

POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM JOÃO PESSOA - PB: ANÁLISE DAS CONTRADIÇÕES EXISTENTES ENTRE O DISCURSO OFICIAL E A PRÁTICA*

FAMILY PLANNING POLICIES IN JOÃO PESSOA - PB: ANALYSIS OF THE CONTRADICTIONS ENCOUNTERED BETWEEN OFFICIAL AND PRACTICAL DISCOURSES

*Edméia de Almeida Cardoso Coelho**
Maria de Fátima Gomes de Lucena***
Ana Tereza de Medeiros Silva*****

COELHO, E. A. C. et al. Política de Planejamento Familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p.119-27, jun. 2000.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as contradições existentes entre o discurso oficial e a prática em planejamento familiar em serviços públicos de saúde de João Pessoa - PB, tendo como referência o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A referida política foi analisada nos seus pressupostos e na sua prática, a partir do discurso de profissionais e de mulheres clientes vinculados ao Programa. Concluiu-se que, a política de planejamento familiar em João Pessoa restringe-se ao âmbito das intenções e o que se concretiza é uma prática utilitarista, negando a regulação da fecundidade enquanto direito de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Planejamento familiar. Saúde da mulher.

ABSTRACT

This research project's main objective is to analyze the contradictions encountered between official and practical discourses referent to family planning in public health policies in João Pessoa, PB, Brasil, using as its reference, PAISM (Program for Assistance in Women's Health). The policy was analyzed according to its official intentions and its practical use through interviews with people linked to PAISM. It was concluded that, this program is being developed under a utilitarian ideal, negating the individual citizen's right to regulate one's own fertility.

KEYWORDS: Health policy. Family planning. Women's health.

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objeto de análise uma política pública de saúde, a política de planejamento familiar proposta pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em João Pessoa - PB. Criado

em 1983, o PAISM representa uma política oficial do governo, tendo como objetivo: assistir a mulher "através de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle

* Artigo produzido a partir da Dissertação de Mestrado: COELHO, E. de A. C. Política de planejamento familiar em João Pessoa - Pb: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. João Pessoa, 1996. 245 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 1996.

** Enfermeira, Mestra em Enfermagem de Saúde Pública, Professora assistente IV do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba, Aluna do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da USP.

*** Assistente social, Doutora em Ciências Sociológicas, Professora adjunto II do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco.

**** Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Professora adjunto IV do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba, Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP.

pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e a contracepção" (BRASIL, 1985).

Entretanto, há mais de uma década de sua criação, a realidade apresenta uma grande contradição com o discurso oficial, conforme podemos constatar em um Relatório do Banco Mundial, citado pela Organização Mundial da Saúde, em 1994. Este documento apresenta conclusão que ainda existem problemas graves na saúde reprodutiva da mulher brasileira, sendo eles: "informação e escolha de anticoncepcionais extremamente limitadas, altas taxas de aborto de risco, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1994).

Ao nos referirmos especificamente ao planejamento familiar proposto pelo PAISM, vimos que a realidade é contraditória, tanto em nível nacional como em nível local. No nosso cotidiano profissional, atuando no serviço de pré-natal e maternidade de um hospital público em João Pessoa - PB, assistimos a um número significativo de mulheres, que estão grávidas de filhos indesejados, enfrentando as complicações de abortamentos provocados e outras vezes "aceitando" a condição de gestantes ou de mães por estarem cumprindo a função feminina da reprodução.

Em virtude do desacordo entre a proposta teórica do PAISM e a realidade concreta das mulheres referidas, sentimos a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o tema. Optamos por desenvolver uma pesquisa tendo como objetivo analisar as contradições existentes entre o discurso oficial e a prática concreta no que se refere à política de planejamento familiar em João Pessoa - Pb, na atualidade.

Para atingir tal objetivo, propomo-nos responder as seguintes questões:

1- Qual o contexto sócio-político do Brasil por ocasião da elaboração das políticas de planejamento familiar?

2- Quais as forças e os determinantes políticos que motivaram a formulação do PAISM?

3- Quais os ganhos/limitações/dificuldades das mulheres, em João Pessoa, com a política de planejamento familiar proposta pelo PAISM?

METODOLOGIA

O estudo é exploratório-descritivo e a estratégia consistiu em analisar no enfoque do materialismo histórico e dialético os aspectos históricos das políticas de planejamento familiar no Brasil, considerando suas articulações com os processos de acumulação do Estado capitalista e as manifestações das forças sociais. Após esse estudo inicial, conhecemos e analisamos a política de planejamento familiar em João Pessoa - PB, nos seus pressupostos e na sua prática, a partir do discurso de profissionais e de mulheres usuárias de serviços públicos de saúde.

O acesso aos serviços foi antecedido pela autorização escrita dos administradores de cada local selecionado para o estudo e da autorização verbal dos demais participantes, sendo seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, condição para o agendamento da entrevista. A autorização para o estudo foi solicitada em setembro de 1995 e os dados coletados entre novembro de 1995 e fevereiro de 1996, motivo pelo qual não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que entra em vigor em outubro de 1996.

A escolha dos serviços obedeceu a três critérios: figurar o planejamento familiar na assistência à mulher como um dos seus objetivos, ter vínculos administrativos diferentes (municipal, estadual, federal ou ser organização não governamental - ONG) e constituir serviço de referência para a população em planejamento familiar. Foram contemplados todos os serviços de referência da cidade de João Pessoa, indicados pelas Secretarias de Saúde num total de três centros de saúde; um instituto de assistência à mulher; um hospital universitário; a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), que é uma ONG e as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, estas por gerirem no nível central as atividades dos centros de saúde.

A população foi composta pelos secretários de saúde do estado e do município e coordenadores da assistência à saúde mulher das Secretarias de Saúde respectivas; diretores das instituições pesquisadas; equipe técnica que atua em planejamento familiar e usuárias dos serviços citados, totalizando 30 usuárias e 32 profissionais, nestes incluídos enfermeiras, médicos, assistentes sociais, psicólogas e nutricionista.

Para a coleta de dados, utilizamos as técnicas de entrevista e observação e como instrumentos, formulários de entrevista, roteiro de entrevistas semi-estruturadas e ficha de anotações. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes, transcritas posteriormente e, quando impossibilitada

a gravação (algumas entrevistas de usuárias, por particularidades do ambiente da coleta), foram registradas no momento em que estavam sendo desenvolvidas, garantindo-se a fidedignidade dos dados. Ao entrevistado foi garantido o direito ao anonimato.

Após a fase exploratória e a de coleta de dados passamos à análise e discussão destes, a partir da sua ordenação e classificação considerando cada aspecto da política de planejamento familiar contemplado no documento oficial de criação do PAISM, intitulado Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (BRASIL, 1985). Os aspectos propostos pelo PAISM somados aos que emergiram do campo durante a coleta de dados, constituíram categorias empíricas de análise. A análise foi conduzida pelo referencial teórico da pesquisa articulado à proposta do PAISM, o que permitiu constatar e analisar as contradições existentes entre o discurso oficial e a prática em planejamento familiar em João Pessoa - PB.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

1. O planejamento familiar como política de governo e seus objetivos segundo os agentes institucionais

Segundo o documento oficial de criação do PAISM, este representa apenas "parte de um programa global de assistência primária à saúde da população e, a particularização da saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica - a da assistência integral..." (BRASIL, 1985). Para tanto, os "serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e dos municípios"(BRASIL, 1985).

Através do PAISM, o Ministério da Saúde reconhece a sua responsabilidade em atender às expectativas e necessidades da população feminina e defende que a "atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento familiar, deve estar pautada no pressuposto básico de que todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais" (BRASIL, 1987). E, "para que esse direito possa ser efetivamente exercido é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva

e, em conseqüência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole" (BRASIL, 1985).

Após mais de uma década da oficialização do PAISM conhecemos, na prática, uma outra versão que se repete nas falas dos profissionais entrevistados neste estudo, como verificamos a seguir:

"O governo divulga o planejamento familiar, mas não dá meios, o governo não tem compromisso, o planejamento familiar não é reconhecido".

"Não existe, a política é só no papel, mas uma prática dessa política não existe".

"Há uma defasagem entre o que se propõe e o que se faz".

Principalmente na fala dos profissionais da assistência direta há um reconhecimento e uma insatisfação com a omissão do Estado, entretanto, percebe-se posteriormente, que as suas preocupações estão centradas, sobretudo, no fornecimento dos métodos contraceptivos, como garantia de efetivação de tal política. Como veremos a seguir, afastam-se da noção da regulação da fertilidade como direito, para defendê-la como meio de solucionar problemas sociais, apoiados na perspectiva neomalthusiana. Sabe-se que Malthus, na medida em que relacionou crescimento populacional e pobreza, no final do séc. XVIII, vinculou "entre si os dois processos de uma maneira especialmente grata aos interesses das classes dominantes, ao atribuir a expansão da miséria não a causas sociais e econômicas, mas a um fenômeno tão natural como o aumento da população" (SZMRECSANYI, 1982).

A postura neomalthusiana pode ser encontrada nos seguintes fragmentos de discursos:

"O crescimento desordenado leva a uma desorganização social, a uma anarquia a uma frustração, a um maior número de menores abandonados".

"Nenhum país cresce sem uma política de planejamento familiar".

"Já estão falando em fazer laqueadura nas pessoas carentes (...) o caminho seria esse talvez, mas com certos critérios".

Ao tratarem dos objetivos da política de planejamento familiar assim se posicionam:

"No contexto sócio-político é diminuir a miséria do estado da Paraíba, de João Pessoa, do Estado como um todo e do Brasil".

"Colaborar com o país para obtenção da estabilidade econômica, que permita melhor padrão de vida e melhor renda 'per capita'".

"Evitar as crianças indesejadas e socorrer as pessoas desorientadas,"

Os discursos dos profissionais apresentam um distanciamento e uma distorção na explicação da realidade e uma flagrante contradição com a proposta do PAISM. Este ao se referir ao planejamento familiar assim determina: "ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com a saúde"(BRASIL, 1985).

Na sua maioria, os profissionais da assistência e da esfera administrativa têm pontos-de-vista semelhantes e, apoiados na perspectiva neomalthusiana, afastam-se da "investigação crítica de ordem política, econômica e sociológica como método contestatório da estrutura social" (CUNHA et al., 1992). Falta nos serviços a discussão política da questão da saúde, daí ser o planejamento familiar negado enquanto direito de cidadania e reforçado como medida de controle social.

2. A prática do planejamento familiar nos serviços públicos de saúde

De acordo com o PAISM a atuação dos profissionais de saúde deve ser sistematizada e contínua, sendo suas atividades de dois tipos: educativas e clínicas(BRASIL, 1985).

2.1 Atividades educativas

A proposta educativa do PAISM é baseada no trabalho realizado pelo SOS - Corpo - gênero e cidadania, entidade feminista com sede em Recife, PE. Segundo o PAISM, as atividades educativas "devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da contracepção, inclusive a sexualidade". Devem ser desenvolvidas preferencialmente em grupo, precedendo a consulta médica, sendo reforçadas no nível individual durante as consultas (BRASIL, 1987).

Entendemos a educação como uma atividade humana que cumpre o seu papel na medida em que instrumenta os indivíduos para a criação de uma consciência crítica e, segundo FREIRE (1979) "qualquer que seja o nível em que se dê, se fará tão verdadeira quanto mais estimule o desenvolvimento da expressividade, que é uma necessidade radical do homem". O autor também defende que "o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém" (FREIRE, 1990).

Na maioria dos serviços estudados, as atividades educativas eram desenvolvidas através de palestras e/ou orientação individual. As palestras constituem' uma prática centrada no saber do

profissional que, através de um monólogo, transmite à clientela conteúdos previamente estabelecidos. Ao se referirem a esta atividade RAMOS et al. (1989) afirmam que, no conteúdo das palestras, o corpo é visto no plano da ciência biológica, como estrutura anatomo-fisiológica, fragmentado e parcelado, e os profissionais dirigem-se a esse corpo carregados de elementos ideológicos. Acrescentamos que, além de não atender aos princípios do PAISM, as palestras são organizadas nos serviços em função do profissional médico:

"A parte educativa (palestras) é feita pela psicóloga e assistente social e na ausência, pelas enfermeiras. É feita logo cedo, para não atrapalhar o horário do médico, pois as mulheres ficam muito ansiosas".

Os médicos, não se envolvendo com as atividades educativas estabelecem rotinas em função de suas prioridades e, as mulheres, segundo informação das enfermeiras, afastam-se das palestras para não correrem o risco de perder a consulta.

O primeiro atendimento à mulher comumente é realizado pela enfermeira, que dá informações sobre conhecimento do corpo, métodos contraceptivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações. A escolha do contraceptivo ocorre por ocasião dessa consulta e, em seguida, a cliente é encaminhada para avaliação clínica e prescrição do contraceptivo pelo médico. Quando a mulher dirige-se inicialmente ao médico, posteriormente procura a enfermeira para receber o contraceptivo, que em geral é o anticoncepcional oral. Considerando que a escolha contraceptiva é parte do exercício da liberdade reprodutiva e que segundo CHAUI (1985), liberdade não é "a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de auto determinação para pensar, querer, sentir e agir", esse espaço vem sendo negado pelo serviço, na medida em que nega a escolha como o resultado de um processo de reflexão e de discussão entre as partes envolvidas no processo, inclusive o parceiro sexual.

ÁVILA (1992) considera que a vivência pessoal de cada mulher com a contracepção é um aspecto pouco valorizado nas relações profissional/cliente. E afirma, "essas construções acabam se integrando ao rol de informações (científicas) sobre os métodos e seu funcionamento, que circula através dos mais diferentes canais (...) elas constituem hoje uma mitologia da contracepção, que acaba por interferir nas formas de utilização dos métodos, bem como nas suas conseqüências". Segundo algumas enfermeiras, a consulta individual feita por estas profissionais tem aberto espaço para discussão sobre as experiências das mulheres com a contracepção, sexualidade, relação com o parceiro e seus conflitos, o que aponta na direção de uma mudança. de postura do serviço.

2.2 Atividades clínicas

De acordo com a proposta oficial a primeira consulta "deve ser sempre feita pelo médico, após as atividades educativas, qualquer que seja o método utilizado. Visa analisar a adequação da opção feita pela mulher em relação às indicações clínicas e limitações de cada paciente, ponderando os riscos e benefícios" (BRASIL, 1992). As consultas subseqüentes "visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências" (BRASIL, 1992). No âmbito desta pesquisa, constatamos que as consultas médicas são rápidas, marcadas por relações superficiais e constituem um espaço que legitima o poder médico. Os profissionais prescrevem o anticoncepcional, segundo critérios que excluem a contracepção do contexto mais amplo das vivências individuais da cliente, como veremos a seguir:

"Nós fazemos a anamnese e indicamos o anticoncepcional mais adequado, depois de prescrita a medicação ela (a cliente) passa para a enfermagem".

"Nós fazemos a avaliação e vemos qual o comprimido que se adapta mais ao tipo de paciente, e muitas vezes nem isso é possível, porque só dispomos de dois tipos de anticoncepcionais".

Entendemos que o processo de escolha do contraceptivo se faz de forma utilitária do ponto de vista da instituição, criando condições para que a mulher aumente a dependência em relação aos serviços de saúde utilizando métodos de estrito controle médico. O médico, por sua vez, tem sua prática condicionada às limitações institucionais.

Quanto ao acompanhamento das mulheres nas consultas subseqüentes, observamos que obedece a uma rotina de serviço variando de acordo com o método utilizado. A equipe se refere às consultas subseqüentes como uma atividade que não apresenta dificuldades, uma vez que necessitando do contraceptivo, a mulher comparece mensalmente ao serviço para aquisição do método e semestralmente para avaliação clínica.

3. Dificuldades na implementação das atividades em planejamento familiar

A prática do planejamento familiar nos serviços é desenvolvida com dificuldades diversificadas, sendo as mais importantes, a oferta limitada de métodos contraceptivos, falta de

consciência multiprofissional e influência do poder médico, seguidas pelo espaço físico inadequado, falta de capacitação profissional, dificuldade da mulher em assimilar e seguir orientações. Priorizamos para discussão as mais importantes, conforme indicação dos profissionais entrevistados.

3.1 A oferta de métodos contraceptivos

Tendo em vista a omissão do Estado frente à implementação da política de planejamento familiar, o fornecimento de contraceptivos passou a ser responsabilidade da BEMFAM, mediante convênio firmado com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde ou com o próprio serviço, de acordo com as características de gestão de recursos. O convênio implicava no pagamento mensal a essa ONG, de 140 a 168 dólares por Unidade conveniada e, hoje, a BEMFAM é subsidiada também pelo SUS. O não cumprimento do contrato implica na interrupção do fornecimento. As constantes interrupções estão entre as principais dificuldades referidas pelos profissionais, conforme veremos a seguir:

"A BEMFAM exige o pagamento de uma taxa e a Secretaria não quer fazer, pois ela já funciona num prédio do Estado."

A maior dificuldade é a "interrupção do fornecimento dos métodos por alguns períodos que traz transtorno pra cliente e pra gente."

Fica evidente que nem o Estado nem a BEMFAM assumem o planejamento familiar, conforme preconiza o PAISM. A BEMFAM, diante da omissão do Estado, faz uso do seu poder, isto é, controla a distribuição dos contraceptivos e exige o pagamento dos mesmos, de modo que perdem o caráter de doação.

O único serviço que não depende da BEMFAM é o Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba, que, entre os serviços pesquisados, é o que tem menor demanda. Este utiliza recursos materiais oriundos do Ministério da Saúde que, por serem escassos, são complementados por doações de laboratórios privados.

Conhecendo a BEMFAM

A BEMFAM é uma entidade internacional criada no Brasil em 1965 e subsidiária da IPPF (Federação Internacional de Planejamento Familiar), com sede em Londres. Seu trabalho no Brasil se faz através de clínicas de saúde reprodutiva, onde além do atendimento a mulheres grávidas e das que buscam a contracepção, promove cursos de reciclagem para os profissionais. Desenvolve suas atividades

na Paraíba desde 1975, onde dispõe de duas clínicas na capital, estendendo sua ação ao interior através de convênios com as prefeituras.

A implantação desta ONG no Brasil, deu-se numa época em que pressões americanas exigiam do governo brasileiro uma política populacional como critério para empréstimos (PACHECO, 1981). Desse modo, o Brasil se rendeu às entidades americanas de planejamento familiar, que, segundo RODRIGUES (1990), iniciaram sua penetração no Terceiro Mundo, em 1952, com o objetivo de frear o crescimento populacional. No início, o trabalho desta ONG caracterizava-se principalmente pela distribuição gratuita e indiscriminada de pílulas contraceptivas, tanto nas capitais como no interior das unidades federadas que atuava.

Embora institucionalizada através de interesses contraditórios ligados ao capital internacional, foi reconhecida de utilidade pública pelo governo Médici em 1971. Em sua implantação no Brasil, seu primeiro secretário, Walter Rodrigues, afirmava que a sociedade moderna não tinha recursos adequados para integrar as classes mais pobres e, "como conseqüência, continuam em geral os casais a multiplicar os filhos, de maneira irresponsável, guiados apenas pela força de uma tradição moral e religiosa, aumentando rapidamente o número de marginalizados" (RODRIGUES, 1973).

Na década de 80, marcada pela abertura política e pelo ressurgimento dos movimentos sociais, intensificaram-se as pressões de feministas, sanitaristas, cientistas sociais, entre outros, e, como estratégia política para manter-se atuante, a BEMFAM mudou o seu discurso criando a NOVA BEMFAM e afirmando ter um novo objetivo: "estimular a socialização das oportunidades de planejamento da família, relacionado aos demais fatores de desenvolvimento" (BEMFAM, 1985).

Na Paraíba, a atuação da BEMFAM é facilitada pelo poder público, conforme o discurso do secretário estadual de saúde:

"A Secretaria abriu-se à BEMFAM, aceitou-a, acomodou-a até em suas instalações, mas é uma ação paralela, independente, isso institucionalmente não está amarrado".

"A BEMFAM tem uma ação, vamos dizer assim, independente, (...) são ações coordenadas e planejadas por ela".

As afirmações do secretário são reiteradas pelo discurso da coordenadora da BEMFAM:

"Aqui no Nordeste pelo menos, dentro da minha experiência e do meu conhecimento, fora a BEMFAM, não tem nada".

Para a coordenadora, sua maior dificuldade é fazer funcionar o serviço público, identificando-se assim como responsável pelo gerenciamento das

atividades em contracepção, função que lhe foi outorgada pelo Estado, na medida em que este se faz omissor.

Ficou evidente pela pesquisa que, nas suas clínicas, a BEMFAM desenvolve um trabalho de maior alcance do que o do serviço público, pois dispõe de profissionais motivados, os quais com treinamentos e reciclagens periódicos atualizam-se, defendem e praticam o trabalho em equipe, o que no serviço público constitui uma deficiência. Além de contar com um farto material educativo e contraceptivo, conta com uma equipe que oferece à mulher melhores condições de atendimento, o que garante sua divulgação no meio político e social sedimentando-se como de utilidade pública. Subsidiando os serviços públicos impõe a sua utilidade e diante do caos da saúde aparece como uma instituição "que funciona".

3.2 A interação da equipe multiprofissional e o poder médico

Observamos em alguns serviços, que a enfermeira é a profissional de atuação mais efetiva, tanto na assistência direta, como na administração e organização dos serviços de planejamento familiar, o que é constatado a seguir:

"Na verdade é um trabalho mais da enfermagem, são as enfermeiras que estão à frente e fazem a maior parte do atendimento".

Embora à frente da assistência as enfermeiras referem baixa resolutividade de sua prática pela dificuldade de interação da equipe multiprofissional e pela ação do poder médico. As enfermeiras consideram o médico como um profissional que não se envolve com a assistência em planejamento familiar, entretanto, ainda é com esse profissional que conseguem alguma articulação no serviço. Conforme leremos a seguir, responsabiliza a equipe como um todo pela fragmentação da assistência à mulher.

"Até hoje nós só conseguimos trabalhar junto ao médico, não conseguimos trabalhar junto à psicóloga, ao serviço social, nem junto à nutricionista".

"Não tem apoio dos profissionais, não tem uma equipe multiprofissional(...) não existe nenhum vínculo dos médicos com o planejamento familiar, a gente aqui é pedindo favor a um e a outro".

"Existe muito problema com a área médica, não interessa pra eles, eles têm pressa em atender e para trabalhar com o planejamento familiar tem que ser um médico que possa ficar o horário todo".

A dissociação atividade educativa/ atividade clínica, o isolamento entre os profissionais e a ação do poder médico, que vimos constatando ao longo da análise desta pesquisa, são dificuldades relevantes e, principalmente as enfermeiras, por terem maior envolvimento com a assistência, seguem a rotina imposta por este profissional, fazendo que seu trabalho caminhe mais em direção às aspirações médicas do que às da cliente. Tal situação vem confirmar a afirmação de LOPES (1996), de que as atividades de enfermagem "tratam-se de atividades meio por excelência, mas meio de viabilizar com sucesso o ato-fim", que é o trabalho médico. A prática médica, mantém suas bases no modelo clínico e, como afirmam ALMEIDA; ROCHA (1997) o médico é o agente que histórica e socialmente preside este processo. Embora a complexidade do conhecimento e a ampliação da infra-estrutura institucional tenham levado à agregação de outros trabalhadores da saúde, o médico continua a apropriar-se do momento mais intelectual do trabalho (diagnóstico e terapêutica) mantendo-se hegemônico.

Tal realidade nos faz questionar o papel do aparelho formador. As instituições formadoras têm reproduzido e perpetuado a ordem social e médica vigentes, fazendo sua ideologia ser incorporada pelos demais profissionais, os quais também se transformam, ao longo da sua formação e atuação, em porta-vozes da instituição, fortalecendo a relação de poder contra as classes não hegemônicas. MACHADO (1998), ao se referir à perspectiva foucaultiana de poder, afirma: "rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim, práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona (...) como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social".

Ao analisar este aspecto da prática na assistência à mulher, é possível afirmar que os profissionais de saúde praticam a assistência em planejamento familiar, na lógica capitalista da divisão técnica do trabalho que leva à impessoalidade e à fragmentação da assistência, consolidando uma visão de mundo orientada pelo paradigma cartesiano e centrada no poder médico. Diante desta realidade, FERREIRA FILHA (1994) afirma que o desafio é "combinar a lógica da especialização com a lógica da conjunção multiprofissional para encontrar novas formas de trabalho que conciliem a prática baseada na interação de conhecimentos e na quebra de interesses corporativistas, onde o estímulo seja o desempenho do papel transformador do profissional num processo ético e eficaz".

4.0 planejamento familiar segundo a usuária dos serviços pesquisados

Entre as 30 mulheres entrevistadas predominou a faixa etária de 15 a 24 anos, escolaridade de 1º grau incompleto, o trabalho doméstico e o emprego doméstico, renda pessoal inferior a 1 salário mínimo e renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, único filho e religião católica. Seus discursos reduzem o planejamento familiar a "evitar filhos", o que reflete sua situação social e econômica, mas também a influência dos serviços:

"Eu sei lá, eu acho que é pra ajudar a não ter filhos, não é?"

"Acho que é onde se pega remédio pra evitar filho, eu acho".

Contudo, alguns discursos expressam uma compreensão mais ampliada do planejamento familiar, como exemplificamos a seguir:

"Eles tão ajudando a você a planejar os filhos que você quer ter".

Pelo estudo, a maioria das mulheres assume a postura hegemônica, refletindo o conteúdo ideológico presente na fala e na prática dos profissionais. Há portanto, uma confluência entre os discursos da usuária, equipe técnica e equipe administrativa. Contudo, observamos que o último discurso apresentado é representativo das tendências de mudança de postura de alguns serviços, mas também de especificidades de profissionais e de clientes. Entre os profissionais, visualizamos as enfermeiras como aquelas que, pelo maior envolvimento com a assistência em planejamento familiar, entram em contato com a realidade social das clientes, criando na sua consulta um espaço de diálogo e de construção de conhecimento.

4.1 A fala das clientes sobre o método contraceptivo que utilizam

Constatamos a preferência pela pílula anticoncepcional e a satisfação pelo uso traduzida como segurança, facilidade, diminuição de conflitos com o parceiro e cumprimento de ordens médicas.

"É mais seguro, só é como eu fico tranqüila, tô satisfeita".

"Camisinha, meu marido não usa nem amarrado".

"Não fui eu que escolhi, foi a médica que mandou".

Em outros depoimentos aparecem os conflitos que relativizam a satisfação com a pílula, são situações vividas no cotidiano que definem a escolha, inclusive a clara falta de opção:

"Porque eu tenho medo de tomar injeção e eu não podia colocar o DIU".

"Eu não conheço outro, já pensei em colocar o DIU, mas eu tenho medo".

As mulheres deste estudo mostram-se passivas no processo de escolha do método e sujeitas às pressões sociais e dos serviços, não têm controle sobre o seu corpo, o qual é também depositário de insatisfações com os métodos, reações adversas, manipulação e submissão a ordens médicas. A mudança de método geralmente só ocorre após uma experiência negativa com a pílula e, por não vislumbrarem no horizonte a possibilidade de ascensão social, geralmente aguardam ter mais um filho para realizarem a laqueadura. As poucas usuárias de camisinha referem-se à utilização circunstancial, geralmente por estarem amamentando. Algumas profissionais mostraram preocupação com a quantidade limitada de camisinhas enviada pela BEMFAM, tendo em vista o avanço da AIDS entre a população feminina.

4.2 Discurso das usuárias sobre o serviço que freqüentam

Constatamos que 100% das mulheres encontram-se satisfeitas com o atendimento que recebem:

"E ótimo, nunca sai sem meus comprimidos".

"Acho bom, porque as pessoas que precisam, vêm pegar remédio e não tem fila".

"Acho bom, que ajuda a gente a tomar remédio pra evitar, elas orientam direitinho, a gente recebe aulas aqui".

Uma vez atendidas em suas necessidades imediatas, a mulher ou o casal obtém a satisfação de controlar o número de filhos o que é justo enquanto direito e justo enquanto questão de sobrevivência. Tal realidade nos remete a um trabalho de AVILA; LEOCADIO (1988), pelo qual foi constatado que as mulheres que freqüentam os serviços públicos de saúde deixam transparecer um estado de elevadíssima carência, aceitando "a maneira clientelista e/ou filantrópica como são ofertados os benefícios sociais". Para as autoras, falta a essas mulheres a consciência de serem cidadãs, assim como lhes faltam os instrumentos sociais, políticos e jurídicos que a viabilizem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, podemos afirmar que a política de planejamento familiar em João Pessoa não se concretiza na prática, restringindo-se ao âmbito das intenções. A proposta do PAISM vem sendo negada pelo Estado que, ao longo dos anos,

tem se mantido omissos e negligentes sobre a questão.

O espaço para a implementação da política de planejamento familiar foi cedido à BEMFAM e o PAISM não conseguiu mobilizar o poder público para mudar a realidade e ser o gestor desta política.

A saúde, na perspectiva dos pesquisados, é vista como aspecto meramente biológico e a ação dos profissionais reproduz a relação de poder que esteve presente na construção do saber médico institucionalizado, negando-se a integralidade e a equidade proposta pelo PAISM. Através de ações isoladas, defendem ao seu modo o corporativismo, perdendo-se a oportunidade da construção do saber, elaborado e compartilhado pela equipe e pela mulher que freqüenta os serviços.

A prática concreta do planejamento familiar, na atualidade, em João Pessoa, visa prestar serviços dentro de uma ótica utilitarista, sem uma perspectiva global sobre a mulher enquanto cidadã e ser coletivo, capaz de participar e decidir politicamente sobre seu corpo e sobre a sua vida. Traduz-se em uma manobra controlista, que adquire um caráter coercitivo, à medida que os serviços entendem esta política como meio de as mulheres pobres controlarem a sua prole, na ilusão de diminuir a pobreza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. **O trabalho da enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1997. cap.1, p. 15-26: Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho.
- AVILA, M. B. Direitos reprodutivos: um breve relato de uma longa história. In: OLIVEIRA, E. M. de et al. **Mulher & saúde**. Maceió, EDUFAL, 1992. p. 11- 8 (Coleção Gênero & Cidadania).
- AVILA, M. B. ; LEOCADIO, E. Tipos e qualidades dos serviços públicos e assistência à saúde da mulher. (Pesquisa realizada na região metropolitana do Recife). Recife, SOS Corpo, 1988
- BEMFAM: 20 anos de vida. **Rev. Pop. & Desenv.**, v.20, n.136, p.4-30, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar**, Brasília, Centro de Documentação, 1987.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **PERSPECTIVAS** antropológicas da mulher 4. Rio de Janeiro, Zahar, 1985. p. 25-62.

CUNHA, F. et al. O médico GO como instrumento de ideologias. FEMINA, v.20, n.1, p. 63-5, 1992.

FERREIRA FILHA, M. O. **Trabalho multiprofissional na assistência ambulatorial em saúde mental.** João Pessoa, 1994. 221 p. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Paraíba.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos.** 4. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 16. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

LOPES, M. J. M. O sexo do hospital. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (orgs.). **Gênero & saúde.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p. 76-105.

MACHADO, R. Introdução - por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 13 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1998. p. 7-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Análise da necessidade de introdução de anticoncepcionais no Brasil.** Brasília, 1994. (Relatório de análise colaborativa Ministério da Saúde/COMI/CEMICAMP/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/União Brasileira de Mulheres).

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

RAMOS, C. L. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Rio de Janeiro, Vozes, 1989. p.143-64: Quem educa quem? repensando a relação médico-paciente.

RODRIGUES, G. C. **Planejamento familiar.** São Paulo, Ática, 1990.

RODRIGUES, W. **Planejamento familiar e evolução sócio-econômica do Brasil.** Rio de Janeiro, BEMFAM, 1973.

SZMRECSÁNYI, T. **Malthus:** economia. São Paulo, Ática, 1982.