município: Guapimirim.

Instrução da mãe segundo Ano do nascimento. Período: 2008-2010.

Instrução Mãe	Nenhuma	1-3a	4-7a	8-11 <sup>a</sup>	>12a	Ignorado	Total
Ano Nasc.							
2008	7	56	249	286	65	31	694
2009	6	62	248	310	91	11	728
2010	3	50	234	236	142	7	672

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 3

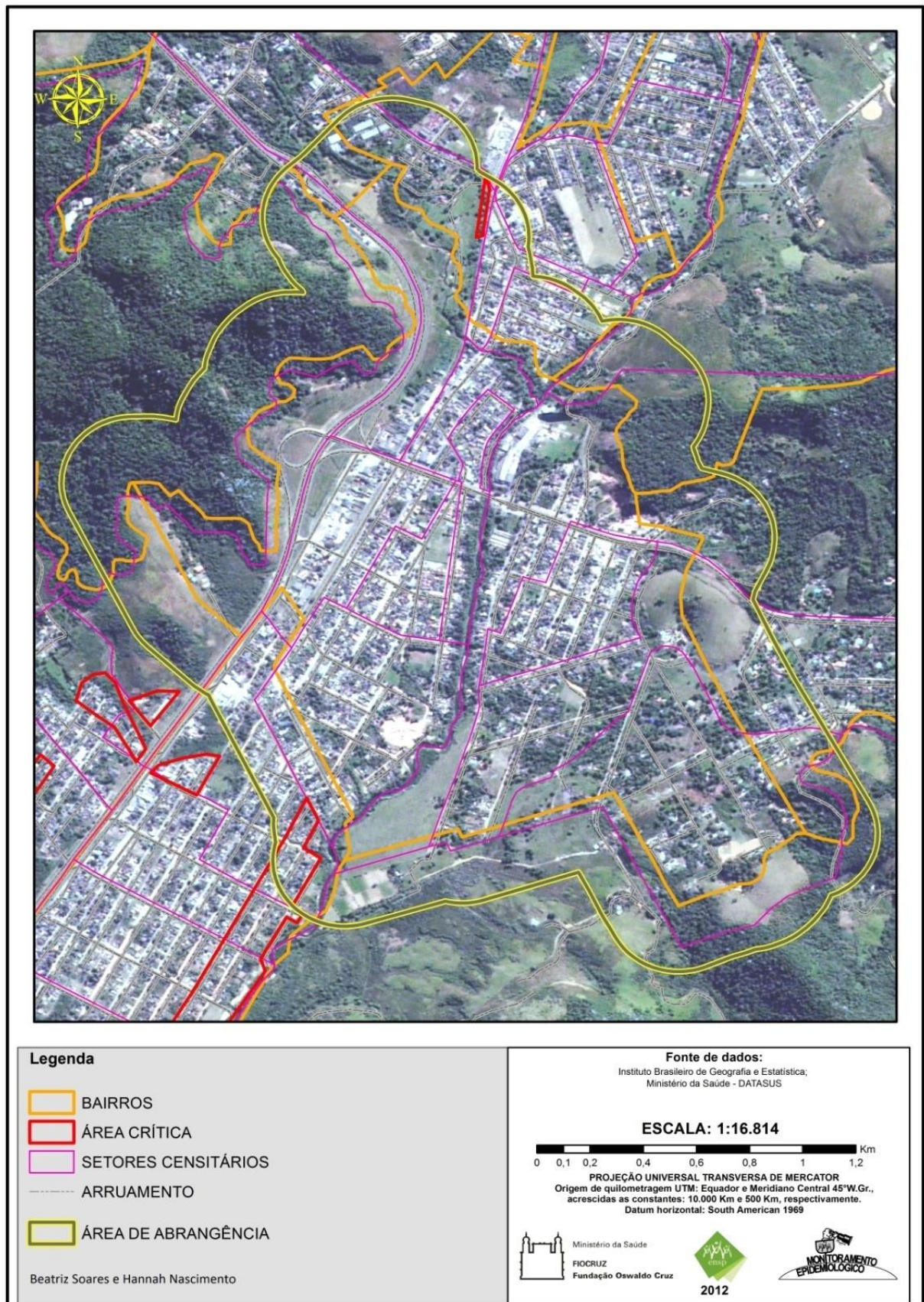
Nascidos vivos por residência da mãe. Município: Guapimirim.

Estado civil mãe segundo Ano do nascimento. Período: 2008-2010.

Est. Civil Mãe	Solteira	Casada	Viúva	Separada judicialmente	União consensual	Ignorado	Total
Ano Nasc.							
2008	498	182	1	10	-	3	694
2009	532	182	1	7	2	4	728
2010	476	188	-	6	-	2	672

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Anexo 9.3 - Área adscrita ao PSF de Parada Modelo - Município de Guapimirim - 2012





**Anexo 9.2 -** Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Whitehead & Dahlgren apud Brasil, 2006.

**Anexo 4 – Tabelas referentes aos resultados**

Tabela 1 – Participantes da reunião escolar

Reunião Escolar – 1ª Abordagem	Femininos	Masculinos	Total
Presentes	23	11	34
Interessados em participar	17	08	25

Tabela 2 - Perfil Sócio-demográfico

Número de filhos	de 01 a 10	Média: 2,8
Escolaridade	de 03 a 11 anos	Média: 5 anos
Renda familiar	de R\$ 500,00 a R\$ 2500,00	Média: R\$ 1250,00
Situação conjugal	8 casadas, 2 estáveis, 1 divorciada, 1 separada, 1 solteira	
Profissão	11 não têm, 1 secretária	
Ocupação	8 do lar, 1 artesã, 1 diarista, 1 aux. serviços gerais, 1 secretária	

Tabela 3 – Etapas da Análise de Dados

1ª: IAD 1 – Instrumento de Análise de Discurso 1	Entrevistas transcritas e grifadas de 01 a 12. As entrevistas transcritas não foram anexadas devido à extensão das mesmas. Havendo necessidade a autora disponibilizará-las.		
2ª: IAD 2 Instrumento de Análise de Discurso 2	Categoria 1	ECH; IC; QSIC Tabelas 5, 6 e 7	DSC de A a E
	Categoria 2	ECH; IC; QSIC Tabelas 8, 9 e 10	DSC de A a E

	Categoria 3	ECH; IC; QSIC Tabelas 11, 12 e 13	DSC de A a C
	Categoria 4	ECH; IC; QSIC Tabelas 14, 15 e 16	DSC de A a F
	Categoria 5	ECH; Métodos Contraceptivos Tabelas 17 e 18	DSC
	Categoria 6	ECH; IC; QSIC Tabelas 19, 20 e 21	DSC A a C
	Categoria 7	ECH; IC; QSIC Tabelas 22, 23 e 24	DSC A a D

Tabela 4 – Significado da Expressão Planejamento Familiar (PF)

- 1) Sabe o que significa o termo PF? 08 Sim; 04 Não.
- 2) Respondeu que sabe o que é PF em pergunta objetiva? 09 Sim; 03 Não.
- 3) Fez PF? 10 Sim; 02 Não.
- 4) Respondeu que fez PF no questionário inicial? 08 Sim; 04 Não.
- 5) Conhece algum método contraceptivo? 12 Sim.
- 6) Fez laqueadura tubária?

	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12
1	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
2	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim

Tabela 5 - Categoria 1 – ECH da Representação Social sobre PF

	ECH – Expressões Chave
S01	Eu acho que é a esposa e o esposo conversarem para decidirem o que eles querem para o futuro deles. Quantos filhos eles querem, se eles vão tomar algum remédio ou tomar algum cuidado para não engravidar.
S02	Eu acho que planejamento é manter o tratamento, procurar médico, ter um Tratamento de saúde melhor, melhorias para nossa cidade.
S03	A gente fica pensando em várias outras coisas sobre planejamento familiar, como eu vou planejar para ter um filho. Eu planejei para ter o meu.
S04	A gente se casa, vamos construir a vida, aí em um determinado tempo decidimos ter um filho. Estou tomando meus remédios e decido que agora é um momento legal para ter a gravidez.
S05	Eu acho que é incentivar as meninas que estão começando agora a não ter muitos filhos.
S06	Eu acho que é um direito da família tratar a saúde em saúde geral. Eu tentei evitar, mas eu tomava o remédio errado.
S07	Eu acho que é a pessoa planejar ter um filho.
S08	Planejamento familiar é a gente se planejar para o futuro, ter responsabilidade, não sair comprando ou tendo um montão de filhos sem se planejar.

S09	Eu não sei muito sobre isto.
S10	Não sei o que é. Tomo remédio há 17 anos.
S11	Eu não sei o que é planejamento familiar.
S12	É você planejar ter filhos, fazer um curso para amanhã ou depois ter um bom emprego. Isso também é planejar para o benefício da família.

Tabela 6 - Categoria 1 – IC das Representação Social sobre PF

	IC - Ideia Central
S01	Casal tomar cuidado para não engravidar.
S02	Ter médico e tratamento de saúde melhor. Melhorias para cidade.
S03	Planejar ter um filho.
S04	Construir a vida. Parar com remédio até decidir momento de ter um filho.
S05	Incentivar meninas a não ter muitos filhos.
S06	Direito da família de tratar da saúde em geral. Tomar remédio certo.
S07	Planejar ter um filho.
S08	Planejar o futuro. Não ter muitos filhos.
S09	Não sei o que é Planejamento Familiar.
S10	Não sei o que é Planejamento Familiar. Tomo remédio há 17 anos.
S11	Não sei o que é Planejamento Familiar.
S12	Planejar o futuro. Planejar ter um filho.

Tabela 7 - Categoria 1 – QSIC da Representação Social sobre PF

Quadro Síntese de Ideias Centrais				
A	B	C	D	E
Não sei o que é PF.	Tomar remédio até decidir ter um filho.	É um direito da família de tratar a saúde em geral.	Incentivar meninas a não ter muitos filhos.	Planejar o futuro. Não ter muitos filhos.

Tabela 8 - Categoria 2 – ECH da Origem da Informação sobre PF

	ECH – Expressões Chave
S01	Não ouvi falar sobre Planejamento Familiar.
S02	Fui aprendendo com a vivência.
S03	Escolhi uma pílula, comprei e tomei por minha conta. Depois fui ao médico.
S04	-
S05	Participei de uma reunião sobre Planejamento Familiar lá no Rio.
S06	Com ginecologistas do hospital.
S07	No colégio da minha filha
S08	No médico.
S09	Com minhas colegas, conversando. Eu sempre escuto o povo falando planejamento, mas nunca detalhes sobre o que é.
S10	No posto, com a ginecologista.
S11	Ouvimos um falando aqui outro falando ali, vamos no hospital, escutamos muita coisa nos postos. Eles agora dão camisinha para evitar não só a gravidez, mas outras doenças. Foi assim que eu fiquei sabendo.
S12	Na televisão. Com meu primeiro ginecologista.



Tabela 9 - Categoria 2 – IC da Origem da Informação sobre PF

	IC - Ideia Central
S01	Não ouvi falar sobre Planejamento Familiar.
S02	Vivência, médico.
S03	Fiz o Planejamento Familiar por minha conta. Depois fui ao médico.
S04	-
S05	Reunião sobre Planejamento Familiar.
S06	Ginecologista.
S07	Colégio da minha filha.
S08	Médico.
S09	Colegas.
S10	Ginecologista.
S11	Hospital, postos.
S12	Televisão, ginecologista.

Tabela 10 - Categoria 2 – QSIIC da Origem da Informação sobre PF

Quadro Síntese de Ideias Centrais			
A	B	C	D
Não ouvi falar sobre PF	Vivência, Colegas	Médico. Reunião sobre Planejamento Familiar	Colégio da minha filha

Tabela 11 - Categoria 3 – ECH da Necessidade de PF

	ECH – Expressões Chave
S01	Meu marido não quer ter outro filho e até agora estou concordando com ele.
S02	Meu marido mesmo concordou, falou: “Não temos condições de ter mais filhos, a gente tem que parar por aí, vamos dar um jeito”.
S03	Meu marido participa dessa decisão. Ele só quer essezinho mesmo, ele mesmo que não quer.
S04	Meu marido concordou e falou assim: “Só temos como manter dois filhos, porque esta muito difícil o custo de vida”.
S05	Sim.
S06	Eu acho. Eu queria um só, mas tive três do mesmo pai. Nem ele nem eu queria mais filhos.
S07	Deve sim.
S08	Tem que planejar. E tem que ser decisão do casal.
S09	Eu acho que sim.
S10	Com certeza, está muito difícil hoje em dia, tem que ser muito planejado, no máximo dois, mais não dá. O custo de vida está muito alto.
S11	Na situação que a gente vive hoje tem que ser planejado.
S12	Eu acho.

Tabela 12 - Categoria 3 – IC da Necessidade de PF

	IC - Ideia Central
S01	Casal concorda e planeja o número de filhos.
S02	Casal concorda e planeja o número de filhos.

S03	Casal concorda e planeja o número de filhos.
S04	Casal concorda e planeja o número de filhos.
S05	Sim.
S06	Casal concorda com a necessidade de planejar o número de filhos, mas não fez o planejamento familiar.
S07	Sim.
S08	Casal concorda e planeja o número de filhos.
S09	Sim.
S10	Com certeza.
S11	Com certeza.
S12	Acho.

Tabela 13 - Categoria 3 – QSIC da Necessidade de PF

Síntese de Ideias Centrais
O planejamento familiar deve ser realizado.

Tabela 14 - Categoria 4 – ECH do Serviço de PF

	ECH – Expressões Chave
S01	Os médicos e os enfermeiros têm que visitar mais os lares. Deveriam ir às escolas, ter uma aula específica só para isso, ensinando mesmo, mostrando a verdade, porque é o meio que eles têm para estudar.
S02	Remédio para evitar, pessoas para ensinar como se deve evitar, principalmente para as adolescentes, para não ter esse problema de aborto. Essa informação deveria estar espalhada em todos os postos de saúde, hospitais, colégios. E se a pessoa não tem mais condições tem que operar.
S03	Eu não tenho ideia.
S04	Eu acho que deve trocar toda a equipe da saúde, quer dizer, nem todos, mas têm alguns ali que precisam reciclar. Deveria ter mais ginecologista.
S05	Deveria ensinar, dar anticoncepcional para essas mulheres, ensinar elas a usarem camisinha direitinho e conversar com elas. Botar na cabeça delas, de repente elas não teriam tantos filhos assim.
S06	Isso eu não sei dizer não.
S07	Tem que ser na escola, com as meninas e os meninos.
S08	Primeiro deveria ter uma pessoa responsável pelo que está fazendo. Depois, deveria ter mais condições financeiras para ter mais medicamentos e serviços.
S09	Acho que falta mais atenção, explicação, porque os médicos e os enfermeiros não conversam direito. Eu acho que em todo lugar deveria ter um pouco de informação, porque tem gente que anda em alguns lugares, mas não andam em outros.
S10	Deveria oferecer vários serviços próprios só para mulher, tipo uma clínica da mulher, que tivesse ultrassom transvaginal, preventivo e atendimento rápido. Deveria haver um grupo explicando de bairro em bairro, nas escolas, pois tem muito adolescente.
S11	Acho que deveria ter mais empresas para poder empregar as pessoas, carteira assinada, direitos.
S12	Deveria ter um lugar só para as mulheres irem. Eu acho que não é só ter filhos que

	faz parte, tem outras coisas também. Aqui não tem nada que apoie só as mulheres, na área da mulher. Eu acho que tinha que ter psicólogos, ginecologista.
--	--

Tabela 15 - Categoria 4 – IC do Serviço de PF

	IC - Ideia Central
S01	Os médicos e os enfermeiros têm que visitar mais os lares, ir às escolas mostrando a verdade. Em todo lugar deveria ter um pouco de informação.
S02	Remédio para evitar e informação espalhada em todos os postos de saúde, hospitais, colégios. E se a pessoa não tem mais condições tem que operar.
S03	Eu não tenho ideia.
S04	Deve trocar toda a equipe da saúde e ter mais ginecologista.
S05	Deveria dar anticoncepcional para as mulheres, ensinar a usarem camisinha.
S06	Isso eu não sei dizer não.
S07	Tem que ser na escola, com as meninas e os meninos.
S08	Deveria ter uma pessoa responsável, mais medicamentos e mais serviços de atendimento ao público.
S09	Deveria ter mais atenção dos médicos e enfermeiros, mais informação.
S10	Deveria existir uma clínica para mulher, oferecer serviços só para mulher.
S11	Deveria ter mais empresas para poder empregar as pessoas.
S12	Deveria ter um lugar só para as mulheres, com psicólogos, ginecologistas.

Tabela 16 – Categoria 4 – QSIC do Serviço de PF

Quadro Síntese de Ideias Centrais					
A	B	C	D	E	F
Informação mostrando a verdade.	Mais serviços, atendimento ao público.	Dar ACO para as mulheres e botar na cabeça delas que não deveriam ter tantos filhos	Deveria trocar toda a equipe da saúde	Empresas para empregar as pessoas	Deveria existir clínica só para mulheres

Tabela 17 - Categoria 5 – ECH da Contracepção

	ECH Conhece métodos para evitar ou facilitar a gravidez?
S01	Só o que tomo, Mesyгина.
S02	Tomei remédio durante sete anos. Depois começou a fazer mal e mudei. Foi na mudança do remédio que engravidei do quarto filho.
S03	Tem a camisinha, também feminina; o DIU, que eu até pensei em colocar, mas Depois fiquei com medo; a injeção, que eu já tomei, mas preferi o comprimido.
S04	Fiz minha ligadura há 16 anos, durante uma cesárea.
S05	Tabelinha não adianta. É usar camisinha, usar o anticoncepcional.
S06	Tentei evitar, mas tomava o remédio errado.
S07	Na época não tinha nenhum método para evitar.
S08	Conheço a pílula, o DIU, a camisinha feminina e a masculina.
S09	Só conheço a camisinha mesmo e os remédios também.
S10	Tem o preservativo e a tabelinha, mas eu uso remédio, acho mais seguro.
S11	Na época eu tomava aquele microvlar, mas não resolvia muita coisa para mim. Engravidei do primeiro filho tomando esse remédio.
S12	Fiquei dez anos usando anticoncepcional ou preservativos para não engravidar.

Tabela 18 – Categoria 5 – Métodos contraceptivos referidos pelas mulheres

S01	Injeção, camisinha.
S02	Camisinha, remédio, injeção, tabelinha, laqueadura.
S03	Anticoncepcional, camisinha masculina e feminina, DIU, injeção.
S04	-
S05	Camisinha feminina, anticoncepcional, laqueadura.
S06	Remédio, laqueadura.
S07	Camisinha, remédio, laqueadura.
S08	Contraceptivo, camisinha masculina e feminina, DIU, laqueadura.
S09	Remédio, camisinha
S10	Comprimido, injeção, preservativo, tabelinha, laqueadura.
S11	Remédio, laqueadura, camisinha, injeção.
S12	Anticoncepcional, preservativos, laqueadura.

Tabela 19 - Categoria 6 – ECH da Esterilização

	ECH – Expressões Chave
S01	-
S02	Tive que operar, pois estava com um problema sério de saúde e não podia mais ter, então fiquei com medo. Deus colocou um médico muito bom no meu caminho e consegui operar de graça.
S03	-
S04	Eu combinei com que, sendo homem ou não, eu queria ligar. E o doutor fez a minha ligadura há 16 anos, durante uma cesárea. Fiquei muito satisfeita.
S05	Liguei na época de eleição, estava todo mundo operando e eu entrei também. Consegui com um político que estava vindo a vereador, aí operou as mulheres todas. Não me arrependo não.
S06	Agora eu não preciso tomar remédio para evitar, por que operei.
S07	-
S08	Eu usava o remédio mesmo, mas agora eu liguei as trompas.
S09	-
S10	Não gosto muito de usar o remédio, por que é um compromisso que você tem. Gostaria de fazer minha ligadura.
S11	Operei quando tive o segundo filho. Hoje eu queria ter um outro filho, mas Infelizmente não posso por que já sou operada.
S12	Operei, graças a Deus!

Tabela 20 - Categoria 6 - IC da Esterilização

	IC - Ideia Central
S01	-
S02	Tive que operar por causa de um problema de saúde.
S03	-
S04	Fez a ligadura há 16 anos, durante uma cesárea. Fiquei muito satisfeita.
S05	Liguei na época de eleição. Não me arrependo não.
S06	Não preciso tomar remédio para evitar, por que operei.
S07	-

S08	Usava remédio, mas agora eu liguei as trompas
S09	-
S10	Não gosto de usar o remédio. Gostaria de fazer minha ligadura.
S11	Queria ter outro filho, mas infelizmente não posso por que já sou operada.
S12	Operei, graças a Deus!

Tabela 21 - Categoria 6 – QSIQ da Esterilização

Quadro Síntese de Ideias Centrais		
A	B	C
Fiquei muito satisfeita. Gostaria de fazer minha ligadura.	Problema de saúde.	Queria ter outro filho, mas não posso por que já sou operada.

Tabela 22 - Categoria 7 – ECH do Aborto

	ECH – Expressões Chave
S01	Se a pessoa quer trepar que se cuide. Coitada da criança, não pede para vir ao mundo, depois que engravidou, vai tirar? A criança não tem culpa.
S02	Sou completamente contra o aborto, eu acho isso um erro muito grande, um crime. Se for para eu assinar isso pode ter certeza que da minha parte eu não faço.
S03	Hoje em dia tem tanto jeito de evitar. Não se previne, não se cuida quem não quer. Se eu não tenho dinheiro para comprar, eu posso ir ao posto e pegar, tem como me cuidar. Então eu não aceito isso de jeito nenhum, pois é uma vida.
S04	Eu acho uma coisa terrível o aborto. Outro dia minha irmã trouxe um jornalzinho com umas imagens muito tristes, não tenho coração para isso.
S05	O aborto é errado! Faz tudo para depois abortar? Então é melhor evitar antes. Existe complicação depois que se tem um aborto.
S06	Eu acho que é um pecado.
S07	Aborto é uma coisa muito ruim, horrível, tanto que a mãe corre risco de vida. É uma vida que ela está tirando, ela é uma assassina, ela está matando. Só em caso de vida ou morte da mãe ou da criança, em caso de muita necessidade.
S08	Sou totalmente contra. Acho que a pessoa tem que pensar antes de fazer, e não sair engravidando sem pensar. Conheço uma pessoa que fez no passado, não só um, mas vários, não tinha cabeça. Hoje ela vê que o que fez no passado foi totalmente errado, ela se arrepende muito.
S09	-
S10	Eu acho horrível, é a pessoa não amar a si mesma. Estar matando um ser que está dentro dela sem pensar, é horrível, eu não faria nunca, de jeito nenhum. É um negócio meio esquisito, é não ser um ser humano.
S11	-
S12	Quando ele não é provocado creio até que pode ser do organismo da pessoa que não aceita, mas quando é provocado eu sou contra porque é uma vida que você está matando.

Tabela 23 - Categoria 7 – IC do Aborto

	IC - Ideia Central
S01	A mãe não pode culpar a criança por não se prevenir da gravidez.
S02	O aborto é um erro, um crime.

S03	Não aceito o aborto, pois existem várias formas de evitar a gravidez.
S04	Acho o aborto terrível.
S05	O aborto é errado. Existem formas de evitar a gravidez.
S06	O aborto é um pecado.
S07	Só em caso de vida ou morte da mãe ou da criança.
S08	Sou totalmente contra. Acho que a pessoa tem que pensar antes de engravidar.
S09	-
S10	É não ser um ser humano, não amar a si mesma.
S11	-
S12	É uma vida que você está matando.

Tabela 24 - Categoria 7 – QSIQ do Aborto

Quadro Síntese de Ideias Centrais			
A	B	C	D
Só em caso de vida ou morte da mãe ou da criança.	O aborto é um erro, um crime. Existem formas de evitar a gravidez.	Engravidava, tirava, engravidava de novo, tirava. Existe complicação depois de aborto.	A mãe não pode culpar a criança por não se prevenir da gravidez.

Tabelas 25 – Categoria 7 – Aborto

Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil

Óbitos mulheres idade fértil por Ano do Óbito segundo Categoria CID-10

Categoria CID-10: O03; O05; O06 Período: 2009-2011

Categoria CID-10	2009	2010	2011
O03. Aborto espontâneo	8	5	8
O05. Outros tipos de aborto	10	16	10
O06. Aborto não especificado	55	48	49
Total	73	70	68

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabelas 26 – Categoria 7 – Aborto

Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos/ano, segundo CID-10.

Município: Rio de Janeiro. Categoria CID-10: O03; O05; O06. Período: 2009-2011.

Categoria CID-10	2009	2010	2011
O03. Aborto espontâneo	-	2	-
O05. Outros tipos de aborto	1	7	3
O06. Aborto não especificado	9	3	6
Total	10	12	9

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 27 – Categoria 7 – Aborto

Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos/ano, segundo CID-10.

Município Guapimirim. Categoria CID-10: O03; O05; O06. Período: 2009-2011.

Categoria CID-10	2009	2010	2011
O03. Aborto espontâneo	-	-	-
O05. Outros tipos de aborto	-	1	-

O06. Aborto não especificado	-	-	-
Total	-	-	-

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## 10. Apêndices

### Apêndice 10.1 – TCLE e Questionário aos familiares de alunos

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Representações Sociais sobre Planejamento Familiar”, que tem o objetivo de compreender a opinião das pessoas sobre o planejamento familiar, na tentativa de melhorar a qualidade deste serviço de saúde para os moradores de Guapimirim. Gostaríamos de saber se você tem interesse em participar da pesquisa. Caso tenha, por favor, preencha os dados abaixo. Comprometo-me a manter sigilo em relação as suas respostas. Obrigada.

1. Nome:
2. Endereço completo:
3. Idade:
4. Sexo:
5. Contato telefônico:
6. Já fez planejamento familiar?
7. Tem interesse em participar da pesquisa?

Pesquisador Responsável: Eduardo Stotz

Cargo/função: Pesquisador Titular

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/ Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 , sala 604 – Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ.

Dados para Contato: fone: 2598-2654; e-mail: stotz@ensp.fiocruz.br

Aluno/Pesquisador: Luciana Lopes Lemos

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/ Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Endereço: Coordenação da Saúde da Mulher (Vigilância em Saúde) – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Guapimirim

Dados para Contato: fone: 2632-3225; e-mail: lucianalemos@ensp.fiocruz.br

### Apêndice 10.2 - Entrevista

Perfil sociodemográfico

1. Número de filhos:
2. Escolaridade:
3. Situação conjugal:
4. Renda familiar:
5. Profissão:
6. Ocupação:

Questões da pesquisa

1. No seu entendimento, o que é planejamento familiar?
2. Onde você obteve informação sobre planejamento familiar?
3. Você acha que o número de filhos deve ser planejado pela família?

## 4. Como você entende que deveria ser um serviço de planejamento familiar?

**Apêndice 10.3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Representações Sociais sobre Planejamento Familiar”, que tem o objetivo de compreender a opinião das pessoas de Guapimirim sobre o planejamento familiar a partir de depoimentos de residentes no Município; identificar, a partir dessas opiniões, por que as pessoas não procuram o planejamento familiar. Sua participação contribui, com o conhecimento produzido, para as práticas de promoção da saúde e vigilância em saúde, objetivando a implementação do Planejamento Familiar no Município de Guapimirim. A pesquisa trará como benefício maior conhecimento sobre planejamento familiar e acesso a informações a respeito dos serviços, no município e fora dele, para quem deseja utilizá-los.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo. A pesquisa será feita através de entrevista gravada, se o entrevistado concordar, em local combinado previamente, que respeite a privacidade do indivíduo entrevistado e o segredo da entrevista, sem a possibilidade de interferência de outras pessoas. Esta pesquisa está vinculada a projeto de dissertação de mestrado, tendo, portanto, finalidade exclusivamente científica. Seu nome e referências pessoais não serão divulgados. Após a transcrição, as entrevistas gravadas serão destruídas.

Comprometo-me a: prestar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa antes, durante e depois da realização da mesma; garantir o sigilo das informações prestadas e a privacidade dos sujeitos; a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Apresentar esse termo em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador. As duas vias devem ser rubricadas e assinadas pelo participante e pelo pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Luciana Lopes Lemos - Coord. da Saúde da Mulher  
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/ Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz  
Endereço: SMS de Guapimirim. Tel: 2632-3225; e-mail: lucianalemos@ensp.fiocruz.br  
Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX)21-25982863.  
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>



