

PERCEPÇÕES SOBRE A EFETIVIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PERCEPTIONS ON THE EFFECTIVENESS OF FAMILY PLANNING IN BASIC CARE: THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS

Gilberto Pinto Ferreira 1
Meire da S. P. Rodrigues 2

Resumo: O planejamento familiar contribui de forma significativa para a promoção da igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres, a melhoria da saúde materna, o combate as IST's e outras doenças, para a redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, melhoria na saúde do idoso, promoção da saúde, qualidade de vida para os usuários e suas famílias e para o fortalecimento da Atenção Básica. Tais aspectos sinalizam para a amplitude do planejamento familiar e não para sua redução, que muitas vezes o configura somente como oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, e não com oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. Diante disso, este estudo coopera de forma significativa na reflexão sobre a compreensão do serviço e como ele é ofertado, possibilitando novos conhecimentos e oportunizando maior acesso e qualidade das ações e intervenções no que tange a temática, priorizando a garantia do direito dos sujeitos e suas famílias, visando a emancipação social. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, de campo, realizada com as/os profissionais de saúde do Centro de Saúde da Comunidade José Hermes Damaso em Palmas, Tocantins, onde identificou a percepção dos profissionais de saúde, a descrição da sua atuação no desenvolvimento das estratégias, bem como o processo de organização da oferta do planejamento familiar no serviço de saúde.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Empoderamento Familiar. Percepção profissional.

Abstract: Family planning can make a significant contribution to promoting gender equality, empowering women, improving maternal health, combating STIs and other diseases, reducing infant and maternal mortality, controlling cervical cancer uterus and breast, improvement in the health of the elderly, health promotion, quality of life for users and their families and for the strengthening of Primary Care. Such aspects point to the breadth of family planning and not to its reduction, which often configures it only as offering methods and techniques for conception and contraception, and not with offering information and monitoring, in a context of free and informed choice. . Therefore, this study cooperates significantly in reflecting on the understanding of the service and how it is offered, enabling new knowledge and providing greater access and quality of actions and interventions in terms of the theme, prioritizing the guarantee of the subjects' and their rights. families, aiming at social emancipation. To this end, a qualitative, descriptive, field research was carried out with the health professionals of the José Hermes Damaso Community Health Center in Palmas, Tocantins, where they identified the perception of health professionals, the description performance in the development of strategies, as well as the process of organizing the provision of family planning in the health service.

Keywords: Family Planning. Family Empowerment. Professional Perception.

Especialização em saúde da família e comunidade pela Fundação 1
Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP-PALMAS). Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Técnico de Enfermagem (CEMP). Autor do livro: "Os desafios do ensino público na construção da educação emancipatória".
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9501242686793228>.
E-mail: gilferreira88@hotmail.com

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). 2
Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG).
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3799910387940494>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0310-8004>.
E-mail: meirenf.sp@hotmail.com

Introdução

A atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritária da Atenção Básica à Saúde, devendo ser ofertada observando-se como princípio, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. O planejamento familiar é um dos principais programas na área da saúde, ofertado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2001; MS, 2013). Um modelo de oferta de assistência que considera primordial, a unidade familiar, num processo de informação e de educação aos casais e à população, sobretudo, com ações de promoção, prevenção, informação/educação e intervenções em saúde. (LUIZ et al 2015; SANTOS e FREITAS, 2011).

Esse modelo de política defende a “proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária” (MOURA et al. 2006, p. 10). Portanto, tal contexto demanda um novo paradigma de atuação e exige qualificação profissional, que possa ser capaz de implementar nas intervenções, uma análise integral do sujeito, nas diversas conformações familiares e do meio onde o mesmo está inserido. Além disso, no tocante a família, é importante “considerar a multiplicidade de relações presentes na sociedade, suas histórias, suas particularidades, seus códigos morais e suas linguagens” (ALVES, 2014, p.9). Dessa forma configura-se tarefa complexa ofertar e efetivar o planejamento familiar no âmbito da Atenção Básica, tendo em vistas as particularidades que permeiam estes contextos (MS, 2013).

Historicamente, o planejamento familiar teve suas ações executadas de forma restrita, com a aplicação de métodos para controlar o número de filhos por núcleo familiar, e que nem sempre o serviço oferece orientações para que as famílias analisem a sustentabilidade, o que remonta ao caráter controlador da natalidade do mesmo e não considerando o caráter ampliado do plano de educação permanente, participação, empoderamento e emancipação (SANTOS e FREITAS, 2011).

A Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, e o Pacto pela Saúde(2006), destacam aspectos como a promoção da igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres, a melhoria da saúde materna, o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças, a redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica, sinalizando para a amplitude do planejamento familiar, não o reduzindo a “oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também, a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada”. (MS, 2013, p. 13).

Acrescenta-se a esta percepção, a melhoria na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias, entendendo que o planejamento familiar pode contribuir para a tomada de decisão responsável e planejada, levando em conta aspectos relevantes para o completo bem-estar bio-psico-social-espiritual, os condicionantes e determinantes sociais em saúde.

A importância do planejamento familiar na Atenção Primária a Saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida

Partindo do entendimento do planejamento familiar e sua importância para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, defende-se que é preciso ampliar a abordagem do mesmo para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida, que promovam o efetivo envolvimento e corresponsabilidade também da figura masculina e ações de educação em saúde, além da disponibilização de métodos contraceptivos e contraceptivos. Contudo, o SUS vivencia dificuldades quanto à prática de ações educativas, sendo comum, a abordagem do planejamento familiar voltada, na maioria dos serviços, apenas para o uso de métodos contraceptivos, além de deficiências no manejo e na abordagem com mulheres que relatam dificuldade de diálogo na vivência da sexualidade com seus parceiros, o que pode ser reforçado com a existência de um serviço de saúde que seja incapaz de perceber e problematizar estes aspectos (FERREIRA et al., 2014; MS, 2013; OSIS et al., 2006).

No Brasil, estudos mostram que mulheres pobres têm o dobro – ou mais – de filhos que

as de classe média ou alta (SANTOS e FREITAS, 2011). Nesta mesma direção, Berquó e Cavenaghi (2006, p. 6) afirmam que “regimes de alta fecundidade podem indicar falta de acesso da população a informações e serviços de saúde reprodutiva”, ao passo que também sinalizam que mulheres sem instrução, chegam a ter em média, 3.5 filhos a mais do que aquelas com 12 ou mais anos de estudo, o que denota o cuidado para o conhecimento da população que se pretende/deve atender e desenvolver o planejamento familiar. Os autores (2006) ainda reforçam o entendimento da relação entre status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar ressaltando a importância do empoderamento e emancipação das famílias no que se refere a temática do planejamento familiar.

Contexto importante quando se leva em consideração o rendimento médio mensal domiciliar per capita, e se observa que aquelas mulheres mais pobres chegam “em média, 4.3 filhos a mais do que aquelas no extremo do gradiente de rendimentos”, e que mesmo que essa diferença tenha reduzido nos anos dois mil, ela ainda é de 3.5 filhos o que evidencia um distanciamento no planejamento entre as condições econômicas e a quantidade de filho (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2006, p. 13).

Analisando as particularidades locais, com foco nas famílias atendidas pelo Centro de Saúde da Comunidade José Hermes Damaso, em Palmas – TO, local de análise deste estudo, que totalizam 6.894 pessoas, percebe-se que a maioria das famílias são de baixa renda, onde 38% da população vive com um salário-mínimo, 55% da população mora em imóveis alugados ou cedidos, alto índice de gravidez na adolescência e parturientes solteiras, além do alto número de gestantes com início tardio do pré-natal o que denota uma vida maternal iniciada precocemente, condições que, a priori, impactam e interferem na qualidade de vida dos membros familiares.

Outros aspectos importantes, refere-se a etnicidade, a religião, a especificidades do território, as classes sociais. Neste sentido, Fonseca *et al* (1996) em pesquisa sobre os determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil, concluíram que na população sujeita do estudo, a indução do aborto por exemplo, é prática comum entre jovens, solteiras (ou que vivem sem um parceiro estável), de baixa paridade, com escolaridade incipiente e não-usuárias de métodos contraceptivos, demonstrando a incipiência da abordagem do planejamento familiar. Com base neste contexto, vale salientar que 20% das parturientes do território de abrangência do CSC, foco deste estudo, são solteiras e 82,4% delas, têm até 12 anos de estudo, não concluindo o ensino médio ou não ingressando no nível superior.

Tais condições devem ser consideradas tanto pela equipe de Saúde da Família, quanto do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, no desenvolvimento do planejamento familiar, pois como salienta Santos e Freitas (2011), este deve ser conduzido de forma a tornar o processo ativo, para os usuários integrando-os e tornando-os protagonistas de sua história de vida. Uma vez que, o empoderamento possibilita a emancipação dos indivíduos, com aumento da autonomia e da liberdade para fazer escolhas de forma confiante e responsáveis, objetivo do planejamento familiar (KLEBA e WENDAUSEN, 2009).

Resultado e discussões

Foram convidados a participar da pesquisa, profissionais Médicos/as, Enfermeiros/as, Fisioterapeuta, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicóloga, Odontólogos/as, Farmacêutica, Técnicas/os de Enfermagem e Agentes Comunitário de Saúde. Destes, apenas a categoria Agente Comunitário de Saúde não teve aceite para participar. A faixa de idade dos/as profissionais é de 24 a 46 anos de idade e apenas um profissional do sexo masculino, todos com período de formação acadêmica de um a vinte e três anos. Foram realizadas quinze entrevistas junto aos/as profissionais onde foi utilizado o critério de saturação para limitar o número de respostas.

Destes, apenas quatro profissionais afirmaram não possuir experiência específica na área em que atua, porém, somente um, refere ter feito alguma capacitação/treinamento que visa a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Como arguem Moura e Silva

(2005), a capacitação profissional é considerada forma de desenvolver competência técnica. Neste sentido, entende-se que os profissionais têm encontrado dificuldades quanto a aquisição/acesso desse conhecimento que seria acessado através da oferta de capacitações.

Durante o estudo, foi perguntado aos profissionais de saúde, qual seu entendimento sobre Planejamento Familiar, onde foi possível identificar a percepção/compreensão dos mesmos, uma vez que expressaram seu ponto de vista a partir de resposta discursiva, pontuando aspectos específicos de sua atuação de forma abrangente, acreditando que “o planejamento familiar abrange as orientações sobre direitos e recursos disponíveis no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, assistência e construção conjunta de um plano familiar, considerando os aspectos socioeconômicos, culturais, físicos e emocionais de cada indivíduo, assim como a educação sexual, esclarecimento e oferta de métodos contraceptivos, permitindo que o usuário/casal realize escolhas adequadas e oportunas acerca do tema” ou limitando, a referir que o seu entendimento sobre o planejamento familiar é “muito pouco” ou que esse se restringe a “orientação”, mostrando pouco ou nenhum conhecimento no que se refere a temática.

É importante observar o fato de que tais afirmações são advindas de profissionais que afirmam ter experiência, capacitação e mais de vinte anos de atuação no âmbito da Atenção Primária a Saúde. Não obstante, percebe-se que a maioria dos entrevistados sinalizam restringir o planejamento familiar ao controle de números de filhos ou direcionado somente a casais (homem/mulher). Apesar dos relatos de experiência profissional e já terem recebido capacitações e treinamentos para esta atuação no âmbito da Atenção Primária a Saúde, apontam que “Planejamento familiar se refere a um conjunto de ações para controle da quantidade de filhos que o casal pode ter” ou “Planejamento para o homem e mulher sobre uma futura gestação ou como evitar uma gestação não planejada”.

Supõe-se que, baseado neste entendimento/compreensão do que defende, garante, objetiva e assegura o planejamento familiar, materializa-se atitudes, ações, qualidade (ou não) dos serviços ofertados e (não) qualidade nas decisões, escolhas ou de vida daqueles usuários assistidos ou que buscam assistência por tais profissionais. Vale destacar ainda que tais compreensões desarticuladas daquilo que se propõe a temática, podem limitar, negligenciar, negar ou ampliar o direito ao acesso a determinada política, agravando a desigualdade social, o preconceito, a miséria, a pobreza, os conflitos familiares, entre grupos sociais e em situações mais complexas, entre Estado x pessoas.

Nesta mesma direção, no que se refere a forma que é ofertada a assistência em planejamento familiar no centro de saúde da comunidade e a responsabilidade do profissional neste processo, uma das entrevistadas relata que por se tratar de um tema que envolve aspectos biopsicossociais, essa assistência perpassa pelos atendimentos da medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, visando a integralidade do cuidado. Afirma ainda que as demandas geralmente são identificadas nas consultas da equipe de saúde da família (médicos/enfermeiros) e encaminhados aos profissionais do NASF. Além disso, essa assistência inicia-se também a partir das oficinas, rodas de conversa e educação em saúde na comunidade acerca da saúde sexual e reprodutiva, sinalizando que, sua atribuição enquanto profissional da equipe é promover e/ou participar desses espaços de educação em saúde e direcionar o usuário para que seja orientado e assistido pelos profissionais que dispõem de maior conhecimento do tema. Em contraponto, outros/as profissionais(maioria) relatam que “a demanda chega na unidade de saúde passa primeiro pelo enfermeiro ou médico, pelo assistente social e psicólogo e finaliza pelo enfermeiro ou médico, dependendo de qual profissional se inicia”, “realizar atendimentos de orientação e avaliação para validar ou não o processo de esterilização feminina ou masculina” ou afirmam que “atendimento com Enfermeira e médicos”, limitando o planejamento familiar ao acolhimento, orientações, montagem de processos para realização de esterilização cirúrgica voluntária(laqueadura ou vasectomia) ou DIU.

As divergências entre as percepções dos/as profissionais evidenciam aspectos característicos da fragilidade do planejamento familiar no Brasil: inexistência/deficiência/desconhecimento de fluxos e protocolos, bem como capacitações que possibilite a aquisição de conhecimento e habilidades, que subsidiarão o desenvolvimento com eficiência e excelência da mesma, possibilitando um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar de forma articulada,

coesa, humanizada que contribui para o cuidado integral aos/as usuários/as e suas famílias.

Isso acontece mesmo existindo uma política voltada para a educação permanente no setor da saúde, criada em 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS nº. 1996, de 20/08/2007. A mesma propõe ações estratégicas que objetivam a transformação e qualificação das práticas de saúde, bem como, a organização das suas ações e serviços. E ainda, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (MS, 2009).

O leque de percepções evidencia ainda, que mesmo dentro do menor ponto/equipamento da rede de assistência à saúde, não há uma harmonia/coerência no entendimento e na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e do planejamento familiar como um todo, aos/as usuários/as, mesmo sendo uma estratégia antiga dentro da política de saúde e principalmente na atenção primária a saúde.

Destaca-se ainda, que alguns profissionais, reconhecem o planejamento familiar na dimensão da saúde, como um direito de todos, assegurado em lei, evidenciam quanto as fragilidades que impedem a efetivação de qualidade dos serviços, ações e estratégias que configuram esse direito, continuam emergindo. A afirmação ganha força quando profissionais afirmam que apenas famílias de baixa renda ou casais que se interessam em ter um bom planejamento familiar, tem direito ao mesmo, o que pode gerar barreira, impedimentos ou negação ao acesso a política de saúde, direito de todos e dever do Estado.

Tais percepções impactam diretamente no acesso dos(as) usuários(as) a estes serviços, uma vez que as orientações realizadas pelos profissionais de saúde quanto ao direito, podem abranger, limitar ou tolhi possibilidades destes sujeitos (re)conhecer ou acessar seus direitos adquiridos. Como relata alguns profissionais, o acesso é dado a partir da procura do usuário, e se este não reconhece o serviço como direito, como procurar e exigir? Outros/as profissionais afirmam que o acesso é garantido quando manifestado o interesse pelo/a próprio/a usuário/a geralmente próximo do período do parto, o que denota ruídos no entendimento do que é planejamento familiar. Ruídos esses, que podem ter sido construídos junto à comunidade, a partir das percepções dos profissionais que a assiste. Como afirma uma das profissionais personagem deste estudo, “Tenho observado que o Planejamento Familiar está culturalmente ligado à Saúde da Mulher e, por vezes, limitado à oferta de métodos contraceptivos, sendo que o acesso se inicia nas consultas de rotina desse público”. Esta fala vai ao encontro da afirmação de outra profissional que relata que “O planejamento familiar é ofertado para todas as Gestantes que fazem pré-natal no CSC” e dá sentido a expressão “culturalmente”, que representa a forma como foi construído e instituído o entendimento da temática entre assistentes e assistidos e que perdura até nossos dias.

Identifica-se neste contexto a responsabilização feminina no trato e cuidado com o planejamento familiar, atestando a teoria de que a “mulher brasileira lida com a reprodução em um cenário de escassa ou quase nula participação masculina” (MARCOLINO E GALASTRO, 2001, p.03).

A afirmação também pode ser verificada tendo por base diversas fontes de estudos e análises, entre elas, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, que evidencia uma curiosa prevalência em relação aos métodos contraceptivos mais usados entre homens unidos, incluindo suas parceiras. Os dados apontam: esterilização feminina 40,3%; pílula anticoncepcional 18,7%; condom 5,2% e vasectomia 2,4%. Tal postura, cobrança e responsabilização da mulher, pode gerar sobrecargas, preconceitos, e ainda, dificuldades de acesso a seus direitos como educação, lazer, má qualidade de vida, devido maior carga e sofrimento psicológico, físico e social.

Desta forma, a limitação no entendimento sobre o planejamento familiar, bem como suas possibilidades, potencialidades e importância para a defesa e garantia de melhor qualidade de vida das pessoas pode dá-lhe um caráter excludente, opressor, ineficiente, errôneo e preconceituoso, uma vez que nesse molde leva à negligência de aspectos como sexualidade humana, bem como, uso de técnicas de comunicação inadequadas (PIERRE e CLAPIS, 2010). Isso, segundo as autoras, é agravado pela falta de atualização dos profissionais, inexistência de oferta de capacitação pelos gestores, a concentração das ações do planejamento familiar

sobre a figura do médico, negligenciando o pessoal não médico e deteriorando a qualidade do serviço.

O planejamento familiar ofertado tem deixado de fora, a margem dos seus direitos, pessoas, grupos e comunidades inteiras. Tem mostrado incapaz de atender o ser humano na sua especificidade, particularidade, individualidade. Tem mesmo de forma inconsciente, negado o direito a muitos que precisam ter suas garantias efetivadas. A exemplo, estão adolescentes, jovens, usuários de drogas, LGBTT+ entre outros que por múltiplas faces da questão social, que não cabe nesta discussão, os impedem de acessar seus direitos (des)(re)conhecidos.

Negligencias estas, muitas vezes executadas desprovidas de reflexão, racionalidade ou consciência. Uma vez que os profissionais não gozam da oportunidade de se capacitar de forma efetiva sobre o que se propõe a política de Planejamento familiar. O Ministério da Saúde assume esta lacuna quando, afirma que mais da metade dos profissionais médicos e enfermeiros, atuantes em saúde da mulher, não receberam capacitações para então desenvolver o planejamento familiar (MS, 2004, P.140).

Para ilustrar tal argumento, observa-se a afirmativa de uma entrevistada que afirma: “Acredito que esse público (adolescentes, jovens, usuários de drogas, LGBTTI+) tenha dificuldades de acesso à assistência em saúde de maneira geral”. A profissional segue afirmando que acredita que “um adolescente, que iniciou a vida sexual, precisa receber orientações da família, na escola, por meio de ações educativas em espaços da comunidade, porque dificilmente ele vai procurar ajuda de um profissional de saúde por conta própria para iniciar o planejamento familiar”.

A não atenção/assistência devida, por exemplo a adolescentes, público esse, que muitas vezes são expostos a sérios riscos para sua saúde pode significar graves consequências para diversos âmbitos: social, econômico, educacional, saúde, segurança, político, entre outros. A gravidez na adolescência, aumento da infecção pelo HIV/aids, uso e abuso do álcool, que podem evoluir para acidentes, suicídios, violência em suas múltiplas faces e consumo ou tráfico de drogas estão entre as situações problemas que permeiam o cenário objetivo da sociedade com maior peso às pessoas que estão vivendo a adolescência (MS, 2005). Não diferente para os demais públicos aqui elencados que já sofrem inúmeras violações, negligencias, violência estrutural, preconceitos e abusos, construídos e firmados historicamente.

No entanto, de acordo com os achados do deste estudo, denota-se que as responsabilidades, competências e atribuições do serviço de saúde para estes públicos, se esgota na procura do usuário pelo serviço, não defendendo e fortalecendo as ações, projetos, estratégias de educação em saúde, grupos, rodas de conversas, parcerias intersetoriais, dentro e fora dos centros de saúde e acima de tudo, o direito universal, integral e continuado das pessoas a política pública. Pois, de acordo com o Ministério da Saúde (2020), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Vale destacar que o planejamento familiar tem como principal base de execução, a Atenção Primária a Saúde e que esta configura-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, além de (deve) funcionar como ponto importante de articulação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (MS, 2020). Portanto, atuar de forma desconectada da realidade e dessa perspectiva, é não se tornar efetivo.

Entende-se que o planejamento familiar deve ser desenvolvido com base em estratégias com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, assim como a APS, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Desse modo, é importante também (re)conhecer os condicionantes e determinantes sociais em saúde que impactam e interferem diretamente na condição de saúde, ampliando ou diminuindo a qualidade de vida das pessoas (MS, 2020).

Sabe-se que a saúde é determinada e condicionada, a partir da alimentação, da mora-

dia, do saneamento básico, do meio ambiente, do trabalho, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais, insto é, as pessoas para se ter saúde é preciso ter acesso/alcançar a boas condições de bem-estar físico, mental e social. E ainda, é importante salientar que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O que denota que as escolhas, decisões, prioridades, que também são aspectos da saúde são impactadas por condições e fatores externos, condições objetivas e que o serviço de saúde(planejamento familiar) tem papéis relevantes no que diz respeito a emancipação da comunidade referenciada, observando as fragilidades, potencialidades, possibilidades, entraves, necessidades e contribui para um processo de tomada de decisão imponderada e consciente, tendo por base a realidade e a reflexão dela e não, optar e convencê-los para o simples controle da natalidade, desconectado de suas vivências e da conjuntura.

Ressalta-se ainda, com base no contexto das respostas dos/as entrevistadas/os, que há divergências no que se refere ao entendimento da equipe, que compõe o serviço de saúde, quanto algumas questões essenciais para a prestação de um serviço de qualidade. Considerando, a diversidade de composições familiares na contemporaneidade, com necessidades, particularidades e individualidades que merecem atenção e respeito, acredita-se e defende-se que seja realizada formas de abordagens a famílias no contexto do planejamento familiar, de forma a garantir uma assistência que atenda suas especificidades e contemple sua totalidade e integralidade que também vivenciam para além das condições objetivas postas e impostas na sociedade, vivem relações carregadas de estigmas e preconceitos construídos histórica e socialmente que impactam diretamente na qualidade de vida.

A título de exemplo, está a violência, miséria, desemprego, discriminação, abandono, tráfico de drogas, prostituição, dentre outros, advindo do conflito entre capital e trabalho que gera tensão entre aqueles que são donos dos meios de produção e os que vendem a sua força de trabalho produzindo as desigualdades sociais e suas múltiplas expressões da questão social, que precisam ser consideradas dentro do planejamento familiar, no sentido de propiciar um serviço de saúde que atenda as pessoas na sua individualidade sem o desconectar da sua totalidade(DE OLIVEIRA e SANTO, 2013).

Profissionais afirmam que estão aptos a abordar a diversidade nas composições familiares e dão abertura ao/a usuário/a para falar como deseja o seu planejamento, sendo ofertado a todos/as, as opções disponíveis. Sinalizam também que essa abordagem deveria ser pautada na ética e respeito às escolhas individuais, tendo em vista as diferentes perspectivas acerca do conceito de família e sexualidade, afirmando que se essa abordagem ética acontece na prática, depende de cada profissional. Outros/as profissionais trazem afirmações como “Na minha visão essa abordagem familiar que deveria acontecer, na realidade não acontece. Pelos relatos que já ouvi de alguns profissionais, restringem o planejamento familiar à vasectomia e laqueadura apenas, deixando todo um contexto familiar de fora do planejamento e das ações e serviços de saúde” e “De modo geral...Considero tímida e restrita a padrões antiquados”.

Sob este prisma, entende-se que a falta de capacitação que implica na não construção de conhecimento e na insuficiência de habilidades e levando a diferentes compreensões e formas de conduzir a efetivação do serviço, planejamento familiar, tem gerado uma individualização(fragmentação do cuidado) de ações e por conseguinte, fragmentação do serviço e do sujeito/família assistido/a. O trabalho multidisciplinar necessário para o atendimento da integralidade em saúde tem ganhado contornos limitados na sua potencialidade. Nesta mesma direção, Osis *et. al* (2006, p.29) relatam que “a capacitação em planejamento familiar ocorre de forma desigual e insuficiente” e ainda, profissionais de saúde não percebem o planejamento familiar como parte da Atenção Básica, de caráter preventivo para a saúde da mulher e da criança, por exemplo, o que limita ainda mais a qualidade e potencialidade do serviço.

Distanciamento esse que tem origens diversas, que implicam ou aparecem como fragilidades aos(as) profissionais na oferta do planejamento familiar. Uma vez que afirmam que as demandas excessivas e diversificadas de atendimentos nas unidades de saúde contribuem para que não haja oferta de planejamento familiar a todos/as pessoas, “mas sim, a aqueles que solicitam ou são identificados pela equipe e isso torna o processo frágil”. Neste caso, é preciso

refletir e levar em consideração as configurações familiares atuais como as monoparentais, reconstituídas, homossexuais, unitárias, entre outras (OLIVEIRA *et al.* 2008), que historicamente tem encontrado dificuldades no acesso aos seus direitos, muitas vezes barradas, negligenciadas, impedidas pelo preconceito, desconhecimento, falta de habilidade ou insuficiência dos aparelhos estatais no atendimento integral a suas necessidades e que no planejamento familiar, não tem sido diferente.

Tal inercia ocorre sem a observância da **lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. A referida lei traz no seu artigo primeiro a afirmação de que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e no seu artigo terceiro, que este, “é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (MS, 1996).

O seu caráter universal fica mais nítido quando no parágrafo único do artigo terceiro, determina que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. Sob esta perspectiva, realizar/ofertar o serviço de forma contrária ao estabelecido, torna-o excludente, omissos e ilegal (MS, 1996).

Curra e Fernandes (2006) arguem que a família fornece recursos para melhor intervir nas questões de saúde e que é preciso dar significado às interações entre os/o membros da família, pensando nesta como primeiro sistema e no fato de que havendo mudança em uma parte deste sistema, haverá impacto em todas as outras partes, o que pode materializar-se em problemáticas que irão requerer intervenções para além da política de saúde, como segurança e educação, além do dano causado aos sujeitos, muitas vezes irreversíveis.

Outra dificuldade elencada é compreender os vários aspectos que envolvem o planejamento familiar e como esse tema pode ser trabalhado em diferentes públicos e faixas etárias, o que denota a necessidade de articulação entre os profissionais, no que se refere ao tema, insuficiência de capacitações e discussões dos equipamentos responsáveis pela gestão da política de saúde, treinando os profissionais que lidam diretamente com a oferta do serviço em destaque. Pierre e Clapis (2010), sinalizam que nestes casos faz-se necessário realizar-se adequações, não só para assegurar a qualidade do serviço prestado como também para assegurar direitos sexuais e reprodutivos a comunidade.

Acredita-se que estas estratégias sanariam outro aspecto negativo, colocado pelos/as profissionais, a não compreensão dos fluxos internos no CSC para atendimento, encaminhamento entre profissionais e acerca dos recursos e métodos ofertados pela rede de saúde, para que todos profissionais tenham segurança para orientar a comunidade.

Vale destacar que as deficiências nos serviços público de saúde relacionado a falta de preparo, capacitação, aquisição de habilidade e propriedade permanecem mesmo com a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem como objetivo transformar as práticas profissionais por meio do estudo/reflexão do processo de trabalho, considerando sempre as necessidades de saúde dos/as usuários/as, dos grupos sociais, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004).

Porém, o que se tem identificado tanto no presente estudo, quanto naqueles já realizados é a insuficiência ou nenhuma capacitação dos/as profissionais que atuam diretamente no planejamento familiar. Rizzoto (2010) argui que em pesquisa realizada após à implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde concluiu-se que a quantidade de atividades educativas realizadas não é adequada, e que 31,7% dos/as profissionais da saúde não participaram de nenhuma atividade neste sentido.

Outro elemento que pode ser produto dessas fragilidades é evidenciado quando profissionais do presente estudo argumentam que o planejamento familiar no CSC apresenta obs-

táculos para sua efetivação. Sendo entre eles, “Limitação a atendimentos individuais e direcionado a conduta de esterilização”; “não sei”; “falta de autonomia na agenda, tornando-a mais inflexível, principalmente pelos médicos, para ser trabalhado o planejamento familiar em grupos de promoção”; “Falta de oferta regular de alguns serviços como a laqueadura por exemplo”; e “Falta de entendimento da dimensão do planejamento familiar”.

Sob estas perspectivas e contexto, entende-se que na atualidade, da forma que está sendo ofertado o serviço de saúde e o planejamento familiar no referido centro de saúde, terão acesso aos serviços, aquele/a usuário/a que buscá-lo (ir ao equipamento público), uma vez que as afirmações levam a este entendimento, inclusive aos recursos e métodos que encontram-se disponíveis para essa oferta, como anticoncepcionais orais e injetáveis, camisinha, DIU, vasectomia, laqueadura e acompanhamento reprodutivo com equipe de ginecologia e urologia para quem tem dificuldade na concepção.

Profissionais afirmam que “não há rodas de conversa com os ciclos de vida sobre planejamento familiar, apenas é disposto o agendamento individual. É realizada a consulta, explicado os métodos contraceptivos e realizada orientação com demais profissionais, assistente social e psicólogo, quando há processo de laqueadura ou vasectomia”.

Deste modo, denota-se a ausência de atividades relevantes para a identificação e atendimento das necessidades da comunidade, como atividades de educação em saúde, potenciais estratégias dentro do planejamento familiar. É importante considerar as práticas em saúde como passíveis de readequação pelas representações do território, entendendo-o, como organismo vivo e dinâmico, aproximando assim, da compreensão dos processos de vida, cultural, familiar, econômico, educacionais, sociais, hábitos e do adoecimento dos sujeitos, e ainda, da maneira que estes constroem suas escolhas, decisões e a doença (GAZZINELLI et. al, 2005).

Assim, e considerando suas características, objetivo e formas de implementação, afirma-se que as atividades de educação em saúde são fundamentais neste processo, apresentando relevante potencial para a melhoria da oferta e qualidade do planejamento familiar.

Conclusão

Conclui-se, com este estudo, que é evidente a necessidade de se implementar capacitações em planejamento familiar aos profissionais do Centro de Saúde da Comunidade, lócus do presente estudo. Provou-se que é preciso ofertar e ampliar as ações de educação em saúde como meio de potencializar os serviços de planejamento familiar. Possibilitar maior compreensão dos profissionais de saúde sobre o objetivo, potencialidades, possibilidades e importância do planejamento familiar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e suas famílias. Evidenciou que as informações oferecidas em planejamento familiar na sua maioria restringem aos métodos anticoncepcionais com ênfase para a laqueadura e vasectomia, limitando o acesso a variedade dos métodos e amplitude do planejamento familiar, o que a certo modo impede o acesso do/a usuário/a aos seus direitos relativos à saúde sexual e reprodutivo.

Sob este prisma é relevante para a eficiência do planejamento familiar, ter clara a compreensão dos condicionantes e determinantes Sociais da Saúde, entendidos como os fatores “sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, o que foi identificado como fator a melhorar, a partir do estudo realizado no CSC (BUSS e FILHO, 2007, p. 01).

Entende-se que o método de efetivação do planejamento familiar tem como principal ferramenta a educação/informação, aspecto este, que se encontra comprometido na forma que está sendo ofertado. Desse modo a qualidade da orientação é fundamental para obtenção de resultados positivos do Programa, a eficiência do processo educativo aumenta as possibilidades de efetividade do planejamento familiar, pois “capacita os usuários na tomada de decisões sobre a arquitetura e a dinâmica da família” (CAMIÁ et al., 2010, p.45).

A dificuldade dos profissionais de saúde em abordar os aspectos relacionados a saúde sexual, representa outro elemento importante na efetivação do planejamento familiar suscitando ainda polêmicas na medida em que a compreensão da sexualidade ainda está muito marcada por preconceitos e tabus” como relatado por alguns profissionais que não se sentem à vontade para tanto (MS, 2013, p.10).

Destarte, entende-se que a qualificação e empenho dos profissionais de saúde que desenvolvem(deveriam) diariamente o planejamento familiar nos serviços de saúde, aliado a uma relação de proximidade entre profissionais e famílias são imprescindíveis para assegurar sua eficácia e eficiência, garantindo maior adesão do usuário as intervenções propostas e objetivando assegurar o acesso aos serviços de saúde, garantindo seus plenos direitos e que para isso, faz-se necessário oferta de capacitação por parte do poder público, com incentivo e possibilidades de crescimento profissional, motivação, melhoria dos serviços e garantia dos direitos da comunidade e que esse amparo não exime a responsabilidade das academias para uma formação de excelência dos futuros profissionais, o compromisso e empenho por parte dos profissionais em qualificar-se, sendo proativo e protagonista na busca do seu aprimoramento. (MS, 2018);

Desse modo, alerta para o fato de que limitações da aplicação do planejamento familiar como as evidenciadas no presente estudo, podem ter consequências importantes para o desenvolvimento familiar e como consequência, para a sociedade. Assim, observando os determinantes sociais em saúde (BUSS e FILHO, 2007, p.07) e sua importância para as políticas de saúde no que tange sua efetividade e objetividade, deve-se entender que o “planejamento familiar não é uma questão do ponto de vista apenas biológico, mas também social”.

O “modelo de planejamento familiar aplicado na saúde pública não realiza avaliações das potencialidades e dos recursos do núcleo familiar”, não atentando para condições e situações específicas das famílias, o que pode generalizar o atendimento e não ser assertivo naquilo que se propõe, impossibilitando o empoderamento das pessoas (SANTOS e FREITAS, 2011, p.1816).

Para além das evidências já elencadas, o estudo mostra ainda, a necessidade de implementar, fortalecer e potencializar o trabalho multidisciplinar no que se refere o planejamento familiar, entender e reconhecer o planejamento familiar como direito de todos, bem como a realização de ações intersetoriais e ultrapassagem de conceitos e modelos pré-estabelecidos que dificultam o acesso das pessoas aos seus direitos e contribuem para o acirramento do preconceito, desigualdade sociais e piora da qualidade de vida das pessoas.

Referencias

ALVES, Lindamar. A concepção de família que orienta a intervenção profissional do assistente social. **Libertas**, v. 14, n. 2, 2014.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos estudos CEBRAP**, n. 74, p. 11-15, 2006. **Brasil**. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Obtido em 01/12/2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

Camiá GEK, Marin HF, Barbieri M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2001; 9(2):26-34.

DE OLIVEIRA, Débora et al. Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: Uma revisão da produção científica. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2008.

DE OLIVEIRA, Maria Júlia Inácio; SANTO, Eniel do Espírito. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, p. 07-24, 2013.

DOS SANTOS PIERRE, Luzia Aparecida; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. Tela 1-Tela 8, 2010.

FERNANDES, Carmem Luiza Corrêa; CURRA, Lêda Chaves Dias; **Ferramentas de abordagem da família**. Porto Alegre – PR. 2006.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e sociedade**, v. 18, p. 733-743, 2009.

MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 77-82, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; Ministério da Saúde; 2004. 140 p

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; Ministério da Saúde; 2004. 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portal da Saúde [Internet]. [citado 2009 maio 15]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 961-970, 2007.

Muforose NT, Rizzoto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AF. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional educação permanente em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2009. [acesso: 01 set 2010];17(3): 314-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000300006&scri pt=sci_arttext&tlng=pt

Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Publica*. 2006; 22(11):2481-90.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1813-1820, 2011.

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