

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIO ECONOMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**POR UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE  
FRENTE AO  
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Aprovado Pelo DSS  
Em 08/07/94

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Departamento de Servi-  
ço Social da Universidade Federal de  
Santa Catarina, para obter o título  
de Assistente Social pela acadêmica:

  
KRYSZYNA MATYS COSTA  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE-UFSC

LUCIANA DE OLIVEIRA PLAZA

Florianópolis, julho de 1994.

*"E assim, vivendo a minha utopia eu vou levando a vida.*

*Eu vou viver bem melhor, doido pra ver o meu sonho teimoso um dia se realizar..."*

Milton Nascimento

Aos meus pais: Paulino e Norma, pela minha existência, pelo amor, carinho e dedicação. Por tudo que sou hoje.

Pessoas essenciais na minha vida, que sempre estiveram presentes, me incentivando e dando exemplos de dignidade. Mestres na escola da vida, muitas vezes abdicando de seus sonhos para que pudéssemos alcançar os nossos.

Amo vocês...

## AGRADECIMENTOS

- Aos meus irmãos: Adriana e Rodolfo, pelo sentimento que nos uni. Pessoas que sempre acreditaram em mim. Compartilho com vocês mais esta conquista. Beijinhos... adoro vocês.

- A Luciane, amiga de todas horas. Sempre pronta a ouvir e ajudar; agüentando todas as minhas "neuras", segurando todas as barras durante estes anos na ilha. Valeu amiga !!

- A Leticia e a Fabiana, pela amizade que cresceu e se fortificou durante esta etapa de nossas vidas. Apesar dos altos e baixos permanecemos unidas. Que nossa amizade continue a crescer...

- A Magda, por tudo que passamos juntas nesta ilha. Pelas discussões produtivas que contribuíram para o nosso amadurecimento, as festas, as aventuras, as provações, os "toques" nas horas certas, as bebedeiras, as militâncias. Só loucura... Prill!!!

- A Beatriz Moratelli, à Isolene e à Beatriz Bertelli, pessoas que sempre me incentivaram e que sempre pude contar durante esta caminhada. Obrigado pela força e amizade.

- Ao Jáder, não tenho palavras para agradecer tudo que fez por mim. "Amigo é coisa pra se guardar..."

- Aos meninos da "Hema" (Emerson, Franklin, Henrides e Norberto), da "Bucleta" (Cláudio, Joable, Fabiano e kabela) e ao Cristhof pelas festas, os longos "papos", os almoços, as cervejadas e pelos laços que se criaram. Valeu meninos!!

- A Ivonete que no início desta caminhada me deu um importante empurrão para que eu prosseguisse...

- A Patrícia Barreto pela supervisão e pela oportunidade de realizarmos nosso estágio.

- As pacientes da maternidade do Hospital Regional, sem as quais este trabalho não seria possível.

- A Ivete pela orientação deste trabalho e pela importante contribuição teórica que nos proporcionou nesta etapa de nossa formação profissional.

- A todos os professores e funcionários da UFSC, que contribuíram para minha formação profissional e pela relação de amizade que se estabeleceu durante este período.

- Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente estiveram presentes em minha vida durante esta etapa e com as quais compartilho esta conquista. Obrigado.

"Tudo que é bom dura o tempo suficiente para ser inesquecível".

## SUMARIO

### APRESENTAÇÃO

#### CAPITULO I - A CONTRACEPÇÃO ATRAVÉS DA HISTORIA

1.1. Definições de Alguns Conceitos que Dizem Respeito a Concepção/Contracepção.....	09
1.2. A Contracepção no Mundo - Elementos Históricos.....	12
1.3. A Reprodução Humana no Brasil.....	20
1.4. Uma Análise Crítica da Contracepção no Brasil.....	34

#### CAPITULO II - UM ESTUDO SOBRE "PLANEJAMENTO FAMILIAR" NO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES

2.1. Apresentando o Cenário: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.....	44
2.1.1. Projeto de Investigação da Prática: "As necessidades para implantação de um programa de planejamento familiar no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.....	53
2.2. Apresentando e Analisando os Dados Coletados na Investigação.....	56
2.2.1. Religião X Contracepção na Ótica das Pacientes da Obstetrícia.....	63
2.2.2. As Pacientes e a Saúde.....	67
2.2.3. A Contracepção e as Pacientes Entrevistadas no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.....	73
2.2.4. A Contracepção e a Relação de Gêneros.....	80
2.2.5. A Falta de Informação Entre as Pacientes da Maternidade.....	85

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

### LISTA BIBLIOGRAFICA

### ANEXOS

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é resultante da experiência de estágio em Serviço Social realizado no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, mais precisamente na maternidade do mesmo.

No decorrer do estágio, através de observações e contatos feitos no cotidiano da maternidade, chamou-nos a atenção da inexistência e do desconhecimento acerca da questão do planejamento familiar dentre as pacientes da mesma. Assim elaboramos um projeto de pesquisa sobre esta temática, com o objetivo de coletarmos dados sobre o dia-a-dia das pacientes e sobre o conhecimento que as mesmas tinham sobre planejamento familiar, que justificassem a necessidade ou não da implantação de um programa de planejamento familiar no Hospital Regional de São José.

Acreditamos que, independente de qualquer política de natalidade, seja ela pró-natalícia ou anti-natalícia, queira ela por razões mais corretas do mundo, que se diminua ou que aumente a população, ou em qualquer dessas circunstâncias, o planejamento familiar, atendendo ao direito individual e atendendo a propósitos de saúde, tem lugar dentro do sistema de saúde e das políticas sociais. É chegada a hora de começarmos a enfrentar este problema, não podemos mais ignorar essa questão em nosso país, é preciso que o serviço oficial de saúde crie programas e coloque-os em prática.

No Brasil o planejamento familiar é um direito constitucional do cidadão, desde a promulgação da última Constituição Federal, ou seja, desde 1988. É tarefa dos serviços públicos de

saúde fornecer todos os esclarecimentos necessários à compreensão dos métodos, levando-se em conta as suas diversas características, os efeitos colaterais, custos financeiros, disponibilidade de fornecimento e uma série de outros aspectos importantes, que assegurem uma informação correta, para que o cidadão possa decidir sobre sua fertilidade. Sabemos que, embora seja um direito garantido por lei, o planejamento familiar na prática, ainda não existe plenamente em nosso país.

A fim de proporcionarmos uma melhor compreensão sobre a questão abordada, dividimos este trabalho em 02 capítulos.

No primeiro capítulo colocamos num primeiro momento alguns conceitos sobre o assunto, em seguida abordamos o planejamento familiar através da história no mundo e no Brasil. Ainda neste capítulo fizemos uma análise de como é tratada a contracepção no Brasil. Nosso objetivo neste capítulo é tornar esta trajetória histórica fonte bibliográfica para pessoas interessadas em estudar esta temática, pois em nossas bibliotecas é muito difícil encontrarmos obras sobre o planejamento familiar ou temas afins.

Achamos importante salientar que, propositalmente, não descrevemos os métodos anticoncepcionais existentes, pois existem várias publicações que suprem essa necessidade.

No segundo capítulo, nossa intenção foi descrever a instituição na qual realizamos o estágio; as razões que nos levaram a executar um projeto sobre esta temática, a metodologia utilizada em nossa pesquisa, além de relatarmos e analisarmos os resultados obtidos com a mesma.

Concluimos, fazendo algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido, e algumas sugestões a respeito do assunto que poderão ser utilizadas no Hospital Regional de São José Dr. Home-ro de Miranda Gomes

CAPITULO I

A CONTRACEPÇÃO ATRAVÉS DA HISTORIA

### 1.1. Definições de Alguns Conceitos que Dizem Respeito a Concepção/Contracepção.

A título de esclarecimento e melhor compreensão do trabalho achamos importante apresentar as definições de alguns conceitos que dizem respeito a concepção/contracepção, e que se empregados erroneamente dão margem à interpretações equivocadas e podem mudar todo o sentido do texto, como é o caso de planejamento familiar e controle de natalidade, que muitas pessoas pensam ter o mesmo significado. Portanto, vejamos alguns desses conceitos:

**Aborto espontâneo:** É a interrupção de uma gestação tendo como causa uma disfunção orgânica. (Rodrigues, 1990, p.88).

**Aborto provocado:** Ocorre com o uso de processos químicos, mecânicos ou cirúrgicos que possam interromper uma gestação em curso. Atualmente é permitido em vários países, especialmente nos industrializados. No Brasil ele pode ser autorizado em caso de estupro ou quando a gravidez implica alto risco de vida para a gestante. (Rodrigues, 1990, p.88).

**Contracepção:** Utilização de qualquer método (natural ou artificial) para evitar uma gravidez, temporariamente, pois, se interrompido o seu uso, o indivíduo volta à sua fertilidade inicial. É a infecundidade voluntária, a infertilidade provocada. (Pereira, 1992, 22).

**Controle de Natalidade:** É uma política populacional envolvendo um conjunto de medidas compulsórias que interfiram no comportamento reprodutivo de uma população, de forma que se consiga rapidamente uma redução das taxas de crescimento demográfico. Surge a partir de decisões oficiais do Estado, que de-

fine as metas a serem conseguidas, ou seja, é uma medida oficial da alçada do governo visando controlar, através dos nascimentos, o número de habitantes de uma área geográfica. (Rodrigues, 1990, p.88).

- **Esterilidade:** é a incapacidade de um casal obter a gravidez após pelo menos um ano de práticas sexuais freqüentes, com ejaculação intravaginal, sem substâncias agregadas e sem precauções anticoncepcionais.

- **Esterilidade Primária:** quando o casal nunca conseguiu conceber.

- **Esterilidade Secundária:** quando o casal conseguiu obter pelo menos uma gravidez, e só após tal fato surgiram dificuldades para uma nova gestação. (Brasil, Ministério da Saúde, 1987, p. 37).

**Esterilização:** processo através do qual evita-se a gravidez de modo definitivo. Este pode ser através de laqueadura (na mulher), vasectomia (no homem), histerectomia (mulher) ou interrupção definitiva da função ovariana. Devido processos microcirúrgicos, alguns procedimentos classicamente aceitos como irreversíveis, são hoje reversíveis, isto é o que faz alterar a conceituação tradicional. (Pereira, 1992, p. 22).

**Infanticídio:** É o extermínio de um bebê, praticado geralmente pela mãe, antes que consiga o status de membro da sociedade. Pode ser : **direto**, através de estrangulamento, sufocação, afogamento, etc; ou **indireto**, através de maus-tratos, manuseio descuidado, desmame prematuro, exposição a situações de perigo ou temperaturas extremas, negligência na alimentação e na saúde e **overlaying**, que seria a mãe rolar dormindo sobre a criança e sufocá-la. (Rodrigues, 1990, p89).

**Infertilidade:** É a dificuldade do casal em terminar as

gestações com filhos vivos, ou seja, embora consiga obter as gestações estas terminam em abortamentos espontâneos ou em natimortos.

- **Infertilidade Primária:** quando o casal não conseguiu gerar nenhum filho vivo.

- **Infertilidade Secundária:** quando as dificuldades em terminar as gestações com filhos vivos surgem depois que o casal já gerou filhos vivos.

Para esta classificação não são consideradas as gestações ou filhos vivos que qualquer um dos membros do casal possa ter tido previamente com outro(a) parceiro(a). (Brasil. Ministério da Saúde, 1987, p. 37).

**Paternidade Consciente ou Responsável:** significa a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do método contraceptivo destinado a espaçar o número de filhos, aceito pela Igreja Católica desde que se utilize dos métodos de abstinência periódica. (Pereira, 1992, p. 23).

**Planejamento Familiar:** É a conscientização dos fenômenos da reprodução humana e um direito de cada cidadão planejar a sua família. O planejamento familiar consiste em: o casal receber informações sobre métodos anticoncepcionais existentes, suas indicações e contra-indicações e a partir daí optar conscientemente pelo método a ser usado, ter acompanhamento médico e acesso aos métodos, cabendo ao casal decidir evitar ou não uma gravidez. O planejamento familiar visa atender também casais infertéis, no sentido de orientá-los a obter a gestação.

**Reprodução Responsável:** Comportamento observado nos países desenvolvidos, onde existe um consenso geral quanto aos aspectos da Reprodução Humana, iniciado na vida familiar, continuado durante a vida. Voluntariamente os indivíduos fazem a contra-

cepção, têm acesso a informações sobre a mesma e receber-na através de instituições oficiais. (Pereira, 1992 p. 22).

## 1.2. A Contracepção no Mundo - Elementos Históricos.

Desde o início do processo de humanização a sociedade desenvolveu meios de controlar os índices de fertilidade e de mortalidade com as disponibilidades materiais que existissem no ambiente para garantir a sobrevivência das pessoas.

No período paleolítico da história o crescimento da população era muito lento, pois a procura de alimentos exigia o deslocamento por grandes distâncias e era muito difícil para a mãe transportar várias crianças e isso implicava também em custos elevados para os adultos.

Os primeiros métodos de interferência no potencial reprodutivo humano foram: o infanticídio, a restrição sexual e o aborto provocado.

Com o desenvolvimento dos meios de produção as medidas de interferência na reprodução foram ganhando cada vez mais complexidade. Se houvesse escassez de recursos as sociedades restringiam a natalidade. Se houvesse fartura ou projetos de expansão territorial, incentivavam o nascimento.

O desenvolvimento da agricultura causou profundas alterações no modo de reprodução, acelerando e intensificando efeitos demográficos. Neste período desenvolveu-se a propriedade privada e isso repercutiu na organização social, provocando um aumento da taxa de natalidade, pois interessava aos homens muitos

filhos, para usar os meninos nas atividades agrícolas e as meninas nas trocas matrimoniais. Com isso as mulheres tiveram uma grande deterioração da sua condição de mulher.

Os Estados primitivos tiveram políticas de população fortemente natalistas, com o objetivo de manter a dinâmica expansionista de seus sistemas econômicos. Visando o interesse da classe dominante, o Estado e a Igreja induziram os camponeses a serem prolíficos, mas as famílias camponesas por sua vez, visando a sua sobrevivência praticavam uma série de comportamentos reguladores de população, como o aborto, o infanticídio, a restrição sexual, os métodos de contracepção (pessários) e as técnicas de satisfação sexual não reprodutivas como o homossexualismo. (Rodrigues, 1990).

No paleolítico o infanticídio foi o principal meio regulador de população, pois os antigos achavam que era a melhor solução, pois já se sabia o sexo da criança, desde que preferissem eliminar as meninas. Achavam ainda o infanticídio mais eficaz, já que o aborto implicava alto risco de vida para a mãe.

Na idade média, segundo Rodrigues (1990), a Igreja tomou várias medidas que contribuíram para reorganizar a sociedade européia, após a queda do Império Romano. Essas medidas repercutiram indiretamente na queda da natalidade, pois a Igreja proibiu muitos tipos de casamentos, o divórcio, a poligamia, etc. Mas para compensar essa perda da capacidade reprodutiva, ela estimulou o casamento e a constituição de grandes famílias.

Na idade moderna, devido a transição do feudalismo para o capitalismo, a Europa passou por períodos turbulentos, que tiveram como resultante a fome, a escassez de alimentos e severas pressões sociais e econômicas. Como consequência disso houve um aumento da prática do infanticídio e do abandono de crianças, ra-

zões estas que levaram o Estado a adotar uma severa política antinatalista.

Na segunda metade do séc. XVIII na França surgiam o controle consciente e o direito da fertilidade, pois o racionalismo começava a balizar todo comportamento. Os fatores que determinavam a contracepção na França eram de caráter intelectual, ideológico e religioso.

Segundo pesquisas de Jacques Dupaquier (1992, p.92), a partir de 1740, começa haver na França um decréscimo na fecundidade legítima. Essas pesquisas revelam dois fatores causadores deste decréscimo: a Revolução Francesa de 1789, um momento de transição e a predominância da população, que passa a ser urbana por causa da industrialização. Jean Pierre Barddot, em sua tese sobre Ruão nos séculos XVII e XVIII, diz que a contracepção na França (1760 a 1800) era de parada depois de ter três ou quatro maternidades e não de uma contracepção visando a espaçamento dos nascimentos.

Neste mesmo período ocorre na Inglaterra, a Revolução Industrial, o que causou um grande aumento populacional, já que se melhoraram as condições de vida e a alimentação da classe trabalhadora e houve um progresso na medicina.

A medida que a mulher se transfere do trabalho doméstico para a empresa, aparece a contradição entre seus papéis de produtora e reprodutora. Diante desta contradição surgem as primeiras teorias para defender a necessidade de reduzir a fertilidade dos pobres e, algumas décadas depois, começam a ver o recurso da contracepção como um movimento social e não como prática individual.

"A contracepção surge então como um remédio social proposto por um inglês interessado em reforma social, utilitária, livre de qualquer fidelidade às crenças cristãs tradicionais. Era Jeremy Bentham, que em 1794 sugeriu o uso de esponjas para limitar a natalidade, com o objetivo de reduzir os impostos que os ricos pagavam para amparar a pobreza. Logo após, Thomas Robert Malthus (1766-1834) divulga sua teoria sobre os riscos de superpopulação, que teve grande impacto" (Rodrigues, 1990, p. 27-8).

A teoria de Malthus dizia que a população crescia em escala geométrica e os alimentos em escala aritmétrica, e isso geraria o caos no mundo. Malthus era pastor e pregava a "restrição moral" como solução, na qual as pessoas pobres deveriam se casar mais tarde, assim teriam menos tempo para procriar.

A Europa em meados de 1820 passava por grandes mudanças. Na França terminava a era Napoleônica com a queda de Napoleão Bonaparte do poder e era restaurada a monarquia dos Bourbons, que eram apoiados pela igreja e por setores ultra-conservadores. Com uma política antiliberal os Bourbons, mas precisamente Carlos X, provocaram a revolta da Burguesia. Nesta época também, na Inglaterra, acontecia a Revolução Industrial, que teve sua primeira fase entre 1760 - 1860, o que iria refletir em muitos países. A Revolução Industrial trouxe consigo várias conseqüências sociais, entre elas: a exploração cruel da força de trabalho do proletário, salários de fome e péssimas condições de trabalho que provocaram a reação de movimentos operários, divisão do trabalho, forte avanços dos meios de transporte e comunicação, etc. Em meio a este contexto surgem os primeiros movimentos sociais de contracepção, pois em 1823 Francis Place um reformista inglês, iniciou uma campanha de instrução da classe trabalhadora sobre contracepção, recomendando o "coitus interruptus" e o uso de esponjas.

Nos Estados Unidos da América, em 1830, tem início a defe-

sa aberta da contracepção, o então presidente James Monroe não incentivava a campanha, assim, sem incentivos políticos e econômicos para a limitação da população, a campanha não obteve êxito.

Em 1870 é promulgada uma lei que proíbe o trabalho infantil, com isso diminuíram as fontes de recursos nas famílias, houve também a introdução da educação compulsória e uma reversão da relação entre custos e benefícios de ter vários filhos. Isto fez com que aumentasse o interesse pela contracepção.

Na década de 1880 o malthusianismo tem uma finalidade explicitamente política: a "greve dos ventres" se destinava a privar o empresariado de uma mão-de-obra abundante, e consequentemente barata. Em 1894 Paul Robin funda a primeira Associação Neomalthusiana, mas poucas mulheres se filiam, a reação das mulheres é muito fraca. O coito interrompido e, caso este falhe, o aborto continuam a ser os meios mais usuais.

Assim podemos observar que a partir da segunda metade do século passado, precedendo qualquer movimento, o planejamento familiar já era uma realidade no núcleo das famílias em diversas nações européias.

Em 1912 Margaret Sanger interessou-se em orientar as mulheres sobre a contracepção nos Estados Unidos, pois acreditava nas queixas das mulheres e na necessidade de informações que estas tinham por razões sociais, econômicas e médicas. Seu plano fracassou, pois o Estado não incentivava a contracepção, e havia uma lei "Comstock", que proibia qualquer divulgação sobre a mesma. Vários Estados opositores a contracepção concediam reduções para dependentes e menos impostos para casados, penalizando o celibato e a falta de filhos. (Rodrigues, 1990).

Segundo Philippe Aries (1992, p.98), as desigualdades do

século XIX terminam após a Primeira Guerra Mundial (1914 - 18) no mundo ocidental e todo esse mundo seguiu a mesma curva decrescente de natalidade, adotando o mesmo modelo de família prudente e absovida pela preparação de um futuro melhor de um ou dois filhos. Nesta época cresceu a valorização do homem, este assumia uma consciência sempre maior do domínio da natureza.

Na Inglaterra à partir de 1920, Marie Stopes foi líder da formulação de programas de planejamento familiar, mas que também não tiveram êxito.

No período entre 1880 e 1940 podemos observar os seguintes coeficientes aproximados de natalidade:

PAIS	1880	1940
França	25,4	15,5
Suécia	30,5	14,4
Inglaterra	35,4	14,8
Alemanha	30,4	17,9
Países Baixos	36,2	20,8
Bélgica	32,3	15,8
Dinamarca	32,0	17,9

*Fonte: Pereira, 1992, p. 36.*

Com a explosão da segunda guerra mundial (1939 - 45) o homem ocidental perde a confiança no seu esforço de programar o futuro, como vinha acontecendo desde o término da 1ª guerra, isto faz com que ele não veja qualquer obstáculo em aumentar a sua família, pois esta tornar-se-á o lugar da felicidade. Demógrafos chamaram esse acontecimento de "baby-boom". O "baby-boom" durou o espaço de uma geração. A partir dos anos 60 a tendência à queda da natalidade volta a ser o modelo da família ocidental.

Assim foram surgindo vários programas de planejamento familiar nos países industrializados, não com incentivos do Esta-

do, mas das entidades filantrópicas ligadas a grandes empresas multinacionais. A partir de 1952 esses serviços começaram a ser implantados nos países do terceiro mundo, onde o principal objetivo era controlar o custo de mão-de-obra feminina, que sobre o ponto de vista das empresas capitalistas era considerada muito cara, pois mesmo sendo fértil a mulher é indispensável ao sistema industrial.

Hoje o que podemos observar nos países desenvolvidos são políticas de planejamento familiar bem definidas. O coeficiente de natalidade entre fins do século passado e início deste século baixou 50% em média nesses países.

Em 1952 na Índia, primeiro país subdesenvolvido a adotar uma política nacional de planejamento familiar, em Bombaim, aconteceu a III Conferência Internacional de Planejamento Familiar, estavam presentes representantes de 40 países e se fundou a Federação Internacional de Planejamento Familiar, que tinha sede em Londres. Os objetivos desta Federação atualmente são:

- Convencer as pessoas a adotarem um modo de vida que inclua o planejamento familiar;
- Estimular a criação de serviços de planejamento familiar que sejam controlados pelos nativos;
- Fomentar a criação de uma consciência pública sobre todos os aspectos demográficos do crescimento da população;
- Impelir os Governos a se empenharem nessas tarefas;
- Estimular o treinamento de pessoal médico e paramédico para atuar em serviços de planejamento familiar;
- Estimular a pesquisa científica apropriada nos campos da biologia, demografia, sociologia, economia, engenharia, psicologia da fertilidade humana, métodos de contracepção, subfertilidade, educação sexual e aconselhamento desses serviços.

Um fato que devemos observar é que as instituições que apoiam o planejamento familiar e as pesquisas sobre o assunto, admitem apenas o uso de métodos científicos que dependem do consumo de tecnologia médica, rejeitam técnicas que tenham sido desenvolvidas pelo empirismo. Para colocar seus serviços num país subdesenvolvido, as instituições internacionais justificam a necessidade diante das altas taxas de aborto provocado, mortalidade materna e muitas mulheres com gravidez indesejada. Tentam sensibilizar a opinião pública da necessidade e em seguida vão diretamente ao Governo do país, para que este crie uma política de planejamento familiar e que o problema se integre as metas administrativas.

Na XVIII Assembléia da Organização Mundial de Saúde, que ocorreu em maio de 1965, o problema de planificação familiar foi colocado em discussão por um grupo de 13 países. Itália e Irlanda fizeram objeções, mas o Padre Reidmaltem, representante do Vaticano, expressou sua concordância pela discussão, pois os países poderiam aproveitar esse assessoramento, desde que fosse baseado com considerações científicas objetivas.

Doze chefes de Estados, apresentaram em dezembro de 1966, Organização das Nações Unidas (ONU), uma declaração sobre a importância dos problemas de população e em 1967 representantes do governo de mais 18 países, também apresentaram declarações sobre a importância do assunto.

Essas declarações foram validadas pela Comissão de Direitos Humanos da ONU nos seguintes termos:

"A Comissão de Direitos Humanos observa que o rápido crescimento da população em algumas regiões do mundo entorpece a luta contra a fome e a pobreza, e reduz as possibilidades de obter adequadas condições de vida, dificultando a realização dos Direitos Humanos".

"Reconhece que os casais têm um direito humano básico de decidirem livre e responsabilmente sobre o número e espaçamentos de seus filhos, e o direito a uma educação e informação adequadas neste sentido. Urge que os membros das Nações unidas prestem a devida atenção às implicações do exercício desse direito humano".

Com isso, proclama-se oficialmente o Planejamento Familiar como Direito Humano Básico.

Na América Latina e no Brasil, no início da década de 60 é que emergiram preocupações com a "explosão demográfica" a nível governamental.

### 1.3. A Reprodução Humana no Brasil.

No Brasil até algumas décadas atrás havia uma política natalista devido ao contexto sócio-econômico da época, pois a economia era basicamente agrícola e toda a família trabalhava na agricultura, por isso quanto maior a família maior mão-de-obra para o trabalho. Com a urbanização da sociedade brasileira e a industrialização é que houve uma preocupação com o planejamento familiar. Mas a posição oficial do Governo pré-64 foi a de recusar qualquer preocupação quanto a política demográfica. Ao invés disto, o Plano Trienal do Governo de João Goulart enfatizou: melhorias das condições de vida, elevação da renda nacional, distribuição da riqueza, pesquisa educacional, ações de saúde pública, infra-estrutura básica e a pesquisa tecnológica.

Não houve nenhuma proposta institucional referente ao planejamento familiar neste período, surgiram apenas pequenos grupos de médicos e religiosos incentivados pelo capital estrangeiro, para exercerem "missões" junto as camadas de baixa renda. A iniciativa desses grupos foram de caráter filantrópico assistencial.

A partir de 64, com o golpe militar, aconteceram grandes transformações na sociedade brasileira. O plano econômico tendeu a concentração de renda, as condições de vida da população foram sacrificadas. A doutrina da Segurança Nacional adotada pelo regime militar no período 1964 - 1970, assegurou a posição natalista, pois almejava preencher os espaços vazios das regiões a serem colonizadas. //

Apesar da posição oficial pela política natalista, é neste período que ocorre a implantação e a expansão de instituições privadas relacionadas ao planejamento familiar, como foi o caso da Sociedade Civil para o Bem Estar da Família, (BEMFAM) que foi criada no final da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, no Rio de Janeiro, em novembro de 1965, quando um grupo de ginecologistas tomou consciência da necessidade de um movimento em prol do planejamento familiar, tendo em vista os dados alarmantes sobre o aborto provocado. A BEMFAM seguiu as estratégias políticas das instituições internacionais, optando desde o início por métodos anticoncepcionais reversíveis, dando prioridade à pilula, que pode ser distribuída facilmente sem a infra-estrutura de um ambulatório ou de um centro cirúrgico.

É importante salientar que estas instituições foram iniciativas privadas e que o Estado, neste período, não tomou para si o encargo de qualquer ação referente à produção de serviços de planejamento familiar.

Na segunda metade da década de 70 ressurgem os movimentos populares brasileiros, mas de uma forma fragmentada e em condição de extrema repressão à expressão política dos interesses populares. Isto dificultava a centralização dos conflitos e a intercomunicação entre os diferentes movimentos sociais. A maioria desses movimentos surgiram de forma ofensiva ao Governo de 64, isto fez com que o mesmo aumentasse a vigilância e a ação nos órgãos de segurança. Entre os movimentos populares que surgiram na década de 70, o movimento das mulheres também nasce dentro de uma perspectiva de luta por melhores condições de vida e por uma sociedade mais justa. Reivindicavam também que a maternidade e as tarefas domésticas fossem assumidas como funções sociais e que as mulheres tivessem condições objetivas de optarem entre ter ou não ter filhos, o número e o espaçamento entre eles. //

Em 1971 o Governo Médici reconhece a BEMFAM como utilidade pública federal, apesar das políticas demográficas de seu governo, persistirem nas metas e bases de preocupação natalista com o povoamento e ocupação dos espaços vazios. De forma muito restrita, nesta época foram empreendidos projetos experimentais junto às universidades em convênios com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, dando ênfase à saúde materno-infantil, sem contudo incorporarem ações de planejamento familiar, pois diziam que eram apenas aconselhamentos sobre a importância do espaçamento dos filhos, por razões de saúde e não faziam menção aos métodos anticoncepcionais.

controlis?   
 NÃO!

Em 1973 o Ministério da Saúde apresentou um Programa de Saúde Materno-Infantil voltado para a preservação desse grupo, à proteção e assistência pré-concepcional, dirigido a mulheres, juntamente com a educação em "paternidade consciente" e distri-

buição de métodos anticoncepcionais. Pela primeira vez no país um programa ministerial contemplou essas medidas, mas infelizmente não foram postas em prática. O Governo apenas incorporou um discurso mais liberal.

Em 1974 aconteceu em Bucareast a Conferência Mundial de População, na qual o representante brasileiro colocou como posição oficial do país, a seguinte política demográfica:

"A decisão da família quanto ao número de filhos, a responsabilidade do Estado em fornecer informação e meios às famílias de baixa renda, esforços no sentido de redução da mortalidade infantil; a promoção da integração de grupos 'marginais'; o equilíbrio do crescimento regional; incorporação dos espaços vazios e promoção do crescimento harmonico dos setores urbano e rural"(Canesque, 1985, p.10).

No Governo Geisel (1975 - 1979), foi definida a política demográfica como sendo do planejamento geral. O Governo proclamou o respeito a decisão do casal na fixação do número de filhos e a oportunidade de obter informação, como sendo a orientação da política demográfica.

No período de 1974 -1980 foram criados outros grupos e instituições (além da BEMFAM) privadas de prestação de cuidados materno-infantil, integrando ações de planejamento familiar, essas instituições são unânicas em afirmarem que esperavam maiores comprometimentos do estado na questão.

Em 1978, pouco antes de assumir a presidência da República, o General João Batista Figueiredo pronunciou-se à favor do planejamento familiar, "...o planejamento familiar deve ser urgentemente estudado, porque é o único caminho para a solução de uma série de problemas, especialmente a incapacidade da Previdência Social para atender satisfatoriamente uma massa de quarenta milhões de segurados. Há gente demais, é preciso conter o

aumento populacional porque não é possível crescermos assim, sem termos condições de oferecer maior conforto ao povo". (O Estado de São Paulo, dom. 22 out. 1978). No entanto ao assumir a presidência João Batista Figueiredo (1979 - 1985), no que se refere à política demográfica, deu continuidade à posição assumida pelo governo anterior, em Bucarest. Em 1980 criou o programa [PREV-Saúde, que tratava das ações referentes ao intervalo entre os nascimentos dos filhos,] à "educação para a paternidade responsável", à informação seletiva e ampla dos métodos anti-concepcionais e à revisão da legislação sobre a fecundidade, associando este conjunto de atividades médico-assistenciais a um abrangente programa materno-infantil. Preocupava-se também com o tratamento da infertilidade. Segundo este mais um programa que não saiu das gavetas ministeriais.

Em (1981) foi criado no país a (ABEPF) (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar), uma organização privada sem fins lucrativos. Esta reunia 34 entidades de planejamento familiar, contando hoje com 78 entidades associadas em 17 unidades da Federação que atendem o planejamento familiar. A organização tem por objetivo, entre outros, organizar e promover programas de iniciativa privada, sem fins lucrativos, para a prestação de serviços de planejamento familiar, em nível nacional, de acordo com um plano operacional, coordenado a nível central, que assegure sua eficiência e eficácia, mas adaptado às necessidades regionais e locais; desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, revisando a legislação e códigos de ética em vigor, e propondo modificações compatíveis. A ABEPF define-se como a maior associação no gênero na América Latina, com previsão de atendimento, através de suas associadas, de

600.000 clientes por ano.

Em 1983 o então presidente da República, João Batista Figueredo, manifestou-se preocupado com a "explosão populacional".

Na assinatura da Carta de Intenção Brasil/FMI podemos notar sua preocupação em sua Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional, em 19 de março de 1983:

"No elenco dos fatos maiores que, em nosso tempo, abalam a humanidade, estão as mudanças resultantes do crescimento populacional. A explosão demográfica ocorre sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou 50 milhões de habitantes.

Esse crescimento humano, em termos explosivos, devora, como se tem observado, o crescimento econômico agente da instabilidade, acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais, políticos, que reclamam profunda meditação. Cuida-se de tema que merece detido exame da sociedade e de seus órgãos. O amplo debate da questão, sobretudo por parte do Congresso Nacional, contribuirá para que se fixem, de modo objetivo, diretrizes fundamentais a tal respeito".

Apesar da manifestação de preocupação, em prática não se fez nada, apenas discutiram o problema, sem apresentar solução para tal.

No ano de 1984 acontece a Conferência Mundial de População no México. A delegação brasileira presidida pelo então Ministro da Saúde Waldir Arcoverde leva um documento assentado nos seguintes postulados:

10) Total soberania dos Estados nacionais na definição e implantação de suas políticas de população;

20) Grande distanciamento das posições neomalthusianas, ao afirmar que "não se pode aceitar o diagnóstico simplista que pretende fazer do crescimento demográfico a fonte dos males dos

países em desenvolvimento", nem admitir que a terapia do controle populacional seja mais uma solução mágica para os problemas da miséria, da fome e da doença, que afligem a maior parte da humanidade;

39) Que a política populacional do Brasil não contempla metas pré-fixadas para sua taxa de crescimento demográfico, mais inclui preocupações com a morbidade e mortalidade, bem como problemas decorrentes das migrações internas; //

49) Que o planejamento da prole é um direito fundamental de todo ser humano e deve decorrer de ações livres e informadas dos casais e dos indivíduos; //

59) Que este planejamento deverá ser encarado como parte integrante do atendimento público à saúde e como tal deverá ser incorporado aos serviços públicos de saúde nos vários níveis federal, estadual e municipal;

69) Que a proteção dos usuários desses serviços deverá estar assegurada pela supervisão exercida pelo poder público, através de seus órgãos competentes;

79) Que a atuação do governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está sendo programado dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher. //

Assim, no mesmo ano (1984), o Ministério da Saúde propõe um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este assume a postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas e antinatalistas e reconhece que cabe ao Estado oferecer um conjunto de serviços básicos, simplificados e regionalizados, destinados ao atendimento da população feminina, inseridos na rede pública de saúde. Apesar da criação do PAISM, o governo federal não atingiu grandes avanços nessa área, pois este programa não conseguiu tratar a questão da saúde da mulher com

profundidade devido a todas as debilidades e desencontros do sistema de saúde como um todo. Uma das principais dificuldades do programa é o fato de ter sido elaborado pelo Ministério da Saúde e sua execução estar a cargo das Secretarias Estaduais e Municipais, e as verbas para o mesmo estarem na dependência do Ministério da Previdência e Assistência Social. O PAISM tem como pontos básicos, o seguinte:

\* Assistência Pré-Natal

\* Assistência ao Parto e Puerpério

- Parto Institucional;
- Parto Domiciliar/Parteiras Tradicionais;
- Assistência ao Recém-Nascido;
- Alojamento Conjunto.

\* Assistência Clínico-Ginecológica

- Planejamento Familiar: - Concepção
  - Contracepção
- Prevenção do Câncer Cérvico, Uterino e Mamário;
- Tratamento das Patologias Ginecológicas - DST e AIDS;
- Assistência a Mulher Menopausada

Em 1985 o país passa por um momento de democratização, pois ocorrem eleições presidenciais, ainda que o povo não vote diretamente, houve todo um movimento pelas "diretas já", e um civil (Tancredo Neves), ganha as eleições, mas falece antes de tomar posse e seu Vice (José Sarney), assume a presidência; começa então no país a chamada "Nova República". A Nova República estabeleceu, em seu governo, a prioridade às áreas so-

ciais (seu slogan: Tudo pelo Social), com o objetivo de que o desenvolvimento social fosse equivalente ao econômico, expressando, dessa forma, a pretensão de grandes mudanças em direção à democracia.

A diretriz norteadora do setor da saúde é o reconhecimento de que a assistência à saúde é um direito inalienável de todo o cidadão brasileiro, sendo dever do Estado assegurá-lo, o que não corre na prática.

O Ministério da Saúde, cria para dar assistência à mulher, as estratégias denominadas "Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Mulher". Dentro destas ações básicas está o programa de "Assistência ao Planejamento familiar", cujo pressuposto básico é o de que "todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduo ou casais". Cabe ao programa, ou seja, aos serviços de saúde, dar assistência tanto as pessoas que desejam ter filhos (concepção), quanto àquelas que desejam evitar uma gravidez (contracepção).

Este programa foi colocado em prática, embora precariamente e com grandes dificuldades, pois os profissionais da Saúde alegam ineficiência devido a falta de recursos financeiros, e recursos humanos especializados, pois como a crise do país, a saúde encontra-se num verdadeiro caos, onde encontramos hospitais funcionando precariamente, funcionários trabalhando descontentes com seus salários e pacientes sendo atendidos em condições subumanas. Sabemos que os problemas são antigos. A crise do setor da saúde desenha-se com bastante nitidez no final da década de 70, tomando proporções mais graves a partir de 1981, quando o enorme déficit da previdência social exige medidas urgentes do Governo Federal.

Segundo Navarro (1986, p. 75-6) a crise da saúde, permite-nos dois diagnósticos distintos que podem ser assim resumidos:

19) A crise do setor de saúde tem raízes estruturais no modelo de desenvolvimento econômico, que privilegia os interesses do capital em detrimento dos interesses do trabalho. As políticas e o sistema público de saúde refletem esse modelo ao enfatizar uma assistência médica de caráter curativo e individual e que beneficia os interesses privados na rede hospitalar controlada e a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-cirúrgicos, sacrificando a atenção para uma política preventiva na área da saúde, voltada para a "massa" da população.

20) Esta crise na saúde, é também uma consequência do "agigantamento do Estado", que gasta excessivamente e acumula enormes déficits ao longo dos anos. A Previdência Social é expressão desse superdimensionamento da intervenção do Estado, que entra em áreas cuja exploração poderia ser entregue à iniciativa privada e que tem despesas superiores às receitas.

Apesar da Constituição Brasileira de 1988, no seu parágrafo 196, atribuir ao Estado o dever de garantir o direito dos brasileiros à saúde, a medicina brasileira não é estatal, mas predominantemente privada, pois "dos 7.000 hospitais existentes no país, 5.000 são propriedade particulares e orientadas pelas leis do mercado". (Gaspari, 1993, p. 47).

Esta privatização do setor da saúde brasileira torna cada vez mais difícil o acesso da população carente à saúde, pois a deficiência dos serviços públicos faz com que cada vez mais as pessoas fujam da medicina "gratuita" e abriguem-se em seguros-saúde e planos de assistência, mas à população que não consegue pagar esses seguros-saúde resta a ineficiência do setor público. Segundo Laerte Vaz de Mello, "Esse sistema está caminhando

para uma situação na qual o pobre que se dane, porque vamos cuidar de um Brasil com 30 milhões de habitantes. (in Veja, ago. 1993).

Para acabarmos com o abismo existente entre o país legal, que se deseja e o país real, que se vive, é necessária uma ação política consciente mobilizadora de promoção da qualidade de vida para todos, e não qualidade de vida para uma pequena parcela da população brasileira como acontece.

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 traz também em seu artigo 226 - "A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. Paragrafo 7º - fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

Apesar de ser um direito constitucional o planejamento familiar ainda é tratado com grande descaso por parte das autoridades do nosso país, o que vemos em nossa sociedade é a ausência da aplicação das leis e dos programas de saúde que iriam beneficiar o povo, pois até hoje a anticoncepção não faz parte efetivamente dos serviços públicos de saúde, apesar de terem tornado público vários programas desde 1976.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 vários Projetos de Lei que visam ampliar ou favorecer o planejamento familiar têm sido vetado ou restringidos no Congresso Nacional, como foi o caso do Projeto de nº 1967/91 apresentado pelo deputado federal João Mendes (PTB-RJ), que "Determina que os Centros Integrados de Assistência à criança CIACS ofereçam cursos de planejamento familiar", que foi vetado sob a alegação de que

planejamento familiar é assunto de saúde e não de educação, revelando assim, o modo como é tratada a política social no Brasil, com propostas desarticuladas e setorializadas, dificultando ações conjuntas que reverteriam em benefícios para população.

O deputado federal Eduardo Jorge (PT-SP) e mais seis parlamentares elaboraram e apresentaram no Congresso Nacional o projeto de lei de nº 209/1991, que estabelece normas e condições para o exercício dos direitos referentes à saúde reprodutiva e coíbe o atual processo de esterilização indiscriminada da população brasileira e determina outras providências; este projeto também foi vetado pois, os parlamentares alegaram que apesar de propor a regulamentação do planejamento familiar, garantido na Constituição Federal, o projeto terminava por restringi-lo. Mas a deputada federal Fátima Pelaes (PFL/AP) apresenta um projeto de lei substituto ao de Eduardo Jorge, e este é aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal. Segundo entidades que defendem o planejamento familiar este projeto apresenta inúmeros contra-sensos e cria empecilhos desnecessários e irreais ao planejamento familiar no país, como no parágrafo único do artigo 2º quando diz: "É proibida a utilização das ações a que se refere ao caput para qualquer tipo de controle demográfico", ora todo planejamento familiar vai repercutir no ritmo do crescimento e do tamanho da população, seja a favor ou contra a natalidade.

Outra forma de restringir o planejamento familiar é quando a autora do projeto diz no artigo 7º: "É vedada a participação de empresas, instituições e organismos internacionais ou capitais estrangeiros na assistência ao planejamento familiar", como não aceitarmos ajuda de capital estrangeiro de entidades de renome em ações de planejamento familiar, quando sabemos que em

nosso país não contamos com os recursos mínimos necessários. Os membros da ABEPF dizem:

"Se a deputada quer tamanha independência em relação a financiamentos do exterior, deveria proibir tanta coisa: recursos às centrais sindicais, aos partidos políticos, à CNBB etc. Qual é a lógica que aceita esta ajuda para os meninos de rua, mas não a tolera para o planejamento familiar?". (PLANEJAMENTO AGORA, Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar. São Paulo: ano IX, nº 240, out. 1993. pág.4).

Como esses a deputada comete mais vários contra-sensos ao longo dos 25 artigos e não consegue definir as normas gerais do planejamento familiar no país, pois no parágrafo único do artigo 6º isto fica claro quando diz: "Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as **normas gerais** do planejamento familiar" (grifos nossos).

Outros projetos de lei são arquivados ou adulterados e perdem seu sentido original como foi o caso do projeto de lei (211-D/91) que incorporava o planejamento familiar às ações do Sistema Único de Saúde - SUS, e que foi adulterado e terminou por proibir o convênio das prefeituras municipais e do SUS com as entidades privadas de Planejamento Familiar; e do nº 667/91 que regulamentava a distribuição gratuita de pílulas anticoncepcionais, e que foi criticado e arquivado. Diante disto o que observamos é a falta de vontade política de alguns e a insensatez de muitos detentores do poder, diante do problema do planejamento familiar no Brasil, pois vetam projetos de lei que se fossem postos em prática melhorariam muito a situação da população e do país, e aprovam outros que não trazem benefícios à população.

No paragrafo 54 do Relatório do Brasil para a Conferência

Internacional sobre "População e Desenvolvimento", datado de dezembro de 1993, o nosso país defende o planejamento familiar como meio para alcançar maior igualdade social:

" O eixo que relaciona população e eqüidade implica considerações nos âmbitos dos direitos humanos e da cidadania, bem como um esforço para combater diferenciais acentuados nas condições de morbi-mortalidade e do acesso de mulheres de distintos grupos sociais à informação e aos meios de planejamento familiar".

No dia 14 de dezembro de 1993 o plenário do senado aprovou por unanimidade o projeto lei da senadora Eva Blay (PSDB-SP), regulamentando o planejamento familiar como direito constitucional. Este determina que é dever do Estado fornecer métodos, meios e informações sobre concepção e anticoncepção. Permite a laqueadura e a vasectomia desde que aos interessados sejam fornecidas informações sobre a difícil reversibilidade destes métodos. O referido projeto se encontra na Comissão de Seguridade Social e Família sob o nº 4377/1993, aguardando a aprovação da Câmara Federal.

O que fica difícil de entender é que diante da situação em que se encontra o nosso país, onde a fome, a miséria, o número de mortes de mulheres por abortos provocados, etc, vêm aumentando assustadoramente, as nossas autoridades continuam apenas com seus discursos demagógicos, enquanto na prática nada se faz. Os projetos de lei que apresentam soluções para reverter o quadro atual são barrados ou engavetados, devido à má vontade política e a burocracia que reinam em nosso país, mas quando a lei é para beneficiá-los, ela é aprovada rapidamente e defendida em cadeia nacional.

Esta ausência de reconhecimento oficial da contracepção contrasta com a prática da população, que decididamente, resol-

veu não mais esperar por medidas governamentais para reduzir o tamanho de suas famílias. De maneira progressiva tem adotado diversas formas de regulamentação da fecundidade. Por isso entendemos que a atitude do Estado de ignorar a contracepção, não foi obstáculo para que a mulher brasileira regulasse, e até limitasse, a sua fecundidade. Isto foi e é um obstáculo, para que ela pudesse escolher livremente qual o método que melhor se adapta a cada uma das circunstâncias da sua vida, obrigando-a a aceitar aos poucas opções disponíveis, por mais erradas e inadequadas que elas fossem, uma atitude nada democrática por parte do Estado, pois entendemos que numa sociedade que se diz democrática todos os programas devem passar por dois princípios básicos que são: o direito à informação e o direito à igualdade.

#### 1.4. Uma Análise Crítica da Contracepção no Brasil.

Na ausência de uma política governamental sobre reprodução e portanto, ausência de oferta e de educação de serviços de anticoncepção pelo sistema oficial de saúde, a contracepção constituiu-se em apenas um artigo a mais no mercado de consumo, fazendo com que a eleição dos métodos anticoncepcionais, seja feita não de acordo com os critérios da melhor indicação dos mesmos, mas sim pela capacidade de pagamento de quem consome e as possibilidades de lucro de quem oferece o método. As mulheres decididas a limitar sua família executam um planejamento familiar irracional, de forma aleatória, assistemática e desor-

denada, utilizam meios que muitas vezes trazem consigo sérias conseqüências, pois, são utilizados sem as devidas precauções e informações.

Ao observamos a taxa de fecundidade do nosso país veremos que ela apresenta uma progressiva queda a partir de 1940, diminui de 6,16 o número médio de filhos no Brasil para 2,70 atualmente, como podemos observar na tabela abaixo:

ANO	TAXA DE FECUNDIDADE
1940	6,16
1960	6,28
1950	6,21
1970	5,75
1980	4,35
1991	2,70

*Fonte: IBGE, Anuário estatístico, 1992 e 1993.*

Mas sabemos que essa queda não se deve a programas governamentais nas áreas da saúde ou da educação. A queda da taxa de fecundidade faz com que aumente as divergências a respeito do tema em questão, pois há economistas, demógrafos, sociólogos, médicos, etc, que defendem a idéia de que o nível do bem-estar de uma população depende de seu tamanho e de seu ritmo de crescimento, por isso são a favor do planejamento familiar e das baixas taxas de natalidade. Como diz o economista e ex-ministro da fazenda (1954-55) Eugênio Gudim: (1984, p.23)

"Cada governo deve orientar as famílias de seu país para que decidam quantos filhos podem ter e como podem ser educados. Não haverá possibilidade de planejamento econômico e social se as repercussões do crescimento populacional descontrolado não forem compreendidas e combatidas".

Por outro lado existem estudiosos que elaboram suas teorias baseadas no aumento da taxa de natalidade, pois, partem do princípio de que quanto maior a população, maior será o número de mão-de-obra, fazendo com que os países se desenvolvam rapidamente. O genicologista e profº da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Victor Assis Pacheco, (1984), diz que: "O Brasil, pela sua vastidão, pela sua densidade populacional, precisa continuar a explodir demograficamente, para que possa se desenvolver". Para o demógrafo Georgi Martini o planejamento familiar é:

"... um direito humano básico: o de separar sexualidade de procriação e de planejar a prole de acordo com as condições e aspirações de cada um. Muito precisa ser feito para humanizar as práticas de planejamento familiar em uso no Brasil. Porém não se deve imaginar que isso eliminará a pobreza. O contingente de pessoas que passou a fazer um planejamento de sua prole nos últimos 20 anos é enorme; entretanto, dois terços da população brasileira continuam vivendo na pobreza". (in Ciência Hoje; vol. 9, n. 54, jun/1989).

Na ótica do movimento feminista, planejar a família é um direito de qualquer cidadão, e sobretudo das mulheres, sobre as

quais recaem não só as alegrias, mas também o ônus da maternidade, como por exemplo: o desgaste orgânico, emocional, o ônus político-econômico, etc. O movimento feminista concorda com o planejamento familiar e não com o controle de natalidade, pois, o planejamento familiar inclui um acompanhamento médico dos casos e é precedido pela informação, cabendo a decisão de evitar a gravidez a própria mulher, bem como a escolha do método a ser adotado. Já o controle de natalidade é uma política imposta pelo Estado, praticado muitas vezes à revelia da mulher. Devemos não nos deixar enganar quando esses termos são empregados, pois, muitas vezes por trás de uma política que se fala em planejamento familiar, há uma imposição autoritária, não esclarecedora e muito menos conscientizadora e muitas vezes coercitiva.

O que médicos, demógrafos, cientistas políticos, economistas, feministas, etc, concordam é que o fato da taxa de natalidade ter tido uma queda nas últimas décadas, sem haver uma política de planejamento familiar, se devem a muitos fatores que vem causando sérios problemas para a sociedade e principalmente para a saúde da população feminina do nosso país. Entre esses fatores podemos citar o uso indiscriminado de pílulas anticoncepcionais, como nos mostra pesquisas entre as mulheres da região de São Paulo, feita pelo Instituto da Mulher (Unicamp), onde 41% das mulheres utilizam-se de pílulas anticoncepcionais, enquanto se olharmos a porcentagem de mulheres de países desenvolvidos que possuem programas de planejamento familiar veremos que 13% utilizam este método, pois conhecem outros métodos e podem optar lucidamente pelo melhor para o seu organismo. Outro fator, é o alarmante aumento do índice de esterilização em todo país sem as devidas orientações e esclarecimentos sobre a sua

difícil reversibilidade. Este método já atinge 14 milhões das 32,8 milhões de mulheres brasileiras que recorrem a algum tipo de anticoncepcional, enquanto nos países desenvolvidos apenas 7% das mulheres recorrem a este método. É importante lembrar que tais operações têm sido incentivadas e facilitadas em clínicas médicas em todo o Brasil, além de estarem incluídas em muitos "programas" públicos. O aborto provocado, embora seja proibido por lei no Brasil, é uma forma de anticoncepção muito usada pelas mulheres brasileiras. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 4 milhões de abortos são feitos por ano no Brasil, mas lembra que este número pode ficar aquém da realidade, este trás consigo graves conseqüências, como trinta e nove internações por hora: "...Segundo estatísticas oficiais, foram registradas, no ano passado (1991), 341.911 internações hospitalares de vítimas de aborto - 950 mulheres por dia. São 39 por hora e qual a reação do país? Um estúpido e criminoso silêncio" (DIMENSTEIN, Gilberto, Folha de São Paulo. 04/11/90). Lembramos ainda que muitas dessas mulheres morrem em consequência de abortos ilegais feitos sob condições insalubres e inseguras.

Segundo estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), são provocados cerca de 3,4 milhões de aborto por ano na América Latina e as complicações pós-aborto são responsáveis por 30% das mortes entre mulheres que engravidam. Observamos que mesmo sabendo destes dados alarmantes e do negócio lucrativo que o aborto se tornou para seus agentes, o País prefere ignorar o problema.

Uma das principais instituições que exerce pressão contra uma política oficial de reprodução no Brasil é a igreja católica, pois esta se posiciona contra a contracepção por métodos

considerados "não naturais", contra a legalização do aborto, condena o adultério, o homossexualismo, o sexo pré-marital. Esta posição foi reafirmada na última encíclica "Veritatis Splendor" divulgado em 1993 pelo Papa João Paulo II. A igreja hoje não exerce influência direta na população, pois, mulheres católicas continuam regulando sua capacidade reprodutiva pelos meios que estão ao seu alcance. A população não mudou suas práticas nas áreas da sexualidade e da reprodução, ela exerce pressões influenciando o Estado, utilizando seu poder social, influenciando nos meios de comunicação e atuando com seu "lobby" junto aos parlamentares, o que dificulta a aprovação de muitos projetos de lei a favor do planejamento familiar. Diante desta situação vemos como no Brasil, a Igreja Católica ainda não se separou do Estado, exercendo grande influência na tomada de decisão da elite dirigente quando se fala em planejamento familiar, pois percebemos que essa elite não quer desagradar a Igreja Católica. Com isso quem sofre é a população, principalmente classe trabalhadora, porque é esta classe trabalhadora que não tem acesso aos serviços privados de saúde e conta apenas com a precariedade e ineficiência dos serviços públicos nesta área. A prova deste medo de desagradar foi a recente nomeação da representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e irmã do cardeal arcebispo de São Paulo, dom Paulo Evaristo Arns, Dra. Zilda Arns, a coordenadora da Divisão Materno-Infantil do Ministério da Saúde, para ser a responsável pelo programa de Planejamento Familiar, Dra Zilda Arns, foi categórica em afirmar que é favorável a que todas as famílias conheçam os métodos naturais de contracepção, pois estes são os únicos permitidos pela igreja católica. A igreja condena o uso do DIU, do diafragma, da camisinha e das pílulas anticoncepcio-

nais. Ora, como incentivar o uso de métodos naturais (tabelinha, coito interrompido), se estes métodos são trabalhosos e exigem um perfeito auto-conhecimento do funcionamento do corpo, quando a maioria das mulheres não conhecem seu corpo e não tem acesso a informações sobre tal? Como incentivar o uso de método comprovados 50% ineficazes (tabelinha, coito interrompido, etc) e proibir métodos eficazes como a pílula que tem 2% de falha e a camisinha em torno de 8%? Assim concluímos que essa nomeação é uma ameaça para qualquer programa de planejamento familiar.

É chegada a hora de nossos dirigentes tomarem consciência da gravidade do problema e enfrentá-lo corajosamente independente de valores políticos ou religiosos, pois, acreditamos que o planejamento familiar deva passar por uma política econômica que valorize o trabalho, a saúde da mulher e da criança, por uma reforma agrária que contemple realmente os trabalhadores rurais, melhores condições de vida e pela participação do povo nas decisões, pois o que vemos com freqüência é um "planejamento familiar" reduzido à sua dimensão anticonceptiva. Mas, limitá-lo a seu aspecto anticonceptivo é destituir-lhe de seu caráter humano e na busca da cidadania. Entendemos que só se consegue planejar a família que queremos, se soubermos como funciona o nosso corpo e se soubermos os meios anticoncepcionais existentes e como eles devem ser usados. Daí a necessidade de um serviço que vise a saúde integral da mulher.

O planejamento familiar é um direito de todos os cidadãos, não devendo visar apenas as famílias pobres, e sim facilitar a vida de todos os casais que optarem pela paternidade responsável, entendendo-se por responsabilidade a obrigação que têm os progenitores para com a sociedade e para com a geração e dando a condições de sobrevivência e educação, como seres que possam

vir a contribuir para a vida da sociedade, não se tornando dela apenas dependentes. Mas para que haja esse planejamento é necessário que as pessoas tenham acesso à informação a nível de igualdade para que sejam reafirmados seus direitos e sua cidadania.

Acreditamos que a ausência de uma política em prol de um planejamento familiar é também a causadora do alto número de meninos de rua, cerca de 7 milhões em todo o país, a gravidez na adolescência, a marginalidade, a violência, a prostituição infanto-juvenil, pois a falta de recursos, a miséria das famílias, geram toda esta desagregação. É óbvio que o planejamento familiar por si só não irá acabar com a situação de fome e miséria existente no País e que uma política de reprodução não vai resolver todos os problemas sociais, pois muitas mulheres que já controlam sua prole continuam analfabetas, submissas aos maridos e patrões, desnutridas, desdentadas, vivendo mal, alienadas, exploradas, enfim continuam vivendo miseravelmente, pois, entendemos que simultaneamente, deve-se tratar de outras situações como uma justa distribuição de renda, melhores salários, saneamento básico, melhora dos sistemas de saúde e educação do país. Não podemos mais é continuar apenas denunciando a pobreza e a miséria, as irregularidades. É preciso apresentarmos propostas imediatas e plausíveis, oriundas da organização da sociedade civil através, de suas diferentes formas de expressão. O planejamento familiar faz parte destas propostas, como diz o último relatório da Unicef:

"... O planejamento familiar é uma das contribuições mais importantes para o desenvolvimento social e econômico; reduz o número de mortes maternas; reduz as taxas de mortalidade de menores de cinco anos; aumenta a saúde nutricional, tanto da mulher, quanto da criança; permite que a mulher tenha saúde melhor; maior disponibilidade de tempo e maiores oportunidades; exerce um impacto positivo sobre os cuidados e a educação da criança; e reduz o ritmo de crescimento populacional. E embora haja uma demanda considerável ainda não atendida, a ampliação do planejamento familiar constitui uma das contribuições mais significativas para o bem-estar da humanidade durante os últimos anos". (Situação Mundial da Infância - 1994, p. 9).

CAPITULO II

UM ESTUDO SOBRE "PLANEJAMENTO FAMILIAR"  
NO HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSÉ DR. HOMERO DE  
MIRANDA GOMES

## 2.1. Apresentando o Cenário: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.

O Hospital Regional de São José foi construído durante os anos de 1982-86, no bairro Praia Comprida no município de São José (grande Florianópolis). Dispõe de uma área construída de 20.264,06 m<sup>2</sup> é munido de equipamentos sofisticados, o que caracteriza-o como um dos mais modernos hospitais do Estado de Santa Catarina. Sua construção fez-se necessária devido as dificuldades apresentada pela Maternidade Carmela Dutra e pelo Hospital Celso Ramos, em atenderem demandas maiores que suas capacidades.

A inauguração ocorreu no dia 25/02/87 sob a direção do Sr. Isaac Lobato Filho e foi aberto ao público no dia 01/03/87 com apenas 36 leitos na obstetrícia, única unidade apta a atender o público, que funcionou sozinha até o dia 30/11/87 quando foi inaugurada a cardiologia, embora sendo uma unidade distinta, pois é representada pelo Instituto Cardiológico, funciona como parte integrante deste hospital

Atualmente o hospital conta com as seguintes unidades: - Emergência Geral, Ambulatório Geral, Triagem Obstétrica, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI, Oftalmologia, Cardiologia (embora, possua administração própria), Berçário e Maternidade.

Subordinado à Secretaria Estadual da Saúde o Hospital Regional de São José é uma entidade pública de direito privado, que atende a todas as camadas sociais da população como: previdenciários, conveniados, particulares, carentes sem recursos, etc.

A maioria da clientela atendida no Hospital é de situação sócio-econômica precária e apresenta doenças sócio-patias, ou seja, doenças adquiridas por consequência das péssimas condições de moradia, desnutrição, desemprego ou subemprego, falta de saneamento básico, falta de conhecimentos básicos quanto aos hábitos de saúde, etc. Características estas de quase 40 milhões da população brasileira que, segundo estatísticas atuais, sobrevivem com um salário mínimo de 35 dólares ou são desempregados que não possuem qualquer renda.

Ao observarmos que a base da nossa realidade está fundamentada numa sociedade cujo modo de produção é capitalista, o que produz grandes desigualdades no País e que este passa por uma grande crise econômica e social, onde as decisões são impostas quase que totalmente pelo controle multinacional, vemos que tudo isso reflete na organização social e conseqüentemente na questão da saúde, que passa por uma grande crise, onde os recursos financeiros são cada vez mais escassos, não há financiamento, e cada vez mais o setor público dá espaço ao privado, tornando a assistência à saúde, um mercado lucrativo ao capitalismo.

No Hospital Regional de São José a situação não é diferente, já que a atenção à saúde está vinculada a esta conjuntura. As repercussões são extremamente negativas, pois em nossa sociedade o hospital torna-se o principal meio (talvez o único) que a população possui para atender o mínimo de suas necessidades referentes à saúde.

A política de saúde brasileira que é executada nas instituições médicas, se restringe ao modelo que enfatiza a assistência médica de caráter curativo e individual, como se a saúde da população dependesse exclusivamente da prestação de serviços

médicos e medicamentos. Assim o hospital que deveria estar voltado à pesquisa, ensino e principalmente para os serviços de saúde, restringe-se a atender apenas a assistência médica na situação de doença, não desenvolvendo uma medicina preventiva e, conseqüentemente, não atendendo às necessidades sociais predominantes, como nos coloca , PINOTTI (1984, p.20):

"Cuida assim o governo da conseqüência e não da causa (...) converte o sistema de saúde num imenso pronto-socorro (...) convertendo definitivamente hospitais e serviços especializados na porta de entrada do sistema, quando, em realidade, deveriam ser a sua referência".

Numa instituição hospitalar a prática do assistente social depende da prática dos médicos e dos outros profissionais da saúde, não se conseguindo desenvolver um trabalho isolado, havendo a necessidade de uma equipe interdisciplinar. Para isso é necessário que os médicos não restrinjam o tratamento apenas à assistência à doença, mas que levem em conta as questões sócio-econômica-culturais, pois se a prática do médico não foi sob esta ótica, a prática da assistente social limita-se a encaminhar à população usuária a outros recursos assistenciais e a triagem sócio-econômica.

Implantado com a inauguração do Hospital Regional o Serviço Social contava com apenas uma assistente social, e tinha como objetivo oferecer um atendimento que fosse de encontro com as reais necessidades da população usuária. No mesmo ano entraram mais 6 assistentes sociais. Como funcionava apenas a obstetrícia no hospital, todas atendiam ali, com o sistema de divisão de leitos. A medida que iam sendo ativadas as alas as profissionais dividiram-se nestas diversas unidades e foram criando seus programas de ação. Hoje o hospital conta com 4 assis-

tentes sociais que atuam nas diversas unidades e com 4 estagiárias de Serviço Social. O Serviço Social elaborou vários programas assistenciais voltado ao atendimento a pacientes de algumas unidades do Hospital. Estes atendimentos estendem-se também ao contexto familiar e comunitário do paciente, pois entendem que paciente, família e contexto social, têm ligação direta com a situação da doença. São programas do Serviço Social do Hospital Regional de São José:

- Programa de atendimento em nível de plantão: feito na sala do Serviço Social, não possui clientela fixa, pois atende às várias unidades do Hospital. Este atendimento é feito pela assistente social de plantão (escala diária) e pelas estagiárias. Os objetivos do mesmo são esclarecer as dúvidas do usuário quanto às normas institucionais (alta hospitalar, internação hospitalar, etc), prestar assistência como: passe de ônibus, medicamentos, empréstimo de muletas e colchão d'água, orientar quanto as providências em caso de óbitos, etc.

- Programa de atendimento multiprofissional aos pacientes diabéticos do Hospital Regional - Este conta com uma equipe multiprofissional na qual uma Assistente Social e uma estagiária de Serviço Social, tem como objetivo estabelecer um atendimento em caráter de apoio educativo, em nível ambulatorial e também em nível grupal ao paciente diabético.

- Programa de atendimento ao servidores do Hospital Regional: uma assistente social é responsável por este programa, que tem como objetivos: atender os servidores que apresentam problemas psico-sociais, atuar junto ao serviço de medicina e se-

gurança do trabalho; realizar visitas domiciliares para conhecer um pouco mais a situação familiar dos servidores e detectar problemas que possam interferir no seu trabalho.

- Programa de Assistência Domiciliar ao paciente crônico: tem como objetivo geral descentralizar o tratamento de doentes crônicos do âmbito hospitalar e proporcionar ao paciente a oportunidade de atendimento e acompanhamento profissional em domicílio, tendo em vista reduzir as reinternações. Conta com uma equipe multiprofissional, da qual uma assistente social faz parte.

- Programa de atendimentos gerais às usuárias da maternidade: os objetivos do programa são:

- Dialogar com as mães, tentando aliviar possíveis tensões e ansiedades decorrentes da gravidez do parto e do puerpério.

- Esclarecer a paciente e seus familiares sobre a necessidade de estabelecer um vínculo previdenciário, mostrando os benefícios que o mesmo trará aos membros da família; X

- Informar sobre os recursos da comunidade e proceder o encaminhamento a eles quando for o caso;

- Promover a maior integração possível entre a equipe técnica para que a paciente seja atendida em seus aspectos bio-psico-sociais;

- Orientar quanto às providências a serem tomadas nos casos de internação ou óbito do bebê;

- Orientar quanto aos procedimentos de adoção/doação;

- Dar condições às mães dos recém-nascidos internados para que venham ao hospital amamentar e acompanhar o desenvolvimento do bebê;

- Orientar as mães quanto aos cuidados com a própria saúde e de seus bebês.

O atendimento é feito de forma individual através de entrevistas feitas pela assistente social ou grupal, através de palestras realizadas semanalmente na maternidade, para pacientes nela internados. Essas palestras são ministradas por uma enfermeira e uma assistente social que atende a unidade.

Iniciamos nosso estágio no Hospital Regional de São José, mais precisamente na maternidade do mesmo, em outubro de 1992. Nesse primeiro semestre nosso objetivo era, principalmente, conhecer a realidade, o cotidiano da instituição e do Serviço Social da mesma, pois só podemos intervir numa realidade se a conhecermos. Como já dissemos, a obstetrícia foi a primeira unidade a atender o público no hospital. Inicialmente funcionava com 36 leitos, a triagem obstétrica, o centro obstétrico, berçário, centro cirúrgico, banco de leite e todos os serviços de atendimento materno-infantil. Hoje localiza-se no 4º (quarto) andar do hospital, conta com 53 leitos destinados a obstetrícia e 11 leitos para a cirúrgica ginecológica. Com a finalidade de prestar assistência médico hospitalar a qualquer cidadão, independente de sua condição sócio-econômica, atende em média 500 pacientes por mês, sendo que a maioria pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atende, também, através de diversos convênios de saúde como: Unimed, Telesc, Marinha, Banespa, Fundo Estadual de Saúde, etc.

Os quartos da obstetrícia, possuem dois ou três leitos e alojamento coletivo, onde os recém-nascidos ficam sob os cuidados das próprias mães, com o auxílio da equipe de enfermagem. As instalações físicas da obstetrícia são adequadas ao atendimento, em perfeito estado de higiene, boa alimentação

e segundo os usuários um bom atendimento por parte da equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Em geral, os usuários da obstetrícia do Hospital Regional constituem, em sua maioria, de mulheres com situação sócio-econômica precária, com um baixo nível de instrução que desconhecem seus direitos enquanto cidadãs. A maioria não desenvolvem atividades remuneradas, sendo dependentes de seus companheiros.

Durante nosso processo de conhecimento da instituição e da atuação do Serviço Social acompanhávamos os trabalhos realizados pela assistente social responsável pela unidade de obstetrícia.

Passada essa fase de observação e conhecimento começamos a desenvolver as atividades contidas no programa de atendimentos gerais às usuárias da maternidade, como já havíamos colocado. Atendíamos as pacientes individualmente em seus leitos e duas vezes por semana realizávamos com uma enfermeira palestras às pacientes internadas na maternidade. Nestas palestras eram tratados pela enfermeira os seguintes assuntos:

- cuidados com o recém-nascido (coto umbilical, troca de fraldas, assaduras, banho, vacinação, banho de sol, coloração da pele, etc);

- Cuidados gerais com a mulher no puerpério: (medidas de higiene, atividades físicas e sexuais, consulta médica).

- Orientação sobre amamentação (como evitar fissuras no mamilo, evitar o endurecimento do leite).

- Alimentação do bebê e da mãe.

Cabia ao serviço social o seguinte:

- Falar sobre os direitos dos pais (licença gestante e paternidade, o direito de descansos especiais durante a jornada de trabalho para amamentar o bebê, o auxílio-natalidade) e como proceder para alcançá-los;

- Ressaltar a importância do teste do pezinho, onde realizá-lo gratuitamente;

- A importância do registro de nascimento, onde fazê-lo, quais os documentos necessários e qual o valor à pagar. Quando as mães não tinham condições financeiras para pagar o registro encaminhávamos as mesmas ao cartório com a solicitação de isenção da taxa;

- Fazer a distribuição de cartilhas (anexos 1) sobre planejamento familiar e orientávamos as pacientes à procurarem um ginecologista para orientá-los sobre a anticoncepção ou para o programa de planejamento familiar no INSS, uma vez que o Hospital Regional não possui este serviço; *Serrado*

- Ao serviço social cabia também falar sobre os aspectos psicológicos importantes no desenvolvimento e formação da personalidade do bebê, uma vez que não contávamos com psicólogos atuando na maternidade. Assim falávamos para as mães da importância do aleitamento natural, pois este além de nutritivo estabelece uma maior relação mãe-filho;

- Conscientizar que as relações afetivas são a base para o desenvolvimento psicológico e emocional da criança, pois, nós não nascemos prontos, nós nos fazemos de acordo com o ambiente que vivemos;

- Mostrar que a personalidade se forma nos primeiros 3 anos de vida, por isso a importância da criança se sentir amada, estimulada à desenvolver sua força vital inata, etc.

Durante os últimos meses (2º semestre de 1993) em que estávamos estagiando, estas palestras foram suspensas devido a incompatibilidade de horário da equipe (enfermeira e assistente social (estagiária)).

Muitos recém-nascidos ficavam internados, após a mãe receber alta hospitalar, por apresentarem baixo peso, problemas respiratórios, icterícia, etc, e o serviço social era o responsável em orientar as mães (família) sobre sua importância no acompanhamento do tratamento da criança. Muitas famílias não querem se envolver no tratamento, não se interessam, abandonam seus parentes dentro do hospital, o que caracterizamos como rejeição familiar. Cabe ao serviço social estudar e identificar cada caso e tomar as providências, como: dar passes de ônibus para a mãe ou pai, para visitarem as crianças caso seja constatada a falta de recurso financeiro, providenciar refeição para a mãe caso ela esteja amamentando o bebê internado e tenha que permanecer várias horas no hospital, etc. No caso de rejeição familiar entrávamos em contato (telefone) com a família, caso esta não aparecesse, fazíamos visitas domiciliares para saber o que estava acontecendo e junto com a família buscamos uma solução para o problema.

Várias vezes nos deparamos com resultados de HIV, sífilis, positivos e junto com um médico ou enfermeira tivemos que dar o resultado à paciente. A nossa parte era dar apoio emocional à paciente e isto fazíamos conversando muito com a mesma ou às vezes só escutando, esclarecendo dúvidas sobre como proceder no tratamento, pois a maioria dizia que não entendia o que os médicos falavam, isto devido aos termos técnicos usados pelos mesmos. Encaminhávamos estas a exames e tratamentos, em caso de HIV, orientávamos também no sentido de procurarem o Grupo de

Apoio e Prevenção à Aids (GAPA).

Através das observações feitas no cotidiano da maternidade do Hospital Regional constatamos que a clientela atendida ali, em sua maioria, vivia uma gravidez não planejada para aquele momento e sabemos que uma gravidez indesejada traz consigo vários e sérios problemas, como: problemas de ordem financeira, problemas conjugais, problemas emocionais, etc. Constatamos também que não existe um espaçamento entre uma gravidez e outra, e isso é bastante prejudicial à saúde da mulher e também à formação do feto, grande incidência de doações de recém-nascidos, alto índice de mães adolescentes, bem como de mulheres acima de 35 anos e muitas mães solteiras, o desconhecimento dos métodos anticoncepcionais, de como usá-los suas vantagens e desvantagens, etc. Diante deste quadro sentimos uma imediata necessidade de implantar um programa de planejamento familiar no Hospital Regional de São José. Para trabalharmos com dados reais esta necessidade, elaboramos um projeto de investigação, cuja metodologia, objetivos, etc, abordaremos no item seguinte.

2.1.1. Projeto de Investigação da Prática: "As necessidades para implantação de um programa de planejamento familiar no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes".

O projeto de pesquisa foi elaborado quando estávamos na 5ª fase do curso e foi executado nas fases posteriores.

A problematização teve como eixo a questão do planejamento

familiar. Tentamos mostrar as várias discussões existentes em torno deste assunto, uma vez que o planejamento familiar apesar de ser um tema muito polêmico e complexo, ainda sofre com o descaso das autoridades e com a resistência dos órgãos conservadores da nossa sociedade, como por exemplo a igreja católica, e a ignorância sobre o assunto por parte da população. Abordamos o planejamento familiar sob a ótica das feministas, dos economistas, demógrafos, médicos, cientistas-políticos, influências culturais, etc. Falamos também das conseqüências de uma gravidez indesejada, do aborto, e das práticas irregulares que muitas mulheres adotam para regular sua fertilidade, o que na maioria das vezes aumentam o risco de adoecerem e até morrerem.

Ainda na problematização, falamos do planejamento familiar como um direito de todos os cidadãos e da situação que se encontra a política voltada à esta área no Brasil, em Santa Catarina e no Hospital Regional de São José.

Nosso objetivo geral foi:

- Conhecer a realidade sócio-econômica-cultural das pacientes internadas na maternidade do Hospital Regional de São José e o dia-a-dia das mesmas;
- Perceber os cuidados com o corpo (saúde); visitas ao ginecologista, exames preventivos;
- Perceber o nível de informação sobre pré-natal, planejamento familiar, anti-concepção, etc;
- Verificar o percentual de gestações planejadas, bem como, o percentual de mães que fizeram pré-natal e onde fizeram;
- Verificar se o companheiro participa da decisão da prática da anticoncepção;
- Perceber se a religião influi na prática da anticoncep-

ção;

- Verificar se as pacientes estão cientes de seus direitos (auxílio, benefícios, etc).

A investigação foi realizada junto as pacientes internadas na maternidade do hospital e o nosso instrumento de pesquisa foi a entrevista individual "não estruturada focalizada", sendo não estruturada porque:

"O entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão" (Lokatos, 1990, p.191).

É considerada focalizada uma entrevista que:

"Há um roteiro a tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal" (Lokatos, 1990, p.192).

As questões que nortearam as entrevistas foram:

- 1º) Você conhece métodos anticoncepcionais?Quais?
- 2º) Você usa ou usou algum método anticoncepcional? Qual e quem receitou?
- 3º) Você fez pré-natal? Onde? Se não fez, Por que?
- 4º) Seu companheiro participa da decisão do casal ter ou não ter filhos?
- 5º) Sua gravidez foi planejada?
- 6º) Já ouviu falar em planejamentno familiar?
- 7º) Você acha necessária a implantação de um programa de planejamento familiar no Hospital Regional de São José?

Também utilizaríamos como instrumento de nossa pesquisa, o estudo dos prontuários das pacientes, através destes identificaríamos os seguintes dados:

- pessoais (nome, idade, endereço, estado civil, grau de instrução, ocupação, religião, etc);
- número de gestações e abortos;
- doenças que a paciente já apresentou.

Com base neste projeto elaboramos um questionário (anexo II) a fim de coletarmos dados no plano sócio-econômico, político e cultural sobre as pacientes e informações acerca do conhecimento ou não que estas têm sobre o planejamento familiar. Assim passamos para a etapa seguinte, que seria a aplicação do questionário às 60 pacientes da maternidade do Hospital Regional de São José. Sobre aspectos referidos com a metodologia usada na pesquisa, a tabulação e análise dos dados obtidos na investigação, trataremos no item a seguir.

## 2.2. Apresentando e Analisando os Dados Coletados na Investigação.

A aplicação do questionário foi estendida às 60 (sessenta) pacientes internadas na maternidade do Hospital Regional de São José. Estas foram escolhidas aleatoriamente, pois nosso objetivo era entrevistar pacientes de todas as idades, classes sociais, grau de instrução, diferentes números de gestações, diversas raças, etc, para não direcionarmos os resultados da pesquisa. A investigação deu-se num período de 6 (seis) meses,

lembrando que durante este período tivemos que interromper o trabalho por várias vezes, devido a alguns motivos, entre eles: a greve dos funcionários do hospital, fazendo com que a maternidade ficasse sem pacientes.

Achamos importante salientar que os dados foram coletados apenas através das entrevistas com a aplicação do questionário, pois não utilizamos a análise dos prontuários como havíamos previsto no projeto de investigação, já que os mesmos, na maioria das vezes não estavam preenchidos completamente, dificultando com isso nossa pesquisa. Por essa razão coletamos todos os dados através das entrevistas, inclusive os que coletaríamos através dos prontuários.

Antes de aplicarmos o questionário perguntávamos à paciente se a mesma aceitava respondê-lo ou não. Falávamos da nossa função na instituição e qual o objetivo daquela pesquisa. Neste momento o que percebíamos é que as pacientes em sua maioria se colocavam em condição inferior a nossa, pois, sempre nos diziam: "Se eu souber responder, respondo, pois o que vou dizer? A senhora que é da universidade, eu quase não tenho estudo". Passado este primeiro momento do contato pessoal com as pacientes e quebrada esta relação de poder, o decorrer da entrevista era bem descontraído, pois estas, não demonstraram resistência à pesquisa. A impressão que tivemos é que na visão das pacientes a assistente social é a pessoa que lhe dá atenção, que lhe escuta, a pessoa com quem elas podem falar, pois muitas vezes durante as entrevistas, essas pacientes reclamavam do atendimento médico, da falta de atenção com que eram tratadas por eles, falavam de seus relacionamentos com os companheiros, suas dificuldades financeiras no trabalho e com a família, perguntavam sobre seus direitos trabalhistas quanto a licença gestante,

amamentação, no caso de mãe solteira ou separada perguntavam como proceder para que o pai da criança reconhecesse a mesma como sua filha e como garantir os direitos da mesma (registrar no nome do pai, pensão, etc). Assim, durante as entrevistas discutíamos com a entrevistada as dúvidas que surgiam, naquele momento, com relação: a importância da visita ao médico ginecologista, os direitos da mãe e como alcançá-los (auxílio natalidade, licença gestante/paternidade), como proceder para registrar o bebê, a importância do teste do pezinho e da vacinação para a saúde do bebê, sobre anticoncepção, etc. Na maioria das vezes ao final de cada entrevista a paciente agradecia e dizia que era a primeira vez que alguém lhe explicava "aquilo", ou que elas falavam sobre "aquele" assunto com alguém. Diante disto perguntamos: - Afinal, quem são essas mulheres que buscam atendimento na obstetrícia do Hospital Regional de São José? Qual a caracterização dessas pacientes?

Observamos que dentre 60 pacientes que entrevistamos 25 (42%) são procedentes de São José, 12 (20%) de Palhoça, em terceiro lugar aparece Florianópolis com 10 (16,6%), em seguida Biguaçu com 4 (7%) pacientes, Antônio Carlos com 2 (3,3%) e com 1 (1,6%) paciente aparecem as cidades mais distantes como Laguna, Joinville, Itajaí, Tijucas, Porto Belo, Governador Celso Ramos e Vargem Grande. Diante deste resultados percebemos que a população busca atendimento no hospital que oferece acesso mais fácil, devido a sua localização geográfica, ou seja, que fique mais próximo de sua residência, da residência de um parente ou conhecido, ou que o transporte coletivo (ônibus) passe mais perto de sua casa e do hospital.

No que diz respeito ao estado civil, constatamos que a maioria das parturientes são casadas, ou seja 37 (62%) das 60

mulheres entrevistadas. Constatamos também, que existe ainda um forte valor moral da sociedade brasileira, a ligação gravidez/casamento, pois quando fazíamos a pergunta a respondente logo dizia: "sim, sou casada de papel passado e na igreja" e percebemos que se sentia orgulhosa por isso. Ao contrário das solteiras 8 (13,3%) a maioria destas adolescentes entre 16 e 19 anos, 14 (23,3%) das entrevistadas são amasiadas (uniões consensuais) mas que revelavam o desejo de casarem de "papel passado" como elas diziam, pois achavam que seria mais seguro, apenas 1 (1,6%) era separada, separou-se durante a gestação.

A tabela a seguir demonstra o grau de escolaridade das pacientes e de seus companheiros:

Grau de Escolaridade	Pacientes		Companheiros	
	Dados Absolutos	Dados Relativos	Dados Absolutos	Dados Relativos
Analfabeto	5	8,3%	2	3,3%
1º Grau incompleto	29	48,3%	19	31,6%
1º Grau completo	9	15%	17	28,3%
2º Grau incompleto	5	8,3%	1	1,6%
2º Grau completo	11	18,3%	12	20%
Nível superior	1	1,6%	1	1,6%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>

Com base nestes dados observamos o baixo nível de instrução tanto das pacientes como dos companheiros. Podemos notar que o maior percentual, tanto das pacientes (48,3%) como dos companheiros (31,6%), encontra-se na faixa do 1º grau

incompleto. Sendo assim concluimos que o indivíduo que tem uma condição sócio-econômica baixa, quando entra em idade produtiva, vê-se obrigado à optar entre o estudo ou o trabalho, e o segundo, ou seja o trabalho tem maior força. Essa ausência de escolarização (especialização profissional), reflete na profissão, na atividade desenvolvida pela clientela/companheiro atendida na maternidade, pois das 60 entrevistadas 39 (65%) não exercem atividades remuneradas, são donas-de-casa. A maioria dessas mulheres alegam que não trabalham fora por causa dos filhos pequenos, pois além de não ter onde deixá-los, há falta de vagas nas creches. Outros argumentos que utilizam para justificar o não exercício de atividade profissional remunerada é o desemprego causado pela atual crise político-econômica que o país vem atravessando ou diziam que o marido (companheiro) não as deixava trabalhar fora. Dentre as que exercem atividades profissionais remuneradas, os percentuais mais expressivos estão voltados para as atividades que não exigem maior qualificação profissional, o mesmo ocorre com os companheiros, como mostra a tabela a seguir:

Atividades/ Companheiros	Dados Absolutos	Dados Relativos
Pedreiro	11	21,5%
Autônomo	4	7,8%
Motorista	3	5,8%
Polícia Militar	3	5,8%
Vigia	3	5,8%
Marceneiro	2	3,9%
Desempregado	2	3,9%
Aposentado	1	1,9%
Copeiro	1	1,9%
Garçon	1	1,9%
Frentista	1	1,9%
Contador	1	1,9%
Carpinteiro	1	1,9%
Empacotador	1	1,9%
Pescador	1	1,9%
Barbeiro	1	1,9%
Lavrador	1	1,9%
Professor Universitário	1	1,9%
Almoxarife	1	1,9%
Padeiro	1	1,9%
Acessorista	1	1,9%
Mecânico	1	1,9%
Balconista	1	1,9%
Músico	1	1,9%
Taxista	1	1,9%
Eletricista	1	1,9%
Repositor de Mercadoria	1	1,9%
Telefonista	1	1,9%
Operário	1	1,9%
Sub-Oficial da Marinha	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Atividades/ Pacientes	Dados Absolutos	Dados Relativos
Dona-de-casa	39	65%
Empregada Doméstica	6	10%
Faxineira (diarista)	3	5%
Auxiliar de Caixa	1	1,9%
Caixa	1	1,9%
Auxiliar de Escritório	1	1,9%
Comerciante	1	1,9%
Manicure	1	1,9%
Copeira	1	1,9%
Balconista	1	1,9%
Operária	1	1,9%
Digitadora	1	1,9%
Técnica Operacional	1	1,9%
Decoradora	1	1,9%
Pedagoga	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Quanto a faixa etária dessas pacientes, constatamos os seguintes dados:

Faixa Etária	Nº absolutos	Nº relat.
16 à 19 anos	13	21,6%
20 à 25 anos	20	33,3%
26 à 30 anos	5	8,4%
31 à 35 anos	9	15,0%
36 à 43 anos	13	21,6%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>

A alta incidência de gravidez na adolescência, bem como em mulheres acima de 35 anos ambas com a significativa percentagem de 21,6%, é um dado que merece atenção, pois segundo estudiosos deste assunto, a maternidade nestas faixas de idade é considerada como uma problemática do ponto de vista biopsicosocial, pois "no ciclo vital da mulher existem três fases onde ela vivencia momentos de crise bem definidos com significativas mudanças biológicas e psico-sociais, ou seja, adolescência, gravidez e menopausa". (Silva, João Luiz P.E, Sarmento, Regina C., 1988, p. 132). A adolescente além de estar passando pela chamada "crise da adolescência", com uma gravidez geralmente inesperada passa também pela crise da gravidez, pois estas na maioria das vezes são solteiras e sofrem a rejeição familiar, as restrições sociais e econômicas, pois a moral vigente condena a gravidez na adolescência e fora do casamento. Dos aspectos médicos, as adolescentes têm maiores dificuldades no parto. O parto entre adolescentes é mais prolongado em todas suas fases, existem mais riscos para o feto dessas mães, "crianças de mãe adolescentes apresentam uma alta incidência de prematuridade e baixo-peso ao nascer e índices de mortalidade e morbidade mais elevados que os de filhos de mães pertencentes a grupos etários

acima de 20 anos" (Silva, João Luiz P.E, Sarmento, Regina C. 1988, p. 140). Estes aspectos foram observados claramente no Hospital Regional, pois a maioria das crianças prematuras e de baixo-peso eram filhas de mães adolescentes.

Segundo Silva e Sarmento (1988) crianças de baixo-peso e filhas de mães adolescentes também tem sido associadas a defeitos congênitos, deficiências físicas e mentais, incluindo baixo rendimento escolar, epilepsia, paralisia cerebral, surdez e cegueira.

A situação das mulheres que têm uma gravidez após aos 35 anos não é muito diferente, pois seus filhos correm os mesmos riscos citados acima. Durante o parto elas apresentam maior predisposição para desenvolverem eclâmpsia, pois o aumento da incidência desta doença nas mulheres com idade mais avançada está relacionado com o fato de que nesta fase da vida (acima de 35 anos), é maior a prevalência da hipertensão arterial. É interessante colocarmos que neste grupo das entrevistadas, todas (13) apresentavam-se com no mínimo três gestações eram as mulheres que apresentaram o menor nível de instrução, sendo que das 5 analfabetas entrevistadas 3 tinham acima de 35 anos.

### 2.2.1 Religião X Contracepção na Ótica das Pacientes da Obstetrícia

Um dos fatores que dificultam a implantação de uma política oficial de planejamento familiar no Brasil é a questão religiosa, pois, em nosso país a religião, principalmente o catolici-

cismo, que condena a contracepção por métodos considerados "não naturais" e que tem um forte grupo agindo como forma de pressão junto ao Estado, para garantir que os seus princípios sejam acatados, tem ainda um poder muito grande.

Os princípios cristãos defendem a idéia de que não se deva influenciar no sistema reprodutor, por se tratar de questão sagrada e,

"considera ilícito, viciar o ato natural, seja por esterilização direta, embora temporária, seja pelo uso de certos meios artificiais, físicos ou químicos, seja pelo aborto. Só se admitem moralmente - para a regulamentação dos nascimentos, motivados por 'ponderáveis razões', especialmente as de ordem econômica e social - a utilização dos períodos infecundos (agenésicos) e a limitação das relações conjugais a esses períodos..." (Meunier, 1963, p. 67).

Segundo a XVIII Assembléia Extraordinária da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, ocorrida em fevereiro de 1980 na cidade de Itaici (SP), o planejamento familiar nunca pode obedecer meramente a busca de prazer e comodismo, por isso só aceitam a aplicação deste quando a situação econômica de uma família não lhe permitir criar mais um filho, mas este casal não deve utilizar-se de meios anticoncepcionais "não naturais", pois assim estaria contribuindo com a injustiça social, uma vez que o comércio de anticoncepcionais tem um alto faturamento e estaria indo contra os princípios cristãos.

A recente encíclica lançada pelo Vaticano, a "Veritatis Splendor", do Papa João Paulo II, reafirma a proibição do controle de natalidade, o uso de qualquer anticoncepcional "não natural", as relações sexuais pré-matrimoniais, etc. Segundo matéria publicada na Folha de São Paulo (7/10/93), "é preciso imensa ingenuidade para acreditar que o consumo de pílulas an-

ticoncepcionais, camisinhas ou mesmo a prática de abortos sejam costumes exclusivos da população não-católica". Apesar da posição da igreja causar grandes polêmicas a respeito do planejamento familiar e da contracepção, o que vemos hoje em nosso país é que as práticas na área da sexualidade e da reprodução dos católicos não sofreram alterações, pois as mulheres católicas regulam sua capacidade reprodutiva pelos meios que estão ao seu alcance. Se necessário recorrem ao aborto, buscam o sexo como meio de alegria e prazer e não apenas para a reprodução. Assim, concluímos que a igreja não atinge diretamente a população e sim indiretamente. Através de seu poder social atua com seu "lobby" junto aos parlamentares, dificultando a aprovação dos projetos-leis, que regulamentariam o planejamento familiar como uma política social oficial no nosso Estado.

Entre as pacientes entrevistadas na maternidade do Hospital Regional, a situação não é diferente do que acontece com o restante da população brasileira, pois a maioria das entrevistadas, ou seja, 58 (96,6%) de um total de 60, denominam-se católicas, sendo 1 (1,6%) da religião luterana e 1 (1,6%) espírita. Quando perguntávamos se concordavam com a posição da igreja em relação a contracepção e se esta influenciava nas suas decisões, elas eram unânimes em responder que não, e justificavam:

"(...) Pecado, é por filho no mundo e não poder criar, deixar jogado na rua" (M. - 28 anos).

"A igreja proíbe, mas depois não ajuda a gente cuidar da criança. Se nós não trabalhar ..." (A. - 22 anos).

"É melhor evitar, do que nascer pra sofrer aqui". (E - 36 anos).

Através desta declaração constatamos que as encíclicas papais e mandamentos religiosos não conseguem mais influenciar

diretamente sobre a moral sexual e os costumes da população. Concluimos, também, que estes costumes não conseguiram mudar as encíclicas causando consideráveis problemas, pois como já dissemos, o país fica sem uma política oficial de planejamento familiar, devido a seu atrelamento à igreja católica. A ausência desta política faz com que as mulheres pratiquem a anticoncepção sem as devidas orientações. O aborto é praticado ilegalmente e em condições que colocam a vida da mulher em risco. Parece-nos que a igreja ainda não perceber que se fecharmos as vias normais de divulgação da paternidade consciente e responsável, estamos facilitando os abusos de abortamento e de práticas inconscientes e prejudiciais a saúde da mulher.

Concordamos com a igreja quando ela prega que "O direito à vida é o direito fundamental do nascidos", mas entendemos que:

"... Os nascidos possuem também um direito à vida, não menor, e isto complica um pouco o equacionamento do problema, exigindo seu enfoque socializante e não meramente individualista. Senão, estamos recaindo no esquema comprovadamente errado, segundo o qual para obter oito filhos de idade adulta seria melhor ou mais natural, portanto mais moral, gerar dezoito filhos, sabendo que dez vão morrer prematuramente". (Lepargneur, 1983, p. 129).

Com isso se coloca em discussão a questão da cidadania e do acesso de todos as condições igualitárias de sobrevivência e de vida digna. Ao mesmo tempo em que o Estado se alia à Igreja no encaminhamento de um planejamento familiar escuso, se escusa mais ainda no encaminhamento de políticas sociais conseqüentes.

### 2.2.2 As Pacientes e a Saúde

Consultar um médico ginecologista não é uma prática frequente entre as pacientes entrevistadas na maternidade do Hospital Regional de São José. Podemos observar, quando fizemos esta pergunta para elas, a resposta foi não em 58,4% (35) das 60 entrevistadas. Quanto perguntamos porquê, a maioria respondeu que não achava importante, que só iam quando sentiam " alguma coisa", outras respondiam que "o marido não deixava" ou que não entendiam o que o médico falava, que é muito difícil conseguir uma consulta, as fila são muitas, que tinham vergonha, etc. Essa postura das mulheres em não procurarem os serviços ginecológicos são reflexos de várias questões como a de uma educação distinta entre homens e mulheres, onde o menino deve exercer sua sexualidade desde a adolescência e a menina deve ter pudor, vergonha e ingenuidade a respeito da sexualidade e isto na maioria das vezes os profissionais da saúde não levam em conta, o que causa um desconforto entre as pacientes.

Os tabus, os medos e desconhecimento do próprio corpo, acompanham as mulheres no momento da consulta, gerando angústia e tensão. Os médicos em vez de amenizarem essa situação, na maioria das vezes reforçam, impondo seu saber sobre o corpo, a saúde, etc, ignorando a percepção da mulher (paciente) sobre o seu corpo e o funcionamento do mesmo.

"Hoje, a maioria dos médicos impõe seus conceitos às clientes, pois é assim que aprenderam. Sentem-se superiores pelo fato de a cliente não ter o poder do saber que eles têm, e seu saber vem dos seus estudos. Alguns percebem e muito poucos sentem a igualdade que existe entre eles e suas clientes como pessoas. Ignoram que todos têm necessidades básicas semelhantes, que a pobreza ou a riqueza não têm a ver com seu compromisso profissional com a saúde". (CANELLA, 1983:578).

Quanto ao pré-natal, que é um acompanhamento médico bastante importante durante a gestação, aliás que deveria começar antes da concepção como diz Vitiello (1988, p. 258), é o conjunto de medidas, tomadas por Órgãos e profissionais de Saúde que propiciam cuidados à gestante, visando proporcionar condições melhores possíveis na evolução da gestação e do parto, idealmente deveria iniciar-se no pré-concepcional. Os objetivos da assistência ao pré-natal, são:

- 1- orientação higiene - dietética;
- 2- preparação para a maternidade;
- 3- diagnóstico e tratamento de moléstias e/ou sintomas desagradáveis associadas à gestação;
- 4- profilaxia, diagnóstico e tratamento das patologias próprias.

Entre as pacientes entrevistadas, 50 (83,3%) fizeram o pré-natal, um índice relativamente bom se compararmos com os índices de São Paulo e Rio de Janeiro, onde 70% das mulheres de baixa renda fazem o pré-natal, segundo dados do Ministério da Saúde; 10 (16,7%) não realizaram o pré-natal, sendo que dessas, 2 começaram e pararam devido as greves dos funcionários dos postos de saúde. As explicações para a ausência do pré-natal se apresenta em vários aspectos, como podemos observar em alguns depoimentos.

"(...) Porque eu não sentia nada e achava que não tinha necessidade de ir ao médico" (...)- A. 39 anos.

"(...) O posto de saúde fica longe de onde eu moro" N. 41 anos.

"(...) Não sabia que estava grávida" S. 19 anos.

"(...) Não tinha tempo, quase não dava pra mim sair de casa, pois, não tenho com quem deixar as outras crianças e o posto fica longe" Z. 43 anos.

"(...) Não gosto de ir ao médico. Tenho vergonha" M. 35 anos.

"(...) Não, escondi a gravidez, por ser solteira tinha vergonha" N. 21 anos.

Assim podemos perceber que a falta de informação das pacientes acerca da importância do pré-natal, um acompanhamento básico durante a gestação, é um problema de fundo sócio-cultural e não mais da medicina.

Dentre as 50 pacientes que tiveram o acompanhamento pré-natal na gestação, 30 (60%) o fizeram em postos de saúde próximos às suas residências, 10 (20%) no INSS (antigo INAMPS), 9 (18%) em clínicas particulares por convênios (Unimed, Marinha, Banespa, etc) e apenas 1 (2%) no ambulatório do Hospital Regional de São José. A grande maioria das entrevistadas consideram os postos de saúde indispensáveis, entre os pontos favoráveis estão a sua proximidade e a facilidade de atendimento e os fatores citados como negativos são a falta de médicos especialistas, não poder escolher o médico, as filas e a pressa e a falta de atenção com que são atendidas.

Quando as pacientes diziam que: "Não vou, pois não entendo o que o doutor diz, e tenho vergonha de perguntar", isso reflete a situação citada anteriormente (poder-saber) e também o uso de linguagem técnica dos médicos e na falta de comunicação do médico com o paciente. A população principalmente a mais carente considera um bom médico aquele que trata com atenção a sua paciente, como diz Boltanski (1984), os membros das classes

populares tendem a escolher seus médicos numa base mais emocional do que intelectual, ao contrário do que ocorre com os membros das classes superiores que o fazem com base em titulação e reputação.

De acordo com os resultados obtidos, das 60 pacientes entrevistadas 39 (65%) já fizeram pelo menos uma vez exames preventivos (câncer ginecológico - cólo uterino/mamas) e 21 (35%) nunca fizeram. Embora esta percentagem seja bastante significativa, achamos que esse resultado surpreendeu pois ao compararmos com os resultados das idas aos ginecologistas imaginávamos que menos mulheres iriam responder afirmativamente sobre exames preventivos. As que responderam que nunca fizeram um exame preventivo, apresentaram basicamente os mesmos motivos que alegaram por não ir ao ginecologista.

A questão da saúde em nosso país, principalmente nos últimos vinte anos, vem sendo caracterizada como em "estado de crise". Esta é um reflexo da crise social, política, econômica e institucional que o Brasil vem passando.

A crise do setor da saúde tem raízes no modelo de desenvolvimento econômico do nosso país, pois privilegia o capital, tornando assim, a saúde mais um negócio lucrativo com os interesses voltados para o capital. Os detentores do poder se "esquecem" que a assistência médica é um retorno de tributos pago pelos cidadãos, e que a saúde é um componente fundamental da democracia e da cidadania.

Nos anos de 1984 e 85 surgiram várias propostas para solucionar os problemas da área da saúde, como a de unificação do sistema e universalização do direito à saúde, garantido pelo Estado. A democratização do sistema acompanha o modelo de estatização progressiva do setor da saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 propõe a descentralização do sistema de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). A constituição no seu artigo 198, traz como as principais diretrizes do SUS:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

Segundo, Campos (1992, p.19), a proposta de instituição de um Sistema Público de Saúde no Brasil, "prevê uma ampliação quantitativa e qualitativa da ação estatal, mediante a adoção de mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores", diz ainda que: "o discurso e a atuação dos últimos governos da República têm se vinculado a privatização, contenção de gastos através de medidas que promovam "a austeridade" e seleção de demandas".

Criado em 1988 o SUS só teve sua lei orgânica aprovada no final de 1990, mas na realidade, ainda não ocorreu a descentralização do sistema da saúde, e muito menos o quadro crítico da saúde está se revertendo. Um dos maiores problemas enfrentados pelo SUS é a falta de financiamento, pois ao mesmo tempo que distribuíram encargos do poder central aos municípios, não houve distribuição financeira adequada e nem uma plena delegação de autonomia gerencial e política ao nível local; agravando ainda mais o funcionamento dos postos de saúde, que estão atendendo precária e ineficientemente a população que não tem condições financeiras de pagar uma seguradora de saúde, como faz a classe média, hoje, como diz Paz Júnior:

"O processo de descentralização proposto pela constituição de 88 acabou por liquidar com o que ainda havia de estrutura funcional subordinada à União.

Com a destruição do sistema público, o campo ficou aberto às companhias seguradoras, que visam lucro (...). As seguradoras receberam a classe média de presente, afastada esta que foi dos grandes hospitais públicos, depósitos de miseráveis". (Folha de São Paulo, 10/03/94).

No Brasil, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do poder, é a de colocar os serviços públicos realmente em prol do bem-estar do coletivo. Embora a nossa última constituição tenha consagrado o Sistema Único de Saúde como condução do setor público e o direito à saúde como um dever do Estado, o que vemos na prática é um serviço público em prol do capital (do lucro), precário, ineficiente e desacreditado, onde quem pode pagar um plano de saúde de uma instituição privada, tem "direito à saúde" e quem não pode pagar, a maioria dos brasileiros, resta contar com a ineficácia e precariedade do sistema público de saúde.

Cabe a sociedade civil se organizar e lutar pelos seus direitos à saúde, fazer com que os nossos dirigentes cumpram o que está previsto na Constituição Brasileira e entendam que "Assistência Médica tem um custo que não pode estar sujeito às regras do capitalismo". (Folha de São Paulo, 10/03/94).

### 2.2.3. A Contracepção e as Pacientes Entrevistadas no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

"É alto, altíssimo até, o preço que se paga pela falta de coragem de se enfrentar o problema. Vivemos uma situação terrível: não temos um projeto de planejamento familiar, o que, em si, já é um crime. (...) A verdade é que a covardia pública somada à hipocrisia moral produz um perverso controle de natalidade - um controle que se faz através do aborto, da esterelização e, pior, até mesmo da mortalidade infantil. Vamos deixar bem claro: métodos contraceptivos não passam de um dos fatores para se enfrentar a pobreza. Nada substitui crescimento econômico, distribuição de renda e investimento educacional." (DIMENSTEIN, Gilberto. Folha de São Paulo. 14/11/90).

No Brasil a ausência do reconhecimento oficial de uma política da contracepção contrasta com a prática da população, que cada vez mais vem adotando diversas formas de regulamentação da fecundidade. Esta prática é feita na maioria das vezes, de forma aleatória, assistemática, desordenada, sem as informações necessárias causando muitas vezes, problemas à saúde da mulher. Grande parte da população feminina desconhece os vários métodos anticoncepcionais existentes no país, mas isso não é obstáculo para estas limitarem a sua fecundidade, é sim, um grande obstáculo para que limitem conscientes, pois se as mulheres conhecessem os vários métodos anticoncepcionais, suas vantagens e desvantagens, seu modo de usar, poderiam eleger livremente o método que melhor se adaptasse ao seu organismo a cada uma das circunstâncias da sua vida. Mas o que vemos em nosso país são mulheres sendo "obrigadas" a aceitar as poucas opções disponíveis, por mais erradas ou inadequadas que elas sejam. Isto fica evidente quando a analisamos pesquisa realiza-

da em 1986 pela Unicamp, que revela que dois terços das mulheres em união legal ou consensual de 15 a 44 anos, estavam usando algum método anticoncepcional, e que quatro a cada cinco mulheres que praticam contracepção utilizam apenas dois métodos: a pílula ou esterelização definitiva, sem saber da existência dos outros métodos, e muitas vezes utilizando o pior método para elas naquele momento, como é o caso das mulheres acima dos 35 anos, as hipertensas, as obesas, etc, que utilizam a pílula anticoncepcional, ou as mulheres esterelizadas antes de completarem 25 anos.

Entendemos que isto acontece devido a ausência de uma política governamental sobre contracepção, ou seja, a ausência de oferta e de educação de serviços de anticoncepção pelo sistema oficial de saúde, e em consequência disto, a anticoncepção foi transformada em mais um artigo lucrativo no mercado de consumo. Com isso a eleição de método contraceptivo, não se dá de acordo com os critérios de indicação do mesmo e sim de acordo com a capacidade de pagamento de quem consome e as possibilidades de lucro de quem oferece o método (médicos, farmacêuticos). Por isso vemos a forte divulgação e utilização da pílula, pois esta deve ser comprada mês-a-mês e oferece grandes lucros a indústria farmacêutica, e ao revendedor. Para quem a consome é uma espécie de pagamento à prestação uma vez que deve ser comprada mensalmente. Já a esterilização (ligadura) oferece bons lucros aos médicos e para as usuárias o "lucro" é a longo prazo, uma vez que vão pagar a cirurgia e não vão ter mais gastos com a anticoncepção, sendo este método irreversível. A não divulgação e a ausência de incentivos para utilização de métodos como o DIU, o diafragma, camisinha, etc, são explicadas também, ao nosso entender, pelas leis do mercado.

Como já dissemos, no decorrer deste trabalho, a taxa de fecundidade no Brasil nos últimos 50 anos teve uma acentuada queda, pois em 1940 ela era de 6,16 filhos por mulher em idade fértil e em 1991 ela era de 2,70 filhos por mulher em idade fértil, segundo dados estatísticos do IBGE no anuário de 1992 e 1993. No Hospital Regional de São José, este dado ou seja, a média de filhos entre as mulheres entrevistadas ficou em 2,97, não apresentando grandes diferenças com relação a taxa de fecundidade brasileira. Entre as pacientes entrevistadas os maiores percentuais de número de gestações aparecem na segunda gestação com 18 (30%) das pacientes. É interessante observarmos que dentre essas 18 mulheres que passavam pela segunda gestação, 6 eram solteiras e com idade inferior a 22 anos e dessas seis 5 tomavam algum tipo de anticoncepcional sem receita ou orientação médica. A tabela abaixo demonstra o número de gestação das pacientes entrevistadas:

Número de Gestações	Dados Absolutos	Dados Relativos
1	16	26,6%
2	18	30,0%
3	16	06,6%
4	3	5,0%
5	1	1,6%
6	2	3,3%
7	2	3,3%
10	1	1,3%
15	1	1,3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>

Em relação ao questionamento sobre a prática do aborto as entrevistadas responderam o seguinte: 47 (78,4%) responderam nunca terem sofrido aborto e 13 (21,6%) das entrevistadas disseram já terem vivenciado esta experiência. Destas 13 pacien-

tes, todas foram unânimes em dizer que seus abortos ocorreram espontaneamente, e citaram como principais causas: hemorragias, tombos, problemas de saúde, etc. Sentimos um certo receio das mulheres ao responderem sobre o aborto, e acreditamos que isso aconteceu, por ser o aborto, uma prática ilegal no nosso país, embora seja bastante utilizada. Segundo dados do IBGE de 1992 são realizados 3 milhões de abortos/ano no Brasil, sendo que 20% com complicações hospitalares: 600 mil casos de aborto exigem atendimento médico de urgência e 1,2 milhões de leitos hospitalares/ano por incidência de abortos problemáticos. Acreditamos que se houvesse programas de planejamento familiar, onde todas as mulheres tivessem acesso ao conhecimento e uso correto de métodos anticoncepcionais, esse quadro se reverteria, pois com a prática da anticoncepção a mulher não enfrentaria uma gravidez indesejada e conseqüentemente não precisaria recorrer ao aborto.

Quando questionamos se as pacientes já haviam ouvido falar sobre algum método anticoncepcional, percebemos que para muitas das entrevistadas, isto era um assunto muito distante de sua realidade, uma coisa que elas já tinham ouvido falar, mas na verdade não sabiam como era ou como utilizá-lo. Sabiam que eram "remédios" para evitar gravidez e mostravam-se ansiosas em descobri-los, pois sentimos que todas elas desejavam viver sua sexualidade sem correr o risco de engravidarem, embora tentassem disfarçar este desejo, pois, os valores morais ainda existentes na nossa sociedade e na consciência de cada mulher, impedem que as mulheres assumam tranqüilamente e conscientemente tal desejo. Quanto ao desejo de não ter mais filhos, são vários os motivos apresentados, que vão desde a precária situação financeira da família (entendemos esta como reflexos da crise sócio-e-

conômica-política que o país enfrenta) até problemas de saúde materna.

Os métodos contraceptivos que as pacientes entrevistadas já ouviram falar, são:

Métodos Contraceptivos	Dados Absolutos	Dados Relativos
Pílula anticoncepcional	57	95%
Camisinha (preservativo)	35	58,4%
Tabela-Ogino Knaus	23	38,3%
DIU	11	18,3%
Injeção	11	18,3%
Laqueadura	10	16,6%
Vasectomia	5	8,3%
Coito Interrompido	4	6,6%
Temperatura	1	1,6%

É interessante salientarmos que dentre as 60 pacientes entrevistadas 3 (5%) nunca ouviram falar sobre contracepção ou algum método contraceptivo, apesar de ser uma percentagem pequena (5%), achamos que isso não deveria acontecer uma vez que o planejamento familiar no Brasil é um direito constitucional do cidadão e uma sociedade que se diz democrática não pode "negar" um dos princípios que consideramos básico na democracia, que é o direito à informação.

Das 60 pacientes entrevistadas, 54 (90%) já utilizaram algum método contraceptivo e apenas 6 (10%) nunca usaram nenhum método anticoncepcional, sendo que das 6 pacientes, 3 nunca tinham ouvido falar em anticoncepção, 2 sabiam que existia, mas não sabiam como usá-lo e 1 achava que não adiantava, não acreditava na eficácia do contraceptivo. Entre os métodos anticoncepcionais mais usados pelas pacientes, a pílula aparece com uma percentagem bastante superior aos outros meios de contracepção, ou seja, entre as 54 que utilizaram a pílula, e em se-

guida aparece a camisinha com apenas 6 (11,1%) pacientes que a utilizaram.

As tabelas abaixo mostram os métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres brasileiras e pelas mulheres entrevistadas na maternidade do Hospital Regional de São José.

Métodos Contraceptivos mais usados nos Brasil:

Método Contraceptivo	Números Relativos
Laqueadura	32%
Pílula	28%
Coito Interrompido	20%
Tabelinha	10%
Camisinha	5%
Outros	3%
DIU	2%
Diafragma	1%

Métodos Contraceptivos mais usados entre as pacientes da maternidade:

Método Contraceptivo	Número Relativo	Número Absoluto
Pílula	49	90,7%
Camisinha	6	11,1%
Tabelinha	4	7,4%
Injeção	2	3,7%
Coito Interrompido	2	3,7%

Como podemos observar, no Brasil o contraceptivo mais usado é a laqueadura, embora haja uma grande polêmica em torno deste método, por se tratar de um método irreversível. Em seguida aparece, como o método mais utilizado a pílula anticoncepcional, esta aparece entre as pacientes entrevistadas no Hospital Regional, como o método mais usado, uma vez que nenhuma paciente tinha feito a laqueadura. Mas é importante salientarmos que a maioria das entrevistadas expressavam um grande

desejo de "ligar as trompas", pois acreditavam que se assim fizessem não teriam mais que se preocupar em tomar o "comprimido" todos os dias e nem comprá-lo todos os meses. Isto nos mostra a falta de informação e conseqüentemente a falta de alternativas quanto à anticoncepção em que se encontra a mulher brasileira, apesar de existirem outros métodos contraceptivos no mercado, a maioria das mulheres não os conhecem ou não tem acesso a eles, restando assim poucas alternativas para elas.

No caso das 49 pacientes da maternidade, que utilizavam a pílula anticoncepcional, 29 (59,1%) disseram que compraram a pílula com orientação médica. Esta resposta ficou meio incoerente se compararmos com a resposta dessas mesmas pacientes quando perguntamos se estas iam freqüentemente ao ginecologista, e elas responderam que não achavam necessário. O restante das pacientes que utilizavam a pílula, ou seja, 20 (40,8%) diziam que compraram por conta própria, sem qualquer orientação médica, recomendada pelo balconista da farmácia, ou pela vizinha, pela mãe, amiga, etc, sem saber que os organismos são diferentes e que nem sempre o medicamento que faz bem para uma pessoa, vai ter os mesmos efeitos em outra pessoa.

As outras mulheres entrevistadas, que utilizavam outros métodos anticoncepcionais, conforme colocamos na tabela anterior, utilizavam-se desses sem nenhuma orientação médica, baseavam-se em informações obtidas através de revistas, pessoas conhecidas como as vizinhas e as comadres, sem as informações básicas para terem o mínimo de segurança com a utilização desses métodos contraceptivos.

Apesar de mais da metade das entrevistadas estarem utilizando alguma forma de anticoncepção, ao perguntarmos se aquela gravidez tinha sido planejada, a maioria das 60 entrevistadas,

41 (68,4%) responderam que não e apenas 19 (31,6%) disseram que sim, que planejaram aquela gravidez para aquele momento. Esses números nos mostram que não basta distribuir anticoncepcional, é necessário a educação e a informação para a contracepção, começando pelo básico, que seria o conhecimento do corpo, do funcionamento do organismo, pois só assim as mulheres conseguiriam fazer um planejamento familiar consciente, saberiam usar os anticoncepcionais corretamente. Cabe ao Estado, representado pelo Ministério da Saúde proporcionar essas informações à mulher e ao casal, e a distribuição dos métodos anticoncepcionais, uma vez que em nosso país a maioria da população não recebe salários dignos para suprir suas necessidades básicas de sobrevivência (alimentação, moradia, saúde e educação) e conseqüentemente não possuem dinheiro suficiente para a anticoncepção.

#### 2.2.4. A Contracepção e a Relação de Gêneros

"Libertar a mulher significa fazê-la participar e sentir-se com o mesmo direito, a mesma capacidade e objetividade do homem; não deixar que viva refugiada no temor ao sexo; o servindo-se do sexo como um instrumento de relações ou senti-lo como um instrumento de poder, de jogo em relação ao homem, mas sentir que é um ser humano do sexo feminino, da mesma forma como o homem é do sexo masculino. A natureza os fez assim. A sociedade os unifica no sentimento, na necessidade, na capacidade e no respeito comum. O problema não é o de respeitar a mulher por que ela é mulher, e sim porque ela deve ser considerada igual ao homem; e que ela sinta isso" (Posadas, 1982, p.127).

Vivemos numa sociedade profundamente impregnada de estereótipos, preconceitos sexuais e desvalorização cultural do femi-

nino, uma sociedade onde homens e mulheres desempenham diferentes papéis sexuais, onde a sexualidade da mulher está associada com a maternidade e a do homem ao prazer. Isto ocorre devido a educação distinta dada pelas famílias, onde os meninos são educados para serem fortes, autoritários perante as mulheres. Devem viver sua sexualidade livremente desde muito cedo e quanto mais filhos tiverem mostrarão o quanto são "machos". Já as meninas são educadas para serem mães, submissas aos maridos. Devem preservar a virgindade, o pudor e a vergonha, ao contrário dos homens não devem exercer a sexualidade livremente e nem muito cedo, devem se preservarem para seus futuros maridos a quem serão submissas principalmente com relação ao sexo. Fugir desses papéis significa, tanto para os homens como para as mulheres, correrem o risco de serem rotulados, criticados, marginalizados, e discriminados pela sociedade.

Esses são alguns dos motivos que impedem as mulheres de assumirem o desejo de terem uma vida sexual livre, sem o risco de engravidar. Quando essas assumem tal desejo, precisam buscar algum meio de contracepção, daí a contracepção vista como um problema da mulher e não do casal como deveria ser.

Quando olhamos os vários métodos anticoncepcionais existentes, vemos que a maioria devem ser usados pelas mulheres, se compararmos os números de laqueaduras e vasectomias realizadas em nosso país, veremos que é mínimo o número de homens que se submetem a esse tipo de cirurgia, perante as mulheres que se sujeitam a laqueadura. Isto são reflexos da sociedade machista em que vivemos, onde 54% dos homens se negam a usar a camisinha, alegando que usar o preservativo é o mesmo que "chupar bala com papel", segundo pesquisa realizada pelo IBOPE e divulgada oficialmente pela Fundação Oswaldo Cruz no dia

28/01/94.

Lentamente, esses valores estão se modificando. A mulher nas últimas décadas vem lutando e se libertando e o movimento feminino conquistando espaços. As mulheres estão se conscientizando de que os homens devem repartir com elas as tarefas domésticas, a educação dos filhos, o ônus da contracepção, etc.

Ao questionarmos nossas entrevistadas no Hospital Regional, sobre a participação dos seus companheiros no planejamento familiar, ou seja, na decisão de ter ou não ter filhos, se o companheiro colaborava quando decidiam evitar uma nova gestação. A resposta foi afirmativa em 34 (66%) mulheres enquanto que 18 (33,9%) responderam que não, que seus maridos não se envolviam com isso, pois achavam que isso era "problema de mulher". O que percebemos é que ao fazermos esta pergunta as mulheres ficavam com um pouco de receio de responder, parecia que se respondessem que o companheiro não participava da decisão de ter ou não ter filhos, estariam falando mal de seus companheiros.

Devido questões culturais, já citadas, nossas pacientes entendem como suas as responsabilidades em relação à gestação, e conseqüentemente o aumento do número de filhos é de sua inteira responsabilidade, por isso encaram a participação do companheiro no que tange ao planejamento familiar como algo benevolente, atribuindo-lhe devoções devido ao seu interesse pela questão, não entendem que essa é uma questão do casal e não apenas da mulher. Quando perguntávamos de que forma esses companheiros participavam no planejamento familiar, a maioria das entrevistadas respondiam que seus companheiros lembravam-nas de tomar a pílula diariamente, ou que davam dinheiro para que elas comprassem o anticoncepcional. Com isso vemos quanto nossas pa-

cientes estão presas aos valores morais de nossa sociedade e o nível desinformação em que vivem essas mulheres. Perguntávamos se os companheiros aceitavam se submeter a vasectomia, essas respondiam na maioria das vezes, que não, que nesse assunto não podiam falar com eles, pois achavam que deixariam de ser homem se fizessem tal cirurgia. Percebíamos que elas também tinham um certo preconceito com relação à vasectomia então explicávamos à elas que a vasectomia não deixava o homem "menos homem", é que a gravidez era um problema do casal, pois a mulher sozinha não conseguia gerar um filho. Conversávamos com a paciente sutilmente para não contrapormos nossos saberes, mas para mostrar-lhe meios para se libertarem desses valores. Após essa conversa as pacientes, na maioria das vezes, expressavam o desejo de que seus companheiros participassem dessa conversa conosco.

Ao questionarmos as pacientes se os seus companheiros respeitavam quando elas não desejavam ter relações sexuais ou não podiam por estarem em seus períodos férteis no caso de usar a tabelinha como contraceptivo, encontramos uma incoerência entre as respostas e o discurso das pacientes entrevistadas, pois 45 (84,9%) das 53 pacientes que viviam com companheiros, responderam que esses respeitavam suas vontades sexuais, mas muitas dessas diziam:

"Sim ele respeita minha vontade, falo que estou com dor de cabeça e ele acredita". (R. - 24 anos).

"(...) Falo para ele que estou "naqueles dias", daí ele me respeita. (M - 19 anos).

"(...) Finjo que estou dormindo,..." (R - 25 anos).

Diante desses relatos concluímos que não há um respeito à vontade da mulher, pois elas estão sempre inventando desculpas

para não praticarem a relação sexual, não há um diálogo com o companheiro, daí percebemos que muitas mulheres praticam o sexo como uma obrigação" da mulher para com o homem, não conversam com seus companheiros, pois, têm o medo de ferirem o orgulho e seus homens, de expor seus desejos e serem taxadas de vulgares, frígidas, então preferem fingir, inventar desculpas a falarem de suas frustrações e correrem o risco de perderem seus companheiros.

Apenas 8 (15%) das mulheres entrevistadas disseram que seus companheiros não respeitavam suas vontades, muitas apresentavam um discurso bastante conformista e submisso, como:

"O homem tem mais vontade que a mulher, (...) meu marido é assim quando ele quer, tenho que estar pronta, por isso não adianta seguir a tabelinha". (Z - 43 anos).

Assim, podemos ver como o machismo ainda perdura na nossa sociedade, e embora a mulher tenha conquistado com suas lutas, vários direitos sociais e trabalhistas refletidos na última Constituição Federal Brasileira de 1988, ela ainda não conseguiu liberta-se de vários tabus existentes em torno de sua sexualidade, o que a impede de vivê-la livremente sem se preocupar com numa gravidez indesejada, de falar de seus medos e desejos com seu parceiro sem ser mal interpretada por este e pela sociedade, de dividir com o homem o ônus da contracepção e da maternidade. Cabe a nós mulheres continuarmos a nossa luta, não para sermos superiores aos homens, mas para sermos vistas como seres humanos iguais aos homens, que possuem as mesmas necessidades, os mesmos desejos. Só conseguiremos exercer plenamente o nosso direito à sexualidade e ao controle de nosso corpo, quanto toda a sociedade, inclusive as mulheres, enxergarem que homens e mulheres são seres humanos com a mesma potencialidade,

os mesmos direitos e deveres em todos os campos sociais e sexuais.

### 2.2.5. A Falta de Informação Entre as Pacientes da Maternidade

O Brasil é um dos países onde mais existem leis, sua Constituição Federal dispõe de 245 artigos, existem vários estatutos, que garantem os direitos e deveres dos cidadãos, no entanto estas leis na maioria das vezes não saem do papel. Nossos cidadãos ainda não passam de "cidadão de papel", pois a maioria não conhecem as leis que garantem seus direitos, quando conhecem não sabem como ter acesso as mesmas devido ao forte sistema burocrático de nosso país e ao grande nível de desinformação de nosso povo.

Na sociedade brasileira existem por um lado as formas de organização da sociedade civil que lutam por seus direitos (grupos feministas, sem-terra, sindicatos, etc), mas por outro lado há a maioria do povo brasileiro, que é considerado um povo passivo, cordial, que não reivindica seus direitos, conformista, etc. Estas são características de seres pobres politicamente e fundamentais para as manobras dos senhores detentores do poder. Por isso, em nossa sociedade os direitos e benefícios aos cidadãos, aparecem como concessões, sendo que o Estado aparece não como um órgão que cumpre seus deveres perante os cidadãos, mas como um doador de favores.

Segundo, Demo (1988, p.20), "(...) é pobreza política lan-

cinante não reivindicar direitos, mas os pedir, os suplicar, os esperar passivamente. É pobreza política entender o Estado como patrão ou tutelar, aceitar o centro como mais importante que a base, ver o serviço público como caridade governamental, (...)." É necessário que o povo brasileiro comece a criar uma consciência de cidadania, exercendo e lutando por seus direitos e tomando consciência de que os benefícios que recebem nada mais são do que o retorno dos tributos pagos. É chegada a hora da sociedade civil aprender a usar o Estado para deixar de ser marionete dele, pois o Estado não pode ser melhor que a sociedade civil que o sustenta.

A desinformação do povo facilita as fraudes, as corrupções, o desvio de verbas, etc. Os cidadãos brasileiros só são vistos como "cidadãos" quando votam e elegem seus representantes, no entanto esses se representam a si mesmos e se esquecem dos seus eleitores, criam leis que os favoreçam, beneficiando-se de privilégios. Enquanto isso o povo vai ficando cada vez mais miserável, menos poucos recursos e com uma qualidade de vida cada vez mais precária. O pouco que o Estado "oferece" ao cidadão chega sem qualidade e sem quantidade, como é o caso da escola pública que atualmente é de qualidade inferior ao ensino particular e não oferece vagas para todos. A previdência social, que trata do previdenciário com um enorme descaso, desconhece que os benefícios foram comprados e por isso não são favores prestados, o BNH não permite o acesso à habitação própria a todos os cidadãos devido ao alto custo do financiamento e da burocracia existente.

Da mesma forma são tratados os benefícios e direitos das pacientes internadas na maternidade do Hospital Regional, pois quando perguntamos se conheciam os auxílios e benefícios a que

tinham direito, 45 (75%) das 60 pacientes entrevistadas não conheciam nenhum tipo de auxílio ou benefícios, como o auxílio natalidade, a licença maternidade e paternidade, as horas para amamentação durante o horário de trabalho, etc. Apenas 15 (25%) disseram que conheciam alguns de seus direitos. Explicávamos para elas os direitos que tinham e como proceder para obtê-lo sempre, tentando mostrar-lhes que esses benefícios não eram doações ou favores do Estado, e sim o retorno das contribuições pagas por nós cidadãos brasileiros, e que por menor que fosse esse auxílio, deveriam buscá-lo por ser este um direito seu.

Quando perguntamos às pacientes se já haviam ouvido falar em planejamento familiar, apenas 21 (35%) responderam que sim e 39 (65%) das 60 entrevistadas disseram que nunca tinham ouvido falar. Mesmo as pacientes que já tinham ouvido falar em planejamento familiar entendiam este apenas como uma prática contraceptiva. Explicamos que mais do que isso, o planejamento familiar era um direito das pessoas e que sendo assim, cabia ao Estado proporcionar a elas as informações e os meios pelos quais poderiam exercer esse direito. Percebemos que a maioria das pacientes entrevistadas ficavam surpresas em saber que o planejamento familiar era um dever do Estado, e cabia a nós, sociedade civil, lutarmos para que o Estado, cumprisse com seus deveres para com os cidadãos. Diante disto, percebemos que as pacientes ficavam ansiosas para conquistarem seus direitos, sentiam necessidade de informação, falavam que era a primeira vez que alguém lhes falava sobre este assunto.

Concluimos que as pacientes da maternidade do Hospital Regional desejam muito exercer o direito ao planejamento familiar, o direitos de decidir sobre o número e o espaçamento de seus filhos, de obter instrução e orientação adequadas a res-

peito, e o direito de separar sexualidade de fecundidade. Mas a desinformação é a principal causa da não realização do planejamento familiar dentre as pacientes, prova disto é que as 60 das entrevistadas, ou seja 100%, responderam afirmativamente quando perguntamos se achavam importante a implantação de um serviço de atendimento ao planejamento familiar no Hospital Regional de São José.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos esta exposição, gostaríamos de enfatizar alguns aspectos já mencionados e apresentarmos algumas sugestões.

Percebemos, com base neste trabalho, as dificuldades encontradas pela população, principalmente as de baixa renda, em obterem informações para realização de um planejamento familiar consciente, adequado à sua realidade sócio-econômica e cultural.

É necessário a implantação de programas desta natureza, para que todos tenham acesso às informações e aos meios de anti-concepção. Só assim, conseguiremos diminuir o número de abortos clandestinos, o uso inadequado dos anticoncepcionais, os altos índices de mortalidade materna, a gravidez na adolescência, etc. Sabemos que este é um trabalho difícil e com resultados a longo prazo, mas acreditamos ser este um caminho possível, se contarmos com ações educativas, comunitárias e principalmente com a vontade política, ou seja, a vontade e o incentivo do Poder Público.

Assim conseguiremos contribuir para mudar o quadro da realidade que ora se apresenta em nosso país: são 7 milhões de meninos de rua, 388 mil mães adolescentes (menores de 23 anos), 3 milhões de abortos provocados por ano, entre outros. Trata-se de uma questão de saúde pública, uma política social e uma consequente distribuição de renda que precisa ser assumida seriamente.

Lembramos que, o planejamento familiar é um direito fundamental do ser humano; cabe a ele decidir ter ou não ter filhos,

sendo-lhe de direito o acesso às informações necessárias, para que possa escolher o método anticoncepcional que lhe assegure viver sua sexualidade e que permita decidir sobre seu processo de reprodução.

Acreditamos que o planejamento familiar deva ultrapassar a questão da reprodução biológica, ele deve ser mais um instrumento à serviço do resgate da cidadania do ser humano, e principalmente da mulher.

"... a reprodução humana sempre esteve inserida numa multiplicidade de questões econômicas, sociais, ideológicas, simbólicas, políticas e religiosas, e por isso não pode ser, neste momento, tratada apenas como uma questão médica ou demográfica.

É necessário que a sociedade tenha uma percepção holística do problema, para transcender da dimensão biológica e promover o resgate definitivo da cidadania da mulher, enquanto um ser que produz bens e reproduz agentes sociais". (RODRIGUES, 1990, p.87).

Sugerimos a implantação de um serviço de planejamento familiar no ambulatório do Hospital Regional de São José. Achamos importante a realização deste trabalho em nível ambulatorial, e não na maternidade, porque durante nossa experiência enquanto estagiária do serviço social, uma das maiores dificuldades que encontramos para realizarmos trabalhos nesta unidade, foi a rotatividade da clientela pois, as pacientes permanecem em média 30 horas no hospital.

Sugerimos também a implantação de um programa que vise a saúde da mulher como um todo. Não queremos apenas um serviço de "fornecedores de métodos", e sim um atendimento que considere cada momento da vida e as condições de saúde da clientela, que viabilize um melhor atendimento à população. Um programa de planejamento familiar que através de informações e reflexões

ajude a mulher na construção de sua decisão, uma tomada de decisão livre e consciente.

Apesar de utilizarmos o termo "planejamento familiar", não queremos restringir essa questão apenas ao âmbito familiar, queremos ampliá-lo a todos os indivíduos, que na vivência de sua sexualidade optem por ter ou não ter filhos.

Achamos de fundamental importância a formação de uma equipe interdisciplinar para atuar neste programa de planejamento familiar, formada por profissionais (assistente social, enfermeira, auxiliar de enfermagem, médico), treinados para informar e refletir com as pessoas sobre seu corpo, sua fisiologia, a concepção/contracepção, etc.

O trabalho poderia ser realizado através de reuniões, onde os profissionais conversariam com as mulheres/casais, sobre o métodos, sua colocação, as contra-indicações, vantagens, desvantagens, etc. Também tratariam de assuntos como: sexualidade, direitos, medos, ansiedades, relacionamentos com companheiros, entre outros. É importante nessas reuniões, que as pessoas participem colocando suas dúvidas, suas vivências e que a partir daí a profissional trabalhe com a pessoa essas dúvidas, não contrapondo os saberes (técnico x popular), mas através da reflexão construam novos saberes.

Após essas reuniões, a mulher passaria por uma consulta médica individual, para serem feitos os exames necessários e a prescrição do método de acordo com seu quadro clínico e o método por ela escolhido.

Enquanto estagiária do serviço social do Hospital Regional de São José, tivemos uma reunião com a secretária do Programa Materno Infantil da Secretária da Saúde do Estado de Santa Catarina, Haimée Lentz Martins, para apresentarmos nosso projeto

e sabermos das possibilidades do Ministério da Saúde, através da Secretária Estadual de Saúde à qual o Hospital Regional está subordinado, fornecer os métodos anticoncepcionais para o possível programa de planejamento familiar do Hospital. A secretária mostrou-se interessada no projeto e disse-nos que há possibilidades de conseguirmos os métodos anticoncepcionais.

Finalizando, gostaríamos de salientar que um programa desta natureza e com esta filosofia de trabalho, vem sendo desenvolvido desde 1986 no Centro de Saúde-Escola Germano Sinival Faria (Rio de Janeiro), e tem conseguidos bons resultados.

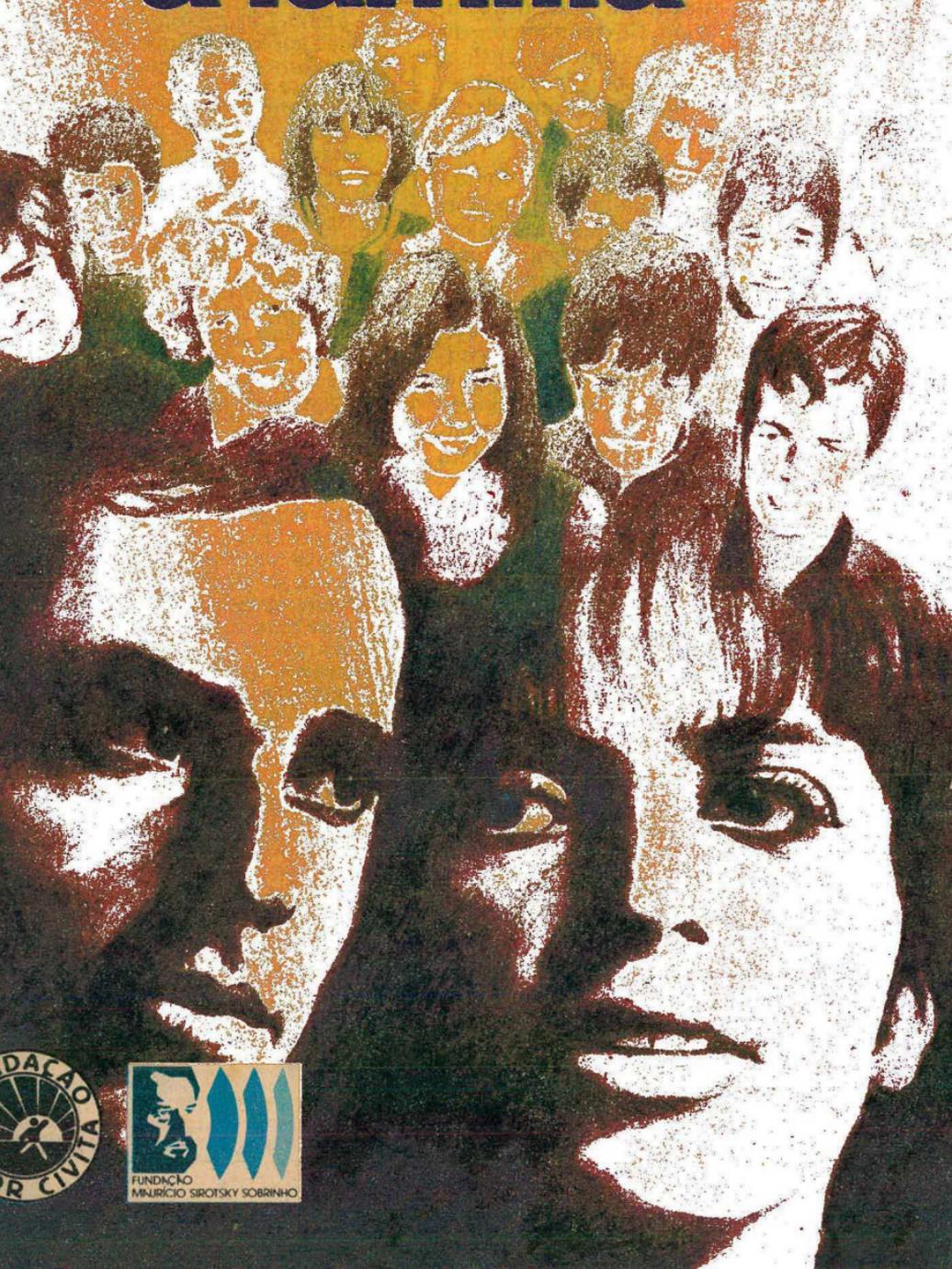
## LISTA BIBLIOGRAFICA

- APELT, Janice Pereira. Planejamento Familiar: uma experiência vivida junto às famílias usuárias do Educandário Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1992. 96p. Trabalho (de conclusão de curso) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- ARIEËS, Philippe. A contracepção no passado. In: Amor e Sexualidade no Ocidente. (edição especial da Revista L'Histoire/Seuil). Porto Alegre: L&PM, 1992. p. 97-111.
- BANDINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988. p. 92.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.
- CANESQUI, Ana Maria. Planejamento familiar nos planos governamentais. Revista Brasileira de Estudos de População. Campinas (SP): v.2, n. 2, p. 01-20, jul/dez. 1995.
- CARDOSO, Ruth. Planejamento familiar: novos tempos. Novos Estudos do CEBRP. V. 2, n. 3, p. 2 - 7. São Paulo: nov. 1983.
- DAUPHIN-MEUNIER, A. A Igreja e as estruturas econômicas do mundo. (Trad.) São Paulo: Flamboyant, 1963.
- DEMO, Pedro. Pobreza Política. São Paulo: Cortez, 1988. 111 p. (Coleção polêmicas do nosso tempo).
- DIMENSTEIN, Gilberto. 39 vítimas hora. Folha de São Paulo. São Paulo, 14. nov. 1992.
- DONZELOT, Jacques. A polícias da famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 209 p.
- GASPARI, Elio. A insuportável leveza da morte. Veja, São Paulo, v. 301, n. 33, p. 42 - 51, ago. 1993, ano. 26.
- LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 2. ed. rev. am. São Paulo: Atlas, 1990.
- LEBRUN, François. Os inícios da contracepção. In: Amor e Sexualidade no Ocidente (edição especial da Revista L'Histoire/Seuil). Porto Alegre: L&PM, 1992. p. 89-95.
- LEPARGNER, Hubert. Demografia, ética e Igreja. São Paulo: Atica, 1993. 169 p.
- MARTINE, George. O mito da explosão demográfica. Ciência Hoje, Rio de Janeiro, v. 6, n. 51, p. 01, mar. 1989.

- PACHECO, Mário Victor de Assis. Explosão demográfica e crescimento do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974. 292 p.
- PAZ JUNIOR, Aloysio Campos da. Eguação maldita. Folha de São Paulo. São Paulo, 10. mar. 1994.
- PINOTTI, José A. A participação social no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1982.
- Planejamento familiar. Claúdia, São Paulo, p. 214 - 230, fev. 1984.
- POSADAS, F. A. Libertação da mulher, a luta de classes e a revolução socialista. In: A libertação da mulher. 3. ed. São Paulo: Global, 1982. 142 p. p. 125 - 142.
- PROST, Antoine, VICENT, Gérard (org.). História da vida privada (5): da primeira guerra a nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. 633 p.
- RODRIGUES, Gilda de Castro. Planejamento familiar. São Paulo: Atica, 1990. 96 p. (série princípios).
- SILVA, João Luiz Pinto, SARMENTO, Regina C. Gravidez. In: PINOTTI, José Aristodemo (Coord.). Adolescência e saúde. São Paulo: Paris, 1988, 209 p. p. 131-142.
- STOTZ, Eduardo Navarro. Baixos salários, pouca saúde - os males do Brasil são. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). A saúde em estado de choque. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 1986. 142 p. p. 125-142.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Cortez, 1989. 232 p.
- VITIELLO, Nilson. Assistência pré-natal. Revista Femina, Rio de Janeiro: v. 16, n. 3, p. 253-256, mar. 1988.

A N E X O S

# Como planejar a família



## APRESENTAÇÃO

Louvo a excelente idéia de difundir, em larga escala, conhecimentos sobre a natureza do planejamento familiar, bem como sobre os métodos anticonceptivos.

Apraz-me apresentar este trabalho que, pela sua forma, é extremamente didático, e traz em seu conteúdo ensinamentos precisos, concisos e de grande relevância sobre a questão de como planejar o número de filhos e o espaçamento entre eles.

Ao tratar de cada um dos métodos anticonceptivos, a cartilha faz referência às suas características e forma de uso, explica as vantagens e desvantagens de usá-los e alerta sobre possíveis complicações que podem advir de sua utilização. Indica, por fim, o grau de garantia oferecida pelo seu uso como método anticonceptivo.

A cartilha possui uma linguagem bem simples, o que a torna acessível a qualquer leitor. As informações que veicula são rigorosamente científicas. Não demonstra preconceitos, prevenções ou preferências. Não faz, igualmente, qualquer comentário de natureza ética para proscrever a ligadura das trompas ou a vasectomia, e não entra na discussão se o DIU age ou não como microabortivo. Ela apenas informa o que existe de comprovado pela ciência até o momento.

Todos devem ler e divulgar esta cartilha. Os conhecedores da matéria encontrarão em "Como Planejar a Família", informações apresentadas de maneira didática para conseguir transmiti-la. Aqueles que ainda não conhecem o assunto o compreenderão com facilidade.

A cartilha atinge plenamente o seu objetivo. Oferece subsídios completos para que, com liberdade e responsabilidade, o casal possa decidir conscientemente sobre seus anseios quanto ao planejamento de suas famílias. Presta, por isto, um inestimável serviço à comunidade.

PROF. DR. IRANY NOVAH MORAES  
Ex-Presidente da Academia de  
Medicina de São Paulo

## UMA OPÇÃO DEMOCRÁTICA

O Brasil está mudando. A democracia, até pouco tempo apenas uma loquaz aspiração, começa a consolidar-se em todos os campos da vida nacional.

Com uma população calculada em 141 milhões de pessoas, crescendo a taxa de aproximadamente 2,4% ao ano, o que aumenta em mais de 3,3 milhões de habitantes a cada ano, significa para o País comprometer muitos dos avanços sociais e econômicos já conquistados, dificultando ainda mais os esforços para repartir os já escassos recursos disponíveis para alimentar, educar, cuidar, transportar e abrigar toda essa gente.

Ao comprometer-se com a execução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ao incluir serviços prestados pelo INAMPS, a população, ao programa de assistência ao planejamento familiar e, mais recentemente, ao criar uma comissão interministerial junto ao Conselho e Departamento Social para, enfim, estabelecer uma política populacional para o Brasil, o Governo Sarney mais uma vez abre as portas para as mudanças ansiosamente esperadas. Mesmo tempo em que abre franca discussão sobre o assunto. Sobreretudo com as mulheres, vítimas e instrumentos da desejada situação.

Neste sentido, ao optar por uma política de planejamento familiar e não um programa de controle de natalidade — através do qual o Estado definiria as taxas demográficas a serem alcançadas — termina o número de filhos que cada família deve ter — o Governo preserva o direito de decisão dos casais, informando a população e viabilizando o acesso aos métodos anticonceptivos por aqueles que desejarem limitar ou espaçar os nascimentos.

Esta cartilha visa, justamente, oferecer ao povo as informações básicas para a preservação da saúde e estabilidade familiar, contribuindo para o exercício de um direito humano fundamental e também para a melhoria dos atuais níveis de saúde e bem-estar das famílias brasileiras. É um dever do qual nenhum cidadão pode omitir-se.

*Vick. Cirino*



# PATERNIDADE CONSCIENTE

Uma das propostas da Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho é desenvolver programas sociais que venham ao encontro, não só das necessidades da comunidade nesta área, mas, muito especialmente, que correspondam aos seus anseios no sentido de ter acesso às informações que lhe ofereçam esclarecimento a nível de possibilitar posicionamento e opções satisfatórias.

Cumprindo este compromisso, a Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, através do Projeto Geração 21, desenvolve o programa "**Paternidade Consciente**" que, no seu entender, não é apenas o planejamento familiar, mas também a preocupação com o pleno e sadio desenvolvimento biopsicossocial, a educação, a saúde, o lazer, a segurança da criança.

A filosofia e da política da entidade não fazer ações impositivas, através de suas propostas, mas sim oferecer os conhecimentos a que têm direito as famílias para que, **a partir das informações**, possam fazer suas opções.

seu objetivo ainda, gerar uma consciência do **porque, como e quando** ter filhos; a importância de assumi-los de forma total e de, através de tudo que lhes é de direito, torná-los adultos felizes e capazes para o desempenho de seus papéis na sociedade.

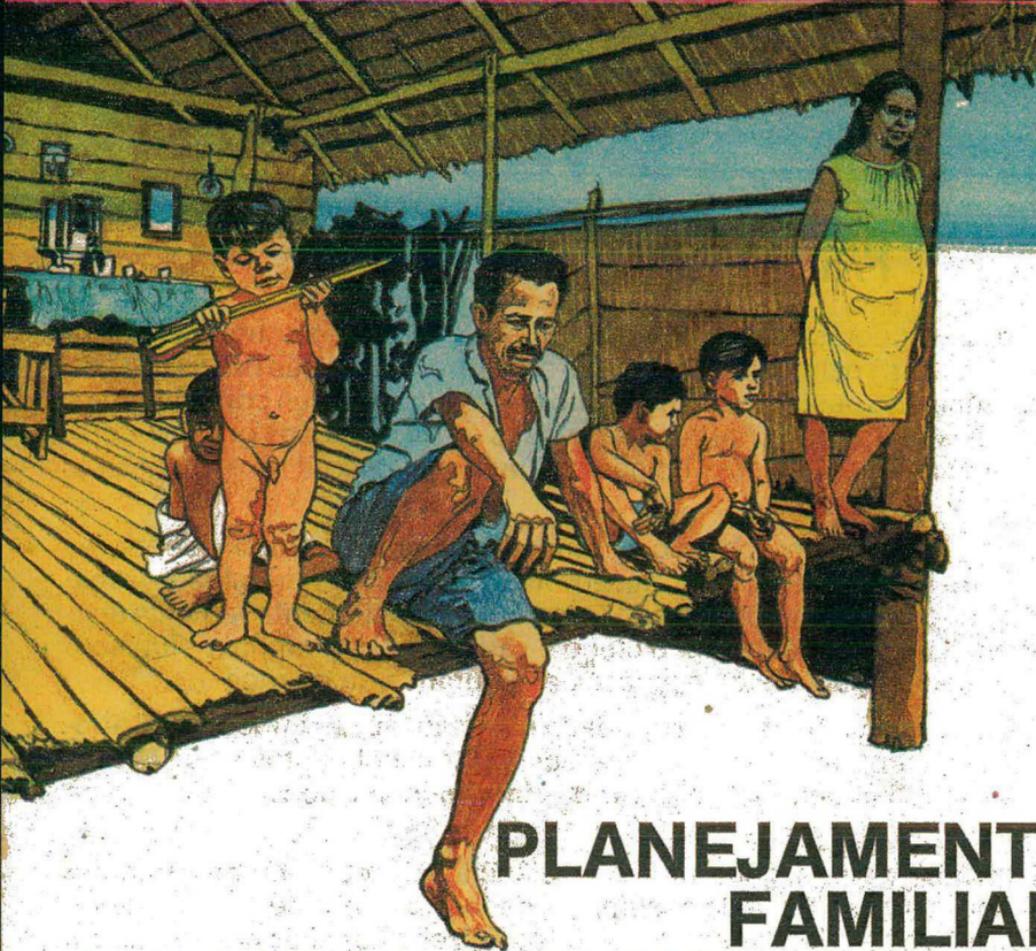
O Programa "**Paternidade Consciente**" pretende, ainda, ir mais longe. Envolverá também a "adoção", uma das formas mais expressivas da paternidade exercida conscientemente por aqueles casais a quem não foi dada a graça de conceber.

**Paternidade Consciente** é um assunto amplo e complexo. Um desafio a que a Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, através do Projeto Geração 21, visa a conquista de seu objetivo primeiro - a melhoria de vida da criança, objeto de suas ações.

**Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, com este programa, pretende dar, comunidade, o direito à informação.**



**Quem prepara a estrada somos nós, que chegamos antes!**



# PLANEJAMENTO FAMILIAR UM DIREITO FUNDAMENTAL

Ter filhos, é claro, não é uma obrigação das pessoas. Também não é uma imposição da natureza que, obrigatoriamente, deve ser consequência do relacionamento sexual. Pelo contrário, qualquer decisão a esse respeito, é um direito do ser humano, cabendo a ele a livre escolha de ter filhos ou não. Por isso, o planejamento familiar é considerado como um direito humano fundamental. Através do planejamento familiar, as

pessoas podem ter acesso às informações necessárias para conhecer os métodos que lhes permitem optar madura e conscientemente sobre seu processo reprodutivo.

Foi por assim considerar a Organização das Nações Unidas (ONU), em Assembléia-geral com a presença de 84 países (entre eles, o Brasil), proclamar o planejamento familiar como um direito humano fundamental, assim se pronunciando

*“Acreditamos que o objetivo do planejamento familiar é a plenitude da vida humana, não a sua restrição; que o planejamento familiar, ao garantir maiores oportunidades a cada pessoa, liberta o homem para que possa atingir sua dignidade individual e realizar seu potencial.”*

*“Os casais têm o direito humano fundamental de decidir, livre e responsabilmente, quanto ao número e espaçamento de seus filhos, e o direito de obter instrução e orientação adequadas a respeito.”*

## MAIS SAÚDE PARA MÃES E FILHOS

Além de direito fundamental, planejamento familiar é também uma ação de saúde preventiva, cujo objetivo é a melhoria das condições de saúde das mães e das crianças. A ciência médica afirma que existem alguns cuidados relacionados com a reprodução, cuja finalidade é preservar a boa saúde materno-infantil. Se as mulheres engravidam muito cedo (antes dos 20 anos) ou muito tarde (após os 35 anos), por exemplo, tanto elas quanto seus filhos estarão expostos a problemas de saúde. De igual modo, um elevado número de gestações ou ainda ter um filho atrás do outro, sem dar tempo ao organismo de se recuperar dos desgastes sofridos durante o período de gravidez, parto e

puerpério, também são condições que aumentam a possibilidade de riscos. A Organização Panamericana de Saúde recomenda um intervalo mínimo de 18 meses entre uma e outra gestação.

Tais alertas, porém, não devem impedir a gravidez, se esta atende a um forte desejo do casal. Neste caso, a gestante deverá receber assistência pré-natal adequada, a fim de que se reduzam os riscos de saúde para a mãe e seu filho, e a gravidez possa ter um final feliz.

Nos casos em que se decide adiar a gravidez, isto é, programá-la, pode-se recorrer ao planejamento familiar, que além de atender aos anseios do casal também traz inestimáveis benefícios à saúde da mãe.

O Governo brasileiro entende exatamente assim este programa. Considera-o um direito humano fundamental das pessoas e, também, uma ação preventiva de saúde, essencial aos cuidados materno-infantis.

Por esta razão, o planeja-

mento familiar foi integrado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, além de outras ações que visam à saúde materno-infantil, como assistência ao parto, à gestação, à menopausa, ao aleitamento e à infertilidade.

### IMPORTANTE:

O planejamento possibilita que a gestação seja programada, evitando-se situações que impõem riscos à saúde das mães e das crian-

ças. Daí ser o planejamento familiar uma ação de saúde preventiva, essencial aos programas de assistência materno-infantil.

## COMO PLANEJAR A FAMÍLIA



Você deve estar dizendo: *em, agora eu já conheço as tagens do planejamento familiar e mesmo antes já sentia a necessidade dele. Mas o que eu*

*quero saber é como posso planejar a minha família!"* Para isso, tenha em mente algumas coisas que são da maior importância. Veja bem:

1 - O planejamento familiar é um direito das pessoas. Como tal, é um dever do Estado proporcionar a elas as informações e os meios pelos quais possam exercer esse direito;

2 - A função do Estado é tão somente a de informar, orientar e facilitar o acesso aos métodos, com total liberdade de escolha entre as alternativas que existem. Nos casais que querem ter filhos mas não conseguem, cabe ao Estado lhes proporcionar a orientação e o tratamento adequado, para que seu desejo possa se concretizar;

3 - Ao casal, ou à mulher, cabe tomar decisões sobre o número e o espaçamento en-

tre seus filhos. Nem o Estado, nem nenhuma instituição ou pessoa tem o direito de intervir nessa decisão, coagindo o casal a ter menos ou mais filhos, ou a utilizar este ou aquele método;

4 - O planejamento familiar não é "um problema da mulher". Assim como o casal faz sexo junto, cabe ao homem e à mulher, igualmente juntos, participar na tomada de decisões em relação à reprodução e, também, à prática da anticoncepção. De modo algum, o homem deve se omitir de discutir com a mulher, expondo sinceramente seu modo de pensar, mas respeitando também o direito que ela tem de pensar de modo diferente.

Estes são alguns pontos fundamentais com relação ao planejamento familiar. Existe um outro ponto importante, não só para este tema, mas para o próprio exercício da sexualidade,

que é o conhecimento do próprio corpo: como somos por dentro, que funções exercem nossos órgãos sexuais e reprodutivos e assim por diante.

# COMO FUNCIONA NOSSO CORPO

O ser humano está sempre em busca do prazer. Podemos percebê-lo através de todos os nossos sentidos e em diversas situações, como, por exemplo, saboreando uma comida gostosa, vendo uma bela paisagem, sentindo o cheiro da chuva na terra, enfim: prazer é sensação gostosa, é bem-estar, é se sentir feliz. Nosso corpo também

é uma grande fonte de prazer. E esse prazer tende a aumentar à medida que conhecemos melhor nosso corpo.

No entanto, muitos passam a vida inteira convivendo com o prazer sem percebê-lo integralmente sem tocá-lo. Um grande prazer para gostar de si mesmo, viver, se aceitar, se descobrir.

## CONHECENDO O CORPO DA MULHER

Quando dizemos “o corpo da mulher”, de que mulher estamos falando? Das altas, baixas, magrinhas ou mais gordinhas? Das morenas, loiras, pobres ou ricas? É claro que não há um padrão único de corpo.

O que vamos fazer aqui é descrever o que há de comum nos corpos de todas as mulheres.

O corpo da mulher é bem diferente do corpo do homem. Quadris mais largos, seios desenvolvidos, menor quantidade de pêlos no corpo e formas mais arredondadas, sem falar nos órgãos internos que possibilitam a gestação.

O que propomos agora é uma viagem de reconhecimento

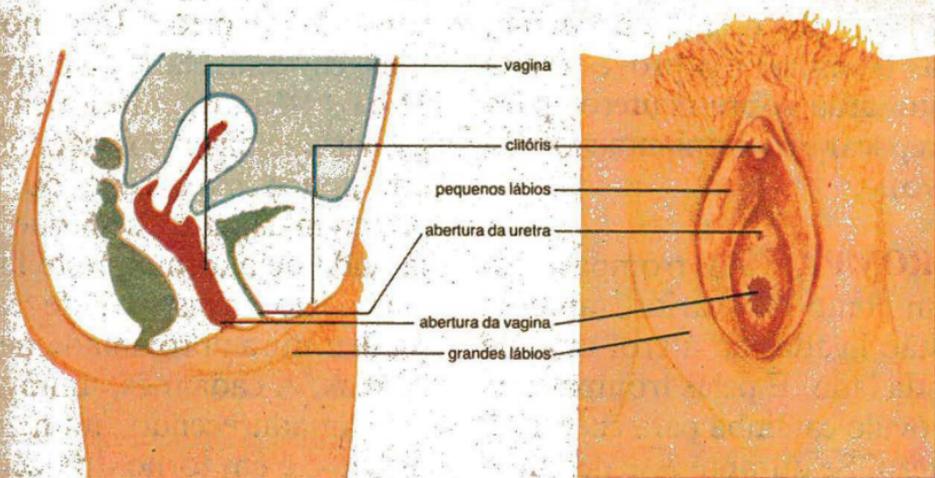
to ao corpo feminino. Acompanhe esta exploração através de seu próprio corpo:

**GRANDES LÁBIOS:** São pregas de pele que protegem a entrada da vagina e a abertura da uretra.

**PEQUENOS LÁBIOS:** São equivalentes aos grandes lábios, só que menores e sem pêlos.

**CLITÓRIS:** É uma saliência que fica acima dos pequenos lábios. É a parte mais sensível para a estimulação sexual, seja ela direta (toque com os dedos)

## ÓRGÃOS SEXUAIS DA MULHER



direta (durante a penetração do pênis na vagina).

### **ENTRADA DA VAGINA:**

Por essa abertura é que passam o fluxo menstrual e o neném, na hora do parto. É também por onde entra o pênis. Quando são virgens, as mulheres possuem uma membrana chamada hímen, que recobre parcialmente a abertura.

**VAGINA:** É um canal de mais ou menos 10 centímetros que termina na entrada da vagina e começa dentro do corpo, no colo do útero. Durante o parto, ela se distende para dar passa-

gem à criança. Durante a excitação sexual, ela se umedece, o que facilita a entrada do pênis.

**ÚTERO:** O útero é mais ou menos do tamanho e do formato de uma pêra virada ao contrário. Ele é feito de músculos bastante elásticos, o que permite o seu crescimento, acompanhando o desenvolvimento do feto durante a gravidez.

**OVÁRIOS:** São dois, um de cada lado do útero. Têm a forma de uma amêndoa. É dos ovários que sai o óvulo a cada mês. Os óvulos são as semen-

tes da mulher. Os ovários também produzem os hormônios femininos, o estrogênio (que estimula o desenvolvimento das mamas, do útero, da vagina, das trompas) e a progesterona (que atua sobre o útero, para preparar a implantação do ovo).

**TROMPAS:** As trompas, assim como os ovários, também estão ligadas ao útero, uma de cada lado. É pelas trompas que o óvulo caminha para chegar ao útero. Se durante esse percurso houver o encontro com o espermatozóide (semente do homem), haverá a gravidez. Se não encontrar o espermatozóide o óvulo se desintegra e aí acontece a menstruação.

---

### O que é mesmo menstruação?

---

A partir da puberdade, isto é, entre 11 e 14 anos, o corpo da menina começa a transformar-se, tomando formas cada vez mais adultas. Essas mudanças externas são decorrentes de transformações que acontecem no organismo, que irão permitir a reprodução da espécie. Ou seja, a partir dessas transformações, a mulher estará prepara-

da para a gravidez, a gestação e, por conseguinte, o parto.

Não há uma idade fixa para que a menarca (primeira menstruação) ocorra. Em nosso País, em geral ela se dá entre 11 e os 14 anos, embora em algumas meninas possa ocorrer um pouco mais cedo ou um pouco mais tarde, sem que isso já nada de anormal neste contexto.

O ciclo menstrual de uma mulher dura aproximadamente 28 dias. A cada mês, um óvulo vai amadurecendo nos ovários, e em torno do décimo quarto dia, ocorre a ovulação, isto é, o óvulo é liberado do ovário, caindo na trompa, onde poderá ser fertilizado, se encontrar um espermatozóide pelo caminho. Enquanto o óvulo está amadurecendo no útero vai se forrando com vasos macios, para receber o embrião, caso a mulher seja fecundada. Sabemos que só ocorre a fecundação quando o espermatozóide e o óvulo se encontram. Não havendo este encontro, a forração do útero não tem finalidade, pois não haverá embrião para ser "agasalhado". E, então, o sangue sai pela vagina, durante mais ou menos 3 a 5 dias. A isso chamamos, menstruação.

# CONHECENDO O CORPO DO HOMEM

O homem, ao contrário da mulher, tem os órgãos sexuais mais visíveis - o pênis e o escroto. Mas existem ainda os órgãos internos que estão mais produzidos.

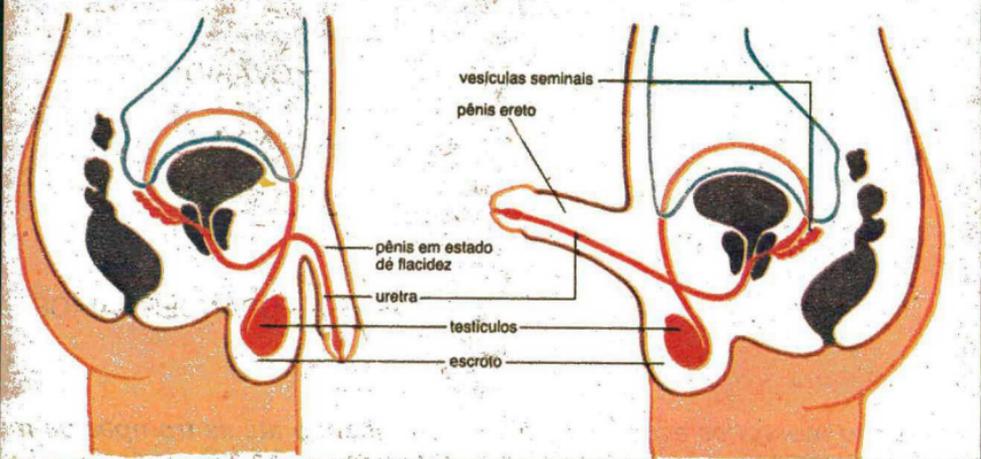
Companhe a descrição dos órgãos masculinos:

**PÊNIS:** Está localizado logo acima do escroto (onde se encontram os testículos) e é revestido por uma pele fina. Internamente, é formado por um tipo de tecido que se enche de sangue durante a estimulação sexual, o que permite que aconteça a ereção quando o pênis fica ereto. Na sua ponta esta a glândula, isto é, a "cabeça do pênis",

onde podemos ver o orifício da uretra, que é por onde saem a urina e o sêmen, durante a ejaculação (expulsão do líquido masculino pelo canal da urina).

**ESCROTO:** É a bolsa, com a pele enrugada, que guarda os dois testículos. Nos tubos que compõem os testículos é que são desenvolvidos os espermatozoides, que passam pelos canais deferentes, e vão até a vesícula seminal (glândulas que armazenam os elementos que integram o esperma) e a próstata, onde é produzido o sêmen. O sêmen é o líquido onde os espermatozoides vêm nadando durante a ejaculação.

## ORGÃOS SEXUAIS DO HOMEM



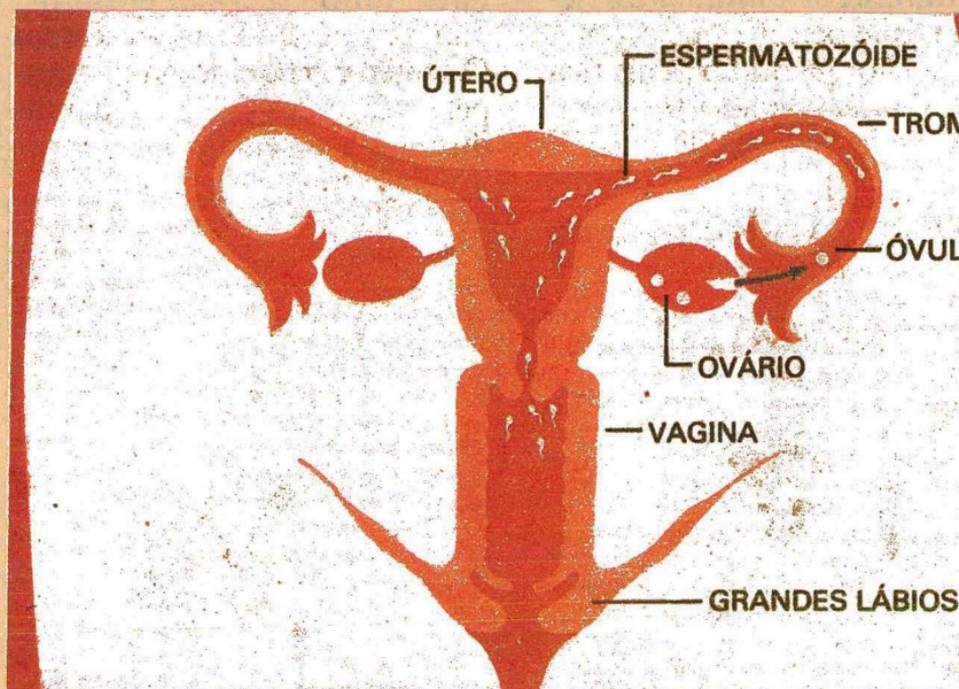
# COMO ACONTECE A GRAVIDEZ

Bem, agora que já sabemos como funcionam os dois aparelhos reprodutores, fica mais fácil entender como acontecem a fecundação e a gravidez.

Na relação sexual, o homem introduz o pênis na vagina da mulher e solta milhões de espermatozoides (variam de 60 a 200 milhões) durante o orgasmo (prazer máximo que uma pessoa pode sentir). Estes espermatozoides vão até às trompas da mulher, por onde passa o óvu-

lo. Quando um destes espermatozoides consegue penetrar no óvulo se dá a fecundação.

Portanto, a entrada do espermatozoide no óvulo é chamada de fecundação. O óvulo fecundado recebe o nome de ovo e poderá, ou não, fixar-se à parede uterina, no fenômeno chamado *nidação*. Havendo a nidação, começa o período chamado gravidez, no qual o feto evoluirá até transformar-se em um bebê.



O desenho mostra os espermatozoides caminhando até as trompas da mulher, em busca do óvulo. Se um deles entrar no óvulo, há a fecundação.

## É sempre que os espermatozóides se encontram com o óvulo?

**Não.** Isto pode acontecer apenas uma vez por mês, durante o período em que a mulher é fértil. O óvulo sai do ovário, passa pelas trompas e chega até o útero. Se durante a pas-

sagem do óvulo pelas trompas a mulher tiver relações sexuais e um dos espermatozóides conseguir penetrar no óvulo, dá-se, então, a fecundação. Se a mulher não tiver relações durante o período fértil ou se ela ou o homem usar algum método anticoncepcional, o óvulo não será fecundado. Então, acontece a menstruação, também conhecida como incômodo ou regras.

### IMPORTANTE:

Nem todas as pessoas quando têm uma relação sexual, estão querendo engravidar e, por isso, precisam estar informadas e ter acesso aos meios disponíveis de evitar a fecundação. Esta deci-

são é muito importante e deve ser tomada pelo casal. Informe-se nos serviços de saúde ou nos postos de planejamento familiar. Mas lembre-se, a decisão **É SUA!**

# MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Atualmente, existem várias maneiras de se impedir a fecundação, ou seja, existem vários métodos anticoncepcionais. Existem métodos de comportamento, que dispensam o uso de medicamentos ou instrumentos, as que exigem que o casal se abstenha de sexo durante um certo período de cada mês, isto é, evite ter relações sexuais nos períodos que pode engravi-

dar. Existem métodos de barreira, nos quais se utilizam medicamentos ou instrumentos para impedir o encontro dos espermatozóides com o óvulo; e métodos hormonais, assim chamados por consistirem na administração de hormônios sintéticos que impedem o amadurecimento do óvulo. Além disso, existem os métodos cirúrgicos, como a ligadura tubária

e a vasectomia, que se distinguem dos demais por serem praticamente irreversíveis, isto é, estes métodos impedem a gravidez para sempre.

Para que o casal ou a mulher escolha um método anticoncepcional,\* é preciso - primeiro - conhecer bem cada um deles: seu modo de ação, suas vantagens e desvantagens, suas contra-indicações e seus possíveis efeitos colaterais. Depois disto, certamente será mais fácil escolher

aquele que mais se adapte ao desejo e às condições psíquicas e orgânicas de cada indivíduo. Lembre-se, porém, de que

- **TODOS OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS TÊM ASPECTOS POSITIVOS E ASPECTOS NEGATIVOS.**
- **NÃO EXISTE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL IDEAL: O MELHOR PARA TODO É AQUELE QUE A MULHER E SEU PARCEIRO CONFIAM E SE SENTEM CONFORTÁVEIS AO UTILIZÁ-LO.**



(\*) Todas as informações sobre métodos anticoncepcionais apresentadas nesta cartilha estão baseadas nas normas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no documento "Assistência em Planejamento Familiar", elaborado pelo Ministério da Saúde.

## MÉTODOS DA OVULAÇÃO

O Método da Ovulação também chamado Método de Billings, em homenagem ao casal John e Evelyn Billings, que desenvolveu) se fundamenta no ciclo menstrual, durante o qual a mulher apresenta períodos férteis e períodos inférteis. Com este método, a mulher procura identificar o seu período fértil, através das mudanças que ocorrem em uma gosminha que sai da sua vagina.

Em geral, logo após a menstruação, há um período de dois a três dias SECOS, nos quais a mulher é infértil, ou seja, não poderá ser fecundada. Logo depois, a gosminha (também chamada de muco) aparece, e a mulher passa a sentir uma sensação de umidade na vagina. Isso indica que o período fértil está prestes a começar. No começo, o muco é esbranquiçado, fofo e pegajoso. Mas, a cada

dia, vai-se tornando mais elástico e mais lubrificante.

Quando o muco fica transparente como a clara de ovo cru, lubrificante e tão elástico que se pode puxar um fio, é sinal de que a mulher está no seu período mais fértil. O último dia desse muco lubrificante é chamado dia do pico ou ápice do muco. No dia seguinte, ou sobretudo no segundo dia depois, ocorrerá a ovulação. Após o período fértil, a mulher volta a ficar seca até a menstruação seguinte. Em resumo:

- QUEM QUER ENGRAVIDAR DEVE TER RELAÇÕES NOS DIAS ÚMIDOS (COM MUCO).
- QUEM NÃO QUER ENGRAVIDAR, SÓ DEVE TER RELAÇÕES DURANTE OS DIAS SECOS (SEM MUCO).

### IMPORTANTE:

Este método **não** é indicado para as mulheres que têm dificuldade em identificar o seu muco; as que têm pouco muco; as que sofrem corri-

mentos frequentes; e ainda aquelas para as quais a gravidez representa um grande risco para a sua saúde.

## OBSERVAÇÃO:

O muco é uma gosminha transparente e sem mau cheiro, pode ser observada todos os meses durante os períodos férteis. Os corrimentos, ao contrário, possuem coloração e cheiro característicos, e precisam ser tratados.

## TABELINHA

Assim como o método do muco, a tabelinha também procura identificar o período do mês em que a mulher está fértil. Para usar este método, é

preciso que a mulher anote um calendário pelo menos durante seis meses o dia da chegada da menstruação.

**Exemplo—Uma mulher faz as seguintes anotações:**

	1º dia da regra	Intervalo entre um ciclo e outro
março	4	27
março	31	28
abril	28	31
maio	23	28
junho	27	29
julho	26	30
agosto	25	33
setembro	27	

Agora, ela observará qual foi o intervalo mais curto e o mais longo, 27 e 33, no nosso exemplo. É preciso calcular a diferença entre eles:  $33 - 27 = 6$ . Se a diferença entre o ciclo mais curto e o mais longo for maior do que 10 dias, a mulher não

deverá usar este método, pois neste caso o período de abstinência sexual será muito longo e o método poderá falhar facilmente. Do ciclo mais curto (no nosso exemplo, 27), é preciso diminuir 18. Fazendo a conta encontramos 9, que é o dia

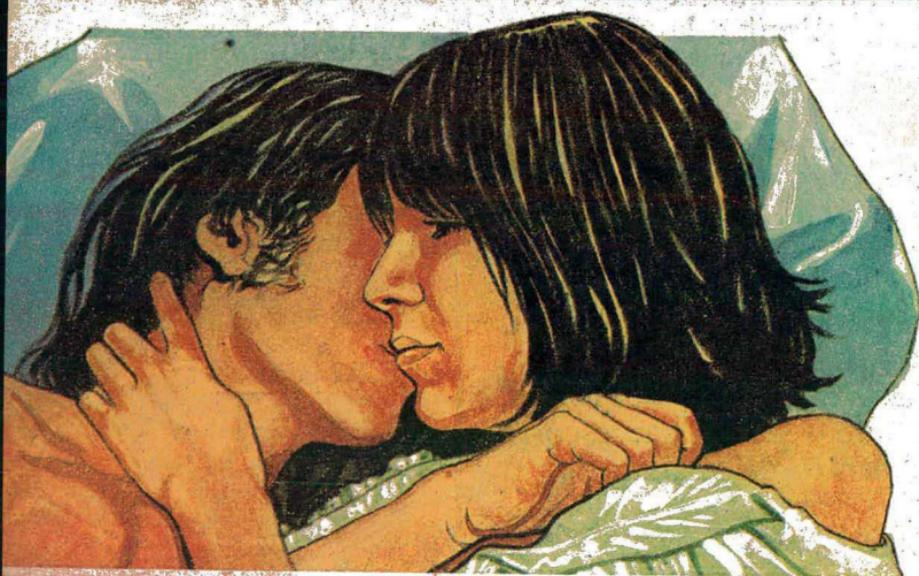
cio do período fértil. Do ciclo mais longo, diminui-se 11, encontramos o último dia do período fértil que, no nosso exemplo, é:  $33 - 11 = 22$ .

Então, o período fértil dessa mulher será sempre entre o 9º e o 22º dia do ciclo, lembrando que o 1º dia de um ciclo é o dia da chegada da menstruação. Se, em outubro, sua menstruação chegar no dia 27, 1º dia do ciclo, o 9º dia do ciclo será o dia 10. Desse dia até 18/10, ela

não deverá ter relações sexuais se não quiser engravidar. Se desejar ter um filho, esses são os melhores dias para tentar a fecundação.

A tabela **não é um método recomendado** para mulheres que estão nos períodos de resguardo, menopausa ou adolescência, ou imediatamente após o uso do DIU ou da pílula. Não devem usá-lo, também, as que, com a gravidez, poderão correr riscos de vida.

## COITO INTERROMPIDO



É uma prática anticoncepcional ainda muito usada pela nossa população, que consiste na retirada do pênis da vagina, antes do homem ejacular, ou segundos antes que solte o líquido que

contém os espermatozóides. É **um método pouco seguro**, pois, mesmo antes da ejaculação, pode haver a saída de alguns espermatozóides.

Além disso, o coito interrom-

pido interfere muito no ato sexual, pois exige do homem um grande controle, o que naturalmente atrapalha o prazer sexual do casal. Para a mulher, pode acarretar uma preocupação de

que o companheiro falhe, venha a engravidar. É claro que dificilmente este casal terá uma vida sexual prazerosa, levando essas preocupações para o relacionamento sexual.

## CAMISINHA

É uma capa de borracha finíssima que o homem usa no pênis durante o ato sexual, e que retém o sêmen, impedindo a entrada dos espermatozoides na vagina da companheira. Também é chamada de condon, camisinha-de-vênus ou preservativo. Ela é de tamanho único.

A camisinha deve ser colocada **antes de qualquer contato** do pênis com a vagina, quando este já estiver ereto (duro). Após a ejaculação, o pênis deve ser retirado da vagina ainda ereto, tomando-se o cuidado de segurar as beiradas da camisinha, para que o sêmen não escorra para dentro da vagina.

### VANTAGENS:

- Oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS
- Pode ser usado por adolescentes
- **Se usado corretamente, é um método muito seguro**

- Evita doenças do colo útero
- Está à venda nas farmácias, supermercados e custa barato
- Não faz mal à saúde

### DESVANTAGENS:

- Pode diminuir a espontaneidade sexual
- É preciso usar uma camisinha nova a cada relação



*Para que a camisinha seja um concepcional eficiente, é preciso certos cuidados ao colocá-la.*

# DIAFRAGMA

É um chapeuzinho de borracha fina e macia, que a mulher coloca na vagina, cobrindo todo o colo do útero, o que impede a entrada dos espermatozoides e, por conseguinte, a fecundação.

Só pode ser retirado da vagina 8 horas após a relação sexual. Após o uso, ele deve ser lavado e guardado bem seco.

Para usá-lo, é preciso passar por uma consulta médica, para saber de que tamanho deve ser o DIAFRAGMA, e aprender a colocá-lo no fundo da vagina. Para aumentar a segurança do método, ele deve sempre ser usado com uma geléia espermaticida (geléia que elimina os espermatozoides).

Depois que aprender a usar o DIAFRAGMA, a mulher deverá voltar ao médico depois de

um mês, quando ele marcará novas consultas. Após o primeiro ano de uso, estas consultas deverão ser marcadas apenas uma vez por ano.

## VANTAGENS:

- Não interfere com o ciclo menstrual, não causando danos à saúde
- Ajuda a conhecer melhor o corpo
- Só precisa ser usado quando se vai ter uma relação sexual
- Pode ser usado por adolescentes
- É simples e fácil de usar
- Tem efeito protetor contra doenças do colo uterino

## DESVANTAGENS:

- Pode interferir na espontaneidade sexual



Os diafragmas devem ser conservados em caixinhas apropriadas.

# PÍLULA

É um método feito de substâncias químicas artificiais que imitam os hormônios que o corpo da mulher produz normalmente. A pílula impede que o ovário deixe o óvulo sair para as trompas, ou seja, impede a ovulação.

Existem diversos tipos de pílula anticoncepcional. A mais comum é a que vem em embalagens de 21 comprimidos cada.

## Modo de usar:

O primeiro comprimido deve ser tomado no 5º dia do ciclo. Exemplo: a menstruação começou no domingo; o primeiro comprimido deverá ser tomado quinta-feira. Daí em diante, segue-se tomando um comprimido por dia, de preferência na mesma hora, até a cartela acabar. Esperam-se sete dias e começa-se a tomar uma nova cartela. No 8º dia, deverá ocorrer a menstruação.

A pílula só deve ser utilizada através de prescrição médica. Como já foi visto, existem vários tipos de pílulas anticoncepcionais, e após um exame clínico geral, é que o médico poderá saber qual o melhor tipo para cada organismo. Para algumas mulheres, a pílula é espe-

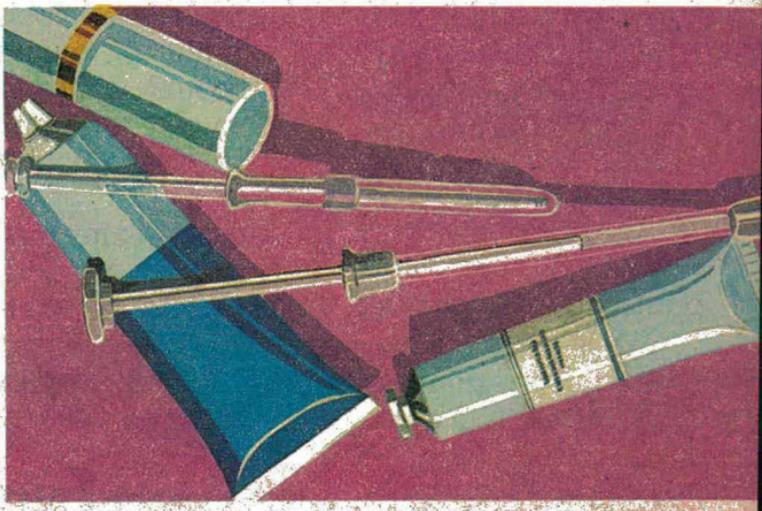
cialmente contra-indicada. aquelas que:

- ▲ têm mais de 35 anos de idade
- ▲ são fumantes e têm mais de 30 anos (já está comprovado que alguns possíveis efeitos colaterais adversos acentuam-se, quando a mulher é fumante)
- ▲ estão grávidas ou suspeitas que estão
- ▲ estão amamentando
- ▲ tiveram filhos há menos de 40 dias
- ▲ apresentaram qualquer anomalia no exame preventivo ginecológico
- ▲ perdem sangue pela vagina entre uma e outra menstruação
- ▲ têm ou já tiveram alguma das seguintes doenças: pressão arterial alta, diabetes, hipertensão, hepatite, câncer, flebite, derrame cerebral, infarte, angústia, glaucoma, pneumonia crônica, icterícia e males do fígado.

## VANTAGENS:

- Não exige que se evitem relações sexuais, em nenhum dia do mês

Depois de colocado no aplicador, o espermicida é injetado na vagina pouco antes da relação sexual.



form colocados na vagina. Neste caso, não haverá espermatozóides, não haverá tam- bém a fecundação.

Existem alguns produtos, como gélias, cremes, espumas, comprimidos e ovúlos, que des- tem os espermatozóides, se

## ESPERMICIDAS

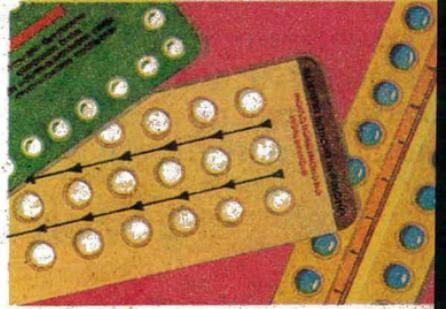
das ao médico. servadas devem ser comunica-

anormalidades que forem ob- Mas, de qualquer modo, as tos colaterais são passageiros. de. Normalmente, esses efei- intermenstrual e irritabili- beça, tontura, sangramento aumento de peso, dor-de-ca- ves, como náuseas, perda ou apresentar reações indeseja-

- Algumas mulheres podem apresentar reações indesejáveis, como náuseas, perda ou aumento de peso, dor-de-cabeça, tontura, sangramento intermenstrual e irritabilidade. Normalmente, esses efeitos colaterais são passageiros. Mas, de qualquer modo, as anormalidades que forem observadas devem ser comunicadas ao médico.
- É um produto químico que interfere com as reações do organismo

### DESVANTAGENS:

se pode esquecer de tomar a pílula nos dias indicados na bula.



deuz a ocorrência de problemas menstruais, como as cópias, por exemplo oferece proteção contra algumas doenças ginecológicas

Os comprimidos e óvulos espermicidas devem ser colocados na vagina 10 a 15 minutos antes do ato sexual. Os demais, cremes, geléias e espumas, não exigem qualquer tempo de espera. Em ambos os casos, porém, é preciso colocar novamente o espermicida a cada nova relação.

### IMPORTANTE:

- ▲ Quando se usa o espermicida, não se deve fazer lavagens vaginais até oito horas após o último ato sexual. Se for feita a lavagem antes deste prazo, o espermicida perde o seu efeito.
- ▲ Para maior segurança deste método, é recomendável combiná-lo com outro anticoncepcional, como a camisinha ou o diafragma.

- ▲ Quando se usa o espermicida, a relação sexual deve ser realizada na posição tradicional. De outro modo, o produto poderá se deslocar, perdendo seu efeito anticoncepcional.

### VANTAGENS:

- Seu uso é bastante simples.
- Fornecem **razoável** proteção contra algumas doenças sexualmente transmissíveis.

### DESVANTAGENS:

- Devem ser colocados antes de cada relação sexual.
- Podem interferir no ato sexual, devido à mudança de cheiro, umidade etc.
- Algumas mulheres podem ter alergia ao produto.

## DIU - DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

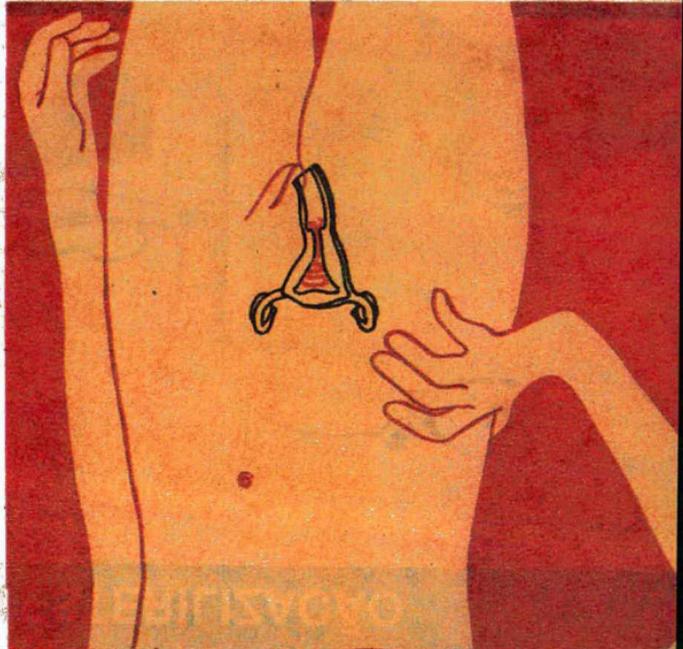
É um objeto pequeno, parcialmente revestido de cobre que impede a fecundação. Sua colocação na cavidade uterina deve ser feita por um médico, de preferência durante o período menstrual.

Algumas mulheres não devem usar este método. É o caso das que têm câncer ginecológico, sangramento vaginal de causa desconhecida, as alérgicas

ao cobre e as que nunca tiveram filhos. Outras contra-indicações ao uso do DIU são:

- ▲ Gravidez ou suspeita de gravidez;
- ▲ Infecção pélvica passada ou atual;
- ▲ Anomalias congênitas do útero;
- ▲ Hipermenorréias ou outros sangramentos anormais.

O ministério da Saúde aprovou apenas um tipo de DIU para ser aplicado nas mulheres brasileiras: o DIU do tipo "T" de cobre. Ele deve ser colocado por um médico no útero da mulher, onde pode ficar durante cinco anos. Quando a mulher quiser engravidar, é só retirar o DIU.



**VANTAGENS:**

- É bastante eficaz
- Pode ser usado durante a amamentação
- Não interfere no relacionamento sexual
- Não exige preocupação diária ou disciplina da mulher
- Pode ser usado sem substituição por um período de até quatro anos

**DESVANTAGENS:**

- Pode aumentar a quantidade e a duração do sangramento menstrual
- Pode ocasionar efeitos secundários, como anemia, cólicas, inflamações ginecológicas e corrimentos.

Vaginites ou cervicites;

Endometrites;

Distúrbios da coagulação

sanguínea ou uso de anticoagulantes;

Antecedentes de gravidez ectópica (gravidez fora do útero);

Estenose do canal cervical;

Abortos ou partos prematuros repetidos;

Alto risco de doenças sexualmente transmissíveis;

Anemia;

Dismenorréia (menstruação com cólicas).

## ESTERILIZAÇÃO



Esta é uma maneira extrema e definitiva de se evitar a fecundação, e só pode ser realizada através de uma intervenção cirúrgica. Tanto o homem quanto a mulher podem se subme-

ter a essa operação. Quando a esterilização é feita no homem, recebe o nome de vasectomia. Quando é feita na mulher, chama-se ligadura tubária (ligadura das trompas).

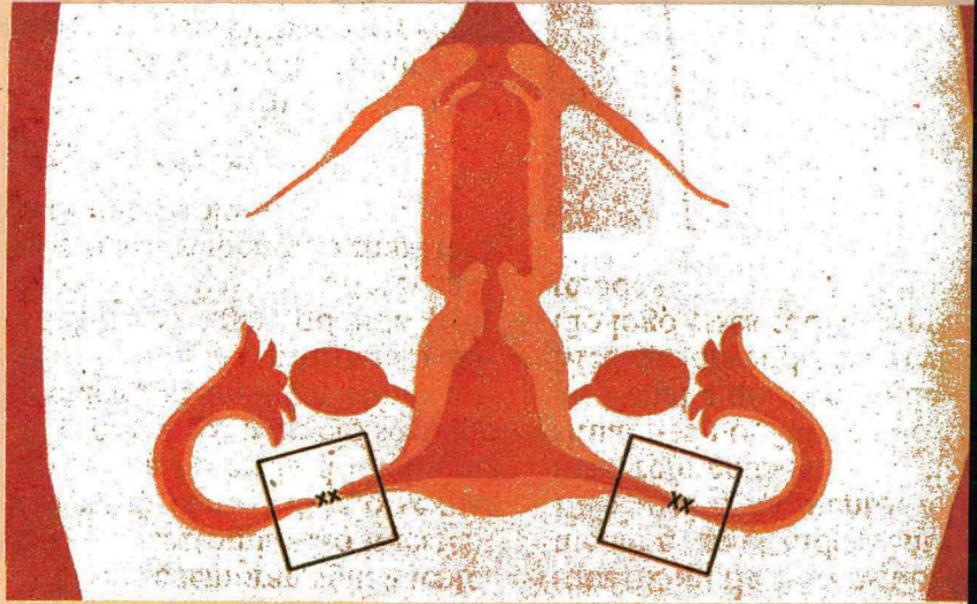
## LIGADURA TUBÁRIA

Existem diversas maneiras do médico fazer a esterilização feminina. Algumas podem ser feitas com anestesia local, enquanto outras exigem anestesia geral. A ligadura é feita pelo abdômen e, de acordo com a técnica utilizada pelo médico, a mulher

pode precisar ficar internada apenas algumas horas ou alguns dias.

Após a realização da ligadura tubária, a mulher fica imediatamente impossibilitada de ser fecundada, uma vez que a intervenção fecha a passa-

existe nas trompas. Assim, a mulher não poderá encontrar os espermatozoides, tornando-se submetido a uma intervenção cirúrgica, e evidente que a mulher não poderá ter relações sexuais imediatamente após a ligadura. A atividade sexual poderá ser retomada tão logo a mulher esteja recuperada da operação, e se sintamotivada e confortável para o ato sexual.



Para fazer a amarração, o médico corta as duas trompas.

## VASECTOMIA

Esta cirurgia é bem mais simples e segura do que a ligadura da trompa. Inclusive, ela pode ser realizada no próprio consultório médico, com anestesia local apenas, e dura cerca de 20 minutos. Após a vasectomia, o homem deve fazer repouso por cerca de duas horas, podendo ir para casa em seguida. Nas primeiras vinte e quatro horas, é conveniente manter repouso. De igual modo, deve-se evitar esforços físicos consideráveis, por um período de uma semana. É importante ressaltar que o homem não fica impossibilitado de fecundar a mulher imediatamente após ter feito a vasectomia. Ao contrário, sua ca-

pacidade de gerar filhos ainda vai perdurar até que ele tenha ejaculado umas 10 ou 15 vezes. Isto porque ainda haverá muitos e muitos espermatozoides armazenados. Somente após a saída de todos eles é que o homem ficará infértil.

Deve-se lembrar, igualmente, que a vasectomia não interfere em nada com o desejo sexual ou com a potência do homem. Ao contrário, o desejo sexual e a ereção se mantêm como antes. O homem também não deixará de ejacular, quando tiver orgasmo. A única diferença é que o seu sêmen não mais terá espermatozoides.

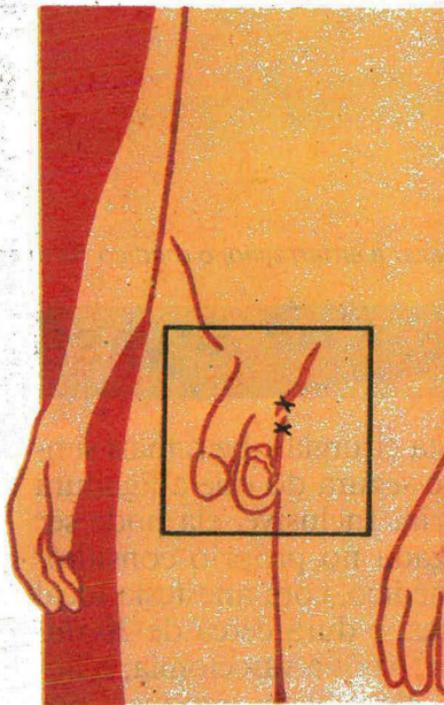
### IMPORTANTE:

Como já foi dito, tanto a vasectomia quanto a ligadura tubária são definitivas, irreversíveis. Isto quer dizer que, depois de se submeter a uma intervenção esterilizante, dificilmente uma pessoa poderá recuperar sua capacidade de gerar filhos novamente. Por isso, é uma decisão muito séria, que necessita ser muito bem pensada.

O problema maior que algumas pessoas que se submetem à esterilização enfrentam é justamente o arrependimento. Há casos de pessoas que se esterilizaram e depois desfizeram seu casamento, tornaram a casar e voltaram a desejar filhos, o que

passou a ser, praticamente impossível. Assim, para que soa não venha a se sentir trada mais tarde, convém tirar bastante, antes de se submeter à esterilização.

Finalmente, é bom lembrar que a vasectomia e a ligadura tubária ainda não estão plenamente normalizadas, em nosso País. Até o momento, as normas referentes à esterilização situam-se nos limites do Código Penal e do Código de Ética Médica, devendo ser revistos tão logo esses códigos sejam atualizados.



A vasectomia impede o homem de gerar filhos, mas não o torna infértil, nem prejudica sua vida sexual.

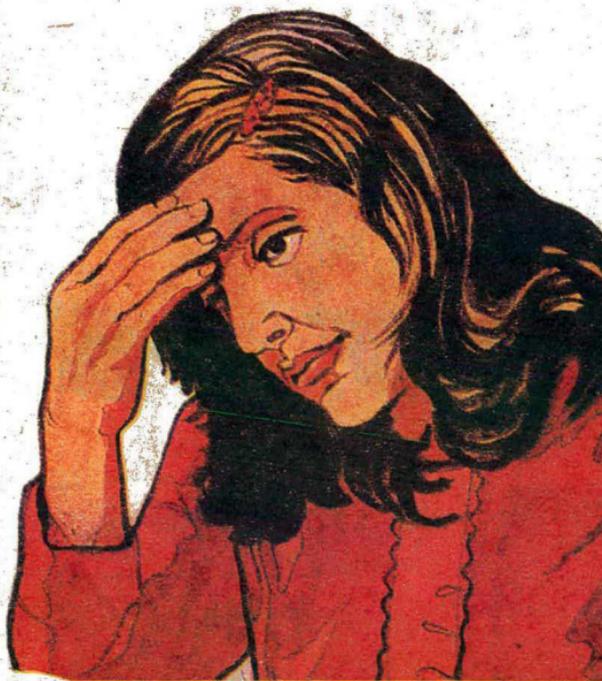
# GRAVIDEZ INDESEJADA

em nosso País, ainda ocorrem muitos casos de mulheres engravidam sem ter desejado a gravidez. Isto pode acontecer por diversas razões. A principal delas, no entanto, é apesar de não desejarem receber um filho naquele momento, essas mulheres mantiveram relações sexuais sem que ou seus parceiros tomassem qualquer medida preventiva. Mesmo elas nem seus parceiros utilizaram um método anticoncepcional eficaz. O resultado é uma gravidez não-desejada, fenômeno que ocorre com milhares de mulheres todos os dias, principalmente com as jovens.

A gravidez indesejada, com frequência, desemboca num problema médico-sanitário das altas gravidades: o aborto clandestino. Devido à clandestinidade do aborto em nosso País, não existem dados oficiais dignos a respeito. Porém, a Organização de Saúde Materno-Infantil, órgão do Ministério da Saúde, estima que são realizados milhões de abortos, anualmente, no Brasil. Ou seja, quase o mesmo número de crianças que nascem. Esta incidência dá uma média de 347 casos de aborto por hora, configuran-

do uma situação que exige urgentes medidas preventivas por parte dos órgãos de Saúde.

Para piorar a situação, a clandestinidade do aborto faz com que essa intervenção seja feita, na maior parte das vezes, sob as mais precárias condições de higiene e assepsia. Daí, decorre um grande número de internações hospitalares visando o tratamento de infecções, hemorragias, choques tóxicos e outras complicações. Infelizmente, por maior que seja o esforço das equipes de saúde, muitas vezes, não há como sal-



var a vida da mulher, o que transforma o aborto em uma das principais causas de mortes maternas no País.

Sem dúvida, o aborto provocado é o desenlace de uma gravidez não-desejada, o último recurso de que a mulher lança mão para evitar o nascimento de um filho que ela não deseja. Por isso, o planejamento familiar se mostra como a única ação capaz de reduzir sua incidência e, deste modo, diminuir

também as complicações e mortes dele decorrentes.

A orientação e a educação para o planejamento familiar aliadas à indispensável assistência anticoncepcional, permitiriam que as mulheres e os seus planejassem o número de seus filhos e o espaçamento entre eles. Com isso, muitas mulheres não precisariam mais correr ao aborto, afastando os riscos de complicações ou morte que ele impõe.

## ONDE OBTER INFORMAÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR



Lembre-se: o planejamento familiar é um direito que você tem. E existem muitos locais e instituições que podem ajudar você a exercer esse direito.

ações de planejamento familiar, para atender à população mais carente;

- através do Ministério da Educação, que recomendou aos hospitais e postos ligados à rede de ensino, pública ou privada, que proporcionassem à população as informações para o planejamento familiar e facilitassem o acesso aos métodos anticoncepcionais.
- Como se pode ver, há uma grande estrutura oficial trabalhando para proporcionar à população o acesso às informações e aos meios que lhe permitem exercer o direito humano fundamental de planejar a família. Além disso, há muitas instituições privadas que trabalham com esse mesmo objetivo. São instituições que há anos se dedicam ao planejamento familiar e que estão igualmente habilitadas a prestar à população todas as informações necessárias bem como fornecer os métodos anticoncepcionais aprovados para uso no País. Você pode procurar um desses locais, onde poderá obter informações e escolher o método de sua preferência.

hoje em dia existem muitos locais onde se pode obter informações sobre planejamento familiar e também sobre os métodos anticoncepcionais escolhidos pelas mulheres ou pelos casais. O Governo Federal, por exemplo, está desenvolvendo ações de planejamento familiar através do Ministério da Saúde, cujo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) está sendo desenvolvido em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Assim, todos os postos e postos de saúde estaduais e municipais estão habilitados a prestar informações sobre planejamento familiar à população, bem como a fornecer o método escolhido pelas mulheres.

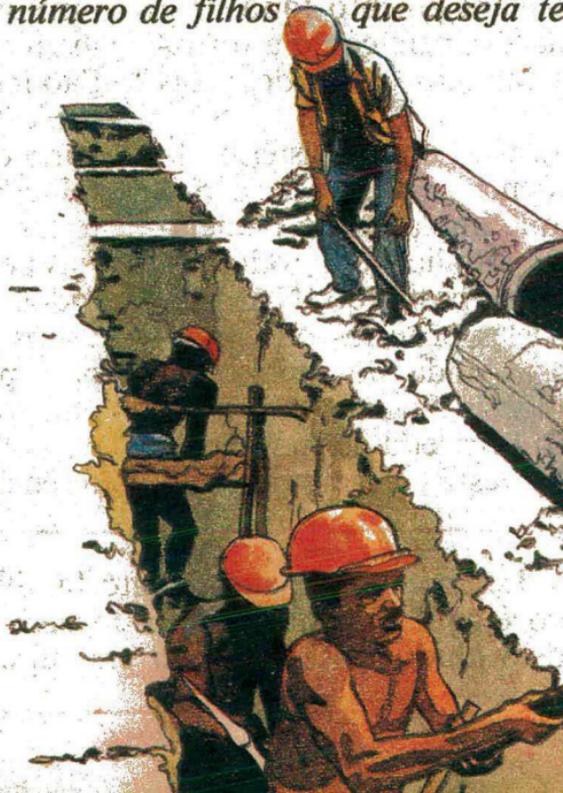
através do Ministério da Saúde e Assistência Social, também a nível estadual, municipal e postos do INAMPS, para eles próprios ou convencionais, que implantou o planejamento familiar em todos os municípios e postos de saúde estaduais e municipais estão habilitados a prestar informações sobre planejamento familiar e que estão igualmente habilitadas a prestar à população todas as informações necessárias bem como fornecer os métodos anticoncepcionais aprovados para uso no País. Você pode procurar um desses locais, onde poderá obter informações e escolher o método de sua preferência.

# UM COMPROMISSO DE TODA A SOCIEDADE

*A saúde — “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades”, segundo a Organização Mundial de Saúde — é um direito humano fundamental e, portanto, um dever do Estado. A saúde está ligada a outros indicadores de qualidade de vida, como emprego, educação, alimentação, saneamento básico e habitação.*

*Só uma adequada assistência médica, porém, pode contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, principalmente em relação às mães e às crianças que são, tradicionalmente, o grupo familiar mais vulnerável às enfermidades. Por esta razão, os serviços de saúde públicos e privados devem conceder prioridade à assistência materno-infantil, do qual fazem parte o pré-natal, parto, puerpério (período após o parto), atendimento pediátrico, aleitamento e menopausa.*

*Uma outra ação é o planejamento familiar que permite ao casal planejar o número de filhos que deseja ter.*



mento mais oportuno, visando melhores condições de saúde a mãe e suas crianças. Além disso, contribui para a prevenção do aborto provocado, que é a causa de inúmeras mortes maternas anualmente em nosso País.

O planejamento familiar é um direito humano que não pode continuar sendo sonegado à população, em especial às classes mais carentes. Por isso, o Governo Sarney convocou Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e também a LBA, através dos quais a população possa ter acesso às informações e aos meios que permitam a todos o direito de planejar livremente suas famílias.

Mas, não compete apenas ao Governo agir nesta área. Tal compromisso deve ser objetivo também de toda a sociedade. Cada cidadão ou instituição deve participar das ações de saúde, tanto a nível de planejamento e organização, quanto em relação ao acompanhamento e fiscalização de como elas estão sendo implantadas. Reconhecer este compromisso e trabalhar para cumpri-lo é contribuir para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida de nossa população.



# A Fundação do futuro.

Com objetivos e ações inteiramente voltados para a comunidade, através dos projetos que hoje desenvolve nas áreas social e cultural, a Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho é o "braço social da RBS".

Em sua meta de trabalho para o futuro, busca a valorização e aperfeiçoamento da qualidade de vida do ser humano.

"**PATERNIDADE CONSCIENTE**" é um programa que se propõe a oferecer à comunidade, o direito e o acesso à informação.

Na sua proposta de esclarecimentos e conscientização do *porquê, como e quando* ter filhos, transcende ao planejamento familiar e ao controle da natalidade.



FUNDAÇÃO  
MAURÍCIO SIROTSKY SOBRINHO

**"QUEM PREPARA A ESTRADA SOMOS NÓS, QUE CHEGAMOS ANTES"**

Rua José de Alencar, 1188 - 3º andar - cj. 303 - fone: 33.1133 - CEP 90640 - Porto Alegre/RS



**Produção Editorial**  
Fundação Victor Civita  
**Texto:** Berta Stark Amar  
**Diagramação:** José M. de Oliveira  
**Ilustração:** José Figueirola  
**Assistente:** Alexandre F. de Almeida  
© Copyright Fundação Victor Civita

1988, São Paulo - Brasil  
Direitos Reservados  
Obra composta e impressa  
na Divisão Gráfica  
da Editora Abril S.A.  
Av. Otaviano Alves de Lima  
4.400 - São Paulo, SP - Brasil

A Fundação VICTOR CIVITA, responsável pela edição desta cartilha apóia e integra-se ao programa "PATERNIDADE CONSCIENTE".

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução do companheiro: \_\_\_\_\_

Ocupação do Companheiro: \_\_\_\_\_

Número de Gestações: \_\_\_\_\_

Número de Abortos: \_\_\_\_\_

Doenças que a paciente já apresentou: \_\_\_\_\_

**PERGUNTIAS**

1) Você conhece os métodos anticoncepcionais? Quais?

2) Você usa ou já usou algum método anticoncepcional? Qual e quem receitou? Se não usu, porquê?

3) Você fez Pré-Natal? Onde? Se não fez porquê?

4) Seu companheiro participa da decisão do casal ter ou não filhos?

5) Seu companheiro respeita quando você não quer ou não pode (por ser seus dias férteis) manter relações sexuais?

6) Você vai ao ginecologista frequentemente? Se não vai, Porquê? Quais as dificuldades encontradas?

7) Você já fez exames preventivos? Se não fez, Porquê? Quais as dificuldades encontradas?

8) Sua gravidez foi planejada?

SIM  NÃO  OUTROS

---

9) Você já ouviu falar de Planejamento Familiar ?

SIM  NÃO  OUTROS

---

10) Acha necessário a implantação de um programa de Planejamento Familiar no Hospital Regional São José ?

SIM  NÃO  OUTROS

---

11) Você recebe ou já recebeu algum auxílio ? Qual ? De onde ?

SIM  NÃO  OUTROS

---

ENTREVISTADA POR :

---

Luciana De Oliveira Plaza

Florianópolis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_