

CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ASSISTIDAS PELO PLANEJAMENTO FAMILIAR OFERECIDO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NA CIDADE DE MANAUS

Elielma Caetano Pereira (UFAM) ely_caetano@yahoo.com.br
Luiza Maria Bessa Rebelo (UFAM) imbrebelo@gmail.com

Resumo: De acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar compreende um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (Art. 2º). E o Estado, através do Sistema Único de Saúde, tem o dever de promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (Art. 5º). Com base nessas premissas, estudos feitos em uma Maternidade Pública em Manaus, desde o ano de 2008, mostram a gravidez precoce como um dos grandes problemas a serem enfrentados. É elevado o número de adolescentes grávidas, cuja faixa etária é considerada fator de risco para mãe e bebê, pelo fato de ainda se encontrarem em uma fase de desenvolvimento físico e emocional. Deste modo, esta pesquisa teve como objetivo principal investigar os conhecimentos que as pacientes dessa Maternidade possuem acerca de concepção, anticoncepção, natalidade, fertilidade e cidadania. De igual modo, conhecer a estrutura familiar dessas mulheres e quais suas fontes de geração de renda. O estudo realizado foi baseado nas fichas de entrevistas das pacientes no momento da inserção dessas mulheres no projeto, tendo como universo da pesquisa a totalidade das mulheres ali assistidas e a amostra constituída em 30% desse universo. O método que norteou o estudo foi a pesquisa-ação, um tipo de pesquisa participativa, na qual é necessária a presença das pessoas implicadas nos problemas investigados. Com a finalização da pesquisa, constatou-se que as pacientes se encontram em precárias condições sócio-econômicas, não dispondo de acesso ao atendimento em planejamento familiar. Nesse contexto, é preciso, então, garantir o acesso ao programa de planejamento familiar, ao atendimento por equipe multidisciplinar, de forma que a atenção integral à saúde realmente se efetive.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Saúde da Mulher. Cidadania. Maternidade Pública. Cidade de Manaus.

CHARACTERIZATION OF ASSISTED WOMEN IN FAMILY PLANNING PROVIDED IN A PUBLIC IN THE CITY OF MATERNITY MANAUS

Abstract: According to Law No. 9263 of January 12, 1996, family planning comprises a set of actions of fertility regulation that guarantees equal rights of the constitution, limiting or increasing the offspring by a woman, by man or couple (Art. 2). And the State, through the Unified Health System, has the duty to promote conditions and informational resources, educational, scientific and technical to ensure the free exercise of family planning (Article 5). Based on these assumptions, studies in a public maternity hospital in Manaus, since 2008, show early pregnancy as a major problem to be faced. A high number of teenage pregnancies, whose age is considered a risk factor for mother and baby, the fact still in a stage of physical and emotional development. Thus, this study aimed to investigate the knowledge that the patients that have Parenting about conception, contraception, birth, fertility, and citizenship. Similarly, knowing the family structure of these women and what their sources of income. The study was based on records of interviews of patients at the time of insertion of these women in the project, with the research universe all the women there and

assisted on 30% sample of that universe. The method that guided the study was action research, a type of participatory research, which requires the presence of persons involved in the problems investigated. With the completion of the research, we found that the patients were in poor socioeconomic conditions, lack of access to family planning services. In this context, it is therefore necessary to ensure access to family planning program, the care by a multidisciplinary team, so that comprehensive health care actually becomes effective.

Keywords: Family Planning. Women's Health. Citizenship. Public Maternity Hospital. Manaus City.

1 Introdução

O planejamento familiar 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 filhos, não tê-los ou espaçar seu nascimento. Segundo a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar compreende um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos reprodutivos à mulher, ao homem ou casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Com base nessas premissas, realizou-se esta pesquisa que tem sua origem em um trabalho com planejamento familiar desenvolvido em um projeto de extensão do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), em uma Maternidade Pública na cidade de Manaus, no ano de 2010. Em pesquisas anteriores, desde o ano de 2008, apontaram que a gravidez precoce era um dos grandes problemas a serem enfrentados, na operacionalização da Política de Saúde da Mulher na cidade de Manaus. Outro problema detectado é que o planejamento familiar fica muitas vezes restrito a orientações para o controle de natalidade: fornecimento de preservativos, comprimidos e aconselhamento para esterilização (laqueadura de trompas). Não se leva em conta os riscos à saúde da mulher, assim como os cuidados que deve tomar, após a cirurgia.

Sendo assim, o presente estudo procurou investigar os conhecimentos que as pacientes dessa Maternidade possuem acerca de concepção, anticoncepção, natalidade, fertilidade e cidadania. De igual modo, buscou-se conhecer a estrutura familiar dessas mulheres, suas relações familiares e sociais e quais as fontes de geração de renda de que dispõem para o sustento da família. O estudo baseou-se nos formulários utilizados nas entrevistas aplicadas às pacientes nessa Maternidade Pública situada na cidade de Manaus, no último trimestre de 2010, tendo como método norteador a pesquisa-ação.

O presente texto está estruturado em três tópicos principais: O primeiro, intitulado “Família, planejamento reprodutivo e controle de natalidade” trata dos principais conceitos de família e do planejamento familiar em contraposição ao controle de natalidade. O segundo recebe o título de “O Planejamento Familiar como exercício de cidadania”, em que se encontram as legislações e políticas públicas que garantem esse direito. O terceiro tópico intitulado “O Sistema Único de Saúde e a caracterização das entrevistadas na Maternidade Pública” traz alguns aspectos do Sistema Único de Saúde, seus objetivos e diretrizes, e também os resultados das entrevistas com mulheres assistidas na Maternidade. Para finalizar, apresenta-se as considerações finais e as referências.

2 Família, planejamento reprodutivo e controle de natalidade

A sociedade sofreu inúmeras transformações nos últimos anos e, também a própria família, a célula básica social, também passou por modificações em sua estrutura e características. Isso permitiu a reformulação de um novo conceito de família, diferente daquele até então predominante na sociedade, surgindo, então, diversos modelos familiares, distintos da tradicional família constituída por pai, mãe e filhos. Deste modo,

Percebe-se que uma nova compreensão de família se organiza em nossos dias, ocorrendo assim, uma sensível mudança nos conceitos básicos. O conceito de família tornou-se mais amplo, mais de acordo com a realidade, traduzindo assim, a família atual. Hoje vivemos com uma pluralidade de formas de organismos familiares e é crescente a visibilidade de muitas relações até então condenadas (SILVA: 2008 p. 5).

O conceito de família é um dos que mais causam polêmica na atualidade. Dada sua importância social para o desenvolvimento humano, esse termo é alvo de muitas discussões. Existem diversos conceitos sobre família. Simionatto (2003) destaca alguns deles:

A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros. Família também pode ser conceituada como uma unidade de pessoas em interação, um sistema semiaberto, com uma história natural composta por vários estágios, sendo que a cada um deles correspondem tarefas específicas por parte da família (ELSEN apud SIMIONATO: 2003 p. 58).

A família se configura como um agrupamento de pessoas que estão interligadas, com uma história de vida comum, valores predominantes, com uma dinâmica própria e que se relacionam, contribuindo para a sobrevivência de seus membros. A família na contemporaneidade caracteriza-se como um grupo regulado pelo amor, no qual os adultos estão a serviço do grupo e principalmente das crianças. Os modelos familiares atuais seguem a direção, imposta pela lógica do amor: o casal só permanece junto enquanto existir amor recíproco.

Esse grupo humano sofre influências diversas: políticas, econômicas, sociais e culturais, o que ocasiona mudanças nos papéis e nas suas relações, bem como altera sua composição familiar. Por sua capacidade de ajustar-se às novas exigências, a família tem conseguido sobreviver. E, assim, vai-se moldando, para adequar-se às mudanças sociais e atender as novas circunstâncias a serem enfrentadas.

Diante da importância da família para o pleno desenvolvimento humano, de suas transformações, em sua composição e estrutura, e de suas necessidades atuais, surgiram diversas leis e políticas públicas que visam garantir direitos e prestar atendimento a esse grupo social. Entre essas leis, destaca-se a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que garante o direito do planejamento familiar ao homem, à mulher, e ao casal. Sendo assim, o planejamento familiar é definido nessa Lei, da seguinte forma:

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL: 1996 p. 1).

O planejamento familiar envolve escolhas e decisões que afetam diretamente a constituição e a estrutura da família como, por exemplo, quantos filhos se deseja ter e qual o momento certo e adequado para isto. É um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças, contribuindo para uma prática sexual mais saudável, possibilitando o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, que precisa de melhores condições para cuidar dos filhos e realizar outras atividades.

O termo planejamento familiar não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade, conforme o art. 2º, parágrafo único da Lei 9.263/96. Para Machado (2011) controle de natalidade significa intervir no crescimento da população ou dos diferentes segmentos de uma população. É um conceito que tem foco higienista, geralmente associado ao controle impositivo do governo sobre a vida reprodutiva da população.

O controle de natalidade é uma ação governamental com a preocupação de estipular metas para crescimento “ideal” da população, onde o Estado determina quantos filhos o casal

deve gerar. São ações de controle de natalidade: a laqueadura de trompas compulsória (sem a necessidade de autorização da paciente), bem como a condenação moral dos casais de baixa renda que possuem mais de um filho.

A Lei 9.263/96 procura impedir que o planejamento familiar torne-se um planejamento populacional. A lei focaliza o planejamento familiar como um ato de um casal ou de uma família e não um ato público visando os grupos sociais. Assim, o planejamento familiar não deve conduzir ao induzimento do comportamento social de quantos filhos um casal deve ou pode ter (MACHADO: 2011).

Pelo texto da lei de planejamento familiar, infere-se a ruptura conceitual com a perspectiva controlista. Por outro lado, a vinculação do planejamento reprodutivo ao controle de natalidade persiste arraigada na cultura da população. De acordo com Ferreira (2009), essa política de controle populacional se concretiza ainda nas unidades de saúde, com o programa de Planejamento Familiar.

Para Lima (2011) há uma contradição entre o conceito de planejamento familiar, presente na Lei 9263/96, e as ações realizadas no âmbito do atendimento, quando estas se restringem à distribuição de métodos contraceptivos, com ênfase na esterilização feminina, um método cirúrgico irreversível. Isso revela que o planejamento familiar continua se restringindo a medidas contraceptivas, ao incentivo à contracepção, bem como a ausência de atenção à saúde de forma integrada.

3 O Planejamento Familiar como exercício de cidadania

O termo cidadania, cuja origem etimológica vem do latim *civitas*, significa “cidade”. O conceito está relacionado ao surgimento da vida na cidade, à capacidade de os homens exercerem direitos e deveres de cidadão. Assim, o habitante da cidade no cumprimento dos seus deveres é um sujeito da ação, em contraposição ao sujeito de contemplação, ou seja, não basta estar na cidade, mas agir na cidade.

O vocábulo é usualmente utilizado para definir o exercício da condição de cidadão, que implica na titularidade de direitos, deveres e obrigações do indivíduo perante o Estado, principalmente naquilo que diz respeito ao seu viés político.

Cidadania é o conteúdo da pertença igualitária a uma dada comunidade política e afere-se pelos direitos e deveres que o constituem e pelas instituições a que dá azo para ser social e politicamente eficaz. A cidadania não é, por isso, monolítica; é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições; é produto de histórias sociais diferenciadas protagonizadas por grupos sociais diferentes (MARSHALL apud SANTOS: 1996 pp. 243-244).

O conceito de cidadania está, pois, inteiramente relacionado à igualdade humana essencial entre os membros de uma comunidade, envolvendo direitos e deveres dos indivíduos e as instituições que os normatizam e legitimam.

O termo pode ainda, ser considerado como sendo o exercício pleno dos direitos e deveres das pessoas, num contexto onde os mesmos direitos e deveres são garantidos e respeitados. Cidadania se dá, enfim, com a plena materialização dos preceitos constitucionais.

A evolução histórica da cidadania revela o processo de lutas dos seres humanos para afirmação da dignidade e dos direitos inerentes a todas as pessoas. Essas lutas serviram para a afirmação de valores éticos como a igualdade, a liberdade, a dignidade, a proteção legal dos direitos, a democracia e a justiça (COVRE: 1999; HERKENHOFF: 2001).

No Brasil, após períodos ditatoriais e constituições outorgadas, caracterizados por direitos sociais e políticos restritos, foi elaborada e promulgada a Constituição Brasileira de 1988. A Constituição “Cidadã”, como é chamada, explicita em seu art. 6º, que: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Sendo assim, a Carta Magna protege a maternidade e a saúde como direitos sociais, ou seja, como um dos direitos e garantias fundamentais de todo cidadão brasileiro.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, o planejamento familiar é um direito de cidadania, garantido a homens e mulheres. Diz o art. 226, § 7º:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O planejamento familiar constitucional funda-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, deixando ao casal a liberdade para decidir sobre gravidez, espaçamento entre filhos, uso de métodos anticoncepcionais etc. a partir da consciência de suas possibilidades e limitações enquanto família. Constitui-se, portanto, em um direito sexual e reprodutivo e, dessa forma, a atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL: 2009 p. 58).

É uma política pública que leva em consideração a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da população como um todo. Seu foco é a prevenção e orientação e sua condução deverá ser pautada no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos do usuário (paciente). Inclui ainda o direito à informação, à assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, sem coação.

A Lei 9.263/96 é a norma jurídica que veio dar igual oportunidade para os cidadãos realizarem o planejamento familiar. Essa lei é instrumento para que a vida familiar seja permeada por afeto e responsabilidade, formando uma infância e uma juventude sadias, no aspecto físico, intelectual, moral e espiritual, estabelecendo diretrizes para que a família brasileira possa planejar uma vida de qualidade, organizar melhor seus interesses, inclusive os financeiros.

A Lei de Planejamento Familiar, enquanto direito de cidadania, traz em seu bojo algumas características fundamentais, como

[...] a desvinculação com o controle de natalidade para que se adentre no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, a menção a medidas que acompanham todos os ciclos vitais e a viabilização do exercício da autonomia, de forma que o caminho traçado, dentro do planejamento, reflita a autodeterminação do indivíduo e a vivência da liberdade, sem quaisquer meios de coerção (LIMA: 2011 p.14).

Essa legislação assegura ao casal o direito à informação sobre métodos contraceptivos e os cuidados que devem ser tomados para se planejar uma gestação. Homens e mulheres tem o direito de decidir se terão filhos ou não, qual é o melhor momento, quantos serão e qual é o método preventivo mais adequado para si e seus parceiros. O homem tem papel fundamental nas definições do planejamento familiar. Por isso, ele deve participar ativamente da escolha dos métodos, utilizar o preservativo para uma dupla proteção (caso a mulher utilize outro tipo de contraceptivo) e pode submeter-se à vasectomia, se entender ser esta a melhor opção.

Escolher entre esses métodos deve ser uma decisão do casal, aconselhados por um profissional de saúde.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os seus níveis, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita à atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que incluam, como atividades básicas, entre outras, a “assistência à concepção e contracepção” (Lei 9.263/96, art. 3º), como é o caso do programa de planejamento familiar.

Portanto, o planejamento familiar é um direito de cidadania, assegurado ao casal pela legislação brasileira (CF 1988 e Lei nº 9.263/96). Sendo assim, o Estado deve dispor de todo aparato técnico e tecnológico para o atendimento de seu público-alvo. A legislação garante o atendimento gratuito, pelo Sistema Único de Saúde, a partir dos princípios de humanização, atenção integral, com atividades de orientação sexual ao casal, permitindo a este conhecer o funcionamento de seu organismo, hábitos de higiene e prevenção de doenças, adquirindo autonomia para decidir com responsabilidade e consciência sobre a concepção ou anticoncepção.

No entanto, ainda não está disponível à população o trabalho de planejamento em sua essência, uma vez que os programas disponibilizam métodos de barreira: camisinha – masculina e feminina; métodos hormonais: comprimidos e injetáveis. Não há orientação no sentido educativo, mas apenas a indução ao controle de natalidade. A verdadeira essência do planejamento traz a educação e o conhecimento biológico, necessários ao processo de escolha que um casal precisa para tomar a decisão que lhe convier.

4 O Sistema Único de Saúde e a caracterização das entrevistadas na Maternidade Pública

Com a promulgação da Constituição de 1988 houve avanço nos direitos de cidadania, por meio das políticas públicas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social que, juntas, formam o tripé da Seguridade Social. Assim, a Saúde passa a ser contemplada como direito de todos e dever do Estado: “Art. 196 - Saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL: 2010, p. 115).

A implantação do SUS, com a promulgação da nova Constituição, unificou o sistema de saúde e descentralizou sua gestão (União, Estados e municípios). O Sistema Único de Saúde tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão. Até então, o modelo de atendimento dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum.

A regulamentação do SUS foi estabelecida em 1990, através do conjunto de duas leis, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº. 8.080/90 e a de nº. 8.142/90, com diretrizes e limites que devem ser adotados pelo território nacional, esclarecendo o papel das três esferas de governo.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único, que é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (BRASIL: 2010 p.115).

Destaca-se que o SUS tem como competência diversas atribuições voltadas para o controle, fiscalização, execução de ações de saúde, formação de recursos humanos, proteção do meio ambiente e do trabalho, entre outras; e, como objetivos, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades sociais que interferem na saúde (BRASIL, 2010).

4.1 Caracterização da Maternidade

A Maternidade, *locus* da pesquisa, está situada na Zona Leste de Manaus e é referência em atendimento na área de ginecologia e obstetrícia no Estado do Amazonas, atuando nesse segmento da saúde desde 2004. É a maior maternidade pública da cidade, e do Amazonas. A maternidade possui o título Hospital Amigo da Criança, o que a torna referência em amamentação.

A Maternidade tem como missão a garantia dos direitos da mulher e da criança, por meio de ações que visam à humanização no atendimento da mulher e do recém-nascido, enfatizando o parto normal, alojamento conjunto e o aleitamento materno, bem como assistir a mulher de forma humanizada e integral durante todo o seu atendimento na maternidade bem como em todas as patologias intercorrentes que devem espaldar este atendimento. Nesta atividade a participação do Serviço Social é indispensável, pois é o profissional indicado e capacitado para alcançar o objetivo proposto, que é o direito a cidadania.

Com uma área construída de aproximadamente nove mil metros quadrados, conta com cerca de 160 leitos, divididos em 20 ALCONS (alojamentos conjuntos), 04 salas para parto normal, 04 salas para parto cesariano, 02 salas para curetagem uterina, 01 sala para cirurgia neonatal, 10 leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) neonatal, 10 leitos de UTI materna, 30 leitos de UCI (Unidade de Cuidados Intermediários), além de serviços de Raio X, ultrassonografia, cardiografia, Banco de Sangue, Banco de Leite, Laboratório de Análises Clínicas, e um Corpo Clínico composto por médicos especialistas, entre obstetras, neonatologistas, pediatras, intensivistas, anesthesiologistas e cirurgiões, profissionais como Enfermeiros, Bioquímicos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Psicólogas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Técnicos de Enfermagem e uma equipe como apoio.

A maternidade conta ainda com alojamento albergue (hotelaria) e com o serviço de Cartório Civil, onde é feita a emissão gratuita de Certidões de Nascimento e Óbito. Existem alguns programas/projetos que atuam na maternidade:

Projeto Amigos da Saúde: que conta com estudantes dos vários cursos da Universidade do Estado do Amazonas - UEA, cujo objetivo é contribuir para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS em Unidades de Saúde da Rede Estadual de Saúde, atuando em atividades de orientação e palestras socioeducativas.

Projeto Mãe Canguru: realizado de maneira orientada, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial, utilizando o método Canguru, um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, permitindo que os pais participem mais do cuidado ao bebê.

Projeto Nascer: estratégia do Ministério da Saúde, o Nascer tem como principal objetivo a diminuição dos casos de recém-nascidos que adquirem a AIDS ou sífilis via transmissão vertical (de mãe para filho), além da redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita e melhoria na qualidade do atendimento ao parto.

Banco de Leite Humano: é o maior banco de leite do país. O banco mantém um estoque, através de doações de mães que amamentam e têm excesso de leite, para suprir as

necessidades de recém-nascidos de baixo peso que não sugam, crianças prematuras, portadoras de doenças infecciosas, com deficiência imunológica ou mesmo que apresentem intolerância a outros leites.

Projeto AMIU (Aspiração Manual Intra-Uterina): processo mais amenizado que a curetagem, a Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é um procedimento médico, rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino para o tratamento do aborto retido ou incompleto no primeiro trimestre da gestação. Traz vantagens, como o tempo de recuperação da paciente (é mais curto) e a redução do risco de complicações durante o tratamento.

Projeto Doulas: trabalho voluntário de mulheres experientes em trabalho de parto (experiência de vida e de parturição) para acolher as parturientes, proporcionando segurança e auxiliando durante o pré-parto, parto e pós-parto, dando apoio físico e emocional, não interferindo no trabalho médico.

Projeto de Planejamento Familiar: projeto em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, com a proposta de desenvolver ações educativas em Planejamento Familiar, junto a pacientes, de modo que adquiram conhecimentos para tratarem preventivamente de sua saúde, assim como de sua família, para que a geração de filhos ocorra de modo saudável.

4.2 As mulheres assistidas no Planejamento Familiar da Maternidade

Os dados mostrados e analisados mais adiante são resultado de um trabalho de pesquisa de campo realizado em uma Maternidade Pública de Manaus, em 2010, durante o desenvolvimento de um Projeto de Extensão da UFAM. As informações foram coletadas a partir dos formulários de entrevistas aplicados às pacientes assistidas em um Projeto de Planejamento Familiar. Através desses formulários foi possível o acesso aos principais dados das pacientes, como: idade, procedência, zona de moradia, escolaridade, conhecimentos sobre saúde e vida sexual, informações sobre a gravidez atual, hábitos sociais, estrutura e renda familiar.

O método que norteou o estudo foi o da pesquisa-ação, um tipo de pesquisa participativa, na qual é necessária a presença das pessoas implicadas nos problemas investigados. O universo da pesquisa engloba a totalidade das mulheres ali assistidas e a amostra foi constituída em 30% desse universo. O estudo teve uma abordagem quanti-qualitativa, e seus dados coletados foram organizados e tabulados a fim de serem analisados posteriormente. A partir de uma revisão bibliográfica, foram analisados os formulários de entrevistas de 60 (sessenta) mulheres assistidas pelo projeto, pacientes da Maternidade.

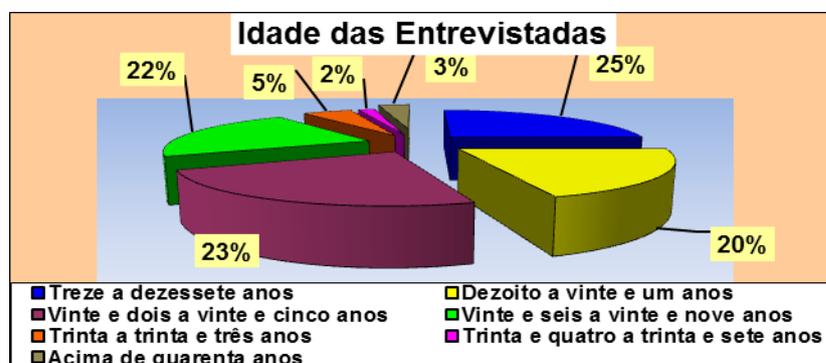


Gráfico 1 – Idade das entrevistadas

Fonte: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

O gráfico acima nos mostra que 25% das mulheres atendidas encontram-se na faixa etária de treze a dezessete anos de idade, que segundo a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), são mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controversas. 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 (PNDS: 1996, apud BRASIL: 2004 p.33).

A gravidez na adolescência acarreta riscos à saúde da mulher, incluindo doenças como a hipertensão, maior incidência de eclâmpsia, infecção urinária e anemias, além da mortalidade materna e infantil (CAMANARO: 1998, apud CASTRO, 2004).

No mesmo gráfico observa-se um número bastante significativo de mulheres entre 22 e 25 anos (23%) e entre 26 e 29 anos (22%). É pequena a quantidade das mulheres atendidas que se encontram na faixa etária acima de 34 anos (ao todo 5% das mulheres entrevistadas), mulheres que se encontram em idade de risco para a concepção e a gravidez:

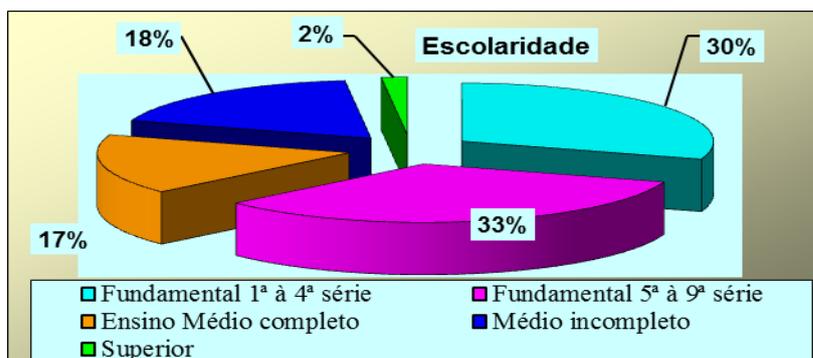


Gráfico 2 – Escolaridade

FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

O gráfico 2 mostra que a maioria das mulheres entrevistadas (33%) possui baixa escolaridade, ou seja, ensino fundamental (5ª a 9ª série); 30% das mulheres possui ensino fundamental (1ª a 4ª série). Apenas 2% delas possuem o ensino superior incompleto. Concluiu o ensino médio 17% das pacientes entrevistadas.

Verifica-se que a maioria dessas mulheres sequer completou o ensino fundamental (63%). A baixa escolaridade dessas mulheres revela as dificuldades (econômicas e sociais) que as mesmas sofrem para conseguir, ao menos, competir por uma vaga no mercado de trabalho. Muitas delas nem ao menos têm condições de competir, pois já estão excluídas socialmente desse processo. Algumas só conseguem inserção em atividades informais de geração de renda, como artesanato, churrasquinho, etc.

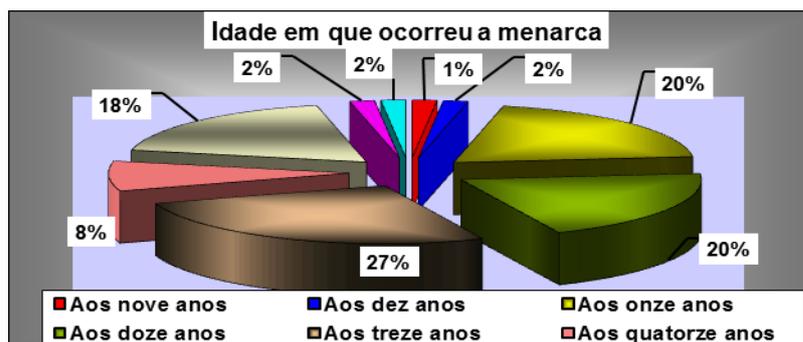


Gráfico 3 – Idade em que ocorreu a menarca
 FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

A maioria das pacientes entrevistadas (27%) relatou que aos 13 anos de idade ocorreu a menarca. Também há relatos significativos de mulheres que tiveram sua menarca aos doze (20%), aos onze (20%) e aos quinze anos (18%). Em menor número estão as pacientes em que a menarca ocorreu aos nove (1%), dez (2%) e dezesseis anos (2%).

De acordo com Scaf, Freitas e Damante (1983, p. 173) podem ocorrer amplas variações na idade da menarca. “Embora a média da idade da menarca esteja próxima dos 13 anos, é muito comum ocorrer entre 11 e 15 anos e o intervalo normal estender-se dos 10 aos 16 anos. Portanto, o limite mínimo da menarca normal é de 10 anos e o máximo de 16 anos”. Para os autores, a ocorrência da menarca abaixo de 10 ou após os 16 anos deve ser avaliada clinicamente para se verificar se é considerada anormal ou uma variante fisiológica.

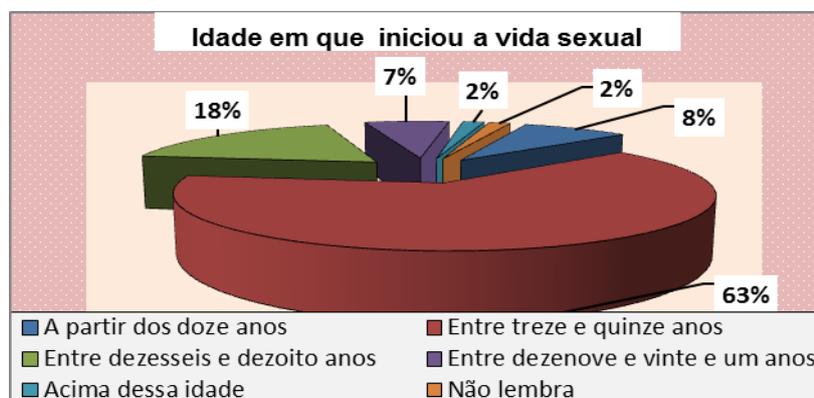


Gráfico 4 – Idade em que iniciou a vida sexual
 FONTE: pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

O gráfico 4 mostra a idade em que as mulheres entrevistadas iniciaram a vida sexual. A maioria delas (63%) começou a vida sexual bem cedo, entre 13 e 15 anos de idade. Algumas afirmaram que não se lembram da idade em que começaram (2%). Observa-se o início precoce da vida sexual, entre 13 e 15 anos de idade, fase de incertezas e descobertas, onde o adolescente, na maioria das vezes, ainda não está preparado para fazer escolhas nem tomar decisões.

Os adolescentes nem sempre estão bem informados ou sabem avaliar o peso da decisão que estão tomando quando decidem iniciar a vida sexual. [...] Consequência disso é que nem todas as jovens mães tem um companheiro que queira ser o pai de seu filho ou contam com a compreensão da família, no caso de a gravidez não ter sido planejada (KUPSTAS: 1997 p. 119).

Um ato sexual impensado e sem prevenção para suas principais consequências (como DST e gravidez indesejada) pode acarretar muitos problemas. Uma gravidez indesejada, principalmente para as adolescentes, pode não ser aceita pelo próprio companheiro/namorado, ou mesmo pela própria família.

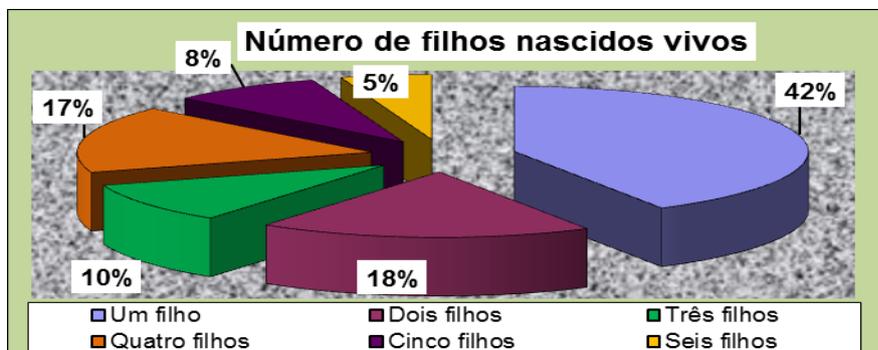


Gráfico 5 – Número de filhos nascidos vivos
 FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

Pode-se observar no gráfico acima que a maioria das mulheres (42%) possui um filho nascido vivo; 18% possuem dois filhos; 17% quatro filhos; 10% três filhos; 8% cinco filhos e 5% seis filhos. Todas as mulheres já tinham, no mínimo, um filho nascido vivo. E todas eram ainda bem jovens, estando 54 delas em uma faixa etária de treze a vinte e nove anos. Quatorze mulheres declarou terem sofrido aborto espontâneo.

Dados do IBGE de 1998 já indicavam que mais de 1/5 da população feminina tivera ao menos um filho sobrevivente antes de atingir os 20 anos de idade. Levadas em conta todas as gestações interrompidas, temos que 1/4 das adolescentes brasileiras engravidaram até os 18 anos de idade, sendo que cerca de 80% dessas se tornaram mães antes dos 20 anos de idade. Essa proporção é bastante menor entre os adolescentes, que se tornaram pais até os 20 anos em 49% dos casos (DESLANDES: 2009 p. 4).

Deslandes (2009) traz os dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a taxa de fecundidade da adolescência, em contraste com as tendências atuais de redução do número de filhos por mulher adulta. Houve diminuição do número de filhos, mas um aumento no número de gravidezes na adolescência, o que permite inferior que a idade da primeira gravidez tem sido cada vez mais precoce.

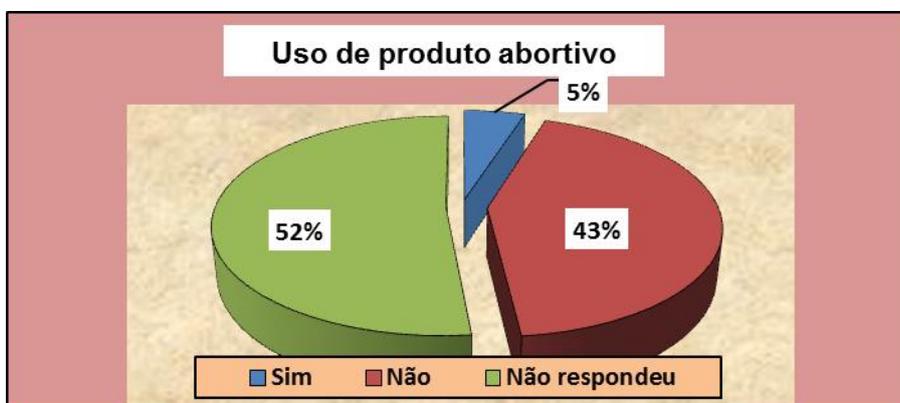


Gráfico 6 – Uso de produto abortivo
 FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

Sobre o uso de produtos abortivos, as pacientes disseram: que já usaram (5%), que nunca usaram (43%) e, um número expressivo de mulheres, não respondeu a pergunta (52%). Aqui se verifica que as mulheres preferiram não falar sobre o assunto.

O aborto provocado é um tema sobre o qual as mulheres tendem a omitir a verdade. Sendo assim, é possível que o número do uso de substâncias abortivas pode ser mais elevado, uma vez que muitas pacientes preferem não assumir a prática, levando em conta que a prática do aborto é considerada crime no país, sendo passível de punições. Talvez muitas mulheres tivessem feito uso da substância abortiva porque a menstruação atrasou e, por isso, não revelaram se houve intenção ou ocorrência de um aborto. *“Isso não significa que todas as mulheres que usaram chás ou remédios para menstruar tenham efetivamente realizado aborto, mas é possível que uma parcela delas assim tenha feito, apesar de não descrever a experiência como aborto”* (BRASIL: MS: 2009 p. 42).

A condição de ilegalidade do abortamento no Brasil dificulta o diagnóstico da real dimensão do problema e até as iniciativas de qualificação da assistência. As mulheres omitem informações quando atendidas pelos serviços de saúde; os médicos relutam em registrar o diagnóstico temendo implicações legais; as faculdades que formam profissionais de saúde não abordam de forma sistemática, em seus currículos (CARVALHO *et al*: 2008 p. 1).

A maioria das mulheres que assumiu ter abortado afirma ter provocado o aborto tomando algum fármaco industrializado, como o Citotec e Roacutam, até mesmo associando estes a ervas, ou algum medicamento caseiro, como limão com café, chá de sena, entre outros.

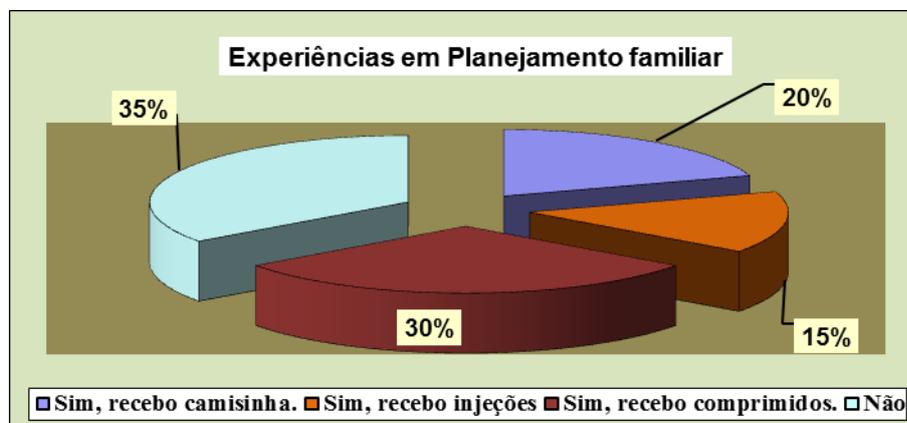


Gráfico 7 – Experiências em planejamento familiar

FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

Sobre experiências em Planejamento Familiar, há um número significativo de mulheres que não tem nenhuma experiência. As pacientes revelaram: não tem experiência (35%), recebem comprimidos (30%), recebem camisinha (20%), recebem injeções (15%).

Constata-se que um número elevado de mulheres não está inserido em programas de planejamento familiar que, além da oferta e distribuição de contraceptivos, devem oferecer ao seu público-alvo atendimento incluindo atividades educativas, aconselhamento e consultas médicas, com especialistas:

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido (BRASIL: MS: 2002 p. 13).

Verifica-se que grande parte das entrevistas revelou utilizar métodos anticoncepcionais hormonais (45%), uso que, sem a assistência adequada, pode levá-las a um comprometimento de sua saúde. Isso também pode indicar a grande oferta desses contraceptivos nos programas de planejamento familiar a que as mulheres estão vinculadas.

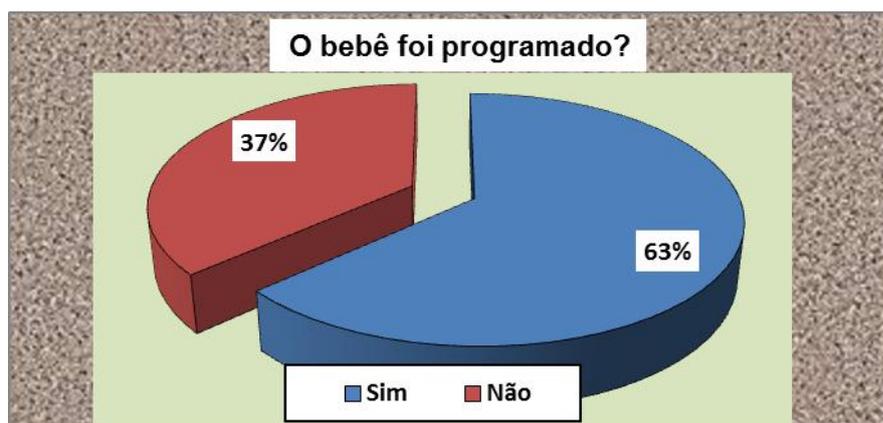


Gráfico 8 – O bebê foi programado?

FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

Para a maioria das mulheres entrevistadas (63%), o bebê foi programado. Apesar de ser um número menor em relação à maioria que respondeu que programou a concepção de seu bebê, 37% das mulheres não fizeram o mesmo, tendo um filho de uma gravidez não planejada. Isso pode ter ocorrido por falta de cuidados na relação sexual ou na falta de acompanhamento da família (quando adolescentes); ou quando usam contraceptivos, nem sempre há uma orientação segura para o uso do método anticoncepcional.

A gravidez não planejada está relacionada aos casos de aborto provocado. “*Muitas mulheres ao se depararem com uma gravidez indesejada acabam por recorrer ao aborto provocado*” (MOREIRA; ARAÚJO apud SANTOS-PIERRE: 2008 p. 75).

Mais uma vez, verifica-se a importância de programas de planejamento familiar que trabalhem com atividades de orientação a essas mulheres, esclarecendo dúvidas e, contribuindo, num contexto mais amplo, para a diminuição do número de abortos, de internações hospitalares, de mortes maternas.



Gráfico 9 – Atividade para geração de renda
 FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

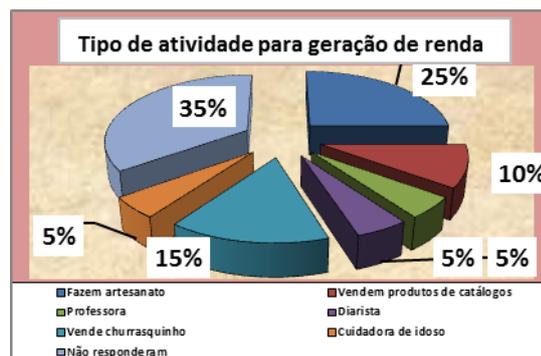


Gráfico 10 – Tipo de atividade para geração de renda
 FONTE: Pesquisa realizada Maternidade Pública de Manaus, 2010.

A maioria das entrevistadas (67%) revelou que não realizam atividade para geração de renda. Cerca de 33% realiza atividade para gerar renda que contribua no sustento da família: fazem artesanato (25%); vende churrasquinho (15%); vendem produtos de catálogos (10%); professora (5%); diarista (5%); cuidadora de idoso (5%); não responderam (35%).

Essas mulheres, em sua maioria, são trabalhadoras informais, atuando em atividades de geração de renda sem registros oficiais, sem vínculos ou benefícios fornecidos por uma empresa, sem carteira assinada, renda fixa e férias pagas, sem emissão de notas fiscais, nem algum tipo de contribuição ou contrato de trabalho.

Os trabalhadores informais já desistiram de procurar emprego. Eles saem à luta, tentando ganhar a vida de qualquer jeito. Trabalham longas jornadas para ganhar um mínimo. [...] Os ganhos são incertos e muito variáveis nestas profissões. [...] A grande maioria dos informais exerce atividades precárias, o que torna os ganhos extremamente instáveis e incertos (JAKOBSEN *et alli*: 2001 p. 19).

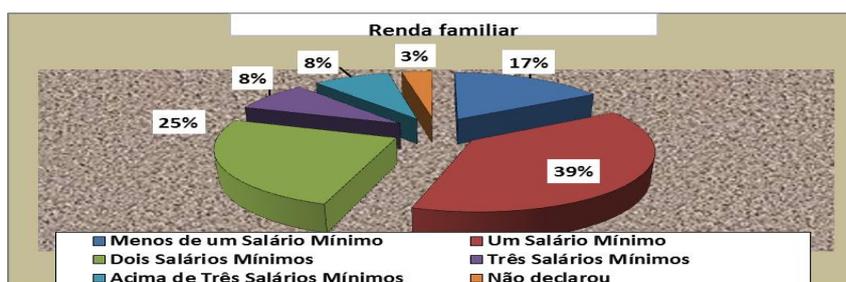


Gráfico 11 – Renda familiar
 FONTE: Pesquisa realizada em Maternidade Pública de Manaus, 2010.

Um número significativo de mulheres (39%) revelou que a renda familiar é de um salário mínimo; 25% dois salários mínimos; 17% menos de um salário mínimo; 8% três salários mínimos; 8% acima de três salários mínimos; 3% não declarou a informação.

Através do gráfico observa-se a renda precária das famílias, significativamente baixa, o que revela as mínimas condições de sobrevivência, condições que afetarão diretamente o desenvolvimento da criança que acabou de nascer. “A renda é fator importante na qualidade de vida, acesso a bens de consumo, educação, saúde e possivelmente pode influenciar na

escolha por um método anticoncepcional” (COSTA apud SANTOS-PIERRE: 2008 p. 66). A baixa renda dessas mulheres, que trabalham em atividades informais, e possuem pouca escolaridade é gerada a partir de todo um contexto de exclusão social a que estão submetidas.

5. Considerações Finais

A partir do estudo realizado constata-se que o perfil das entrevistadas, pacientes da Maternidade Pública, são de mulheres ainda muito jovens que se encontram na faixa etária de treze a vinte e nove anos de idade (90%), e possuem baixa escolaridade, tendo muitas delas completado apenas o ensino fundamental.

A maioria delas começou a vida sexual bem cedo, entre 13 e 15 anos de idade, e todas as pacientes já tinham, no mínimo, um filho nascido vivo. Algumas declararam terem sofrido aborto espontâneo; e sobre o uso de produtos abortivos, a grande maioria das pacientes preferiu não falar sobre o assunto. E, apesar disso, poucas têm experiências em Planejamento Familiar, e as que possuem recebem algum tipo de método contraceptivo: comprimidos, camisinha ou injeções.

Observa-se a renda precária das famílias, significativamente baixa, o que revela as mínimas condições de sobrevivência. A maioria das pacientes revelou que a renda familiar varia de menos de um salário a um salário mínimo, não exercendo atividade remunerada, e as que realizam alguma atividade para geração de renda, quase sempre são formas precárias de trabalho, marcadas pela informalidade.

São mulheres que se encontram, portanto, em precárias condições sócio-econômicas, que incidem diretamente em sua qualidade de vida e na de seus filhos; cujas famílias em geral não dispõem de apoio para a criação dos filhos, pois nem sempre vivem com companheiro ou esposo, e estes nem sequer chegam a reconhecer a paternidade que deveriam exercer. E, no retrato das condições de vida dessas pacientes, que filhos são concebidos e gerados, muitas vezes, sem o devido planejamento e responsabilidade por parte do casal.

Verifica-se, então, um percentual significativo de mulheres que não concretizaram o direito ao planejamento familiar: não tem acesso ao atendimento, às orientações ou à utilização de métodos anticoncepcionais menos invasivos, que não sejam apenas a laqueadura e a pílula anticoncepcional.

Nesse contexto, é preciso, então, garantir o acesso ao programa de Planejamento Familiar, bem como ao atendimento e acompanhamento por equipe multidisciplinar, que envolve um conjunto de ações que não se restringem apenas à distribuição de contraceptivos, mas de forma que a atenção integral à saúde realmente se efetive ao (à) usuário (a). Assim, é necessário ainda um trabalho de educação para a saúde que permita o acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva, permitindo à mulher conhecer-se e prevenir-se de doenças, e adquirir conhecimentos que darão suporte para as escolhas de métodos anticoncepcionais que sejam mais adequadas ao planejamento de sua família. Além disso, torna-se imprescindível o investimento em capacitação das equipes e o fornecimento sistemático de métodos contraceptivos nas unidades de saúde.

Referências

- BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 25 maio 2010.
- _____. *Lei de Planejamento Familiar*. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996.
- _____. *Saúde na Escola: Saúde sexual e reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, v. 26).
- BRASIL. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4. ed.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. *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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CARVALHO, Marta Lucia de Oliveira; APARECIDA, Alexandrina; CARDELLI, Maciel; CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; SODRÉ, Thelma Malagutti. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. (Universidade Estadual de Londrina). In: *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.
- CASTRO, Mary; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
- CAVALCANTE, Ana Lúcia Ribeiro Coutinho; PORTUGAL, Flavio Fulton de Almeida. *Perfil da Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres em Idade Fértil na Localidade de Logradouro – Cacimba De Dentro – PB*. Monografia. (Especialização). João Pessoa – PB: Universidade Federal da Paraíba, 2002.
- COVRE, Maria de Lourdes Manzini. *O que é cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- DESLANDES, Keila. Gravidez na adolescência: revendo a hipótese de *empowerment*. In: *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3(2), São João del-Rei, Mar. 2009.
- FERREIRA, Josmara Carmem de Lima. *Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde de Queimadas, Horizonte (CE): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção*. Projeto de Intervenção. Fortaleza, CE: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009.
- GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. In: *Acta Paulista de Enfermagem*. vol.19 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2006.
- HERKENHOFF, João Baptista. *Como funciona a cidadania*. 2. ed. Manaus: Valer, 2001.
- JAKOBSEN, Kjeld, MARTINS, Renato; DOMBROWSKI, Osmir (orgs.); SINGER, Paul; POCHMANN, Márcio. *Mapa do trabalho informal: perfil socioeconômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo*. 1ª reimp. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Central Única dos Trabalhadores (CUT), 2001(Coleção Brasil Urgente).
- KUPSTAS, Marcia. *Comportamento sexual em debate*. São Paulo: Moderna, 1997. (coleção polêmica. Série debate na escola).
- LIMA, Lorena Costa. *A mulher e o planejamento familiar: uma discussão sobre gênero*. Disponível em: <http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/A_mulher_e_o_planejamento_familiar_um_discussao_sobre_genero.pdf>. Acesso em 15 fev. 2012.
- MACHADO, Paulo Affonso Leme; MACHADO, Maria Regina Marrocos. *Direito do Planejamento Familiar*. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/textos/486.htm>>. Acesso em 12. Fev. 2011.
- SAES, Décio Azevedo Marques de. *Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania*. São Paulo: Universidade de São Paulo, caderno n. 8 de abril de 2000 (série especial da coleção *Documentos*).

SANTOS, Boaventura de Souza. Subjetividade, Cidadania e Emancipação. In: *Pela Mão de Alice*. São Paulo: Cortez, 1996.

SANTOS-PIERRE, Luzia Aparecida. *Assistência em Planejamento Familiar em um Programa de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 2008: Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

SCAF, Gulnara; FREITAS, José Alberto De Souza; DAMANTE, José Humberto. Determinação da Idade da Menarca em meninas brancas, brasileiras, da região de Bauru. In: *Pediatria* (São Paulo) 5: 169-174, 1983.

SILVA, Carla Paranhos da. *Transformações na Família*. Publicado em 2008. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=1220&idAreaSel=5&seeArt=yes>> Acesso em: 08 dez. 2011.

SIMIONATO, Marlene Aparecida Wischral; OLIVEIRA, Raquel Gusmão. *Funções e transformações da família ao longo da história*. In: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov./2003.