

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DE BAIXA RENDA ACERCA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Low income women's social representations regarding Family Planning

Thalita Soares Rimes¹, Rosana Oliveira Nascimento², Raimunda Magalhães Silva³,
Fátima Luna Pinheiro Landim⁴, Zélia Maria Souza Araújo Santos⁵, Pâmela Campêlo Paiva⁶

RESUMO

O estudo evidenciou representações de mulheres assistidas pelo planejamento familiar realizado por Equipes de Saúde da Família localizado na zona Leste da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Utilizou-se entrevista e os depoimentos foram ordenados conforme a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados foram analisados em função dos relatos incluídos nas Ideias Centrais: “isso aqui é osso”; “é pra não pegar bucho”; “comprimido de graça é muito importante”; “não quero ter filho agora” e “tenho medo de engravidar”. Constatou-se que o planejamento familiar é representado pelas mulheres como importante estratégia para planejar a família e evitar doenças sexualmente transmissíveis. Concluiu-se que alguns problemas demarcaram necessidades e desafios para as ações conjuntas de governo, serviço e sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Familiar; Saúde da Mulher; Saúde Pública.

ABSTRACT

The study revealed the thinking of women attended by the family planning services provided by Family Health Teams located in the Eastern zone of the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Interviews were conducted and the statements were organized according to the technique called Discourse of the Collective Subject. The results were analyzed according to the reports included in the central ideas: “this is hard to bear”; “it is to not get pregnant”; “the free pill is very important”; “I do not want to have a child now” and “I am afraid of getting pregnant”. It was found that family planning is regarded by these women as an important strategy for planning the family and for preventing sexually transmitted diseases. It was concluded that several problems had identified necessities and challenges for combined actions by government, services, and society.

KEYWORDS: Family Planning; Women's Health; Public Health.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: thalita_rimes@yahoo.com.br.

² Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata (1984). Professora Assistente II, com Mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

³ Enfermeira com Mestrado e Doutorado em Enfermagem e Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Professora titular na Universidade de Fortaleza UNIFOR, Coordenadora de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Coordenadora do Grupo de Extensão em Saúde da Mulher e Adolescente, bolsista de produtividade em pesquisa 1C CNPq.

⁴ Enfermeira, Mestrado em Saúde Comunitária e Doutorado pela Universidade Federal do Ceará; concluiu o Estágio Pós-Doutoral em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva-ISC/UFBA. Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

⁵ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Hipertensão Arterial pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Possui Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFC e é Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁶ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira da Pediatria do Hospital Geral de Fortaleza. Preceptora da Faculdade Terra Nordeste - FATENE. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza com intercâmbio acadêmico no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

INTRODUÇÃO

Vinte anos após a Constituição e mais de uma década depois de promulgada a lei específica – que regulamenta o artigo 226 e prevê a oferta de um amplo leque de contraceptivos a serem escolhidos com a orientação adequada e de acordo com a necessidade da pessoa interessada – o planejamento familiar continua sendo pauta entre os legisladores e a mídia, por configurar sério problema para a grande parcela das pessoas que possuem insuficiência de renda e pouco acesso à educação de qualidade.¹

No âmbito da saúde pública, o tema é discutido no contexto da assistência integral à mulher, sendo uma prerrogativa mundial em razão precípua dos problemas que advêm com a vivência da sexualidade, bem como da reprodução.

Destaque-se que, muitas vezes, a sexualidade é fenômeno compreendido imbrincado com o da reprodução. Ratificam essa assertiva Sonia Corrêa e Richard Parker, coordenadores do *International Working Group on Sexuality and Social Policy*, quando discutem em artigo,² as mudanças ocorridas no marco de referência para o debate sobre ética e demografia que, no século XXI, passa a incluir, dentre outras, a dimensão da sexualidade.

Isso se torna mais patente quando, no enfoque contemporâneo do “planejamento familiar”, tem-se uma iniciativa como é a Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos – elaborada pelo Ministério da Saúde e lançada no dia 22 de março de 2005, a partir do estabelecido pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994, na cidade do Cairo – que designa três eixos básicos de atuação: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não cirúrgicos), a melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo em conta o discurso que passa a vigorar no campo temático da saúde reprodutiva e, lembrando José Eustáquio Diniz Alves, professor do mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE), - quando escreve que a parcela pobre da população brasileira não possui sequer autonomia para separar, efetivamente, a sexualidade da reprodução - reflete-se acerca de uma retomada da perspectiva de centrar na mulher medidas repressoras e/ou recriminatórias, que favoreçam um controle do crescimento populacional; discurso esse anterior à formulação das políticas e leis vigentes, que possuem caráter mais democrático.

Destarte, a implantação da política com seu sistema de distribuição dos métodos contraceptivos foi, como se

sabe, designados ao SUS, que a repassa no formato de programa assumido pelos Centros de Saúde, e pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) de todo o país.

Ocorre, todavia, repertório de problemas emergidos do cotidiano de cada serviço de saúde, testemunhando, ainda, uma ineficácia do Estado, bem como um sistema falho de distribuição dos métodos contraceptivos, que passa a ser alvo de insatisfações, em especial, por parte das mulheres assistidas. Estas, entendidas aqui como interlocutoras sociais, deparam-se diariamente com situações tais como: a dificuldade de acesso ou de opção por um método contraceptivo em detrimento de outro; a pouca maleabilidade na característica de funcionamento dos serviços; a falta de compreensão ou de uma comunicação eficaz; a escassez de recursos materiais e humanos; a excessiva demanda; e demais condições que vão caracterizando o desrespeito e a violência com que se prestam os cuidados em saúde.^{3,4}

Estudos⁵ há que revelam o quanto as mulheres desejam os benefícios do planejamento familiar – que deve ser entendido como ultrapassando a contracepção ou a reprodução, ou seja, o programa incorpora filosofia de valorização e ampliação do bem-estar geral. Nesses as autoras⁵ constataram, entretanto, que essas mesmas mulheres apenas reconhecem os métodos hormonais (oral e injetável) e o de barreira (a camisinha). Analisando o conhecimento detido pelas usuárias, descobriu-se que, apesar da elevada prevalência de utilização daqueles principais métodos anticoncepcionais ao longo de suas vidas, o conhecimento de 75,3% das mulheres investigadas somente lhes permitia reproduzir os passos para um “uso correto da camisinha e do comprimido.”⁶

Todo o exposto deu margem a rediscutir esse assunto no presente artigo, que tem por objetivo: evidenciar representações de mulheres assistidas pelo planejamento familiar realizado por Equipes Saúde da Família localizado na zona Leste da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. A perspectiva é de sensibilizar não só a comunidade científica, mas também o público em geral, a respeito das concepções culturais que afetam a percepção dessas mulheres acerca do planejamento familiar, dificultando, inclusive, a vivência plena da sexualidade.⁷ Ainda, entende-se a necessidade de estudos similares como fonte de apoio às iniciativas do Ministério da Saúde em avaliar e reformular as políticas nesse âmbito.

MÉTODO

O sistema de saúde de Fortaleza, capital do Ceará, encontra-se atualmente organizado em seis polos administrativos, denominados Secretarias Executivas Regionais

(SER's). Este estudo, de caráter descritivo, foi desenvolvido em um dos dezenove Centros de Saúde da Família (CSF) que se encontram sob a jurisdição da SER VI.

Esta secretaria faz cobertura de vinte e sete (27) bairros de Fortaleza, sendo as instalações do CSF selecionado em bairro nobre, porém com o registro da presença de um dos maiores aglomerados da cidade, a Comunidade do Dendê, com aproximadamente 14 mil famílias, localizada na zona Leste da cidade de Fortaleza, de onde procede a grande maioria dos usuários. Conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) – compostas por médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários – que atendem diariamente na saúde da mulher adulta e adolescente.

Participaram como sujeitos da pesquisa 31 mulheres assistidas pelo programa de planejamento familiar, que mantinha agendamentos para consultas às terças e quintas-feiras. O acesso e as interações com as mulheres se deram por meio de conversas entre as consultas realizadas pelo serviço de enfermagem.

Após vários encontros de integração com a demanda, as mulheres foram convidadas a responder em entrevista: o que você pensa acerca do planejamento familiar.

Aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para organização de dados. De acordo com Lefrêve & Lefrêve,⁸ trata-se de uma forma de representar a opinião coletiva por meio de uma série de discursos, pensamentos, ideias ou posicionamento sobre um dado tema presente em determinada formação sociocultural. Como estratégia metodológica, visa tornar mais clara a expressão

de uma dada “figura”, ou seja, a representação social sobre um fenômeno vivenciado.

A título de sustentação teórica, quando a técnica tende a afirmar o pensamento individual como representação do que pensa a coletividade, os autores expressam o pensamento coletivo como se tratando da presença, internalizada no pensar de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Para obter o pensamento coletivo, é preciso, portanto, convocar os indivíduos, um a um, que irá expor seu pensamento social internalizado, livre de pressão psicossocial do grupo. O conjunto dessas individualidades opinantes pode representar, sociologicamente, uma coletividade.

Para tanto, O DSC usa a categoria pelo método da indução, ou seja, analisa as discussões do grupo e trabalha por temas ou assuntos, dos quais são retiradas as figuras metodológicas ou conceitos operativos e metodológicos, que são: Expressão Chave, Ideia Central, Ancoragem; todas usadas para processar os depoimentos e obter, ao final, os Discursos do Sujeito Coletivo.

As questões éticas estão em conformidade com os princípios éticos da pesquisa tendo sido o projeto aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob parecer de nº 161/2007. As participantes assinaram o termo de consentimento, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e importância da sua participação, além de garantir o sigilo dos dados e o anonimato das mesmas.

RESULTADOS

Dentre as reflexões ensejadas pelos dados brutos, ao longo das análises que se vão seguir ao primeiro discurso elaborado, vai-se polemizar o princípio da acessibilidade. Evidenciam-se, concomitantemente, as barreiras que tor-

nam um desafio para as mulheres assegurarem o direito de “acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais”; condição essa fundamental para que uma escolha, qualquer que seja, se realize livremente e sem restrições, conforme propõe a Constituição Federal.⁹

IC (A): Isso aqui é osso!

– Vou falar: isso aqui é osso! O planejamento familiar precisa melhorar muito! Depois que dividiram por área ficou difícil. Cada vez que a gente vem é uma novidade.

Agora tem mais um problema: inventaram que tem que trazer o CPF pra poder se identificar e receber os comprimidos. Eu não tenho esse documento, ainda vou tirar. Isso não é avisado antes, só quando a gente chega aqui. As pessoas mesmo que trabalham lá são muito desinformada. Podiam fazer umas palestras nos bairros... Ave-Maria! Eu trouxe minha carteira de identidade, vou ter que ser atendida com ela!

Também precisa melhorar no atendimento, porque a demora pra atender a gente é muito ruim. Eu saio de casa pro posto, fico mais de uma hora pra conseguir uma ficha. É essa fila! Se pudesse acabar com essa fila, ia melhorar muito.

Eles não atendem pela ordem de chegada, e a gente fica nessa fila esperando, esperando, e brigam na fila, esculhambam, e tó lá: no sol; na chuva; com fome. Se a gente chegasse, assim, e a enfermeira dissesse: — quem é do planejamento familiar? Vá logo pra lá pro canto! Ai já recebia logo e não precisava de tanta burocracia, como fazem aqui.

As pessoas que vêm pegar o comprimido perdem muito tempo esperando pra ser atendida. Só quem precisa (mesmo) é quem se submete. Agora já são quatro horas da tarde, e eu não fui atendida. Ainda vou consultar a minha filha e, daqui a pouco, a farmácia do posto vai fechar... Amanhã é feriado... E ai, mulher? Quando vou receber este comprimido? A gente tá desde cedo aqui, já tá terminando o dia e não vou levar os comprimidos.

Tem outras vezes que a gente vem buscar o método e não tem profissional pra entregar. Ai, o jeito é comprar na farmácia. A gente já não tem dinheiro pra comer, o marido está desempregado... Ai fica difícil, né?

Focando análise nesse primeiro discurso, considera-se a expressão cultural “*é osso*” como a que melhor sintetiza a representação feita pelas entrevistadas em relação ao serviço que lhes é oferecido em planejamento familiar. Entende-se que as mulheres ancoram nessa representação não só o sentimento de descrença, mas também de impotência e indignação diante dessa impotência.

Dizer que uma situação ou experiência “*é osso*”, na cultura local, quer dizer que ela é sacrificante, penosa, humilhante, é abusiva. Em alusão à consistência do tecido ósseo, é dura (difícil) de ser enfrentada. Esse estado de animosidade das usuárias em relação ao serviço denuncia a condição caótica de funcionamento, assim como o fracasso institucional em implementar a política do planejamento familiar.

Uma das primeiras dificuldades apontadas traz para o centro das discussões a estratégia da territorialização; que por filosofia visa dar primazia à atenção às famílias e a cada um de seus membros em particular, desde o seu território de vivência. A esse respeito, alguns autores¹⁰ escrevem ser fato que, na atenção primária, os problemas e necessidades são diferenciados, exigindo combinar o atendimento com a complexidade e as especificidades locais.

Porém, isso tudo requer planejamento e programação que incluam a participação do usuário, contribuindo com sua presença consciente; não para polemizar, mas para concluir e apontar caminhos. Essa demanda solicita uma grande transparência de intenções e, mais que isso, o favorecimento de canais de comunicação, espaços de elaboração e de troca de saberes que favoreçam as conquistas do sujeito alvo do serviço prestado.

Quando isso não é feito o cliente percebe e se recente. É o caso de as informantes se queixarem: não lhes são

antecipadas notícias de mudanças ocorridas, no que tange aos trâmites para a concretização da consulta e a entrega do contraceptivo; também não encontram facilidades em acessar profissionais dentro do serviço que deem uma informação precisa; traduza-se, um profissional com resolutividade. Defendem, assim, que a presença das ESF no campo deva ser oportunizada também no sentido de preparar os clientes para o serviço, favorecendo o fluxo interno.

Destaquem-se, a partir do DSC, depoimentos em que as mulheres comparam o “antes” e o “depois” da institucionalização das ESF, criticando a vinculação da entrega de contraceptivos ao fornecimento de um número de CPF. Decerto que o usuário que não comunga com a lógica de funcionamento institucional não entende a priorização de um documento que deve ser apresentado no ato da consulta; em detrimento, inclusive, de sua presença. Isso o coloca sob desnecessário estado de tensão ou stress relacionado à possibilidade de, naquele dia, ficar sem atendimento e, conseqüentemente, voltar para casa sem os métodos anticoncepcionais; o que implicaria, além do risco de engravidar, ter perdido seu tempo, ter que retornar outro dia ou, pior que tudo, ter que gastar seu dinheiro adquirindo o método desejado nas farmácias.

No caso específico da vinculação do número de CPF à entrega do método contraceptivo, não obstante o fato de as dificuldades elencadas serem substancialmente de caráter burocrático, ressalte-se que se ignora a “presença” da cliente, e não se oportuniza o atendimento; um verdadeiro flagrante de ingerência da política de planejamento familiar.

Destarte, a gerência em saúde é fundamental na efetivação de políticas sociais e de saúde.¹⁰ Como ação in-

tencional, detém caráter articulador e integrativo, voltado para resolução e organização dos serviços.

As informantes faziam crítica também às condições e ao longo tempo de espera, até que se dê o atendimento. Não obstante as inúmeras reformas realizadas nos espaços físicos da instituição, não havia local adequado para acomodar as pessoas, que passavam longos períodos de espera em pé nas filas, expostas, muitas vezes, ao sol ou à chuva. Por fim, denunciam sua dependência em relação aos serviços (mesmo com todas as imperfeições), quando a condição financeira que prevalece pode as colocar dentro da parcela de brasileiras excluídas do acesso à saúde reprodutiva. O Estado precisa, assim, suprir os direitos de cidadania, de modo a corrigir essas imperfeições.

Garantias do acesso (igualitário) à informação, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade são prerrogativas do MS.¹ O princípio da acessibilidade aqui pressupõe o acolhimento e a humanização do serviço como medidas indissociáveis.¹¹ Enquanto uma diz respeito ao diálogo, buscando conhecer e resolver as necessidades da clientela, a outra prima pelo respeito à dignidade humana. Em conformidade, o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma a atender a todas as pessoas que o procuram, garantindo acessibilidade e resolubilidade, observando parâmetros humanitários de cidadania.¹²

Quando se está trabalhando com a saúde reprodutiva, ainda se faz útil buscar transcender o enfoque biológico centrado no individual comportamental, frequentemente utilizado, baseando o atendimento em um conceito ampliado de bem-estar que reclama uma postura “positiva e dinâmica” de integrar as dimensões ambientais e sociais da família-comunidade.¹³

Trazendo luz sobre a realidade desenhada no DSC, os novos institucionalistas da Sociologia das Organizações escrevem que as instituições tendem a buscar legitimidade, mais que eficiência e, assim, copiar práticas tidas como corretas, independente dos resultados que possam gerar.¹⁴ Sobre o tema, também se postula que a legitimidade é um fator importante para a sobrevivência das organizações.¹⁵ Em nome da legitimidade, os gerentes e administradores ao invés de realizarem conscientes escolhas estratégicas, podem, simplesmente, repetir outras organizações que obtiveram sucesso, sem analisar se as práticas e estratégias adotadas seriam coerentes com a realidade e objetivos de suas organizações.

Do lado profissional, o que ocorre é condicionado pelas repetidas interações que fazem surgir a “tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores”,¹⁴ ou seja, normas construídas pela experiência, regras e modos de agir que se tornam habituais e não exigem reflexão para

operá-los impõem-se de maneira automática sobre o indivíduo que procura pela assistência.

Questiona-se, nesse ponto, como vem se dando a atuação das ESF, no que tange ao princípio da “promoção” e “educação” em saúde. As pessoas não podem ser desapropriadas da condição de pensar sobre aquilo que é melhor para elas, nem podem acreditar que esse melhor sempre está na dependência de que terceiros venham lhe oferecer. As ações de promoção da saúde, nesse sentido, visam ao empoderamento individual e comunitário, que significa potencializar as redes de sociabilidade primárias, bem como as ações culturais já desenvolvidas no sentido do exercício da cidadania por parte dos sujeitos envolvidos.¹⁶

Se for verdade que uma variedade de perspectivas teóricas resultou na pressão sobre as estruturas organizacionais tornando-as como são, reflete-se ser verdade que representações, crenças, regras, saberes legitimados e outras situações de trocas com a comunidade podem afetar as formas organizacionais e (re)orientar seus objetivos. Nesse sentido é que se preconiza a participação do usuário nos espaços institucionais dos serviços de saúde, ajudando a fortalecer as práticas, ao tempo em que essas vão se estruturando para atender expectativas, na medida certa das necessidades externadas.¹⁷

Apesar de haver sempre o risco de perda de controle da situação, porque “em nenhuma sociedade todas as condições são previsíveis e controladas”,¹⁸ o importante é que deve existir um mínimo de participação do indivíduo, permitindo-o articular-se com os demais sujeitos e controlar determinadas ações.¹⁹

Nesse tocante, como modalidade de manifestação que informa algum grau de participação do usuário na dinâmica dos serviços, faz-se importante mencionar aqui a existência de uma dimensão do DSC, IC-A, em que as mulheres não só demonstram reconhecer como problemática a forma de estruturação do serviço, bem como a do atendimento em si; mas, também, emitem sugestões para promoverem mudanças.

É o caso de revisar o discurso no momento em que as mulheres sugerem a necessidade de mudanças no sentido de melhor capacitação profissional, quando afirmam que “as pessoas que trabalham lá são muito desinformadas”; (na categoria seguinte elas dizem que eles explicam como tomar o remédio direitinho) programar estratégias de abordagem comunitárias, trabalhando os temas de interesse das famílias e os que suscitam mais dúvidas; encontrar medidas alternativas para as filas; e soluções criativas para superar as longas horas de espera por atendimento.

IC (B): Planejamento familiar é pra não pegar bucho!

O planejamento familiar é pra não pegar bucho! Não tem dinheiro pra comprar o remédio, porque é muito caro, então o posto dá o comprimido de graça é muito importante.

A mulher tá lascada! Passa por tanta coisa... Sofre demais... Deus me livre, de mais um bucho! Só o fato da gente não ter que comprar esse comprimido e a camisinha eu já acho bom.

A gente que é pobre, o marido ganha muito pouco, mal dá pra pagar as contas que deve, não pode ter muito filho. É tudo muito caro: pra dar de comer, é educação, é muita coisa. E a bandidagem é muito grande, tem muita violência. Aí dá medo de pôr filho no mundo pra sofrer. É preciso pensar muito.

Ave-Maria! Tem muita gente desinformada, e é tanta mulher grávida sem ter condição, que fica passando necessidades e os filhos espalhados por aí. Isso tudo é ruim. Se não pode ter mais filho é melhor se cuidar, ter um acompanhamento, ter uma atenção pra ajudar a evitar a gravidez indesejada. Então, o planejamento familiar é bom para quem não sabe o que fazer para evitar um bucho.

Através do planejamento familiar ela aprende a melhor forma de prevenir bucho, sem prejudicar a saúde, fazendo a coisa certa. As orientações dos profissionais são muito importantes, porque tiram as nossas dúvidas, e a gente fica mais atenta para não ter mais filho e não pegar doença. Orientam para fazer a prevenção (ginecológica), pra usar a camisinha, e pra não esquecer de tomar o comprimido; pra não correr risco de engravidar. Eles explicam como tomar direitinho o comprimido: é importante tomar na hora certa e no quinto dia após a menstruação também.

Analisando o DSC referente à IC-B, constata-se a expressão “pra não pegar bucho”, como resposta dada à pesquisadora quando as mulheres foram estimuladas a falarem sobre a representação do planejamento familiar. Aqui, mais uma vez, o sujeito manifesta-se fazendo uso de expressão cultural, cujo significado embute o imaginário coletivo, mas também o sentimento atual de cada mulher em relação à maternidade. No nordeste do Brasil, e na realidade particular das mulheres investigadas, o número de filhos e as dificuldades enfrentadas na criação desses marcam negativamente o cotidiano das famílias.

Ocorre, ainda, de se poder identificar pelo menos dois discursos que se opõem, pelo menos merecem ser avaliados em suas pertinências. No primeiro, as entrevistadas evidenciam o serviço de planejamento familiar como uma possibilidade real de adiar a chegada de filhos, quando vivenciam uma relação recente, ainda instável e com pouca estrutura familiar para oferecer suporte.

A sociedade, assim como os seus sistemas de estruturas, organiza-se de acordo com as posições e valores de seus componentes.²⁰ Para algumas das mulheres, um filho representava obstáculo que não desejavam naquele momento de suas vidas, e o serviço necessitava incorporar essa lógica e adequar-se também a esse tipo de expectativa

da clientela.

Do outro lado, existe o discurso em que a quantidade de filhos era fator motivador da procura pelo serviço. Essas mulheres demonstraram preocupação em não conceber, argumentando a decisão com base na responsabilidade e compromisso com a criança e os gastos pertinentes ao seu crescimento e desenvolvimento. Não deixaram de evidenciar sua situação de pobreza, sacrifícios, renúncias, medo de perder os seus filhos para droga e para a violência.

Tudo isso vai demarcando práticas num arcabouço rico em significações a serem decifradas em suas relações cotidianas como um desafio para as ações conjuntas governo, serviço e sociedade.

Há, portanto, que se reconhecerem pelo menos duas maneiras de representar o planejamento familiar: a cultural descritiva, dentro da qual a mulher vai se referir a um variado conjunto de valores, crenças, costumes, convenções, hábitos e práticas inerentes a cada grupo social e a cultural simbólica, que por sua vez está voltada para a interpretação dos símbolos e suas relações com os contextos sociais.²¹

Sob essa perspectiva, analisa-se que a cultura da contracepção, tanto por parte da população estudada como

do profissional de saúde envolvido em sua assistência, não deveria ser considerada isoladamente e sim como resultante de uma mistura complexa de influências sociais, políticas e econômicas.

A complexidade de ações projetadas para serem desenvolvidas nesse espaço de interlocução com as famílias coloca o Programa no centro de um plano maior de apoio sociofamiliar, sendo exigido da equipe de assistência que atue na perspectiva de garantir a autonomia e a emancipação do indivíduo e da família.¹ Na direção dessa conquista, operamos com a noção de que a autonomia do ser humano caracteriza-se pela capacidade de lidar com sua própria rede de dependências; com a coprodução de si mesmo; e com a produção de um contexto favorável de vida.

Analisando o DSC, constata-se que, para algumas das usuárias, acessarem o serviço de planejamento familiar tinha um significado muito particular de assegurar a gratuidade do método contraceptivo utilizado. Mais uma vez, a cultura aqui se encontra fortemente influenciada pelo fator econômico, embotando a percepção das prioridades do programa na relação com as famílias.

É também diante da necessidade de receber o “comprimido de graça” que as resistências e antagonismos naturais existentes não se opõem em situações de embate ou luta aberta pela imposição de ideias ou pontos de vista. Desde o momento em que entram no posto até a hora da saída, as mulheres são submetidas a uma série de regras, as quais acatam, em sinal de convivência com a ordem estabelecida, mesmo que não se conformem muito com elas. Essas mulheres se submetem, enquanto prevalece todo um aparato burocrático, definido pela cultura das normas, rotinas, estatutos e regimentos que norteiam as ações (como as interações) dos atores dentro da Instituição.

Concorda-se haver a necessidade do envolvimento da população no sentido da construção coletiva, apontando as dificuldades e partilhando estratégias de resolução. A esse respeito afirma-se que não se pode desconsiderar o saber popular, com suas experiências e compreensão do mundo.²² Se por um lado não é possível ao profissional adaptar-se aos seus saberes, por outro lado, não pode ele impor o seu saber como único e verdadeiro.²³

Todavia, a miséria declarada deixa essas famílias sem perspectiva e projetos que vislumbrem melhorias para o serviço não lhes passam pela cabeça. Para as mulheres desse estudo, o fenômeno da miséria se impõe com mais força, na medida em que a política local introduz riqueza para poucos, enquanto a pobreza atinge a maioria da população. Desse modo, em primeiro plano, impõe-se a elas uma luta desigual e desumana pela sobrevivência, incorrendo na implícita postura de submissão às imposições e condições mais cruéis que a sociedade possa oferecer.

Também o desemprego, muito presente nessa conjuntura, transforma os lares em espaços onde se travam lutas pela sobrevivência e onde se pactua quem e quantos dependerão dos poucos recursos de forma clara e, às vezes, impositiva. É quando a cultura ainda favorece a que as mulheres assumam essa posição, cabendo a elas administrarem os poucos recursos disponíveis. Nessas circunstâncias, o ponto de vista cria o objeto, dado a relatividade das coisas.²⁰ As mulheres expressam assim a percepção que têm da situação vivida: “*A mulher tá lascada! Passa por tanta coisa... Sofre demais... Deus me livre!*”.

Considera-se que uma vez imersa no serviço, há todo um poder simbólico das práticas instituídas que vão se impor como legítimas. As práticas afirmam-se, assim, como instrumentos que tornam possível a reprodução de certa ordem estabelecida pelo contexto socioeconômico maior.

No caso do planejamento familiar, o que irá definir essa ordem é justamente o que se legitimam sob a luz dos próprios critérios e/ou interesses da coletividade. A análise do DSC permite inferir, ainda, que o poder simbólico vivenciado no dia a dia dos postos só se pode exercer com a cumplicidade daqueles que não querem saber que a ele se submetem; e são exercidos por atores que procuram transformar o capital humano, no sentido de “ganhar” as pessoas, para poderem contar com elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as mulheres, ao procurarem pelo serviço, vislumbram uma importante estratégia para planejar a família, sem agravos à saúde e sem onerar o orçamento. Tal relação se justifica pela vivência dessas mulheres em um cenário de pobreza, marcado pela desigualdade da distribuição de renda, que submete o indivíduo aos subempregos e à exclusão social.

Ao se refletir acerca da percepção do sujeito em relação à assistência ao planejamento familiar, comprovou-se que ele reconhece no programa benefícios e vantagens, e que sua filosofia tem muito a oferecer. Porém, vários entraves afetam a qualidade do serviço, decorrendo na insatisfação das usuárias. Nesse sentido, divide-se a responsabilidade do insucesso com os gestores, pois desses depende o suporte logístico, tanto material como de recursos humanos.

Conclui-se que, apesar dos benefícios propostos pelo Ministério da Saúde, o programa investigado precisa melhorar a qualidade do atendimento, mediante a superação de barreiras e dificuldades, permitindo a participação da comunidade como conjunto de agentes que tencionam interagir com os profissionais e discutir as melhorias pertinentes ao seu cotidiano.

O acolhimento e a humanização constituem estra-

tégias que precisam ser praticadas, pois ambas apontam para mudanças, priorizando o respeito pelas usuárias do programa, ensinando-lhes o atendimento pretendido.

Vale lembrar que a organização administrativa da unidade e a capacitação dos gestores, quanto ao conhecimento sobre os princípios do SUS, constituem fatores que implicarão na melhoria da qualidade do atendimento na unidade estudada. Além disso, é necessária uma “rede efetiva” integrando Serviço, Programa e Atividades, inter-relacionando-os em torno dos objetivos de: facilitar o acesso dos usuários aos órgãos e serviços; diminuir a burocracia do atendimento; satisfazer as demandas com maior rapidez; instituir a corresponsabilidade de cada serviço envolvido.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Planejamento Familiar: manual para o gestor. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: Ministério da Saúde 2002b: 78.
2. Direitos Humanos e pensamento demográfico: conexões e disjunções num mundo em mudança. Seção Saúde Sexual e Reprodutiva do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. [citado 2013 set. 01]. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.tm?infoid=45&sid=99>>.
3. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul./ set.; 10(3):615-26.
4. Teixeira RR. Humanização e atenção primária da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul./set.; 10(3):585-97.
5. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(5):795-801.
6. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2005 nov./dez.; 21(6):1747-1760.
7. Heilborn ML, Aquino E, Barbosa R, Bastos FP, Berquó E, Rohden F. Sexualidade, reprodução e saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2008;1.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: Edues; 2005.
9. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a:78.
10. Witt RR, Almeida MCP. Competências gerenciais da enfermidade na atenção básica. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2006; 25(3):170-76.
11. Benevides R, Passos EH. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Revista Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul./set.; 10(3):561-571.
12. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar no programa de extensão universitária. *Caderno Saúde Pública*. 2005 jan./fev.; 21(1):256-265.
13. Schall VT. Educação em saúde: novas perspectivas. *Caderno Saúde Pública*. 1999; 15 Suppl. 2.
14. Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
15. Scott WR et al. Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism. London: Sage Publications; 2000.
16. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
17. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
18. Silva RCA, Francisco LF. Cultura, subjetividade e as organizações na contemporaneidade. Fortaleza. *Rev. Mal-Estar Subj*. 2010 set.; 10(3).
19. Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 21ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
20. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
21. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
22. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
23. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Re-

vista Ciênc Saúde Coletiva. 2005 abr.; 10(2):357-63.

Submissão: setembro de 2013

Aprovação: junho de 2015
