

PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB UMA ANÁLISE DE GÊNERO: ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA MATERNIDADE DE FORTALEZA

FAMILY PLANNING UNDER A GENDER ANALYSIS: MULTIPROFESSIONAL TEAM ACTING IN A FORTALEZA MATERNITY

Cícero Brito Falcão¹
Karlla Patrícia Sousa Oliveira Costa²
Luciana Chaves Bezerra³
Maria Charlene Ferreira Gomes⁴
Kelyane Silva de Sousa⁵

RESUMO

Este artigo busca, de forma sucinta, conhecer a atuação da equipe multiprofissional no Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza. Regulamentado pela Lei nº 9.263/96, o Planejamento Familiar surge como um conjunto de ações para auxiliar homens e mulheres no planejamento da chegada dos filhos, assim como prevenir a gravidez não planejada. A metodologia desta pesquisa é de natureza quanti-qualitativa, do tipo bibliográfica, documental e de campo, utilizando como instrumentos a observação participante e o diário de campo. Para a pesquisa quantitativa, analisaremos os dados do Relatório de Produção Assistencial do *locus* da pesquisa. A Equipe Multiprofissional que faz parte do planejamento familiar é composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos, realizando um trabalho de orientação e acompanhamento dos candidatos ao procedimento de esterilização.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar. Procedimentos de esterilização. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

This article aims to know briefly the process of monitoring women and their partners in Family Planning in a maternity hospital in Fortaleza, under a gender analysis and data from candidates for the sterilization procedure. Regulated by Law No. 9,263 / 96, Family Planning emerges as a set of actions to assist men and women in planning the arrival of their children, as well as preventing unplanned pregnancy. The methodology of this research is quantitative and qualitative, bibliographic, documentary and field, using participant observation and field diary as instruments. For the quantitative

¹ Acadêmico de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: cbfalcaox@hotmail.com

² Acadêmico de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: kpatriciaoliver@gmail.com

³ Acadêmico de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: luciana.chaves02@gmail.com

⁴ Acadêmico de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: mariacharlene38@yahoo.com.br

⁵ Professora da Uniateneu. Orientadora. Mestre em Políticas Públicas pela UECE. Docente do curso de Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: kelyane.silva@uniateneu.edu.br

research, we will analyze the data from the Research Locus Care Production Report. The Multiprofessional Team that is part of family planning is made up of Social Workers, Psychologists, Nurses and Doctors doing orientation and monitoring of candidates to the sterilization procedure.

Keywords: Family planning. Sterilization Procedures. Multiprofessional team.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como intuito conhecer a atuação da equipe multiprofissional no Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza.

Por meio de observações e experiências vivenciadas nos estágios supervisionados obrigatórios em Serviço Social I e II em uma maternidade de alta complexidade em Fortaleza, foram identificadas diversas expressões da questão social, tais como: pessoas em situação de uso abusivo de drogas, mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica, pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade, dentre outras.

Por meio dos acolhimentos realizados, nota-se que os usuários desconhecem as regras para a realização e os possíveis riscos que os procedimentos de esterilização podem oferecer. Desta maneira, o fato de a grande maioria ser de baixa renda e vivenciar diversas expressões da questão social, é necessária a intervenção da equipe multiprofissional por meio de um trabalho com ações efetivas de orientação e encaminhamentos, utilizando conhecimentos sobre os procedimentos de Laqueadura e Vasectomia, que estão relacionados ao Planejamento Familiar, de maneira que possa sensibilizar o maior número de usuários possíveis.

A Laqueadura Tubária é uma cirurgia ginecológica que bloqueia, liga ou corta as tubas uterinas, também chamadas de trompas, que conectam o útero aos ovários, podendo este ser realizado ou não durante o parto. A cirurgia é realizada pelo ginecologista e é considerada simples, proporcionando o bloqueio das tubas uterinas e impossibilitando o processo de fecundação (BEZERRA, 2019).

É um procedimento indicado para a mulher ou casal que opta por anticoncepção definitiva, ou seja, a esterilização feminina é indicada para pacientes que não podem engravidar por risco de morte ou não querem mais ter filhos. Esse procedimento ajuda na prevenção do câncer de ovário e oclusão das trompas, podendo ainda proteger também contra infecções pélvicas (LAGUINHA, 2019).

A Vasectomia ou Laqueadura Masculina é um procedimento cirúrgico que impede o fluxo de espermatozoides produzidos pelos testículos. É uma cirurgia regulamentada pela Lei nº 9.263/96 do Planejamento Familiar, sendo permitida a esterilização nas seguintes condições:

Em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

Ainda conforme a legislação federal, são impostas condições para a realização da esterilização, sendo necessário o registro da manifestação da vontade em documento escrito e firmado, sendo informado ao menos sobre os riscos cirúrgicos, assim como efeitos colaterais e dificuldades de reversão, as contracepções já existentes, sendo que essa vontade da realização da esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges (BENIGNO, 2019).

De acordo, com o artigo 2º da Lei nº 9.263/96, entende-se por planejamento familiar:

O conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. O planejamento familiar está inserido no conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal. Sendo gerido pelas instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os seus níveis: municipal, estadual e nacional (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS o dever de proporcionar capacitação dos profissionais de saúde, visando promover ações de atendimento à saúde reprodutiva. Por meio de ações preventivas e educativas, o planejamento familiar busca a garantia de acesso às informações e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade de forma igualitária (BRASIL, 1996). Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são também uma conquista contemporânea, fruto da luta do movimento feminista no Brasil, como será discutido adiante.

A partir do que foi apresentado, a pergunta de partida desse trabalho será: Como ocorre a atuação da equipe multiprofissional no Planejamento Familiar. As demais

perguntas são: Como se realiza os procedimentos de esterilização? Como as relações de gênero e poder se relacionam com os direitos sexuais reprodutivos?

Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é: Conhecer a atuação da equipe multiprofissional no Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza. Os objetivos específicos são: Compreender como se dão os procedimentos de laqueadura/vasectomia acompanhados pela equipe multiprofissional; identificar como as relações de gênero e poder se relacionam com os direitos sexuais reprodutivos neste espaço institucional.

A natureza da pesquisa é quanti-qualitativa, do tipo bibliográfica, documental e de campo. Como instrumentais, utilizamos a observação participante, diário de campo e análise dos quantitativos de atendimento do Relatório Institucional Assistencial. O *locus* de pesquisa é uma maternidade de alta complexidade em Fortaleza, que realiza os procedimentos de laqueadura por meio de do Programa de Planejamento Familiar por meio de uma equipe multidisciplinar.

A seguir, abordaremos um breve histórico da saúde pública no Brasil com base em Machado (2017). Trataremos também sobre o Planejamento Familiar e as relações de gênero e poder na saúde do Brasil com base em Costa (2009) e sobre os Procedimentos de Laqueadura e Vasectomia, a partir no Manual global para profissionais e serviços de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Breve histórico da saúde pública do Brasil

O Brasil é um país latino-americano populoso, extenso, economicamente relevante e extremamente desigual. As desigualdades socioeconômicas, com raízes no passado colonial, não foram superadas pela modernização capitalista entre 1930 e 1980, caracterizada pela industrialização em segmentos estratégicos, em geral sob regimes autoritários e escassa redistribuição social (MACHADO, 2014).

A política de saúde desse período foi marcada por trajetória dual, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. Outras características do sistema de saúde até o início dos anos 1980 foram: exclusão de parcela expressiva da população,

pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado (MACHADO, 2017).

Contudo, a Reforma Sanitária, em meados de 1980, no contexto da redemocratização e da crise financeira, partiu da crítica a essas características para construir uma proposta abrangente, incorporada à Constituição Federal de 1988. Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu, naquela década, um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, que deveriam ser financiadas por impostos gerais e contribuições sociais. Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do SUS propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (MACHADO, 2014).

Em continuidade, deu-se início ao programa SUS, que tem seus princípios forjados na Constituição Federal de 1988 – CF/88, previstos nos artigos 196 a 200, tornando-se partícipe da Seguridade Social, por sua vez composta pelo tripé saúde, previdência social, e assistência social, contemplada nos artigos 194 a 204 da CF/88. O SUS foi regulamentado pela lei 8.080 e promulgada em 1990. A mesma dispõe que todas as ações e serviços de saúde sejam ofertados a partir de seus princípios (BRASIL, 2000). A criação do SUS permitiu ver a saúde no Brasil sob uma nova ótica:

Antes, a saúde era entendida como “o Estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos a saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (BRASIL, 2000, p. 5).

Vale salientar que o SUS é uma grande conquista da população brasileira, pois antes de ser garantida na CF/88, houve grandes lutas, tanto de movimentos sociais, como de profissionais da área da saúde, corroboradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual o acontecimento da mesma fomentou o que vinha a

ser descrito na CF/88. Contudo, a pressão da participação popular passou a ser premissa fundamental na criação dessa política (BRASIL, 2000).

O SUS ampliou-se nacionalmente, tornando necessária a criação de princípios organizativos – descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular. O princípio da descentralização possibilitou a distribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, união, estados e municípios, garantindo uma maior qualidade na prestação dos serviços e permitindo o controle e a fiscalização cidadã; tendo o município papel fundamental:

[...] o município, enquanto o ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental, bem como os recursos para tanto, de responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local. Nada mais acertado, considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil. O município é, por excelência, o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua maior proximidade e, por isso mesmo, maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local (BRASIL, 2000, p. 6).

Ao final de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, em 30 de dezembro, que determina as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2014, p. 9).

A RAS tem como principais características: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014, p. 9).

De forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS com outras políticas intersetoriais, a assistência hospitalar é organizada a partir das necessidades da população, visando garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. Tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência (BRASIL, 2019).

2.2 Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil

Discutir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil é uma temática pertinente, tendo em vista as diversas conquistas acerca da liberdade do corpo feminino em decidir pela procriação. Entretanto, é uma conquista recente, fruto de um intenso debate dos movimentos sociais feministas em torno dos direitos fundamentais da pessoa humana, ou seja, sexualidade e reprodução compõe a seara dos Direitos Humanos (LEÃO; MONTE, 2013).

Cisne (2015) assevera que a conquista dos Direitos Humanos para as mulheres perpassa o rompimento com as opressões do sistema patriarcal⁶, onde o homem exerce o poder desigual sobre as mulheres, tanto no âmbito público quanto no privado. A luta por esses direitos foi encabeçada pelas feministas desde os movimentos revolucionários burgueses na França:

A reivindicação das mulheres por direitos humanos não é recente e resulta da necessidade de buscar dignidade, contrapondo-se a um sistema patriarcal que as nega e as violenta cotidianamente. A Declaração dos direitos da mulher e da cidadã é um marco histórico na luta por direitos humanos femininos, escrita por Olympe de Gouges, em 1791, dois anos após a Revolução Francesa (CISNE, 2015, p. 139).

Cisne (2015) afirma que na sociedade capitalista, todas as pessoas que não estão entre as classes privilegiadas necessitam ser amparadas pelos direitos humanos. Entretanto, há de se ressaltar que, somado a isso, as mulheres também passam pela dimensão de desigualdade nomeada de patriarcado.

O patriarcado, aqui entendido como um sistema de opressão, apropriação e exploração sobre as mulheres, fora fundido com o capitalismo e o racismo. Como sistema, ele se faz presente em todas as relações sociais, inclusive nas relações entre uma mesma classe (CISNE, 2015, p. 144).

As mulheres podem sofrer inúmeras violências nesse sistema, dentre eles: física, psicológica, sexual, patrimonial – todas essas previstas na Lei Maria da Penha⁷ (Lei nº 11.340 de 2006) – como também social e obstétrica. Dentre essas violações dos direitos

⁶ Na obra de Mirla Cisne, publicada em 2014, a autora explica o patriarcado por meio das designações do que vem a ser. A origem da palavra prove de duas palavras gregas: *pater* (pai) e *arke* (origem e comando). Portanto, o conceito de patriarcado se refere a: a autoridade do pai. Vista de uma perspectiva de formação social, dá-se a compreensão de patriarcado como o poder dos homens, ou mais simplesmente, o poder é dos homens, baseada nas discussões de Christine Delphy (2009).

⁷ A lei Maria da Penha trata da violência doméstica e familiar no Brasil. É fruto de uma longa jornada da farmacêutica cearense Maria da Penha, nos organismos internacionais, para punir seu agressor.

das mulheres, a violência sexual será o destaque dessa discussão, pois além de ocorrer pelas formas amplamente conhecidas, como o assédio sexual e o estupro, ocorre também nas relações íntimas de afeto quando o homem impede a mulher de usar mecanismos de prevenção da reprodução, como pílula anticoncepcional, camisinha, DIU, dentre outros (CISNE, 2015). De acordo com Cisne, Saffioti comenta:

A expressão violência doméstica costuma ser empregada como sinônimo de violência familiar e, não tão raramente, também de violência de gênero. Esta, teoricamente, engloba tanto a violência de homens contra mulheres quanto a de mulheres contra homens, uma vez que o conceito de gênero é aberto, sendo este o grande argumento das críticas do conceito de patriarcado, que, como o próprio nome indica, é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens (SAFFIOTI, 2004, *apud* CISNE, 2015, p. 46).

Reafirmar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no capitalismo é uma forma de romper com as bases patriarcais e machistas que permeiam a formação socio-histórica do Brasil e que estão presentes nas leis, nas instituições religiosas, na cultura, dentre outros espaços. Pois,

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (LEÃO; MONTE, 2013, p. 3).

A luta do movimento de mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos foi iniciada na segunda metade século XX, após as conquistas de cidadania – relativas ao direito ao voto – primeira forma de dar o direito de escolha as mulheres na esfera pública. Especificamente nos anos de 1970, as reivindicações estavam em torno da autonomia corporal, controle da fecundidade e atenção à saúde reprodutiva, incluindo a descriminalização do aborto e o acesso aos instrumentos de contracepção. Esse movimento foi endossado pela popularização dos anticoncepcionais na década de 1980 e 1990 no Brasil (LEÃO; MONTE, 2013).

No tópico seguinte, o histórico dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, será apresentado articulado com o surgimento do planejamento familiar, bem como serão relacionados os procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde

(SUS) para garantir o direito de decisão sobre a concepção numa perspectiva universalista.

2.3 Planejamento familiar e as relações de gênero e poder na saúde do Brasil

A reprodução e a sexualidade são dois assuntos amplamente discutidos historicamente pelo Estado, tendo em vista o controle populacional, que incide sobre os corpos das mulheres a responsabilidade sobre índices de natalidade, seja para garantir a mão de obra necessária para o desenvolvimento econômico ou para diminuir os contingentes populacionais em países superpopulosos.

No Brasil, o controle da natalidade se deu por meio do planejamento familiar iniciado pelas instituições religiosas e continuado pelas instituições normativas de direitos, inicialmente de caráter de controle sobre as mulheres até a compreensão atual, que reafirma à mulher o direito sobre seus corpos, pautado pelo movimento feminista, como já ressaltado.

O planejamento familiar no Brasil colonial foi marcado pela Igreja, no qual foi a instituição que sustentou o ideário social, que intencionava manter uma sociedade portuguesa e cristã. O triunfo desse projeto era ter estratégias no plano que manteria o discurso comum, onde as mulheres eram impedidas de assumir atribuições que não fossem do seio familiar (COSTA, 2009).

Podemos citar uma situação da época como exemplo, que foi a negação de licença para a construção de um mosteiro de freiras na Bahia, em meados de 1606. Desta maneira, a igreja católica estimulava uma mentalidade androcêntrica, e as mulheres eram incentivadas a serem obedientes, servir aos homens, procriando filhos conforme fosse a vontade de Deus e da natureza (COSTA, 2009).

Na época, a igreja tinha a medicina como grande aliada. Médico e padre tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo que de formas diferentes: um voltado aos cuidados espirituais; o outro, para a saúde do corpo, mas ambos com intenções acentuadas nas vidas privadas dessas mulheres, elaborando uma imagem regular da feminilidade e adequando aos interesses da igreja. Nesse sentido, a figura feminina era tida somente para servir à procriação (COSTA, 2009).

Dessa maneira, todo desejo carnal tinha que ser substituído pela concepção. As mulheres infecundas eram vistas como impuras e amaldiçoadas. Diante disso, as dores e

o sofrimento consequentes do parto eram vistos como formas de purificar a alma e oportunidades de alcançar a ressurreição. (COSTA, 2009).

Este cenário se arrastou do Brasil Colônia até o início da República. Podemos citar na década de trinta, o surgimento do salário-família, do auxílio-natalidade e o desenvolvimentismo pós-guerra, exposta por parte do Estado de Getúlio. Entretanto, na conjuntura internacional, já haviam sendo discutidas teses do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766-1834), que defendia e alertava sobre os perigos em consequência da superpopulação e que o crescimento da produção de alimentos não correspondia (COSTA, 2009, p. 3).

De acordo com a Constituição Brasileira de 1937, em seu artigo 124, a família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. As inúmeras famílias eram atribuídas conforme seus encargos. Nesta época, além de incentivos ao casamento e a reprodução, houve uma legislação claramente anti-controlista, que vedou o uso de métodos contraceptivos e o aborto (ALVES, 2006).

O Decreto Federal nº. 20.291, de 1932, estabelecia o seguinte: “É vedado ao médico dar-se à prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”; em 1941, foi sancionada a Lei das Contravenções Penais que em seu artigo 20 proibia: “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez” (ALVES, 2006). Ademais, o governo brasileiro não apresentou nenhuma ação estatal para atender a demanda por métodos de controle e espaçamento da fecundidade.

Na ausência de uma política de acesso aos métodos contraceptivos, o mercado (farmácias, rede de saúde e instituições privadas) passou a ocupar este “espaço vazio”. No vácuo da ausência de políticas públicas de saúde reprodutiva foi criada, em 1965, a Sociedade Bem-estar da Família – BEMFAM – que passou a oferecer serviços de planejamento familiar. A BEMFAM se filiou, em 1967, à *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Outras organizações não-governamentais e sem fins lucrativos que tiveram atuação no país foram o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança – CPAIMC, montada em 1975 e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – ABEPF, organizada em 1981. Contudo, a atuação conjunta destas entidades cobria apenas uma parcela limitada da demanda nacional por regulação da fecundidade (ALVES, 2006, p. 2).

As lutas em prol da saúde reprodutiva encontraram várias barreiras. Até o final dos anos 1970, podemos destacar: o Estado autoritário, que não atendia as demandas básicas da população; a hegemonia biomédica sobre a construção de representações

sobre o corpo feminino; a mulher ocupando espaços limitados; e os programas verticais de Planejamento Familiar, implantados por instituições internacionais desde os anos 60.

Estas instituições visavam controlar a natalidade, gerando conflitos, pois as mulheres não participavam de nenhuma decisão. Contudo, na década de 1980, vivia-se uma transição democrática no país, marcada pelas organizações de movimentos sociais, onde mulheres começaram a conquistar alguns direitos referentes às suas escolhas no campo do Planejamento Familiar (SILVA *et al.*, 2008).

Os primeiros grupos feministas em prol dos direitos reprodutivos e sexuais do Brasil surgiram inicialmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, nos anos 70, provenientes de partidos clandestinos. Esses grupos eram engajados nas lutas com bastante conhecimento sobre as desigualdades de gênero, onde reivindicavam democracia e levantavam inúmeras bandeiras que eram vistas como questões políticas, tais como: aborto, violência doméstica e sexual, relações hierárquicas entre profissões, divisão de tarefas domésticas e parceria na criação dos filhos (ROCHA, 2013).

É relevante destacar que as abordagens teóricas para a diferença sexual entre homem e mulher são chamadas de gênero. O gênero foi, inicialmente, utilizado pelas feministas Norte-americanas que insistiam em querer a distinção no caráter fundamentalmente social baseado na questão sexual, a partir da década de 1970. Até então, o conceito de gênero estava relacionado com os papéis sociais que homem e mulher desempenhavam na sociedade, tomando por base o determinismo biológico do sexo (XAVIER, 2009).

Tornou-se o gênero uma maneira de indicar as "construções sociais", isto é, criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres, ou seja, que nenhuma compreensão de qualquer um dos dois pode existir por meio de um estudo que os considere totalmente em separado (XAVIER, 2009).

Com o aprimoramento dos Direitos Humanos Nacional e Internacional e com o advento da Constituição de 1988, no Brasil, as mulheres começaram a conquistar efetivamente seus espaços no mercado de trabalho, na produção acadêmica e na administração pública, ocupando, inclusive, cargos eletivos. Porém, se faz necessário observar que essas conquistas, ainda não são plenas, pois o mercado de trabalho urbano continua organizado tomando como base hierárquica as categorias homem/mulher de forma verticalizada, de primeira e segunda categoria, inclusive na questão salarial (XAVIER, 2009).

Vale ressaltar ainda que mesmo as mulheres tendo conquistado seu espaço no mercado de trabalho, ainda perdura, dentro da questão cultural, que a mulher é responsável pelos afazeres de casa. A divisão social do trabalho, sobretudo nos países ocidentais subdesenvolvidos e que tiveram suas democracias retardatárias, por conta das diversas colonizações, continua apresentando traços profundos de desigualdades. Muitas vezes, mesmo trabalhando longas horas fora de casa, em variadas atividades, as mulheres, seguindo culturalmente as normas 'sociais' tradicionais e obedecendo às exigências do marido, têm de fazer suas tarefas domésticas para a família. Desta forma, as mulheres desempenham um esforço extra, como: acordar mais cedo para arrumar as crianças para irem à escola ou preparar o lanche para os demais da casa e dormir mais tarde para poder colocar a casa em ordem, dentre outros. Deste modo, percebe-se que a questão da divisão sexual do trabalho continua sendo uma arena para amplas e profundas discussões de gênero (XAVIER, 2009).

Em 1991, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), para investigar as causas da “esterilização em massa” das mulheres brasileiras e se existia maior probabilidade de esterilização das mulheres negras, o que apontou para a necessidade da regulamentação da prática de esterilização feminina e masculina (ALVES, 2006).

O Parlamento brasileiro, desde então, começou a discutir uma legislação sobre o assunto e, em 1996, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 9.263, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar no Brasil. Esta lei incorpora muito do que havia sido discutido anteriormente no país sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde, proibindo qualquer medida coercitiva (ALVES, 2006).

Na década de 1990, foram criados os primeiros serviços de referência para o atendimento aos casos de abortos previstos no Código Penal de 1940: gravidez por estupro ou quando apresenta risco de morte para a mulher (ALVES, 2006).

Somente em 1996 foi desenvolvida a Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta os direitos sexuais no Brasil, disponibilizando medidas que auxiliam na saúde sexual, com intuito de orientar e conscientizar a respeito da gravidez e da instituição familiar. De acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar é um direito de todo cidadão, proporcionando ações preventivas e educativas à mulher, ao homem ou ao casal, garantindo direitos iguais de constituição,

dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996). Sua implementação por meio de políticas públicas se deu com a criação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:

Prevista na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), atualmente é implementada por meio de de Política Nacional de Planejamento Familiar (2006 e 2007). Estabelece um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Proíbe a utilização de quaisquer ações voltadas ao controle demográfico. As atividades básicas são a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis, o controle e prevenção do câncer cérvico uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (REDE FEMINSISTA DE SAÚDE, 2008, p. 6).

Dentre os serviços oferecidos pela instituição pesquisada, encontra-se o Planejamento Familiar, no qual a equipe multiprofissional, por meio de atividades socioeducativas, realiza o acompanhamento das esterilizações femininas e masculinas, buscando atender as necessidades dos usuários.

2.3.1 Procedimentos de laqueadura e vasectomia

A laqueadura é também conhecida como esterilização das trompas, ligação das trompas, contracepção cirúrgica voluntária, ligação dupla das trompas, amarração das trompas, minilap e “a operação.” Funciona por meio do corte ou bloqueio das trompas de falópio. Os óvulos liberados pelos ovários não conseguem se deslocar pelas trompas e, por este motivo, não encontram o espermatozoide (OMS, 2007).

Conforme OMS (2007), a contracepção permanente é direcionada para mulheres que não querem mais procriar, existindo dois tipos de abordagens cirúrgicas que são as utilizadas com maior frequência:

A minilaparotomia envolve a realização de uma pequena incisão no abdômen. As trompas de falópio são trazidas até a incisão para serem cortadas ou bloqueadas. A laparoscopia envolve a introdução de um tubo longo e fino com lentes no abdômen por meio de uma pequena incisão. Este laparoscópio permite que o médico observe e bloqueie ou corte as trompas de falópio no abdômen (OMS, 2007, p.165).

A laqueadura é um dos métodos mais eficazes, mas apresenta um pequeno risco de falha: ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano, e após a realização do procedimento de esterilização, 5 por 1.000. Isto significa que 995 de cada

1.000 mulheres que confiam na esterilização feminina não engravidarão. Um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e até que a mulher atinja a menopausa. – mais de 10 anos de uso: cerca de duas gravidezes por 100 mulheres (18 a 19 por 1.000 mulheres) (OMS, 2007).

A eficácia varia ligeiramente, dependendo da forma como as trompas foram bloqueadas, mas as taxas de gravidez são baixas para todas as técnicas. Uma das técnicas mais eficazes é a de cortar e amarrar as pontas cortadas das trompas de falópio após o parto: ligação das trompas pós-parto. A fertilidade não tem retorno porque a esterilização, de modo geral, não tem como ser interrompida ou revertida. O procedimento tem por objetivo ser definitivo. A cirurgia de reversão é difícil, dispendiosa e não está disponível na maioria dos lugares. Quando realizada, a cirurgia de reversão frequentemente não conduz à gravidez (OMS, 2007).

Havendo um aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer mulher pode fazer a esterilização feminina com segurança. É importante prestar um aconselhamento, especialmente cuidadoso, de modo a assegurar que a mulher não se arrepende de sua decisão. O procedimento de esterilização feminina poderá ser realizado a qualquer momento em que a mulher desejar, se houver certeza razoável de que não está grávida e se não houver algum motivo de ordem médica que impeça mesmo que momentaneamente (OMS, 2007).

O aconselhamento deve abranger os pontos do consentimento esclarecido. Em alguns programas, a usuária e o (a) aconselhador (a) poderão assinar um termo de consentimento esclarecido. Para dar consentimento esclarecido à esterilização, a usuária deve compreender os seguintes pontos:

Também há anticoncepcionais temporários à disposição; A esterilização é um procedimento cirúrgico; existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. (Tanto os riscos quanto os benefícios devem ser explicados de uma maneira que a usuária possa entender.); Se bem-sucedido, o procedimento evitará que a mulher tenha mais filhos para sempre; O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido; A usuária pode mudar de ideia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde) (OMS, 2007, p.173).

A decisão sobre a esterilização pertence exclusivamente ao homem e à mulher, podendo consultar o parceiro e outras pessoas quanto à decisão de submeter-se à esterilização e levar em conta suas opiniões. No entanto, a decisão não pode ser tomada

no lugar deles por um parceiro ou outra pessoa da família, por um profissional de saúde, uma liderança da comunidade ou qualquer outro indivíduo. Os profissionais de planejamento familiar têm o dever de se certificar de que a decisão a favor ou contra a esterilização seja tomada pelo ou pela usuária e que não tenha sido pressionada ou forçada por ninguém (OMS, 2007).

A Esterilização Masculina é a contracepção permanente para homens que não queiram mais ter filhos. A cirurgia é realizada por meio de uma pequena incisão no escroto, onde o profissional localiza cada um dos dois tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente), sendo realizado o corte e bloqueio do mesmo. Este procedimento também é conhecido por esterilização masculina e contracepção cirúrgica masculina (OMS, 2007).

A vasectomia não é totalmente eficaz por até três meses após o procedimento. Pode ocorrer gravidez no primeiro ano devido o casal não ter se prevenido com outro método eficaz pelo menos nos primeiros três meses, antes que a vasectomia atinja sua eficácia plena. O procedimento é seguro, duradouro e prático, tem menos efeitos colaterais e complicações que muitos métodos destinados às mulheres, aumentando o prazer e a frequência sexual (OMS, 2007).

Por meio de um aconselhamento adequado e de consentimento esclarecido, todo homem pode se submeter à esterilização masculina, ou seja, vasectomia. Conforme OMS, (2007), o procedimento de esterilização inclui:

Tenham alguns filhos ou nenhum; não sejam casados; não tenham a permissão da esposa; sejam jovens; tenham anemia falciforme apresentem risco elevado de infecção com o HIV ou outra DST; estejam infectados com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (OMS, 2007, p. 188).

É importante, em algumas situações, um aconselhamento especial e cuidadoso, que assegure ao homem que ele não se arrependerá de sua decisão, escutando suas preocupações e fornecendo informações claras sobre o procedimento, principalmente sobre sua permanência. O procedimento pode ser solicitado a qualquer momento. Durante os esclarecimentos acerca do procedimento, o paciente assina um termo de consentimento esclarecido. Para se ter um consentimento esclarecido sobre a vasectomia, a OMS (2007) diz que:

Também há anticoncepcionais temporários à disposição do cliente; a vasectomia é um procedimento cirúrgico; existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. Tanto os riscos quanto os

benefícios devem ser explicados de uma maneira que o cliente possa entender; se bem-sucedido, o procedimento fará com que o cliente nunca mais possa ter filhos; o procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido; o cliente pode mudar de ideia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde (OMS, 2007, p. 189).

Todo homem pode solicitar o procedimento de esterilização, não havendo impedimento médico com relação à cirurgia. Os esclarecimentos acerca do procedimento e dos outros métodos contraceptivos são de fundamental importância para a decisão do paciente (OMS, 2007).

Os procedimentos de esterilização necessitam de um termo de consentimento mútuo entre o (a) solicitante e o (a) companheiro (a) para a devida realização do procedimento, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar 9.263/96. Desta maneira, quem não possui companheiro tem certa dificuldade para a realização deste, mesmo tendo como direito garantido.

3 METODOLOGIA

Neste trabalho de conclusão de curso, optamos por utilizar a abordagem de natureza quanti-qualitativa, para que possamos analisar o acompanhamento de homens e mulheres no Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza, por meio de análise de dados dos candidatos ao procedimento de esterilização.

Enquanto a pesquisa quantitativa é um método científico utilizado para quantificar opiniões e informações, a pesquisa qualitativa é responsável por questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado e corresponde a um universo mais profundo das relações, dando mais liberdade ao entrevistado para expor seus questionamentos em um determinado estudo (MINAYO, 2001).

De acordo com Minayo (2001), o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem:

Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região "visível, ecológica, morfológica e concreta", a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2001, p. 22).

Utilizamos as pesquisas bibliográfica, documental e de campo para entender como funciona o acompanhamento dos candidatos na realização dos procedimentos de esterilização em uma maternidade de Fortaleza, de modo a perceber como é realizada a orientação no processo de acompanhamento da decisão dos usuários para o procedimento de esterilização. Com o propósito de obtermos mais conhecimento sobre a importância da pesquisa para o nosso desenvolvimento profissional, utilizamos uma análise de dados estatísticos do Relatório Institucional Assistencial acerca do atendimento em uma maternidade de Fortaleza.

A observação participante foi utilizada como elemento básico de investigação, onde conseguimos coletar informações determinantes da nossa realidade, que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas, determinar e obter aspectos da nossa realidade que se deseja estudar (LAKATOS; MARCONI, 2002).

O diário de campo possibilitou externar e registrar o que buscamos com a observação, sendo um importante instrumento para compilar inquietações em relação à realidade, tanto dos usuários quanto do seu cotidiano de trabalho, bem como para facilitar a elaboração teórica posterior no âmbito da problematização (MURAD, S/D).

4 RESULTADOS

No Brasil, apenas trabalhadores com carteira assinada, juntamente com seus familiares, tinham direito aos atendimentos e serviços oferecidos pelo Estado antes da Constituição Federal de 1988. O direito a saúde faz parte dos direitos sociais, reconhecido a partir desta, deixando bem explícito no art.196, quando diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O principal objetivo da instituição pesquisada é que esta seja acreditada, tornando-se referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de práticas adequados. A instituição é considerada mais que uma maternidade, pois é um organismo em que a vida se renova, promovendo a saúde, o bem-estar e o vínculo entre mãe e filho.

A maternidade faz parte da Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável); do Hospital Sentinela, que é um projeto que prevê constituir uma rede nacional de hospitais com o objetivo de estimular a notificação de eventos adversos ocorridos em hospitais e relacionados a produtos para a saúde; do Hospital Amigo da Criança, estratégia lançada no mundo inteiro pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, em 1991, com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar (MEAC, 2017, p. 7).

Diante das pesquisas realizadas, optou-se por explorar a história da saúde no Brasil e adentrar nas relações de gênero e poder, fazendo uma análise de dados dos procedimentos de esterilização fornecidos aos usuários assistidos pela equipe multiprofissional do Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza.

Destacamos que houve inúmeras dificuldades de acesso ao campo: recusa de visita institucional, dificuldade de acesso ao comitê de ética específico da maternidade, e, depois de diversas negativas de acesso. Optamos pela análise dos dados quantitativos da Produção Assistencial entre os anos de 2015 a 2018, dialogando com a experiência de campo, por meio do estágio supervisionado, como relatado na introdução do artigo.

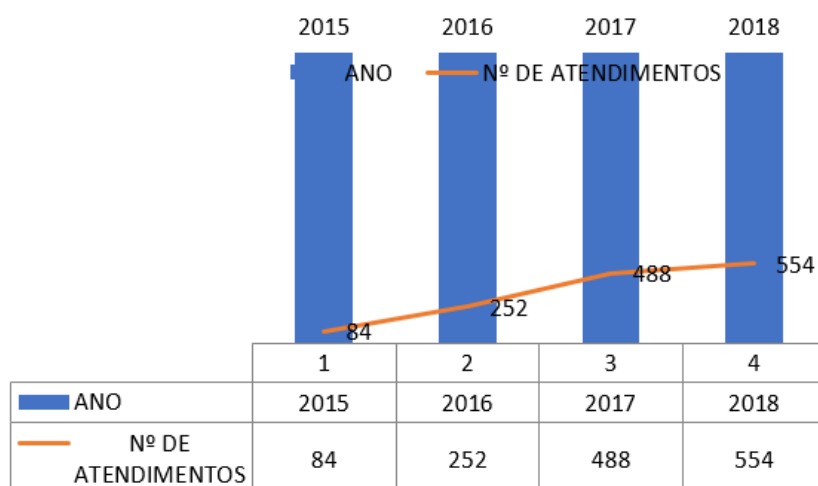
4. 1 Dados do atendimento

O gráfico 1 foi elaborado com base nos dados do Relatório Institucional Assistencial e na Produção Assistencial⁸ referente aos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, pesquisado no site da instituição, onde coletamos as informações para análise de dados.

Gráfico 1. Quantidade de atendimentos realizados entre os anos de 2015 a 2018.

⁸ O Relatório Institucional Assistencial apresenta um demonstrativo resumido das diversas ações desenvolvidas na gestão assistencial, incluindo as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Número de atendimentos no Serviço de Planejamento Familiar



Fonte: Elaboração própria (2019).

Com estes dados, percebe-se a quantidade de atendimentos no serviço do planejamento familiar, realizados nos últimos quatro anos, de modo a verificar que a procura por este tipo de serviço vem aumentando significativamente ao longo do período analisado, passando de 84 atendimentos em 2015 para 554 em 2018, o que representa um aumento de aproximadamente 659%.

Diante dos dados descritos e da experiência no campo, podemos indicar que as campanhas de socialização de direitos pelo SUS e a intensa divulgação pelas diversas mídias foram fatores que contribuíram para o maior acesso ao planejamento na estrutura familiar. É pertinente destacar que as mulheres, movidas pelo processo do avanço das lutas feministas, estão buscando cada vez mais os equipamentos e compreendendo os direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos. Salientamos que:

O acesso aos serviços de saúde integral e às ações de planejamento familiar constitui um aspecto central e indispensável para a melhoria da qualidade da saúde sexual e reprodutiva das pessoas, em especial, das mulheres, considerando que pode reduzir as mortes maternas, os agravos resultantes dos abortos inseguros, a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e proporcionar orientação adequada sobre a sexualidade e reprodução humana (VENTURA, 2009, p. 88).

Portanto, os dados acima representam uma ampliação do acesso ao direito de todas as mulheres, em particular as residentes em Fortaleza - CE, por meio da busca por seus espaços de direitos e da oferta de serviços garantidos pelo SUS.

4.2 Equipe multiprofissional

A administração e acompanhamento desses procedimentos na instituição é realizada por uma equipe multiprofissional, a qual é composta por profissionais de diversas áreas de atuação, tais como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente sociais, psicólogos e médicos. Os mesmos desempenham papéis distintos no decorrer do atendimento, de forma educativa e por meio de orientações e atividades clínicas. De acordo com Peduzzi:

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem realizam os primeiros atendimentos a fim de avaliar clinicamente o usuário que deseja ou necessita do atendimento. Psicólogos e assistentes sociais são responsáveis por orientar e desenvolver as atividades educativas, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo de saúde e doença. Os médicos são os coordenadores do processo e os responsáveis pela execução do procedimento propriamente dito.

A vivência no campo de estágio é algo grandioso, pois é por meio da observação no decorrer dos atendimentos que podemos identificar as diversas expressões da questão social que fazem parte do nosso cotidiano e reconhecer as necessidades dos usuários que buscam o atendimento. O desenvolvimento dos atendimentos é realizado por uma equipe multiprofissional, que trabalha em conjunto, mas sem interferir no trabalho um do outro, de modo a buscar atendimentos efetivos (DIÁRIO DE CAMPO 2, 2019).

Como apresentado no diário de campo 2, a equipe multidisciplinar é fundamental no processo de acompanhamento do planejamento familiar, esclarecendo todas as dúvidas e explicando os direitos das mulheres e homens numa abordagem humanizada da saúde.

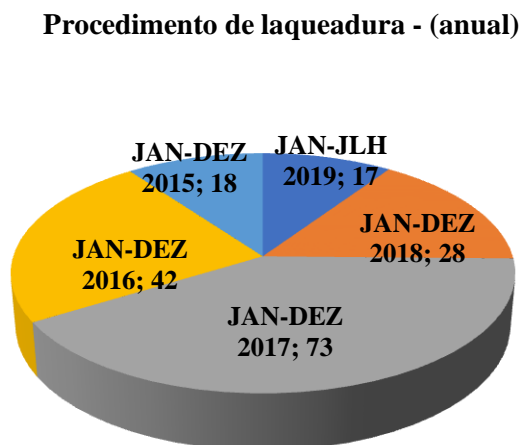
4.3 Laqueadura

Antes de analisar os dados referentes a quantidade de mulheres que realizam o procedimento da laqueadura no referido espaço, faz-se necessário contextualizar quem são os sujeitos que buscam atendimento prioritariamente nesse espaço. A saber:

As principais usuárias deste procedimento são vítimas das diversas expressões da questão social, tais como: pessoas em situação de rua, drogadição, mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica, pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade social, entre outras (DIÁRIO DE CAMPO 3, 2019).

Por ser uma maternidade de referência em Fortaleza-CE, ainda que esse seja o perfil da maioria das usuárias, encontram-se também mulheres de diferentes classes sociais, pois contam com uma infraestrutura da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Neonatal para as parturientes e seus nascituros, bem como diversos procedimentos ligados à saúde da mulher.

Gráfico 2. Quantidade de procedimento de laqueadura entre os anos de 2015 a 2019



Fonte: Elaboração própria (2019).

Como observado no gráfico 2, o ano de 2017 destacou-se pelo aumento da quantidade de atendimento, que superou os demais: um total de 73 procedimentos foram realizados. Este fenômeno tem uma relação com uma situação própria da formação social brasileira: o ano posterior, 2018, foi um ano de eleições para deputados estaduais,

deputados federais, governadores e presidente. Infelizmente, no país, persistem práticas corruptas eleitoreiras de troca de votos por encaminhamentos para postos de saúde, ainda que esse seja um direito de todos garantido na Constituição de 1988.

Este direito tão caro para as mulheres passa por diversos desafios na contemporaneidade. Como ressalta a publicação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA, organizado por Campos e Oliveira:

Para nós, mulheres, o exercício pleno da cidadania significa, sim, o direito à representação, à voz e à vez na vida pública, mas implica, ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana, que a lei pode inspirar e deve assegurar, o direito à educação, à saúde, à segurança, à vivência familiar sem traumas. O voto das mulheres traz consigo essa dupla exigência: um sistema político igualitário e uma vida civil não autoritária (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p. 115).

Outrossim, ressaltamos que para que aconteça este procedimento, a porta de entrada é por meio de do planejamento familiar, com a equipe multiprofissional. Contudo, o primeiro contato do usuário é com os profissionais do serviço social e da psicologia, que têm como objetivo conhecer a realidade do usuário, identificando suas necessidades sociais para a esterilização. Após esse primeiro contato, os usuários são encaminhados para o restante da equipe.

5.4 Análise crítica dos resultados

O machismo na sociedade é nítido com relação ao papel emancipatório da mulher, que ao longo da história vem ganhando espaço na sociedade moderna. Temas como patriarcado, inferioridade das mulheres e conquistas de direitos femininos não são o bastante para eliminar a desigualdade enfrentada. Para tanto, é necessário ter planos, programas e projetos de forma educativa no contexto das relações de poder, sobretudo com relação à divisão sexual do trabalho. No planejamento familiar, a procura e preocupação relacionada ao tema geralmente parte da mulher, que é quem se preocupa mais com a saúde, tanto a sua quanto a dos seus familiares, de modo a buscar estratégias e pontos de melhoria para o seu cotidiano. De acordo com Cisne:

No Brasil, em uma conjuntura progressivamente conservadora e reacionária, com nítidas marcas de uma formação racista e patriarcal, a luta pelos direitos não é apenas importante, é indispensável para se defender a dignidade humana de grupos social e historicamente discriminados como as mulheres, destacadamente as negras e indígenas (CISNE, 2015, p. 143).

Porém, os maiores desafios encontrados na orientação para a realização do procedimento é lidar com o medo que de algum modo o procedimento não seja eficaz e permita nova gestação no caso das mulheres e no caso dos homens é o medo da impotência. O procedimento é seguro, mas existe uma pequena possibilidade de que ele venha a falhar. Todas as informações pertinentes são repassadas aos usuários que optam por este método. Além dos medos, outro desafio que não podemos deixar de mencionar corresponde aos (as) usuários (as) que não possuem parceiros para assinarem o termo para realização do procedimento, mas que são resguardados pela Lei do planejamento familiar.

Ao final, cabe destacar que ampla autonomia reprodutiva e sexual das mulheres passaria pelo fim da autorização do companheiro para que a mulher faça o procedimento de laqueadura. Ainda que este procedimento esteja dentro do planejamento familiar, que prevê o envolvimento de todos os parceiros (as), urge na sociedade o total direito das mulheres decidirem o que farão sobre seus corpos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar é uma forma de auxiliar homens e mulheres a planejar quando querem ter filhos ou não, assim como programarem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas. Garantem que as pessoas tenham acesso a informações, a métodos de contracepção eficazes e seguros, aos serviços de saúde que venham a contribuir para o conhecimento da sexualidade de forma segura e saudável.

Este artigo teve por objetivo conhecer a atuação da equipe multiprofissional no Planejamento Familiar em uma maternidade de Fortaleza, com uma proposta de realizar uma análise de dados dos candidatos ao procedimento de esterilização, levando em consideração as relações de gênero e poder na saúde.

Muitas conquistas nessa direção ainda necessitam ser alcançadas. É essa sociedade permeada por relações de opressão, exploração e também apropriação sobre as mulheres que promove cotidianamente situações de violência permeadas e potencializadas pelo sexismo e pelo racismo, o que não apenas provoca a demanda pela luta por direitos humanos, mas a exige (CISNE 2015).

Nota-se que a partir dos dados apresentados, é perceptível o aumento da realização do procedimento de esterilização feminina, mostrando que a mulher vem

conquistando o seu direito, espaço e o poder de escolha nas suas decisões. Podemos traduzir em uma relação diferente com seu corpo, sua mente e sua vida social. Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, tais como: paridade da jornada de trabalho e salários, divisão da responsabilidade com os filhos, participação política equitativa, violência doméstica, dentre outros.

Destarte, a pesquisa apresentada é relevante para a formação em Serviço Social, pois trata-se de um tema transversal da profissão e um espaço sociocupacional relevante para a garantia do direito das mulheres, que compõe a historicamente hegemonia do curso.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **O planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, n. 68, 22 set. 2017. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção especializada e hospitalar**. 2019. (On-line) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde –SUS**. Estrutura, princípios e como funciona. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 09 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil De 1988**. Brasília-DF: Casa Civil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 11.340/06, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília-DF: Casa Civil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Casa Civil, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 9.263/96, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília-DF: Casa Civil, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

BEZERRA, Luciana Chaves. **Projeto de intervenção o serviço social no planejamento familiar**: a importância da orientação sobre a laqueadura tubária. Fortaleza: Uniateneu, 2019.

BENIGNO, Bruno Santos. **Vasectomia**: como é feita, vantagens e desvantagens. 2019. (On-line). Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/tudo-sobre/32868-vasectomia>. Acesso em: 17 set. 2019.

CISNE, M. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.

CISNE, M. **Direitos humanos e violência contra as mulheres**: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588/17726>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CAMPOS, H. C.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde reprodutiva das mulheres** – direitos, políticas públicas e desafios. Brasília: CFEMEA; IWHC; Fundação H.Boll; Fundação Ford, 2009.

COSTA, Ana Maria. Planejamento Familiar no Brasil. **Revista Bioética**. v. 4, n. 2, 2009 Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416. Acesso em: 20 set. 2019.

SCOREL S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

LAGINHA, Fabio. **Laqueadura: cirurgia para interrupção das trompas**. 2019. (Online). Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/tudo-sobre/17795-laqueadura>. Acesso em: 17 set. 2019.

LEÃO, R. A.; MONTE, A. A. L. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil – notas para o debate. In: IV JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Anais** [...]. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/direitossexuaisereprodutivosdasmulheresnobra-sil-notasparaodebate.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

LIMA, N.T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MACHADO, C.V.; LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 187-200, 2014.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, 2017.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Carta de Serviços ao Cidadão**, São Paulo: MEAC, 2017.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) 2015**. Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. – Fortaleza: Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Hospitais Universitários/UFC/Ebserh, 2016.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) 2016**.

Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. – Fortaleza: Maternidade-Escola Assis Chateaubriand/Hospitais universitários/UFC/Ebserh, 2017.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) 2017.** Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. – Fortaleza: Maternidade-Escola Assis Chateaubriand/Hospitais universitários/UFC/Ebserh, 2018.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2018.** Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. – Fortaleza: Maternidade-Escola Assis Chateaubriand/Hospitais universitários/UFC/Ebserh, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MURAD, Larissa Costa. **Usos e desusos do diário de campo:** entre o registro, a sistematização da prática e a potencial produção de conhecimento. (S/D).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Planejamento familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore; Genebra: CPC; OMS, 2007.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001. ISSN 00348910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS. **Marco da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e reprodutivos.** Porto Alegre: Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e reprodutivos. 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/169650/mod_resource/content/2/Texto%20DDSSDDRR.pdf. Acesso em: 31 out. 2019.

ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes; FERREIRA, Mary; ÁVILA, Maria Betânia. Movimentos de mulheres e feministas, crise atual do capitalismo e desenvolvimento na América Latina, Brasil e Maranhão. In: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Anais [...].** Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/mesastematicas/movimentosdemulheresefeministas-criseatualdocapitalismo.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Abramo, 2004.

SILVA, Raimunda Magalhães; ARAÚJO, Kelly Nóbrega Cavalcante; BASTOS, Lya Araújo Costa Bastos; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Planejamento familiar:

significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 5, mai. 2011.

TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.

UNIDADE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA MEAC. **MEAC completa 55 anos e celebra conquistas para a saúde materno-infantil**. 2018. (On-line).

Disponível em: <http://www.ufc.br/noticias/12347-meac-completa-55-anos-e-celebra-conquistas-para-a-saude-materno-infantil>. Acesso em: 19 jun. 2019.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

XAVIER, Antônio Roberto. Família e gênero no debate atual. **Webartigos**, jul. 2009.

Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/familia-e-genero-no-debate-atual/21384>. Acesso em: 09 ago. 2019.