



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE DONAS DE CASA
ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FORTALEZA - CE**

ROSANA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

FORTALEZA – CEARÁ

2007

ROSANA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE DONAS DE CASA
ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FORTALEZA - CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como
requisito parcial para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

FORTALEZA – CE

2007

ROSANA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE DONAS DE CASA ATENDIDAS
EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Saúde da Mulher

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Orientadora - UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Fabiana Villela Mamede
Membro Efetivo – EERP/USP

Prof.^a Dr.^a Fátima Luna Pinheiro Landim
Membro Efetivo – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura
Membro Suplente - UFC

Dedico esse trabalho aos meus queridos pais, Pedro Reinaldo e Raimunda Oliveira, pelo amor e motivação ao longo desses anos, que busquei o caminho do crescimento sem esquecer os princípios da honestidade, do amor, da humildade e da fé em DEUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido a graça de realizar este sonho, e, também, por ter colocado no meu caminho as pessoas maravilhosas e abençoadas que sempre me deram força e me ajudaram nesta caminhada.

À minha família querida, que sempre me apoiou nos meus projetos de vida e acreditou na realização dos meus sonhos, fortalecendo o meu espírito com carinho, amor e muita oração. Ao meu querido filho Daniel, pelo companheirismo, compreensão e incentivo ao longo desta caminhada.

À minha orientadora, quem eu admiro pela simplicidade e compromisso com o saber; pela disponibilidade, dedicação e perseverança demonstrada ao longo desses dois anos; pelo apoio e oportunidade de crescer, aceitando o árduo desafio de me orientar nesta trajetória, compartilhando das minhas dificuldades, angústias e inquietações na elaboração deste estudo.

Ao corpo docente do curso de Mestrado por terem contribuído com o meu despertar na pesquisa e pelo carinho em especial, à professora Fátima Luna pela disponibilidade e paciência durante a realização deste estudo.

Aos colegas de turma, pelo companheirismo e acolhimento quando aqui cheguei. Em especial as amigas: Geisylane Muniz, Eriza Parente e Fabíola Monteiro, pela solidariedade, amizade, pelo conforto nos momentos difíceis e tristes, assim como nos momentos felizes. Aos amigos: Demétrius Cavalcanti e Francisco Getúlio, pela atenção, amizade pelo carinho, durante os dois anos de convivência.

Aos meus colegas da Universidade Federal do Amapá em especial aos amigos Francineide Pena, e José Luiz da Cunha, pelo apoio, auxílio amizade, ainda que distante, e todos os demais que contribuíram para que este momento se tornasse realidade.

Aos funcionários do mestrado, Cleide, Marciliano e Abreu, muito obrigada pelo apoio, pela amizade e pela dedicação.

Ao grupo de pesquisa, saúde da mulher, pelo conhecimento adquirido em especial aos amigos: Antônio, Rafael, Lya e Maristela, pela paciência e pela troca de conhecimentos, muito obrigada.

RESUMO

A assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher tornou-se uma preocupação mundial em razão dos problemas associados à reprodução, anticoncepção e a sobrecarga de trabalho que a mulher assumiu. O planejamento familiar está garantido na Constituição Federal e na Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que o define como responsabilidade do Estado proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. O estudo teve como objetivo analisar a percepção de mulheres donas de casa sobre o planejamento familiar, enfatizando a repercussão na família, o uso do método e orientações recebidas por profissionais em um centro de saúde da família. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada nos meses de abril a setembro de 2007, com 31 mulheres assistidas no programa de planejamento familiar na faixa etária de 17 a 40 anos, em Fortaleza-CE. Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada e os discursos foram ordenados conforme a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo com a identificação das seguintes Expressões-Chave: planejamento familiar o que isso representa para você; como se sente em relação ao método anticonceptivo; por que optou pelo programa de planejamento familiar; quais as repercussões junto à família; que tipo de orientação você recebeu dos profissionais do serviço. Essas Expressões-Chave simbolizaram as dez Idéias Centrais que delineou-se em: é um ótimo atendimento.... mas, precisa melhorar muita coisa; serve para evitar filho e prevenir doenças; porém enfrentar a fila de espera para ser atendido, as usuárias referiram só quem precisa mesmo desse serviço, pois as pessoas perdem muito tempo esperando no sol e na chuva. Sobre os métodos anticonceptivos a maioria das respondentes disseram que se sentiam bem, já usavam há anos, enquanto outras referiram sentir-se mal; não gostavam, detestavam, só tomavam para não terem filho. Optaram pelo programa de planejamento familiar por que os profissionais orientavam como prevenir das doenças sexualmente transmissíveis e como evitar a gravidez indesejada sem agravos à saúde, pois não queriam ter filho agora e o anticoncepcional é de graça; no contexto familiar todos concordaram com a mesma opinião em adiar a maternidade em razão da difícil situação socioeconômica que se encontravam. Os profissionais do serviço orientaram como usar o comprimido na hora e dia certo e alertaram sobre a importância do uso correto, e com prescrição médica. Constatou-se que o planejamento familiar é representado pelas mulheres domésticas como importante estratégia para planejar a família, e evidenciou-se adesão ao programa no contexto familiar, em decorrência da falta de perspectiva de uma vida digna à oferecer. Em seus discursos as informantes demonstraram insatisfação com o difícil acesso aos métodos contraceptivos, falta de informação e com a organização de saúde, ou seja a qualidade da assistência não condiz com o esperado pelas usuárias.

Palavras-chave: Planejamento familiar, mulher doméstica, percepção.

ABSTRACT

The woman's reproductive and sexual health assistance has become a world-wide concern because of the problem associated to reproduction, contraceptive and the work overburden taken over by the woman. The family planning is guaranteed by the Federal Constitution and in the Law 9.263 from January 12th 1996, which defines it as the State's responsibility to provide conditions for men and women to have access to information, means, methods and techniques to regulate their fecundity. The study had as objective to analyze the housewives' perception about the family planning, emphasizing the repercussion in the family, the method's using and the orientation received by the professionals in a family health center. It is a descriptive study, with quality approaching, which data were collected from April through September from 2007, with 31 women assisted in the family planning program in the age group from 17 to 40 years old, in Fortaleza – CE. It was used a semi-structured interview to data collection and the discourses were organized according to the Collective Subject Discourse technique with the identification of the following Key-Expressions: family planning, what it means to you; how do you feel with regard to contraceptive method; why did you choose the family planning program; which are the repercussions towards the family; what kind of orientation did you receive from the professionals in the service. These Key-Expressions represented tem Central Ideas that delineated in: it is a great assistance...but, it has to get much better; it avoids child and prevents from diseases; although to face the waiting line to be attended, the users referred that only who really needs this service, because people lose a lot of time waiting under de sun or rain. About the contraceptive methods, most of the respondents said that they felt good, they have been using it for many years, while others referred that did not feel well; did not like it, hate it, only took it to not have children. They chose for the family planning program because the professionals oriented how the prevent sexually transmitted disease and how to avoid an unwanted pregnancy without health damage, because they did not want to have kids then and the contraceptive pill was free; in the family context they all agree to the same opinion of delaying motherhood in the reason of the difficulties in the social and economic situation that they were. The service's professionals oriented how to use the pill at the correct time and day and alerted about the importance of the correct use, and with medical prescription. It was evidenced that family planning is represented by the housewives as an important strategy to plan the family, and it was verified the adhesion to the program in the familiar context, in consequence of lacking a perspective to offer a decent life. In their discourses the informers showed dissatisfaction with the difficult access to the contraceptive methods, lack of information and with the health organization, which is the quality of assistance does not fit well with what the users expected.

Keywords: Family Planning, Housewife, Perception.

LISTA DE ABREVIATURAS

MS – Ministério da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher

ESF – Estratégia Saúde da Família

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

UBS – Unidades Básicas de Saúde

MAC – Método Anticonceptivo

ONU – Organização das Nações Unidas

DST – Doença Sexualmente Transmissível

SUS – Sistema Único de Saúde

SER – Secretaria Executiva Regional

HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes

PCCU – Prevenção do Câncer de Colo Uterino

DCS – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressão Chave

IC – Idéia Central

IAD – Instrumento de Análise do Discurso

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Saúde Reprodutiva e o Planejamento Familiar.....	15
3.2 Promoção da Saúde e Planejamento Familiar.....	17
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
5 RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	48

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher é discutida no âmbito da saúde pública, tornando-se uma preocupação mundial devido aos problemas associados à reprodução e à anticoncepção. Outro fator importante é a sobrecarga de trabalho que a mulher vem assumindo, além das responsabilidades com o lar, a família e a educação dos filhos. Estas responsabilidades se caracterizam no contexto doméstico pelos diversos afazeres sem remuneração, sem direitos sociais, e sem condições humanas para desenvolvimento pessoal e profissional da dona de casa.

Cárdenas e Cianciarullo (1992) ressaltam que o trabalho doméstico é considerado atributo essencial da mulher dona de casa, além das tarefas reprodutivas, expondo-as a uma série de problemas de saúde que podem refletir nos aspectos reprodutivo, social e mental e em toda uma trajetória de vida, o que repercute, de maneira significativa, no comportamento familiar.

A vida das mulheres brasileiras nas décadas de 1940 e 1950 era acompanhada de grande responsabilidade e compromisso, principalmente no que diz respeito ao matrimônio, à procriação e à educação. Eram submissas e obedientes aos maridos e envolvidas por sentimentos de medo, temor e crenças. Outros valores eram fortalecidos pela Igreja, que condenava qualquer prática de contracepção, afirmando-se a favor da vida (COELHO, 2005).

Em contrapartida a essa realidade, as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pelos movimentos feministas que vislumbravam a conquista do direito de votar, direito à saúde sexual e reprodutiva e ao planejamento familiar. Essa conquista de cidadania contribuiu para que as mulheres rompessem paradigmas e comportamentos arbitrários por parte da sociedade que não respeitava suas necessidades. Estes movimentos culminaram com as reformas sanitárias, políticas e sociais, que contribuíram para a implementação das políticas públicas, inclusive aquelas voltadas para a saúde das mulheres (ÁVILA & CORRÊA, 1999).

Em conformidade com os autores citados, as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontraram fortes barreiras, destacando-se o Estado, que não atendia às necessidades básicas da maioria da população.

Galvão e Díaz (1999) relatam que,

Em 1980, vários grupos elegem a saúde como tema “nucleador” de sua ação e reverte à tendência do feminismo como prática política das camadas médias da população para expandir-se para as camadas de baixa renda, nas quais a saúde tem sido historicamente, reivindicação prioritária. A

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) divulga oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que introduziu novo enfoque nas políticas públicas sobre a saúde da mulher, na medida em que contemplou as diferentes fases do seu ciclo vital e, dentre outras atividades desenvolvidas, instituiu o planejamento familiar.

Para que o PAISM fosse implantado, o MS contou com a colaboração de representantes de grupos feministas, gerentes estaduais e pesquisadores de universidades. Além disso, as Conferências de Ottawa e Bogotá, respectivamente, em 1986 e 1992 contribuíram para a implementação de ações de promoção da saúde na trajetória de vida da mulher (BRASIL, 2002a).

Nessas conferências, pensou-se na mulher com um papel mais abrangente na sociedade e não somente como reprodutora, defendendo seu reconhecimento como principais promotoras da saúde familiar (BRASIL, 2001). Desde então, as mulheres vêm discutindo o direito a ter direitos, e tabus com a sexualidade, reprodução e aborto (COELHO, 2005).

Na década de 90, o Estado brasileiro assumiu a política de Planejamento Familiar para o País, na qual a mulher deve ser considerada em sua integralidade (BERQUÓ, 1994). O planejamento familiar é direito de todo cidadão e jovem, tendo em vista exercício da paternidade e maternidade responsável, além da livre escolha pelo casal, do método anticonceptivo que melhor lhe convier, regulamentado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 2002a).

Como estratégia, o planejamento familiar é direcionado para adultos, adolescentes (mulheres e homens) e, atualmente, apresenta-se em formato de programa, sendo desenvolvido por profissionais das unidades básicas de saúde, incluindo os integrantes das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Ministério da Saúde, em 2004, aprovou a Política de Atenção a Saúde da Mulher que considera os aspectos sociais e culturais da população feminina no atendimento de suas necessidades, de forma holística e contextualizada. Estas políticas surgiram de reflexões coletivas e incorporaram as necessidades específicas aos ciclos de vida da mulher, além de terem considerado a atenção integral a um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004).

Tal conquista se mantém na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), portanto, pode-se afirmar que, em termos de políticas públicas, o Ministério da Saúde do Brasil apresenta uma proposta avançada de PF (BRASIL, 2007).

Moura e Silva (2004) constataram que as mulheres reconhecem no planejamento familiar (PF) benefícios que transpõem a contracepção e a reprodução, ou seja, ampliam e valorizam a promoção da saúde e a qualidade de vida. Neste estudo, elas demonstraram conhecer métodos como a pílula, o preservativo e o injetável, mas ficou evidente a necessidade de maior informação sobre os demais tipos e usos dos métodos.

Analisando o conhecimento sobre anticoncepcionais, Paniz, Fassa & Silva (2005) descobriram que, apesar da elevada prevalência de utilização de algum método anticoncepcional ao longo da vida (75,3%), ainda é limitado o conhecimento sobre o uso correto dos métodos mais utilizados, sobre ciclo menstrual e sobre período fértil.

Considerando os resultados demonstrados e o cotidiano da pesquisadora, na atividade de enfermeira em uma unidade básica de saúde no Estado do Amapá, durante sete anos, envolvida diretamente com o programa de assistência ao planejamento familiar, percebemos que o referido programa beneficiava a população quanto à prevenção da gravidez não planejada ou indesejada. Neste contexto incluímos à educação e promoção à saúde da comunidade, além da gratuidade na distribuição dos métodos durante o atendimento.

Porém, notamos que a clientela mais prejudicada eram as donas de casa, pois havia difícil acesso ao serviço, pois estas se envolviam com os afazeres domésticos e a responsabilidade com a família, assumindo para si muitas atividades, o que dificultava o cuidado com a própria saúde; chegavam atrasadas para a consulta e não eram atendidas; não conheciam as opções de métodos, pois o mais encontrado na unidade era o preservativo masculino e o comprimido, e as orientações eram feitas por profissionais sem capacitação.

Essa situação nos inquietava e passamos a fazer algumas reflexões do tipo: por que o programa, que é uma estratégia do Governo Federal para atender a população, não consegue ser posto em prática em toda a sua plenitude? Por que o serviço oferece aos usuários um atendimento deficiente, com difícil acesso à unidade, aos métodos e à informação? Considerando que o planejamento familiar é muito importante como medida de promoção da saúde para a coletividade, como as donas de casa, na condição de usuárias, poderiam contribuir na otimização do programa.

Diante da importância do referido programa e das dificuldades que as mulheres enfrentam para fazer uso do método anticoncepcional, afloraram as dúvidas sobre as

percepções das donas de casa quanto ao planejamento familiar, a repercussão deste programa no contexto da família e as orientações recebidas dos profissionais do centro de saúde da família sobre os problemas que essas mulheres vivenciam.

2 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção do planejamento familiar para as donas de casa atendidas no Centro de Saúde da Família em Fortaleza - Ceará;
- Identificar, na fala dessas mulheres, as repercussões sobre o uso de métodos anticoncepcionais no contexto familiar;
- Identificar as orientações recebidas pelas mulheres sobre o planejamento familiar no centro de saúde da família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar

A saúde reprodutiva dos brasileiros tem apresentado, ao longo das últimas décadas, uma série de problemas em decorrência das mudanças de comportamento sexual da população, dos padrões culturais que orientam esses comportamentos, e das respostas do campo médico e político a estas mudanças (SANTANA e COELHO, 2005).

Os movimentos políticos e sociais contribuíram na trajetória de conquistas dos direitos e saúde da mulher, a começar pelas questões relativas à reprodução, anticoncepção e controle da natalidade. Diante deste cenário, o Ministério da Saúde percebeu a importância de criar estratégias que contemplassem a saúde da mulher, no intuito de assisti-la de forma integral, contemplando todas as fases do ciclo vital, vislumbrando melhorias dos níveis de saúde da população feminina. Para tanto, se empenhou na implantação e implementação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2002b).

Assim, em 21 de junho de 1983, foi apresentada a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que incluía o planejamento familiar como uma de suas ações. Corroborando o pensamento de Coelho (2005), o Estado brasileiro, em 1983, assumiu publicamente uma política de planejamento familiar para o País, incluindo-a como parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

Este programa teve grande significado quanto ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, que é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade, permitindo que ela mesma possa refletir sobre os desafios e conquistas implementadas na assistência à sua saúde.

Em 1984, foi efetivamente anunciado e implementado o PAISM como proposta diferenciada, baseada no conceito de atenção integral à saúde da mulher, a romper com a visão tradicional e centralizada acerca deste tema (SANTANA e COELHO, 2005).

Para que estas ações se tornassem eficazes, o Ministério da Saúde fortaleceu parcerias com as secretarias estaduais e municipais, com apoio técnico e financeiro, e demais órgãos governamentais, reconhecendo e enfrentando as desigualdades, estabelecendo relações mais igualitárias entre homens e mulheres e entre as próprias mulheres. Para tanto, regulamentou o Programa de Assistência ao Planejamento Familiar no dia 12 de janeiro de 1996, que foi aprovado com a Lei Nº. 9.263, visando ampliar o acesso do indivíduo aos serviços, à humanização e à melhoria da qualidade de vida. Visava ainda prevenir a gravidez

indesejada e os abortamentos, que levam a mulher ao processo de doença, resultando em tratamentos de alto custo, causando um impacto na economia do País (BRASIL, 2002b).

Ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis, o MS reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do planejamento familiar do SUS:

"Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência" (BRASIL, 2002a).

Também garante a liberdade de opção, a utilização voluntária e também responsável de métodos anticonceptivos por parte do casal, a estratégia de acolhimento, a Educação em Saúde, o acompanhamento dos usuários, o relacionamento interpessoal e a consulta de enfermagem. A prescrição do método anticonceptivo está focada nas prevenções de doenças sexualmente transmissíveis e no risco à vida da mulher ou do futuro concepto (BRASIL, 2002a).

Atualmente, essa estratégia funciona em forma de programa, nas unidades básicas de saúde (UBS), contemplando a saúde reprodutiva e sexual de mulheres, homens (adultos), adolescentes e casais, independente do nível social, econômico, cultural e instrucional, pretendendo colocar em prática a cidadania de cada indivíduo, prevenindo e promovendo a saúde da comunidade.

Para Helman (2003), a maior parte desses programas de planejamento familiar é dirigida às mulheres, para que possam desenvolver a sua consciência em relação aos benefícios advindos da redução do tamanho das famílias, permitindo intervalos maiores entre as gestações e usando várias formas de contracepção artificial.

Entendemos que a responsabilidade deve ser compartilhada entre os dois parceiros, para que estas ações sejam bem-sucedidas e gerem o impacto esperado, pois o planejamento familiar é fundamentado na dignidade humana e na paternidade responsável.

3.2 Promoção de Saúde e planejamento familiar

O Ministério da Saúde preconiza a idéia de que atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como para propiciar questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade (BRASIL 2002b).

Estas ações educativas são estratégias do MS com a para repassar informações de conscientização da população sobre os agravos que podem comprometer a saúde do indivíduo, porém priorizando sempre a cultura e a realidade de cada comunidade. A este respeito, entendemos que a comunicação utilizada pelo profissional deve ser acessível, simples e precisa, esclarecendo muitas dúvidas e contribuindo para que o planejamento familiar seja de qualidade (BRASIL, 2002b).

A prática de Educação em Saúde é realizada por profissionais de saúde integrantes ou não das equipes dos programas de Saúde da Família, e tem como prioridade o repasse de conhecimentos sobre os métodos anticonceptivos (MAC) disponíveis à comunidade, o objetivo e a técnica de manuseio.

Neste sentido, Barroso, Vieira & Varela (2003) assinalam que o conceito de Educação em Saúde está associado ao de Promoção da Saúde, assegurando o conhecimento, a habilidade e a formação da consciência crítica para tomar decisões responsáveis. Pressupõe-se que as práticas de Educação em Saúde levem o indivíduo a refletir sobre seu comportamento no contexto em que vive e, com isso, promovam a saúde e melhorem a qualidade de vida de acordo com os conhecimentos da população, vislumbrando mudanças no cenário social.

Com essas práticas, surge a humanização como política pública que propõe mudanças no âmbito da saúde, seguindo os princípios de valorização dos trabalhadores e usuários, do serviço público, o fortalecimento da gestão e o controle social. Benevides e Passos (2005) assinalam que a humanização deveria criar espaços de elaboração e troca de saberes, investindo na qualidade de trabalho em equipe.

Conforme o MS, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais na resolubilidade dos problemas identificados na satisfação das usuárias e reivindicações dos direitos da clientela, bem como na promoção do autocuidado (BRASIL, 2007).

Outro aspecto muito importante neste contexto é a prática do acolhimento ao cliente, pelos profissionais que atuam nas UBS, uma vez que esta estratégia se encarrega da escuta do

usuário, permitindo a superação das barreiras e dificuldades, durante o atendimento ao indivíduo. Hennigton (2005) afirma, ainda, que o serviço de saúde seja organizado de forma a atender a todas as pessoas, observando parâmetros humanitários de cidadania.

O acolhimento e a humanização devem ser incorporados pelos profissionais de saúde, pois permitem a otimização e o estímulo ao trabalho em equipe, fortalecendo o vínculo entre comunidade-profissional.

Para Hoga (2003), os profissionais de saúde devem estar atentos e devidamente capacitados para não cometerem discriminações de ordem sociocultural, sexo, idade, estado marital, etnicidade; e não tratem os usuários com desrespeito, além de toda a base técnica necessária ao atendimento, pois deste momento inicial de procura do usuário pelo serviço dependerá o seu retorno para os atendimentos subseqüentes.

O princípio da Integralidade é uma referência para a prática de um serviço em saúde, culminando com o acolhimento. Esta modalidade significa o encontro do usuário com a equipe de saúde, marcado pelo compromisso do profissional em escutar as necessidades do cliente e atendê-las da melhor maneira possível.

Pinheiro & Mattos (2007) acentuam que a integralidade e o acolhimento, como práticas em saúde, devem ser pensados em consonância com suas diferentes dimensões, para que a sua abrangência seja possível e alcançável. Vale salientar que a integralidade requer mudanças profundas com benefícios na assistência para mulheres e homens, articulando-se com vários saberes e demais segmentos.

A integralidade permeia a organização dos serviços, as práticas em saúde e as políticas em saúde pública. Contempla a intersetorialidade na rede pública, vinculando-se à rede de serviços, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias, e favorecendo o acesso do usuário às demais especialidades e serviços de maior complexidade, ao assegurar as referências e contra referências dos sistemas de saúde. Todas essas ações vislumbram a promoção da saúde.

A Promoção da Saúde vem contribuindo no desenvolvimento pessoal e social com a divulgação de informação, Educação para Saúde e intensificação dessas ações na comunidade que é definida como capacitação da população para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (ONU, 1996).

Promoção da Saúde é um processo mediante o qual os indivíduos e as comunidades estão em condições de exercer maior controle sobre os determinantes e, desse modo, melhorar a qualidade de vida e a saúde. Buss (2003) garante que esse processo tende para os

componentes educativos, relacionados com os riscos comportamentais, controlados pelos próprios indivíduos - entre outros, tabagismo, atividades físicas e dieta.

A Promoção da Saúde se apresenta como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Esta deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, Governo, setor privado e não governamental e sociedade, com o compromisso de fortalecer a qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2005).

Em conformidade com Buss (2003), a Promoção da Saúde está intrínseca ao conhecimento popular e à participação social, articulando-se com outros movimentos, ao romper com o individualismo característico da sociedade atual, e desta forma, visa e alcança a qualidade de vida pela transformação dos hábitos presentes no cotidiano de cada indivíduo.

Para Sucupira (2003), a prevenção das doenças é parte da Promoção da Saúde, já que depende de ações conjuntas entre comunidade e Estado com o objetivo de criar condições favoráveis aos indivíduos para melhorar a qualidade de vida e ter como produto final a saúde. Neste contexto, inclui-se o PF, que contempla estratégias como a educação em saúde, a assistência na anticoncepção, e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Essas ações estão focadas na prevenção de agravos à saúde das mulheres e, dentre estas, as donas de casa.

Lembre-se de que a Promoção da Saúde contempla atividades de trabalho e lazer, ambos com significados diferentes, porém com efeitos positivos sobre a saúde física e mental. A falta de um destes pode contribuir para que a dona de casa desenvolva sobrecargas emocionais, resultando em doenças e afetando sua dinâmica familiar.

Na compreensão de Roper, Logan e Tierney (1995) cabem às donas de casa grandes responsabilidades em promover a saúde no cotidiano familiar, uma vez que suas atividades, aparentemente óbvias e sem muita importância, são indispensáveis ao bem-estar de todos os componentes da família. Portanto, atentamos para à segurança no lar, que envolve a prevenção de acidentes domésticos, influenciando na qualidade de vida da família.

Conforme Dantas, Sawada & Malerbo (2003), a qualidade de vida é uma noção humana e abrangente, que contempla muitos significados, os quais refletem o conhecimento, as experiências e os valores de indivíduos, coletividades e núcleos familiares. A qualidade de vida, centrada na família, estará comprometida a partir do momento em que algum determinante de ordem econômica, social, política ou funcional interfira na dinâmica deste grupo, expondo-o aos riscos de agravos e doenças.

Neste caso, faz-se necessário implementar ações de planejamento familiar que contemplem as donas de casa, com atividades de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, pois essa mulher desempenha grandes responsabilidades no lar e, na maioria das vezes, não apresenta condições para usufruir uma assistência baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) focada na anticoncepção e reprodução, o que favoreceria a sua qualidade de vida.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo caracterizou-se como descritivo e explorou as percepções de donas de casa, usuárias de um centro de saúde da família, sobre o serviço de assistência ao planejamento familiar, em Fortaleza, Ceará. Procuramos conhecer a assistência oferecida neste serviço, com vista a explicitar o modo de realização do atendimento, no discurso da mulher, a fim de proporcionar uma visão geral.

Quanto à natureza da pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, na perspectiva de buscar compreensão do PF oferecido no serviço público de saúde, mediante os significados das ações, crenças, valores culturais e relações humanas, sob a forma de representação subjetiva e objetiva da mulher doméstica (MINAYO, 2006; POLIT & HUNGLER, 2004).

O estudo foi realizado em um centro de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, sob a jurisdição da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), funcionando de segunda a sexta-feira, atendendo uma a população de 14 mil habitantes, residentes na comunidade do Dendê, composta de áreas denominadas Rocinha, Baixada, Corrente e Invasão. Este Centro dispõe de quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), que se responsabilizam pelo planejamento familiar, além de oferecer os serviços de imunização, odontologia, clínico geral, ginecologia e atendimento de emergência, hipertensão e diabetes (HIPERDIA), tuberculose, atendimento ao idoso, prevenção do câncer do colo uterino (PCCU) e pré-natal.

Os serviços mais procurados pelas mulheres são o HIPERDIA, PF e o PCCU. O atendimento médio mensal é de 340 mulheres, entre estas, adultas e adolescentes, com consultas marcadas mensalmente e com aprazamento, independente do tipo e do profissional.

O sistema de saúde de Fortaleza encontra-se atualmente na gestão plena da atenção básica à saúde, organizado em seis pólos administrativos, denominados secretarias executivas regionais (SER). Cada Secretaria se responsabiliza por uma quantidade significativa e representativa de uma comunidade geográfica, distribuída em centros de Saúde da Família.

Fortaleza conta com uma cobertura em torno de 55% do Programa Saúde da Família, desde agosto de 2006, e a SER VI está composta por 19 centros de saúde, distribuídos em 27 bairros. A Universidade de Fortaleza – UNIFOR está localizada nesta Regional e desempenha um papel fundamental no desenvolvimento técnico-científico e de saúde dessa região.

Participaram da pesquisa 31 donas de casa assistidas pelo programa de planejamento

familiar, independente do estado civil, idade, raça, número de filhos e grau de instrução. Mantivemos contato antecipado com este serviço, ao qual participamos voluntariamente, durante os meses de abril a setembro de 2007, acompanhando o funcionamento organizacional e especificamente a consulta de enfermagem no PF, a prevenção de câncer do colo uterino e as orientações em sala de espera.

O contato inicial com as mulheres ocorreu durante o acompanhamento e a observação livre nas consultas de enfermagem, conforme a agenda do serviço. Após vários contatos, nos inteiramos da rotina do Centro de Saúde, o que nos possibilitou o conhecimento do cotidiano, a prática e as diversidades culturais do grupo em estudo.

Para o reconhecimento da dinâmica de vida das mulheres, buscamos informações e esclarecimentos sobre os significados de símbolos contidos em suas falas, e para isso, nos despimos de conhecimentos prévios adquiridos ao longo da vida profissional relacionados à saúde da mulher, para facilitar a interação com a entrevistada, não prejudicá-la e evitar interferência nos resultados da pesquisa.

As participantes foram identificadas no programa de planejamento familiar de forma aleatória, ou seja, especificando aquelas que estavam presentes nos dias de terça e quinta-feira, eram moradoras da comunidade do Dendê, donas de casa e com semelhança nos aspectos socioeconômico e cultural.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho a setembro de 2007, durante o espaçamento da consulta de PF e, para isso, asseguramos a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Não usamos, portanto, nenhuma maneira de identificação das respondentes. Este momento foi propício à obtenção de informes objetivos e subjetivos, contidos nas falas e nas atitudes das participantes.

A entrevista foi semi-estruturada, composta de questões norteadoras sobre planejamento familiar: o que isso representa para você? Como se sente em relação ao método anticonceptivo? Por que optou pelo programa de planejamento familiar? Quais as repercussões junto à família? Que tipo de orientação você recebeu dos profissionais do serviço?

Essas entrevistas foram gravadas, com o objetivo de documentar o discurso dos sujeitos e, posteriormente, transcritas, integral e literalmente, ocorreu em local reservado, sem presença de ruídos, com tempo aproximado de 30 minutos, o que facilitou o diálogo, a liberdade da fala e dos sentimentos, assim como a descontração física e emocional das

participantes.

Conforme Lefrève & Lefrève (2005), as entrevistas não devem ser feitas em público, tendo em vista que a privacidade tanto para o pesquisador quanto para o indivíduo deve ser mantida. Os depoimentos foram organizados e analisados conforme a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, segundo, Lefrève & Lefrève (2005a), descreve uma forma de representar a opinião coletiva por meio de um discurso da realidade, de um pensamento, uma idéia ou uma opinião.

Ainda em conformidade com os autores mencionados, o DSC é uma estratégia metodológica que utiliza os discursos de várias pessoas e visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como constitui o conjunto das representações que confirma um dado imaginário. A técnica busca construir com pedaços de discursos individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quanto se julguem necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, determinado pensamento ou representação social sobre um fenômeno.

É uma forma de representar o discurso da realidade, um resgate do pensamento coletivo. Neste sentido, o discurso coletivo identificou os sentimentos, valores e crenças por meio das falas de donas de casa, possibilitou novas perspectivas na assistência do planejamento familiar, que, esperamos, poderão contribuir para mudanças significativas no serviço e na qualificação dos profissionais.

Para a formulação do DSC, foi necessário classificar as expressões-chave (ECH) e as idéias centrais (IC) no próprio discurso do sujeito. Nessa constituição, foram consideradas a coerência dos discursos, o posicionamento sobre o tema e a distinção destes, usando os critérios da diferença/antagonismo e complementaridade.

O DSC buscou descrever e expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um dado tema presente em determinada formação sociocultural. Os discursos foram distintos do ponto de vista qualitativo, na medida em que veicularam opiniões e posicionamentos quantitativos, quando um deles é resultado da contribuição de certo número de entrevistas ou depoimentos de indivíduos portadores de determinados atributos demográficos. A organização dos resultados pautou-se nos itens que seguem:

- 1) transcreveu-se literalmente o conteúdo de todas as entrevistas no expediente denominado Instrumento de Análise de Discurso (IAD);

- 2) identificaram as ECH as IC. Lefrève & Lefrève (2005) definem a IC como sendo um nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira mais sintética e fidedigna o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECH. Para os autores,

expressões-chave são trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento;

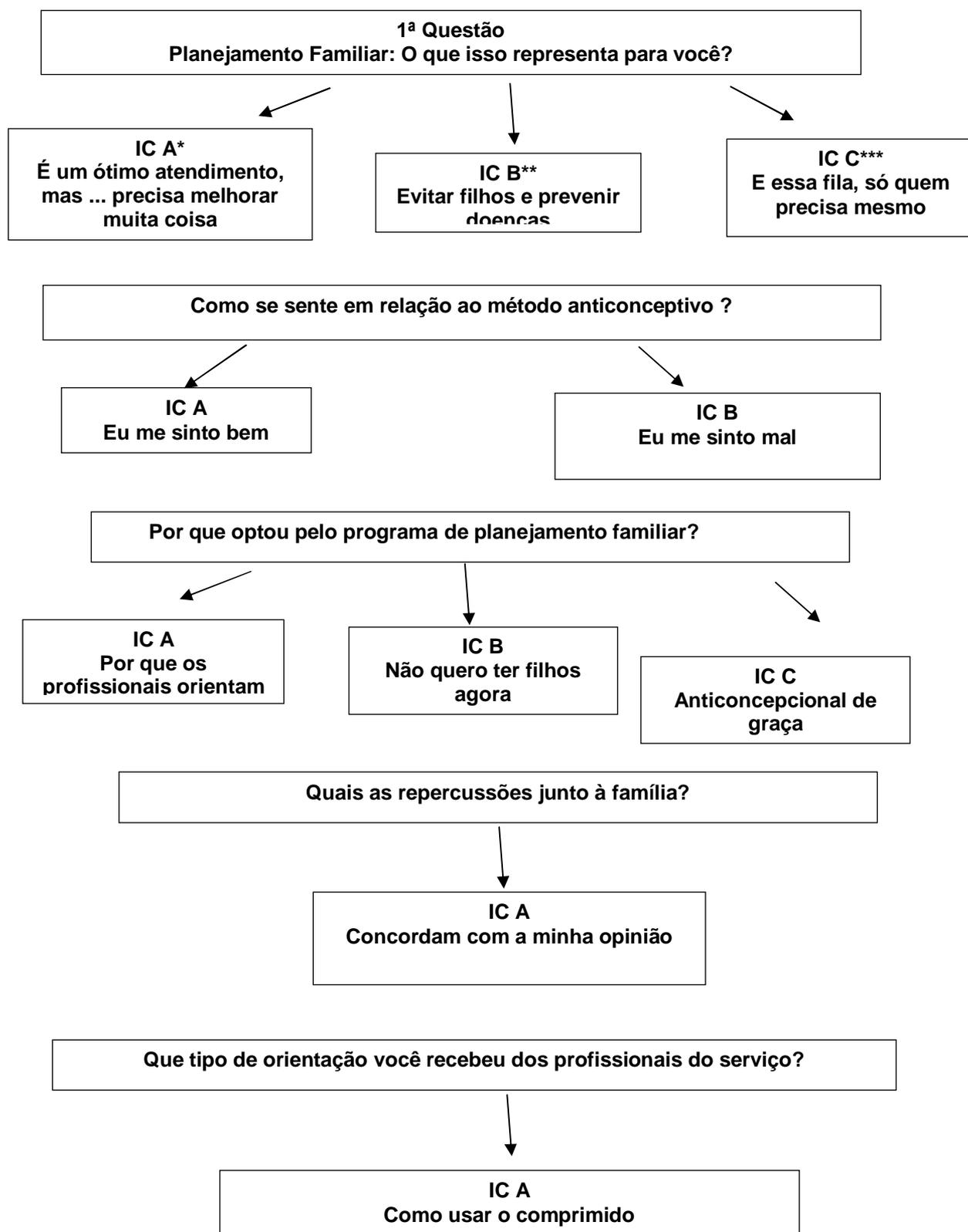
3) identificaram as idéias centrais dos discursos-IC;

4) agruparam as ICs, do mesmo sentido ou de sentido complementar, etiquetando cada agrupamento com as letras A, B, C;

5) denominou-se cada agrupamento de IC, conferindo-lhes uma síntese que expressaria todas as demais; e

6) finalmente, a elaborou-se o DSC, constante de duas etapas: na primeira, foram copiadas (IAD-1) todas as expressões-chave referentes a uma mesma idéia central. Na segunda etapa, foi formado um discurso lógico, focando o começo, meio e fim, e do mais geral para o menos geral. Utilizaram conectivos para a coesão do discurso, evitando-se a singularidade e a repetição de idéias.

A análise das entrevistas e a leitura do discurso do sujeito coletivo (DSC) revelaram informações sobre a percepção do planejamento familiar para as donas de casa, as opções pelos MAC e as repercussões na família. Deste modo, os resultados foram explicitados conforme as ICs extraídas de cada ECH, as quais deram origem às temáticas ou sentidos dos DSC revelados no diagrama a seguir:



*Idéia Central A **Idéia Central B ***Idéia Central C

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFOR, em acordo com a Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, que atendeu à exigência ética e científica fundamental, com o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, garantiu o sigilo assegurado à privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto à coleta de dados, respeitou à dignidade do ser humano, sem mutilações ou violação do corpo, entre outros (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A idade das mulheres variou entre 17 e 40 anos, predominando a faixa etária entre 20 a 40 anos. A maioria apresentou escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental incompleto, eram dependentes do marido ou de outros familiares que também tinham poucos recursos financeiros, moravam em casas desconfortáveis nas quais residiam mais de quatro pessoas. Todas declararam ter companheiro fixo ou não, tinham dois ou mais filhos e precisavam do método anticonceptivo para não engravidar.

As mulheres alegaram dificuldade para entender as orientações e referiram que os profissionais falavam rápido, com palavras que elas não compreendiam e tinham vergonha de perguntar. Essa colocação nos leva a pensar que os profissionais e o serviço precisam estar atentos para o que é ensinado e o modo de transmissão do conhecimento para demanda específica de quem não tem escolaridade suficiente para a apreensão da terminologia técnica.

Os discursos foram organizados em seqüências coerentes e com posicionamento próprio sobre o tema e a distinção destes, atentando para o começo, meio e fim, utilizando conectivos para a coesão do discurso e evitando-se a singularidade e a repetição de idéia. A análise das entrevistas e a leitura do DSC revelaram informações quanto às concepções do planejamento familiar para as donas de casa, as opções desejadas de MAC e as repercussões na família. Todos os resultados foram apresentados com a expressão-chave e idéia-central.

1: Planejamento familiar, o que isso representa para você?

IC (A): **É um ótimo atendimento, mas, precisa melhorar muita coisa.**

DSC

“É muito ótimo, mas precisa melhorar muita coisa! Depois que dividiram por área fica difícil e às vezes a gente vem buscar o método e não tem médico. Aí o jeito é comprar na farmácia. A gente já não tem dinheiro pra comer, marido desempregado, aí fica difícil, né? Cada vez que a gente vem é uma novidade, agora tem mais um problema, inventaram que tem que trazer o CPF que é pra poder se identificar e receber os comprimidos, eu não tenho esse documento, ainda vou tirar e porque que não avisaram antes, só quando a gente chega aqui é desse jeito. Só que eu trouxe minha carteira de identidade, vou ter que ser atendida com ela. Olha, são quatro horas e ainda não fui atendida, ainda vou consultar minha filha, daqui a pouco a farmácia

vai fechar, amanhã é feriado e aí mulher, quando vou receber este comprimido? Vou falar, é osso!”

Percebemos que a mudança estrutural do serviço ao qual as usuárias se reportaram no discurso não foi informada antecipadamente e a comunidade não foi consultada para opinar se esta mudança iria beneficiá-la. Esta falta de comunicação caracterizou o mal planejamento de ações direcionadas à clientela e isto favoreceu atropelos e desencontros, revelados por elas.

As dificuldades e os obstáculos foram enfatizados e fazem parte do cotidiano dessas usuárias. Na percepção delas, esses agravantes impediram seu acesso ao programa, impedindo-as de usufruir de um atendimento de qualidade, a que têm direito sem desgaste e sem sofrimento.

A esse respeito, Witt & Almeida (2006) argumentam que, na atenção primária, a diversidade de problemas e as necessidades são diferenciadas. Porém, requer planejamento e programação das ações de saúde para lidar com a complexidade e as especificidades locais. Percebemos a necessidade de incluir neste planejamento estratégias que possam manter o usuário informado sobre as mudanças e alterações na rotina da unidade de saúde.

Outro aspecto relevante neste discurso é o difícil acesso ao método anticonceptivo, conforme a fala do sujeito, quando diz: *“aí o jeito é comprar na farmácia”. A gente já não tem dinheiro pra comer, marido desempregado, aí fica difícil, né? ”*

O fato de a usuária precisar comprar o método anticonceptivo destoa das ações preconizadas pelo MS, quando afirma que o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha se realize livremente, sem restrições (BRASIL, 2002a). Também, a falta de dinheiro e o desemprego do marido revelados pela entrevistada retratam a situação de pobreza que aflige a sociedade e tem como principal determinante a desigualdade social.

A desigualdade na distribuição de renda contribui para o aumento da pobreza no País, pois afeta as condições de sobrevivência, submetendo os indivíduos aos subempregos, excluindo-os do acesso ao mínimo de dignidade e respeito. Gomes & Pereira (2005) apontam que a pobreza se evidenciou quando parte da população foi acometida por situações de carência nas quais os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências de cada contexto, garantindo uma qualidade de vida digna.

As usuárias estavam inscritas no programa, presentes na Unidade para a consulta,

mas isso não foi valorizado, pois estavam sem parte da documentação: “... *tem que trazer o CPF que é pra poder se identificar e receber os comprimidos, eu não tenho esse documento, ainda vou tirar e porque que não avisaram antes, só quando a gente chega aqui é desse jeito*”.

As dificuldades revelam um caráter burocrático e administrativo, culminando com a ingerência e a falta de respeito com a cliente, priorizando o documento que ela deixa de apresentar, não se tendo foi considerado outro documento que estivesse a seu alcance: “*Só que eu trouxe minha carteira de identidade, vou ter que ser atendida com ela*”.

O documento referido no discurso pode ser usado para a identificação do indivíduo de acordo com as leis no nosso País, fato este que passou despercebido ou desconhecido pelos profissionais. Tal atitude deixou a usuária irritada e preocupada com o pouco tempo que dispunha e a resolubilidade do problema. A esse respeito, o MS salienta sobre a garantia do acesso igualitário às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade (BRASIL, 2002b).

De acordo com Witt e Almeida (2006), a gerência em saúde é fundamental na efetivação de políticas sociais e de saúde como ação intencional, detém caráter articulador e integrativo voltado para a resolução e organização nos serviços de saúde. A gerência compreende a liderança, o entendimento da estrutura organizacional e sua relação com a prática, a competência profissional e o conhecimento sobre políticas públicas.

O sujeito manifesta sua insatisfação com o atendimento, usando a expressão: “*Vou falar, é osso*”. “*É osso*” é uma expressão cultural que significa dureza, dificuldade. A esse respeito, Helman (2003) afirma que a cultura é vista como influência do mundo, porém sujeita a mudança e também dependente do contexto local. Neste caso, a usuária se apropriou de expressões pertinentes ao seu contexto local para manifestar o quanto é sofrido este momento.

Essa forma de atendimento fere um dos princípios importante do SUS a integralidade que está focada na atenção e no cuidado em saúde, proporcionando a melhoria no atendimento ao usuário. Nesta prática, se faz necessária a consonância entre integralidade e acolhimento, conforme Pinheiro & Mattos (2007), ao afirmarem que esta integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais. Nesse caso, observamos que este princípio não faz parte do cotidiano das usuárias em questão.

A prática do acolhimento é necessária por ser uma estratégia que busca a inversão do modelo técnico assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional-usuário BRASIL (2004). Esta estratégia se encarrega da escuta do usuário pelo profissional de saúde,

permitindo a superação de barreiras e dificuldades durante o atendimento.

Para Hennigton (2005), o acolhimento vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada na unidade de saúde.

Conforme Benevides & Passos (2005), o acolhimento deveria ser uma tentativa de resolução do problema mediante a escuta da usuária e, em alguns momentos, tendo a intervenção do profissional, para identificar riscos e agravos, adequando respostas às complexidades dos problemas apresentado pelas mulheres.

É imperativo que a população se empenhe na construção coletiva, valorizando a sua participação diante das dificuldades que vivencia e que aponte estratégias e soluções, segundo a sua sabedoria e os seus conhecimentos.

As mulheres, usando de suas competências, também referiram que o planejamento familiar serve para evitar filhos, prevenir doenças, ter mais atenção do profissional, dentre outros atendimentos, como foi exposto na idéia-central a seguir.

1: Planejamento familiar o que isso representa para você?

IC (B): Evitar filhos e prevenir doenças

DSC

“É para evitar filho. Significa não pegar bucho, acho importante, se não pode ter filho é melhor se cuidar. É um acompanhamento para não ter filho, tem mais atenção do médico e evita a gravidez indesejada. Acho bom porque é um alerta para quem não sabe o que fazer para evitar filhos, pois tem muita gente desinformada, por que... Ave Maria, é tanta mulher grávida sem ter condição e ficam passando necessidades e os filhos espalhados por aí, a educação é muito difícil. Isso tudo é ruim, demais. Evita também os riscos de doença e previne a mulher e o homem de doenças que pega sexualmente. O planejamento familiar é vantagem porque a gente se conscientiza que é preciso fazer o controle do número de filhos e nos lembra de planejar a família”.

O sujeito manifesta-se sobre sua percepção quanto ao planejamento familiar usando expressão cultural peculiar ao estado do Ceará, cujo significado indica gravidez. Este grupo encontra valores pertinentes ao seu meio. A questão cultural também estava presente nos

discursos e tinha influência nos diversos aspectos sociais e econômicos na vida das mulheres.

De acordo com Thompson (2000), há dois tipos de concepção: a cultura descritiva, que se refere a um variado conjunto de valores, crenças, costumes, convenções, hábitos e práticas inerentes a cada grupo social e a cultura simbólica, por sua vez, voltada para a interpretação dos símbolos e suas relações com os contextos sociais. Ensina ainda que a cultura não deve ser considerada isoladamente e sim como componente de misturas complexas de influências, que se refletem nas crenças e modo de vida de cada indivíduo.

Ainda em conformidade com o mesmo autor, desconfiamos que o grupo estudado esteja relacionado com os dois momentos, já que o simbolismo está presente no modo de comunicar-se, quando refere em seus discursos expressão significativa, tal como “*significa não pegar bucho*” e a descritiva, quando evidenciam hábitos, costumes, crenças e convenções.

Outro ponto relevante no discurso é a participação do profissional de saúde, mencionado pelas entrevistadas: “*É um acompanhamento onde temos mais atenção do médico*”. O Ministério da Saúde recomenda que a atividade dos profissionais na assistência à concepção deva ser desenvolvida de forma integrada, contemplando atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas (BRASIL, 2002b).

Evidencia-se no discurso que o sujeito reconhece alguns objetivos do planejamento familiar, explicitado na fala: “*evitar filhos e prevenir doença*”, deixando claro o entendimento sobre o programa. O planejamento familiar não está focado apenas na anticoncepção ou no controle da fecundidade, mas também na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2002b).

Bié, Diógenes & Moura (2006), informam que, com a crescente incidência das DSTs e da AIDS, é prática importante, insistir no conceito de dupla proteção do preservativo, ou seja, o uso de um método e o preservativo em todas as relações. O MS acrescenta que essas doenças estão entre os problemas de saúde pública mais comum do mundo (BRASIL, 2007).

Observa-se também que a dificuldade para adquirir informação está presente no cotidiano das entrevistadas, que revelaram: “*Tem muita gente desinformada.*” O MS recomenda que a educação em saúde deve ser elemento fundamental para orientar, informar e garantir a escolha do método anticoncepcional. Observamos que esta atitude ainda não é realizada de forma sistemática nos serviço de PF, principalmente no que se refere ao tempo de espera para atendimento, como mostra o discurso a diante.

1: Planejamento familiar o que isso representa para você?

IC (C): E essa fila, só quem precisa mesmo!

DSC

“E essa fila, se pudesse acabar com essa fila, vou te dizer ia melhorar muito. Porque mulher, eu saio de casa pra vim pro posto doze horas, fico, mas de uma hora pra conseguir uma ficha, pra poder se consultar. Ave-Maria, a demora pra atender a gente é muito ruim, eles não atendem por ordem de chegada e a gente fica nessa fila espera, espera, e brigam, na fila esculhambam e tú lá no sol, na chuva, com fome, mulher... só quem precisa mesmo. Porque as pessoas que vêm pegar o comprimido perde muito tempo esperando ser atendida, precisa melhorar no atendimento, que não é cem por cento, é cinqüenta por cento porque as pessoas que trabalham lá são muito desinformada, deveriam fazer palestra nos bairros. Agora se a gente chegasse e a enfermeira dissesse quem é planejamento familiar? Vá logo pra ali pro canto, aí já recebe logo e não precisa tanta burocracia, como fazem aqui. Aí sim, poderia melhorar muita coisa”.

O tempo de permanência das usuárias que demonstraram insatisfação, referindo perda de tempo na fila, expostas ao sol e chuva, para serem atendidas é desrespeitado pela Unidade de Saúde. As mulheres lembram que são donas de casa e têm seus afazeres domésticos.

Quanto a isso fazemos remissão ao acolhimento e à humanização, pois, segundo as suas concepções, a proposta é valorizar os diferentes sujeitos, contemplando os princípios do SUS. A humanização prima pelo respeito às usuárias e pelo acolhimento dialogado, buscando conhecer e resolver as necessidades destas mulheres, facilitando o seu atendimento, atentando para o tempo de permanência das usuárias nas UBS. Reconhecem que a burocracia é uma das dificuldades no acesso das usuárias aos métodos anticonceptivo: *“Agora se a gente chegasse, assim e a enfermeira dissesse quem é planejamento familiar? Vá logo pra ali pro canto, aí já recebe logo o método e não precisa tanta burocracia, como fazem aqui. Aí sim, poderia melhorar muita coisa”.*

Percebeu-se que a comunidade apropriou-se do conhecimento popular, identificando a dificuldade e apontando a resolução. Freire (2006) afirma que “não podemos desconsiderar

o saber popular, com suas experiências e compreensão do mundo, se não é possível nos adaptarmos aos seus saberes, por outro lado não podemos impor-lhes o nosso saber como verdadeiro”.

Neste contexto, os grupos populares estão atrelados à questão cultural na qual está incluso o processo de representação e a identidade de um povo, que compreendem as tradições, hábitos e costumes de uma determinada região.

2: Como se sente em relação ao método anticoncepcional?

IC (A): Eu me sinto bem

DSC

“Eu me sinto normal, me sinto muito bem, não sinto nenhum problema com os comprimidos. Estou usando há meses, (anos) e não sinto sintomas nenhum, não tenho nenhuma queixa: dor de cabeça, nem fico provocando toda hora”.

Nesse discurso, o sujeito justifica que se *“sente bem com o comprimido”*. Este estudo evidenciou que 17 (50%) das entrevistadas não referiram nenhuma reação adversa ao medicamento. A esse respeito, o MS informa que para a aceitação dos métodos, o grau de confiança e motivação constitui fator importante na adesão e isto também depende de uma boa orientação do profissional de saúde. Em contrapartida, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser causa de seu fracasso ou de mudança para um outro. (BRASIL, 2002a).

O fato de a usuária estar usando o comprimido há bastante tempo favoreceu a adaptação do organismo, evitando reações adversas provocadas pelo anticoncepcional. É bom resaltar que as mulheres não fizeram uso da medicação de forma aleatória, mas sim com orientação profissional e recebiam o método no mesmo serviço.

2: Como se sente em relação ao método anticoncepcional?

IC (B): Eu me sinto mal

“A doutora (enfermeira) mandou eu pegar um comprimido e eu não me dei com ele. Me sentia mal,

nervosa, sentia sono, náuseas, tontura, dor de cabeça, crise epiléptica. Então pedi para trocar por esse que estou usando agora. Passei muito tempo tomando, o meu organismo se acostumou. Mas, não gosto! Detesto! Só tomo para não ter filhos. Eu queria mudar pra injeção, mas aqui é a maior putaria, uma vez tem outra não e aí não da pra confiar e se parar de tomar fica pior”.

Diante da IC *eu me sinto mal*, o sujeito não aceita o comprimido e atribui esta rejeição aos sintomas causados pela referida medicação, conforme refere: *Sentia náuseas e dor de cabeça...* A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta dos métodos anticoncepcionais, o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações (BRASIL, 2002a).

Os sintomas citados pelo sujeito são conhecidos por “pseudogravidez” (náuseas e vômitos), ocorrentes em função da irritação da mucosa gástrica pelos estrógenos, uma das substâncias existentes no anticonceptivo, uma vez que esta medicação contém em sua composição estrógeno e progesterona, ou só progesterona. Dores de cabeça, cansaço, aumento do apetite e do peso decorrem devido à diminuição da excreção do íon-sódio pelo rim e, conseqüentemente, aumentam o peso pela retenção de líquido, o que pode proporcionar leve edema cerebral associado ao efeito vasodilatador dando origem às enxaquecas, normalmente citadas pelas usuárias dos anticoncepcionais orais (SILVA, 2002).

O fato de a usuária tomar anticoncepcional por períodos prolongados pode ter contribuído para que tais sintomas tenham-se intensificado. A ausência de quaisquer efeitos secundários adversos é a condição ideal, porém, ainda não foi possível excluí-los totalmente; mesmo assim, a mulher deverá ser informada a respeito de tais efeitos. Cabe ao profissional de saúde avaliar os riscos e benefícios quanto ao uso de determinados métodos para decidirem a conduta a ser tomada diante da intensidade dos sintomas (BRASIL, 2002a).

Neste discurso, a usuária expõe sua preferência pelo método injetável, mas constata que esta opção não é fornecida com freqüência na unidade. Isto contradiz o que preconiza o MS, ao referir-se sobre os direitos reprodutivos, garantindo que os serviços de saúde devam fornecer, informar e assegurar ao usuário que o contraceptivo escolhido será fornecido continuamente (BRASIL, 2002a)..

Diante deste contexto, fica explícita a indignação quando a usuária diz: *“Eu queria mudar para injeção, que eu me dou bem, porque o comprimido tá me dando dor de cabeça, mas aqui é a maior putaria, uma vez tem outra não”.*

O termo “*putaria*”, citado no discurso pelo sujeito, refere-se a uma expressão popular e

cultural muito presente na cidade de Fortaleza, a qual sinaliza bagunça, desorganização, a insatisfação e a indignação da usuária, em relação ao desrespeito com que foi tratada. Helman (2003) considera a cultura como um conjunto de princípios herdados por indivíduos de uma mesma sociedade, sendo constituída por elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos. Ensina, ainda, que as culturas não são homogêneas e, assim, é bom evitar as generalizações, quando se reportar às crenças e ao comportamento das pessoas.

Quanto à expressão popular citada, Thompson (2000), em visão antropológica, denomina de “formas simbólicas” pois representam uma variedade de significados, que vai desde ações, gestos, obras de arte e rituais até manifestações verbais. Estas formas são expressões produzidas, transmitidas e recebidas intencionalmente de um sujeito para outro e representam algum objeto, indivíduo ou situação, em contextos específicos e socialmente estruturados.

A usuária se apropria da referida expressão, de forma intencional, para agredir o sistema, a administração da Unidade de Saúde e os profissionais que realizam atendimento naquele local, responsabilizando-os pelo insucesso com a medicação, revelando toda a sua revolta e angústia diante do atendimento e do descaso para com o seu sofrimento.

3: Por que optou pelo programa de planejamento familiar?

IC (A) Porque os profissionais orientam.

DSC

Acho muito interessante, através do planejamento familiar aprendi muita coisa, as orientações feitas pelos profissionais são muito importantes porque tiram as nossas dúvidas. Assim, eu fico mais atenta, para não ter filho e não pegar doença, também se aprende a melhor forma de se prevenir, sem prejudicar a saúde, fazendo a coisa certa. Já tinham me falado do planejamento familiar, mas eu achava que era só pra gestante.

Constatou-se neste discurso a satisfação do sujeito com a sua opção pelo planejamento familiar, atribuindo ao programa o seu aprendizado e a sua compreensão sobre vários assuntos pertinentes a saúde reprodutiva da mulher, que é confirmado pela fala: *Acho muito interessante, através do planejamento familiar aprendi muita coisa;* isto nos leva a refletir

sobre a importância da orientação para as usuárias em foco.

Observamos que as mulheres referiram a importância de ter aprendido muito com os profissionais, esclarecido suas dúvidas e com isso elas se tornaram mais conscientes e orientadas para não engravidar e evitar DSTs sem comprometer a saúde, como o sujeito que diz *Assim, eu fico mais atenta, para não ter filho e não pegar doença*. Estas orientações são educativas e devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos a clientela sobre a escolha e utilização do método, proporcionando questionamento e reflexão sobre anticoncepção e sexualidade (BRASIL, 2002a).

A educação em saúde é uma estratégia com a finalidade de repassar informações para conscientizar a população sobre os agravos que podem comprometer a saúde do indivíduo, porém esta prioriza sempre a cultura e a realidade de cada comunidade (BRASIL, 2002a). Faz-se necessário que a comunidade se aproprie de conhecimentos, pois este acesso à informação leva a refletir sobre seu comportamento e tem como resultado a melhoria da saúde.

3: Por que optou pelo programa de planejamento familiar?

IC (B) – Não quero ter filho agora.

DSC

Não quero ter filho agora, eu já tive uma quando tinha quinze anos e foi cesárea, pra acabar de completar, eu sofri muito, quase morri. Agora eu tenho medo da minha gravidez porque quase que eu ia. Penso em ter filho só com vinte e cinco anos, quando estiver mais amadurecida, por isso, uso a camisinha e o comprimido. Sem camisinha e sem comprimido me sinto mal, tenho medo de pegar filho. Juntei-me agora e filho prende demais a gente. Tenho só dezoito anos, quero sair e não vou poder. Sou muito nova e minha mãe não vai ficar com a criança, pois ela também gosta de se divertir. Acho que ter filho é uma responsabilidade muito grande e sei lá criança dá muito trabalho. No momento não quero engravidar, moro com minha mãe e a sogra, ainda não tenho uma estrutura boa. Dois filhos é o suficiente, a gente que é pobre não pode ter muito filho. É tudo muito caro pra dar de comer, a educação, é muita coisa e a bandidagem é muito grande, tem muita violência e a gente não tem ninguém pra deixar as crianças, aí dá medo de pôr filho no mundo pra sofrer, é preciso pensar muito.

Percebemos que o sujeito preferiu adiar o momento da maternidade, embora o instinto maternal seja uma tendência entre as mulheres. Esta atitude se deve ao fato da experiência sofrida durante a primeira gravidez ainda na fase de adolescência, compreendida na faixa etária de 10 a 19 anos, que é caracterizada, além do crescimento e desenvolvimento, pelas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2002a).

O jovem, pela própria natureza, não está preparado para a concepção devido aos processos de modificações. A usuária revela que pretende planejar de forma consciente o papel de ser mãe: *Não quero ter filho agora*. Deixa claro que esta decisão decorre do fato de não considerar o momento ideal para assumir as responsabilidades da procriação.

A entrevistada acredita que, com o passar do tempo, poderá adquirir mais conhecimento e segurança para assumir a maternidade, pois entende que esta não é só um ato biológico-reprodutivo, mas um fenômeno social e, por isso, requer muita dedicação, renúncias e envolvimento emocional. Portanto, torna-se indispensável a prorrogação deste momento: *Penso em ter filho só com vinte e cinco anos quando estiver mais amadurecida*. O medo de engravidar faz que as mulheres busquem o comprimido e o condom.

Observamos que outra preocupação das entrevistadas em não ter filho é comprometer sua liberdade e interferir no seu relacionamento com o parceiro: *juntei-me agora e filho prende demais a gente*. Constatamos que filho representa um obstáculo, impedindo-as de usufruir da companhia do marido, pois não têm com quem deixar a criança, o que não a deixaria desfrutar dos momentos de lazer, já que se consideram jovens e não poderão contar com apoio da mãe, conforme o que revela: *Sou muito nova e minha mãe não vai ficar com a criança, pois ela também gosta de se divertir*. Nesses termos, o nascimento de um filho neste momento, seria totalmente inviável.

A gravidez está atrelada ao medo da responsabilidade que uma criança requer e, entre outras, citam-se a educação, a alimentação, a saúde dos filhos. Neste sentido, a preocupação delas está focada na estrutura de que o casal não dispõe, considerando um fator determinante na constituição familiar, ou seja, as condições econômica e social são fatores que impedem o crescimento familiar, portanto, *dois filhos é o suficiente, a gente que é pobre não pode ter muito filho*.

A situação de pobreza e miséria no Brasil é muito grave, pois introduz-se riqueza para poucos e a pobreza alcança a maioria. Para Gomes & Pereira (2005), a pobreza, a miséria e a falta de um projeto que vislumbre a melhoria da qualidade de vida impõem à família uma luta

desigual e desumana pela sobrevivência.

Esta situação atinge a todos de forma cruel, expondo os sacrifícios, renúncias, baixa e auto-estima, repercutindo nos filhos, os quais abandonam a escola para trabalhar e contribuir com o orçamento familiar ou são jogados na rua, tendo seus direitos de criança e de adolescente violados, o que resulta em criminalidade, droga e violência.

Percebemos que essas questões conduzem à exclusão social, que implica na construção de normatividade separando os indivíduos, impedindo sua participação na esfera pública. De acordo com Fleury (2007), a inexistência de perspectivas concretas, a pobreza entre outros fatores nos levam à situação de violência, que experimentamos nos dias atuais, e gera muita insegurança e medo, ameaçando a organização social, a autoridade política e o projeto econômico.

3: Por que optou pelo programa de planejamento familiar?

IC (C) – Anticoncepcional de graça.

DSC

Comprimidos de graça é muito importante, porque só o fato da gente não ter que comprar o comprimido e a camisinha eu acho bom, a gente já passa por tanta coisa. Deus me livre, porque a mulher sofre demais, a mulher tá lascada. Sabe como é, a gente é pobre não tem dinheiro pra comprar o remédio porque é muito caro, ainda mais sendo na época que eu estou vivendo agora, ele(marido) ganha muito pouco, mal dá pra gente pagar as contas que a gente deve, coisa que nós queríamos, não estamos conseguindo ainda, então é muito bom receber os comprimidos sem ter que pagar. “Estou iniciando agora no programa, mas estou gostando”.

Para estas usuárias, o planejamento familiar assume um significado próprio e muito particular de relacionar o programa com a gratuidade, refletindo de forma positiva para o sujeito. Isto é confirmado pela expressão: *Comprimido de graça é muito importante, porque só o fato da gente não ter que comprar*. Isto se relaciona com a questão econômica, social e cultural vivenciada pelo grupo pesquisado.

O sujeito evidencia essa questão, relacionando-a com a probabilidade de planejar a família, quando diz: *a gente que é pobre não pode ter muito filho*. Para Gomes & Pereira

(2005), a pobreza, a miséria e a falta de perspectiva de um projeto que vislumbre a melhoria da qualidade de vida impõem à família uma luta desigual e desumana pela sobrevivência.

A renda familiar é mais uma preocupação entre as famílias e as motiva a buscar assistência à saúde na rede pública. Outros determinantes como o trabalho e a escolaridade interferem na melhoria das suas condições de vida, pois, no grupo estudado, 29 estudaram apenas até a 6ª série e 10 delas vivem com parceiros desempregados.

Em conformidade com Burlandy (2007), a desigualdade de rendas conduz o indivíduo à pobreza, dificultando o acesso a bens e serviços públicos.

4: Quais as repercussões junto à família?

IC (A)- Concordam com a minha opinião.

DSC

Minha mãe sabe do meu sacrifício, diz para eu me cuidar, quanto mais puder evitar filho melhor, porque não tem ninguém, pra cuidar da criança e as coisas não estão bem, o leite tá caro, o trabalho tá difícil e a educação também. Concordam com minha opinião em não engravidar, pois acham que é melhor para mim e meu esposo. Minha família não diz nada.

No momento não estou trabalhando. Eles não se metem nas minhas decisões. Sente vergonha. Porque criança é uma responsabilidade muito grande, gasta com alimentação, com educação, muita coisa. Porém as cunhadas cobram um sobrinho. Meu pai não fala nada, o marido quer um filho, mas ainda não é hora. Eles dizem, não vá engravidar agora, trabalhe, quando você tiver sua casa própria, seu serviço fixo, suas coisas, aí sim, você pode criar um bebezinho, mas casa alugada não pode, aí é? Então tá bom se é desse jeito.

A entrevistada revelou o entendimento com a família e aponta a vontade de ajudar e apoiar o membro do grupo em questão nas suas decisões: *Concordou com minha decisão em não engravidar.* Demonstrou que em vez de julgar, limitava-se a demonstrar os laços de afetividade, implícito na convivência familiar, mesmo que a família desejasse a chegada de um neto e ou sobrinho.

Outro fator importante é a preocupação com a atual condição socioeconômica, uma

vez que revelou estar desempregada e sem habitação, pois mora na residência de seus pais. Por conta deste determinante, tão influente na tomada de decisão da mulher, a vida é dificultada sem perspectiva de melhoria: *no momento não estou trabalhando, minha mãe sabe do meu sacrifício, diz para eu me cuidar, quanto mais puder evitar filho melhor.*

Observamos que a usuária teve seus direitos relegados a segundo plano em função de não gerar renda suficiente para o seu sustento básico: *o leite tá caro, o trabalho tá difícil e a educação também.* Esta situação aponta para o estado de pobreza que inclui o desemprego e subemprego e acomete uma população, excluindo-a socialmente.

O envolvimento e a participação da família foram considerados como uma unidade de referência para que o indivíduo se relacione e organize a realização de projetos. É neste contexto que se busca bem-estar, proteção integral, aportes afetivos e, sobretudo, aporte materiais.

Para Gomes & Pereira (2005), a família tem sido, é, e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas, vez que nela os indivíduos se relacionam e trocam experiências, refletem sobre suas dúvidas, aspirações e questões pessoais.

Neste sentido, o sujeito demonstra que o vínculo com seus familiares está muito presente no seu cotidiano, apoiando e acolhendo nas dificuldades, experimentando estratégias, para superarem suas dificuldades, ansiedades e preocupações. Desta forma, a decisão do sujeito em adiar o projeto de ter filhos que foi concordada e apoiada pela família: *concordam com minha opinião em não engravidar, pois acham que é melhor para mim e meu esposo.* Percebemos que a relação familiar fortaleceu elos entre o grupo, compartilhando dos mesmos conflitos, renúncias e sofrimentos, porém permitindo o diálogo, o respeito e a ajuda, amenizando decisão tão importante, principalmente para este sujeito em estudo.

Observamos mais uma vez que a condição de pobreza é ressaltada como determinante social e, para Gomes & Pereira (2005), um país tem pobreza quando existe escassez de recursos ou quando, apesar de haver volume aceitável de riquezas, elas estão mal distribuídas. O Brasil não é um país pobre e sim um país desigual. Estas mesmas autoras consideram que o indivíduo em risco pessoal e social está excluído das políticas sociais básicas, tais como: trabalho, educação, habitação e alimentação.

A má distribuição de renda é fator determinante para o aumento da pobreza e miséria social, favorecendo o desequilíbrio e a desagregação familiar, interferindo na qualidade de vida das famílias, levando-as a uma situação de vulnerabilidade.

Apesar de todas as dificuldades, lembramos que os movimentos feministas culminaram com as reformas sanitárias, políticas e sociais e muito contribuíram para que as mulheres vislumbrassem estratégias que atendessem às suas necessidades. Em conformidade com Coelho (2005), as mulheres vêm discutindo o direito a ter direitos como cidadãs: direitos sexuais e reprodutivos.

Ávila e Corrêa (1999) acrescentam outro fator importante, marcado pelo movimento feminista que foi a construção da cidadania das mulheres, quando romperam paradigmas e comportamentos arbitrários por parte da sociedade, a qual não respeitava suas necessidades.

5 Que tipo de orientação você recebeu dos profissionais do serviço ?

IC (A) – Como usar o comprimido

DSC

“Eles explicam como tomar direitinho o comprimido, é importante tomar na hora certa e no quinto dia após a menstruação. Também acompanham a gente assim, orientam para fazer a prevenção ginecológica, pra usar a camisinha, e como tomar o comprimido. Orientam pra não esquecer de tomar o comprimido, pois, estarei correndo o risco de engravidar. Também falou sobre o DIU a laqueadura e a prevenção de DST. Ela atende, pergunta se a gente está sentindo alguma coisa. Foi a doutora que me disse, sobre os comprimidos pra evitar filho, quando eu estava fazendo o pré-natal. Gostei muito me senti bem a vontade, porque elas são muito educadas, não atendem com ignorância”.

A usuária manifesta a sua satisfação por ter entendido a orientação sobre a prescrição do anticonceptivo e, desta forma, terá mais segurança na prevenção da gravidez indesejada. Refere outras orientações sobre prevenção ginecológica, muito importantes devido ao elevado índice de casos de câncer de colo uterino e sobre os demais métodos anticonceptivos, pois neste estudo foi revelado o desconhecimento da camisinha feminina.

Constatamos a satisfação do sujeito com a opção pelo planejamento familiar, atribuindo ao programa o seu aprendizado e a sua compreensão sobre vários assuntos pertinentes à saúde reprodutiva da mulher, confirmados na fala: *Acho muito interessante, através do planejamento familiar aprendi muita coisa.*

As mulheres referiram a importância de ter aprendido muito com os profissionais, de ter esclarecido suas dúvidas e, com isso, se tornaram mais informadas e conscientes das práticas de prevenção das doenças e de ações para promover a saúde.

Os profissionais, quando qualificados, exercem o papel de informar e orientar sobre os métodos anticoncepcionais, sem juízo de valor, de modo que a mulher possa fazer sua opção contraceptiva (BRASIL, 2002b). O profissional deve manter uma postura de diálogo, compreensão e respeito mútuo, enfatizar a importância da participação do casal, ampliar o vínculo e aproximação com a demanda local, desmistificar o poder profissional perante a comunidade, repassar conhecimento com linguagem adequada à demanda respeitando as crenças, cultura, valores, bem como observar a aplicação da aprendizagem de forma individual e coletiva.

A competência profissional neste campo de conhecimento exige saberes técnicos, científicos e culturais atualizados e direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres (MOURA & SILVA, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que o sujeito identificou os benefícios proporcionados pelo planejamento familiar, os quais não estão focados apenas na contracepção ou reprodução, mas também perpassam a promoção da saúde e a qualidade de vida, vislumbrando uma importante estratégia para planejar a família, sem agravos à saúde e sem onerar o orçamento. Outro ponto importante foi a preocupação das mulheres em não conceber, argumentando a decisão com base na responsabilidade e compromisso com a criança e os gastos pertinentes ao seu crescimento e desenvolvimento.

Para as donas de casa usuárias da Unidade de Saúde, o planejamento familiar assume significado próprio e muito particular de relacionar este programa com a gratuidade dos métodos anticoncepcionais. Tal relação se justifica pela vivência destas mulheres, em um cenário de pobreza, marcado pela desigualdade da distribuição de renda, que submete o indivíduo aos subempregos e à exclusão social.

A percepção dos sujeitos estudados também está relacionada com valores pertinentes à sua realidade, permeando a questão cultural, social e econômica. Portanto, a representatividade do programa de planejamento familiar, para as entrevistadas, está atrelada aos seus hábitos, crenças e convenções.

Sugerimos que este tema deva ser mais discutido, avaliado junto aos gestores, envolvendo a comunidade e autoridades com poder de decisão, para juntos encontrarem soluções que viabilizem melhorias nos serviços da atenção básica e com isso contemple as necessidades da população, oferecendo um serviço de saúde com qualidade e compromisso por parte dos envolvidos nestas instituições.

Neste sentido, as usuárias reconhecem que, apesar dos benefícios propostos pelo Ministério da Saúde, o referido programa precisa melhorar a qualidade do atendimento, mediante a superação de barreiras e dificuldades, permitindo a participação da comunidade como conjunto de agentes que tencionam interagir com os profissionais e discutir as melhorias pertinentes ao seu cotidiano.

O acolhimento e a humanização constituem estratégias que precisam ser praticadas, pois ambas apontam para mudanças, priorizando o respeito pelas usuárias do programa, ensejando-lhes o atendimento pretendido. Estas usuárias vislumbram um atendimento digno, sem a exposição a sofrimentos e humilhações.

Dentre as melhorias pretendidas pelo sujeito, citam-se: acesso à informação, à

Unidade Básica de Saúde, aos métodos anticonceptivos, às consultas de enfermagem, evitando a burocracia e atentando para a permanência das donas de casa, durante o atendimento, apresentando resolubilidade, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Outro aspecto é o respeito pelas preferências da cliente quanto aos métodos escolhidos a garantia ao acesso, priorizando a educação e a informação como formas de promover a saúde. Vale lembrar que a organização administrativa da unidade e a capacitação dos gestores quanto ao conhecimento sobre os princípios do SUS constituem fatores que implicarão a melhoria da qualidade do atendimento na unidade estudada.

Ainda no discurso, tivemos a oportunidade de conhecer a repercussão do programa no contexto familiar, tendo-se evidenciado o fato de que, em decorrência da falta de perspectiva de uma qualidade de vida, a família compartilhou da mesma decisão do sujeito em evitar filhos, em função de não ter quase nada a oferecer, muito embora componentes do grupo almejem a vinda de uma criança.

Quanto à ação educativa proposta pelo Ministério da Saúde, o sujeito revelou a importância das orientações sobre saúde reprodutiva da mulher, entretanto, esta estratégia está resumida apenas aos atendimentos individuais durante as consultas. Esta conduta está destoando do que recomenda o Ministério da Saúde, uma vez que a Unidade dispõe de espaço físico apropriado para a ação do profissional competente e de uma clientela ávida por informações e conhecimentos.

Conforme o discurso, evidenciamos que a usuária, de um modo geral, teve entendimento sobre a prescrição do anticonceptivo, o que lhe foi muito gratificante, demonstrando que apresentava segurança ao usar o referido método sobre a prevenção da gravidez e DST. Diante do exposto, percebemos que muito ainda tem que ser feito no que se refere à Educação em Saúde.

Finalmente, ao se refletir acerca da percepção do sujeito em relação à assistência ao planejamento familiar, comprovamos que ele reconhece no programa benefícios e vantagens, e que sua filosofia tem muito a oferecer, porém, vários entraves interferem na qualidade do serviço, apontando para a insatisfação das usuárias desta Unidade de Saúde.

Neste sentido, divide-se a responsabilidade do insucesso com: os gestores, pois destes depende o suporte logístico, tanto material quanto de recursos humanos; com os gerentes das Unidades, que na maioria das vezes não dispõem de conhecimentos inerentes ao SUS e à gestão; e com os profissionais de saúde que se omitem de suas atribuições, relaxando no compromisso ético com o cliente, a comunidade e o País.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. **Saúde Sexual Reprodutiva no Brasil**, São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M .V. **Educação em Saúde** no contexto da promoção humana. Fortaleza: Editora Demócrito Rocha. 2003.

BERQUÓ, E. **Brasil**, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma avaliação exemplar. In: BERQUÓ E, (org). **Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania**. Brasília (DF): CFEMEA, 1994.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 10(3):561-571, 2005.

BIÉ, A.P.A., DIÓGENES, M.A.R., MOURA, E.R.F. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto? **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde (RBPS)**, vol. 19, nº 3, p. 125 -130, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 196/96**. Decreto Nº. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **BIOÉTICA** 1996; 4 (2):15-25. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: **Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Saundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Meta países e Declaração do México**. Ministério da Saúde, Brasil, 2001,112p.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: manual para o gestor**. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4 ed., Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 40, Brasília – DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de Ação 2004 – 2007**/Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

_____ - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1ª ed., 1ª reimpressão. Brasília – DF, 2007.

BUSS, P.M. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Pública. **Promoção da Saúde Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.;

- FREITAS, C.M. de. e colaboradores. **Promoção da Saúde**: conceito, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, RJ, ed. 20, 2ª reimpressão, 2003.
- CARDENAS, A.M.C; CIANCIARULLO, T. I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13,n. 2,p.17-21, julho.,1992.
- COELHO, E.B.S. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Rev. Brasileira de Enfermagem – REBEn**, vol. 58, nº 6, p. 665-672, nov.-dez. 2005.
- DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 532-538, jul./ago. 2003.
- FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sensibilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Ano 2007, vol.12,nº2,p.307.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS dos, D.C.; PENNA, C.M..M. de. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública** . Ano 2005 v.21 ,n.1 ,mesJAN/FEV , páginas 200-206 (614).
- GOMES, Mônica Araújo, PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva** Abr 2005, vol.10, no.2, p.357-363.
- HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HENNINGTON, E. A Acolhimento como prático interdisciplinar no programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, 21(1): 256-265, jan/fev, 2005.
- HOGA, L.A.K. As Práticas Anticoncepcionais no Cotidiano de uma Comunidade. In. MERIGHI, M. A. **Abordagem teórico-metodológicas qualitativa**: a violência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Edues, 2005.
- MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Ano 2007, vol.12, nº6, p. 1415 – 1421.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, vol 39, nº 5, p. 795-801, 2005.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, vol 9, nº 4, p. 1023- 1032, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

PANIZ, V.M.V.; FASSA, A.G.; SILVA, M.C. de. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1747-1760, nov. dez., 2005.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2007.

POLIT & HUNGLER. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTO, Y.F.; SALIM, M.M. Os Paradigmas Oficiais para a Atenção à Saúde da Mulher. In: CAMARGOS, A.F.; MELO de, V.H. **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte, Coopmed, 2001.

ROPER, N; LOGAN, W.W; TIERNEY, J.A. **Modelo de enfermagem**. Ed. Mc Graw – Hill de Portugal, Lda. 1995.

RUIZ, V.R.; LIMA, A.R.; MACHADO, A.L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004; 38(2):190-6.

SANTANA, T.C.F.F., COELHO, T.C.B.. Planejamento familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, vol. 29, nº 2, p. 214-225, julho a dezembro de 2005.

SILVA, Penildo. **Farmacologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 1374p.

SUCUPIRA, A C. Promoção da Saúde: conceitos e definições, **SANARE Rev. De Políticas Públicas**, Jan-Fev-Mar, 2003, ano VI, N. 1.

THOMPSON, J. B. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, 427p.

WITT, R.R.; ALMEIDA, M.C.P.. Competências Gerenciais da Enfermidade na Atenção Básica. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.3, 2006. p. 170-176.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Eu, _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa **“PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** cujo objetivo é Identificar os métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres domésticas e as repercussões no contexto familiar, social e cultural; identificar os problemas destas mulheres quanto ao planejamento familiar realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza e conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres no enfrentamento desses problemas.

A pesquisa será realizada com a aplicação de uma entrevista gravada com mulheres domésticas que fazem parte do Programa de Planejamento Familiar do Centro de Saúde da Família. Ressalvo que estou ciente de que terei garantido os direitos abaixo mencionados, dentre outros assegurados pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde:

1. Receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da minha participação.
2. Não receber qualquer gratificação ou bônus em participar da pesquisa.
3. Retirar meu consentimento a todo o momento da pesquisa sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie.
4. Receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.
5. Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosas de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação do paciente no caso da publicação do trabalho.
6. A pesquisa não apresenta riscos para as participantes que serão beneficiados com a prevenção de tais complicações da saúde funcional.

Na necessidade de aclarar qualquer dúvida, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, pelo telefone: 3477.32.80 – Rosana Oliveira do Nascimento

ENDEREÇO DO MESTRADO

Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNCICE – B

ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS USUÁRIAS

Nº da entrevista: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Dados de identificação

Nome fictício: _____ Idade: _____

1. Situação de união:

() com companheiro fixo () com companheiro eventual () sem companheiro

2. Escolaridade em anos de estudo:

Sem estudo. () Sabe apenas e escrever. () Estudou ou ainda estuda. ()

Quantos anos de estudo? _____

3. Além de doméstica você tem outra ocupação? Qual? _____

4. Qual a religião que você pratica? _____

5. Participa de algum grupo? Sim () Não () Qual? _____

6. Renda familiar:

() Sem rendimento () até 1 salário mínimo, () até 2 salários mínimos, () até 3 salários mínimos, () 4 ou mais salários.

7. Habitação:

Com que mora? _____

() Mora em casa própria. () Paga aluguel. () Possui saneamento. () Possui banheiro.

() Casa de alvenaria. () Casa de madeira. () Possui local para condicionamento do lixo.

8. Quais os métodos anticoncepcionais que você conhece?(Marque com x) Destes, qual você está usando?(Marque com círculo)

() Tabela () Pílula () Injetável () DIU

() Muco () Temperatura () Diafragma () Espermicida

() LAM () Coito interrompido () Camisinha feminina

() Camisinha masculina () Anticoncepcional de emergência () Outros

9. Há quanto tempo faz uso do anticoncepcional?

Há _____ meses. Há _____ ano.

10. Onde você obteve o método?

No centro de saúde da família Na farmácia por conta própria outro

11. Com quem obteve informações sobre o método anticonceptivo?

Médico Enfermeiro ACS

Família Amigos Mídia Outros

12. Como se sente em relação ao método?

Satisfeita com dúvidas Insatisfeita

Justifique sua resposta:

13. De quem foi à escolha?

Sua Sua e do seu companheiro Do médico Da enfermeira

Sua e da ajuda do profissional de enfermagem.

14. Planejamento familiar, o que isso representa para você?

15. Porque optou pelo programa para planejar sua família? (Explorar o acesso, os tipos de métodos desejados e recebidos).

16. Quais as repercussões junto à família?

17. Quais as dificuldades para participar do planejamento familiar?

18. O que você faz para superar as dificuldades?

19. Que tipo de orientação você recebeu dos profissionais do serviço? (conteúdo, tirou dúvida, aprendeu o suficiente para o uso do método...)

Enfermeiro:

Médico:

Pergunta 01: Planejamento familiar, o que isso representa para você?

	IC
01 – Evitar filhos, conseguir comprimidos, não pegar doenças.	(B)
02 – Se cuidar melhor e vindo buscar todo mês os comprimidos.	(A)
03 – Para a gente se conscientizar, para evitar filhos. Muitas mães ficam engravidando e ficam maltratando, passando necessidades.	(B)
04 – Anticoncepcional, evitar filhos.	(B)
05 – Para quem está começando a vida é bom. Eu sei que estou errada em não usar camisinha.	(A)
06 – Planejar significa uma ação antes de fazer, orientar a mãe e a mulher, como se proteger para evitar filhos e doenças.	(B)
07 – Família, evitar filhos, controle dos filhos.	(B)
08 – Evitar filhos.	(B)
09 – Eu acho que é para se prevenir de doenças, não ter filhos quando a pessoa está podendo ter.	(B)
10 – Camisinhas e comprimidos, orientações dos riscos das doenças. É por causa disso que eu uso camisinha.	(A)
11 – Para evitar filhos, fazer a prevenção.	(B)
12 – Para evitar pegar bucho, engravidar.	(B)
13 – Evitar bebê, evitar doenças.	(B)
14 – É vantagem, porque evita muita mulher engravidar.	(B)
15 – Lembrar de evitar filhos.	(B)
16 – significa não pegar filho, se não tem muita condição o filho não deve vir para sofrer.	(B)
17 - Acho importante. Tinha um irmão que morreu com 29 anos de HIV. Gosto de me cuidar.	(A)
18 - A pessoa vindo todo mês é bom, tomar o comprimido direitinho até que dá certo, mas poderia ser melhor. Depois que dividiram por área fica difícil e às vezes a gente vem buscar e não tem médico, e quando o médico vem estou trabalhando, sou doméstica. Trabalho em casa de família, não posso tá pedindo pra sair, aí o jeito é comprar na farmácia. A gente já não tem dinheiro pra comer, marido desempregado, aí fica difícil, né?	(A)
19 – Muito ótimo, evita filhos, doenças, mas precisa melhorar muita coisa. Olha, agora eu não pude receber os comprimidos porque não trouxe o CPF. Eu não tenho esse documento, ainda vou tirar. E assim a gente está desde cedo aqui, já são quase cinco horas eu aqui e não vou levar os comprimidos. Vou falar, isso é uma PUTARIA ///	(B)
20 - É muito bom e muito importante, porque só o fato da gente não ter que comprar o comprimido ou a camisinha. Sabe como é, a gente que é pobre não tem dinheiro pra comprar. Às vezes demora pra marcar, mas a gente consegue, é só esperar.	(A)
21- Acho muito bom, eles explicam como tomar direitinho e também acompanham a gente assim, orientam pra fazer a prevenção, perguntam se a gente está sentindo alguma coisa. Nunca tive dificuldade pra fazer o planejamento familiar, eu sempre fui bem tratada. Às vezes não tem o comprimido, mas sempre dão um jeitinho, eu sempre consigo o que quero.	(A)

22 – <i>É um acompanhamento pra não ter filho e evitar doenças. Acho bom, porque é um alerta pra quem não sabe ainda muita coisa. Assim, às vezes as pessoas, não têm condição de ter menino e aí não sabe o que fazer e fica tendo filho, igual a uma irmã minha que tem muito filho. Agora, estão espalhados por aí, a educação é muito difícil. Então se ela estivesse aqui ouvindo o planejamento familiar ela ia receber comprimido ou camisinha, não é?</i>	(B)
23- <i>É vantagem, porque evita muita mulher engravidar, porque ... Ave Maria, é tanta mulher grávida sem ter condição. Isso tudo é bom demais.</i>	(B)
24- <i>Eu acho muito bom, porque preserva a mulher e preserva o homem também. De não pegar bebê e protege o homem também de doenças que pega sexualmente, tudo isso é muito bom. Pra mim ta bom.</i>	(B)
25- <i>Eu acho bom, porque a gente não gasta dinheiro comprando em farmácia. só de não ter que comprar o medicamento e a gente vindo pegar aqui é melhor, porque ainda recebe orientação dos médicos.</i>	(C)
25 - <i>Mas precisa melhorar. Agora, tem mas um problema de novo, só recebe os comprimidos com o C.P.F .que é pra poder se identificar e receber o comprimido. Eu não trouxe, até que eu vá buscar o documento na minha casa, ainda vou consultar a minha filha, já são quatro horas daqui a pouco vai fechar a farmácia,não da tempo eu moro lá em baixo. Amanhã é feriado e ai mulher, quando eu vou tomar este comprimido?</i>	(B)
26 - <i>Eu acho bom assim, porque a gente não pode comprar o remédio porque é muito caro, ainda mais, sendo na época que eu estou vivendo agora, que eu ganho muito pouco, ele também, mal da pra gente pagar as contas que a gente deve, coisa que nós queríamos, não estamos conseguindo ainda, então é muito bom receber os comprimidos. Estou iniciando agora no programa, mas, estou gostando.</i>	(C)
27- <i>O planejamento familiar ta bom até demais, agente chega aqui, é bem atendida por elas e dão o remédio ai pronto, agente vai embora, porque eu não tenho condições de ter filho, meu marido não tem emprego fixo ele trabalha fazendo biscate, eu não trabalho, sou doméstica então não tem jeito.</i>	(B)
28- <i>Eu acho bom, porque ajuda a mulher a evitar a gravidez.</i>	(B)
29- <i>Eu acho bom, pra mim ta ótimo, porque evita que a mulher tenha uma gravidez indesejada.</i>	(B)
30 - <i>Eu acho muito bom, e tem muita gente desinformada, né? Que se enche de filho sem condição.</i>	(B)
31 - <i>Eu acho bom, porque da o anticoncepcional né?</i>	(C)
32- <i>São orientações, sobre prevenção de doenças e evitar a gravidez.</i>	(B)
33- <i>Orientar pra evitar filho.</i>	(B)
34- <i>É o controle da natalidade e o planejamento da família.</i>	(B)

IAD 1**1ª Pergunta: Planejamento familiar o que isso representa para você?****IC (A): É um ótimo atendimento, mas precisa melhorar muita coisa.**

ECH		DSC
02- Se cuidar melhor e vindo buscar todo mês os comprimidos	A	<p>Muito ótimo, mas poderia ser melhor, Depois que dividiram por área fica difícil e às vezes a gente vem buscar, o método e não tem médico, e quando o médico vem estou trabalhando, sou doméstica. Trabalho em casa de família, não pode ta pedindo pra sair, aí o jeito é comprar na farmácia. A gente já não tem dinheiro pra comer, marido desempregado, aí fica difícil, né? Cada vez que a gente vem é uma novidade, agora tem, mas um problema inventaram que tem que trazer o CPF que é pra poder se identificar e receber. Os comprimidos, eu não tenho esse documento, ainda vou tirar e porque que não avisaram antes, só quando a gente chega aqui é desse jeito.</p> <p>Só que eu trouxe minha carteira de identidade e vou ter que ser atendida com ela Olha, são quatro horas e ainda não fui atendida, ainda vou consultar minha filha, daqui a pouco a farmácia vai fechar, amanhã é feriado e ai mulher quando vou receber este comprimido? Olha, o planejamento familiar precisa melhorar e muito.</p> <p>E assim, a gente está desde cedo aqui, já são quase cinco horas eu aqui e não vou levar os comprimidos. Vou falar, isso é uma p..... E essa fila, se pudesse acabar com essa fila, vou te dizer ia melhorar muito. Porque mulher, eu saio de casa pra vim pro posto doze horas, fico, mas de uma hora pra conseguir uma ficha, pra poder se consultar Ave-Maria, a demora pra atender a gente é muito ruim, eles não atendem por ordem de chegada e a gente fica nessa fila espera, espera, e brigam, na fila esculhambam e tú lá no sol, na chuva, com fome, mulher.... só quem precisa mesmo porque as pessoas que vêm pegar o comprimido perde muito tempo esperando ser atendida. Precisa melhorar no atendimento que não é cem por cento é cinqüenta por cento porque as pessoas que trabalham lá são muito desinformada deveriam fazer palestra nos bairros. Agora se agente chegasse, assim e a enfermeira dissesse quem é planejamento familiar? Vá logo pra lá</p>
05- Para quem está começando a vida é bom. Eu sei que estou errada em não usar camisinha.	A	
10- Camisinha e comprimidos, orientações dos riscos das doenças. É por causa disso que eu uso camisinha	A	
17- Acho importante. Tinha um irmão que morreu com 29 anos de HIV. Gosto de me cuidar	A	
18- Mas poderia ser melhor. Depois que dividiram por área fica difícil e às vezes a gente vem buscar e não tem médico, e quando o médico vem estou trabalhando, sou doméstica. Trabalho em casa de família, não posso ta pedindo pra sair, aí o jeito é comprar na farmácia. A gente já não tem dinheiro pra comer, marido desempregado, aí fica difícil, né?	A	
19- Muito ótimo mas, precisa melhorar muita coisa. Olha , agora eu não pude receber os comprimidos porque não trouxe o CPF. Eu não tenho esse documento, ainda vou tirar. E assim a gente está desde cedo aqui, já são quase cinco horas eu aqui e não vou levar os comprimidos. Vou falar, é osso ///.	A	
20- É muito bom e muito importante, porque só o fato da gente não ter que comprar o comprimido ou a camisinha. Sabe como é, a gente que é pobre não tem dinheiro pra comprar. Às vezes demora pra marcar, mas a gente consegue, é só esperar	A	
23- Mas assim, precisava de modificar muita coisa assim, né? cada vez que a gente vem é uma novidade agora inventaram que tem que trazer o C.P.F para receber os comprimidos e porque que não avisaram antes, só quando a gente chega aqui é desse jeito. E essa fila, se pudesse acabar com essa fila vou te dizer ia melhorar muito. Porque a gente chega doze horas e fica nessa fila espera, espera	A	

<p><i>ai lá se ouve briga, discussão e tú lá no sol, na chuva, com fome, mulher.... só quem precisa mesmo. Olha, são quatro horas e ainda não fui atendida, só que eu trouxe minha carteira de identidade e vou ter que ser atendida com ela .Porque ainda vou consultar a minha filha, daqui a pouco a farmácia vai fechar, amanhã é feriado e ai mulher quando vou receber este comprimido?</i></p>		<p><i>pro canto, ai já recebe logo e não precisa tanta burocracia, como fazem aqui. Ai sim, poderia melhorar muita coisa.</i></p>
<p><i>25- Mas precisa melhorar agora tem, mas um problema de novo, só recebe os comprimidos com o C.P. F.que é pra poder se identificar e receber.</i></p>	A	
<p><i>27-Mas, acho que mesmo assim, poderia melhorar, porque se agente chegasse, assim e a enfermeira dissese quem é planejamento familiar? Vá logo pra li pro canto, ai já recebe logo e não precisa tanta burocracia, como fazem aqui.</i></p>	A	
<p><i>28- O planejamento familiar precisa melhorar e muito, a fila no posto de saúde, mulher eu saio de casa pra vim pro posto doze horas, fico, mas de uma hora pra conseguir uma ficha, pra poder se consultar Ave-Maria, a demora pra atender a gente é muito ruim, eles não atendem por ordem de chegada</i></p>	A	
<p><i>30-Ave Maria. Agora sempre alguma coisa né? No atendimento que precisa melhorar não é cem por cento, é cinqüenta porque as pessoas que trabalham lá são muito desinformadas deveriam fazer palestra nos bairros</i></p>	A	
<p><i>32- Mas precisa melhorar, porque a pessoa que vem pegar o comprimido perde muito tempo esperando ser atendida.</i></p>	A	

IAD 1**1ª Pergunta: Planejamento familiar o que isso representa para você?****IC (B): Evitar filhos e prevenir doenças**

ECH		DSC
01 – Evitar filhos, conseguir comprimidos, não pegar doenças.	B	Significa não pegar bucho, é para evitar filho. Acho importante, se não pode ter filho é melhor se cuidar, pois evita também os riscos de doença. É um acompanhamento para não ter filho, tem mais atenção do médico e evita a gravidez indesejada. Acho bom porque é um alerta para quem não sabe o que fazer para evitar filhos, pois tem muita gente desinformada, por que ... Ave Maria, é tanta mulher grávida sem ter condição e ficam passando necessidades e os filhos espalhados por aí, a educação é muito difícil. Isso tudo é ruim, demais. Também, Previne a mulher e o homem de doenças que pega sexualmente. -O planejamento familiar ta bom até demais, agente chega aqui, é bem atendida por elas e dão o remédio ai pronto, agente vai embora, porque eu não tenho condições de ter filho, meu marido não tem emprego fixo ele trabalha fazendo biscate, eu não trabalho, sou doméstica então não tem jeito. Nunca tive dificuldade pra fazer o planejamento familiar, eu sempre fui bem tratada, às vezes não tem o comprimido mais sempre dão um jeitinho, eu consigo sempre o que quero. O planejamento familiar é vantagem porque, a gente se conscientiza que é preciso, fazer o controle do número de filhos e nos lembra de planejar a família.
03 – Para a gente se conscientizar, para evitar filhos. Muitas mães ficam engravidando e ficam maltratando, passando necessidades.	B	
04 – evitar filhos.	B	
07- Família, evitar filhos, controle dos filhos.	B	
08- evitar filhos.	B	
09 – Eu acho que é para se prevenir de doenças, não ter filhos quando a pessoa está podendo ter.	B	
11 – Para evitar filhos, fazer a prevenção.	B	
12 – Para evitar pegar bucho, engravidar.	B	
13 – Evitar bebê, evitar doenças.	B	
14 – É vantagem, porque evita muita mulher engravidar.	B	
15 – Lembrar de evitar filhos.	B	
16 – significa não pegar filho, se não tem muita condição o filho não deve vir para sofrer.	B	
22 – É um acompanhamento pra não ter filho e evitar doenças. Acho bom, porque é um alerta pra quem não sabe ainda muita coisa. Assim, às vezes as pessoas, não têm condição de ter menino e aí não sabe o que fazer e fica tendo filho, igual a uma irmã minha que tem muito filho. Agora, estão espalhados por aí, a educação é muito difícil. Então se ela estivesse aqui.	B	
23- É vantagem, porque evita muita mulher engravidar, porque ... Ave Maria, é tanta mulher grávida sem ter condição. Isso tudo é bom demais.	B	
24- Eu acho muito bom, porque preserva a mulher e preserva o homem também. De não pegar bebê e protege o homem também de doenças que pega sexualmente, tudo isso é muito bom.	B	
27-O planejamento familiar ta bom até demais, agente chega aqui, é bem atendida por elas e dão o remédio ai pronto, agente vai embora, porque eu não tenho condições de ter filho, meu marido não tem emprego	B	

<i>fixo ele trabalha fazendo biscate, eu não trabalho, sou doméstica então não tem jeito. Nunca tive dificuldade as vezes não tem o comprimido, mas sempre dão um jeitinho.</i>		
<i>28 - Eu acho bom, porque ajuda a mulher a evitar a gravidez.</i>	<i>B</i>	
<i>29- Eu acho bom, pra mim ta ótimo, porque evita que a mulher tenha uma gravidez indesejada.</i>	<i>B</i>	
<i>30 - Eu acho muito bom, e tem muita gente desinformada, né? Que se enche de filho sem condição.</i>	<i>B</i>	
<i>32- E evitar a gravidez.</i>	<i>B</i>	
<i>33-. Orienta pra evitar filho.</i>	<i>B</i>	
<i>34- É o controle da natalidade e o planejamento da família.</i>	<i>B</i>	

IAD 1**Pergunta: Planejamento familiar o que isso representa para você?****IC (C): E essa fila, só quem precisa mesmo.**

ECH		DSC
20 – É muito bom e muito importante, porque -só o fato da gente não ter que comprar o comprimido ou a camisinha. Sabe como é, a gente que é pobre não tem dinheiro pra comprar. As vezes demora pra marcar, mas a gente consegue, é só esperar.		Comprimidos de graça, é muito importante, porque só o fato da gente não ter que comprar o comprimido e a camisinha eu acho bom, a gente já passa por tanta coisa, Deus me livre porque a mulher sofre demais, a mulher ta lascada. Sabe como é a gente é pobre não tem dinheiro pra comprar o remédio porque é muito caro, ainda mais sendo na época que eu estou vivendo agora, ganho muito pouco, ele também, mal da pra gente pagar as contas que a gente deve, coisa que nós queríamos, não estamos conseguindo ainda, então é muito bom receber os comprimidos, sem ter que pagar. Estou iniciando agora no programa, mas estou Gostando.
25 - Eu acho bom, porque a gente não gasta dinheiro comprando em farmácia. só de não ter que comprar o medicamento e a gente vindo pegar aqui é melhor, porque ainda recebe orientação dos médicos.		
26- Eu acho bom assim, porque a gente não pode comprar o remédio porque é muito caro, ainda mais, sendo na época que eu estou vivendo agora, ganho muito pouco, ele também, mal da pra gente pagar as contas que a gente deve, coisa que nós queríamos, não estamos conseguindo ainda, então é muito bom receber os comprimidos. Estou iniciando agora no programa, mas, estou gostando.		
27 - Eu acho bom assim, a gente já passa por tanta coisa, Deus me livre porque a mulher sofre demais, mulher ta lascada.		
31- Eu acho bom, porque da o anticoncepcional né?		
32- Eu acho bom, porque os comprimidos são de graça.		
34-É mas fácil, o acesso ao comprimido já que eu não tenho dinheiro pra comprar*		

Pergunta 02: Como se sente em relação ao método anticonceptivo?

ECH	IC
01 – <i>Eu me sinto bem, não sinto nenhum problema.</i>	IC (A) <i>Eu me sinto bem</i>
02 – <i>Não queria transar sem camisinha, a camisinha previne pegar AIDS e evita a gravidez.</i>	IC (B) <i>Vou continuar com o método que estou usando</i>
03 – <i>Eu me sinto normal.</i>	(A)
04 – <i>Me sinto bem, sem nenhum problema.</i>	(A)
05 – <i>Eu tomei muito comprimido, me sentia mal.</i>	<i>Eu me sinto mal</i> IC (C)
06 – <i>Me sinto bem.</i>	(A)
07 – <i>Sentia náuseas e dor de cabeça.</i>	(C)
08 – <i>O comprimido me dá tontura, muita tontura.</i>	(C)
09 – <i>Comprimido causa náuseas, tontura, apresenta crise epiléptica.</i>	(C)
10 – <i>Me sinto bem.</i>	(A)
11 – <i>Eu queria mudar pra injeção porque o comprimido ta me dando dor de cabeça .Mas aqui é a maior putaria, uma vez tem outra não, e ai, não da pra confiar e se parar de tomar fica pior.</i>	(C)
12 – <i>Não sinto nada.</i>	(A)
13 – <i>Não sinto nenhum problema com os comprimidos.</i>	(A)
14 – <i>Não gosto, sinto sono, dor de cabeça. Detesto, só tomo para não ter filhos.</i>	(C)
15 – <i>Tenho problema de policistas, a doutora passa outro, mas é caro.</i>	(B*)
16 – <i>Vou continuar com o método.</i>	(B)
17 – <i>Não vou mudar o método, tenho medo de engravidar.</i>	(B)
18 – <i>Me sinto bem, estou usando há 5 meses, não sinto dor de cabeça nem fico provocando toda hora.</i>	(A)
<i>Quando me juntei com meu companheiro minha mãe me mandou pegar comprimido para não engravidar...</i>	(B)
<i>... a doutora mandou eu pegar o (comprimido). Passei muito mal, não me dei com ele, então pedi para trocar por esse que estou usando agora.</i>	(C)
19 – <i>Não sinto nada, já uso há 8 meses.</i>	(A)
<i>Quando eu fiz o pré-natal o médico me disse sobre os comprimidos. Depois que eu tive esse menino eu vim me</i>	(B)

ECH	IC
<i>cadastrar aqui para pegar os comprimidos. Acho melhor o comprimido do que a injeção, pois tenho medo de tomar injeção. Eu e o meu marido não gostamos da camisinha, porque ela esquenta muito.</i>	
<i>20 – Quando comecei a tomar comprimido me sentia mal, com muita vontade de vomitar. Eu falei para a enfermeira e ela trocou. Já estou tomando (comprimido) há dez anos, não sinto nada.</i>	(C)
<i>Eu conheço a tabela, camisinha, mas prefiro mesmo o comprimido.</i>	(B)
<i>21 – Não sinto sintoma nenhum, já tomo há sete anos.</i>	(A)
<i>Eu escolhi o comprimido porque é mais fácil de tomar. O meu marido não gosta da camisinha, eu não conheço a camisinha feminina. Quando eu fazia o pré-natal o médico me explicou sobre os comprimidos para evitar filho e depois que comecei a tomar estou até hoje.</i>	(C)
<i>22 – Estou muito bem com o comprimido.</i>	(B)
<i>No início me sentia mal, mas depois o meu organismo se acostumou.</i>	(A)
<i>Uso comprimido e a camisinha, eu que escolhi os dois, mas pelo meu marido usaria somente a camisinha.</i>	(B)
<i>23- Sinto dor de cabeça e náusea.</i>	(C)
<i>24-Eu me sinto normal não sinto nada.</i>	(A)
<i>25- Eu não sinto nada.</i>	(A)
<i>26-Estou insatisfeita, vou pedir para trocar.</i>	(C)
<i>27-Eu sinto muita dor de cabeça.</i>	(C)
<i>28-Não tenho nenhuma queixa.</i>	(A)
<i>29-Não sinto nada.</i>	(A)
<i>30-Não sinto nada</i>	(A)
<i>31-Sinto muita dor de cabeça.</i>	(C)
<i>32-Me sinto nervosa.</i>	(C)
<i>33-Sinto dor de cabeça.</i>	(C)
<i>34-Não sinto nada.</i>	(A)

IAD 2

2ª QUESTÃO: *Como se sente em relação ao método anticoncepcional ?*IC (A): *Eu me sinto bem*

<i>ECH</i>		<i>DSC</i>
<i>01 – Eu me sinto bem, não sinto nenhum problema.</i>	<i>A</i>	<i>Eu me sinto normal: me sinto muito bem, não sinto nenhum problema com os comprimidos. Estou usando há meses (anos) e não sinto sintoma nenhum, e não tenho nenhuma queixa. Não sinto dor de cabeça, nem fico provocando toda hora.</i>
<i>03 – Eu me sinto normal.</i>	<i>A</i>	
<i>04 – Me sinto bem, sem nenhum problema.</i>	<i>A</i>	
<i>06 – Me sinto bem.</i>	<i>A</i>	
<i>10 – Me sinto bem.</i>	<i>A</i>	
<i>12 – Não sinto nada.</i>	<i>A</i>	
<i>13 – Não sinto nenhum problema com os comprimidos.</i>	<i>A</i>	
<i>18 – Me sinto bem, estou usando há 5 meses, não sinto dor de cabeça nem fico provocando toda hora.</i>	<i>A</i>	
<i>19 – Não sinto nada, já uso há 8 meses.</i>	<i>A</i>	
<i>21 – Não sinto sintoma nenhum, já tomo há sete anos.</i>	<i>A</i>	
<i>22 – Estou muito bem com o comprimido.</i>	<i>A</i>	
<i>24-Eu me sinto normal não sinto nada.</i>	<i>A</i>	
<i>25- Eu não sinto nada.</i>	<i>A</i>	
<i>28-Não tenho nenhuma queixa.</i>	<i>A</i>	
<i>29-Não sinto nada.</i>	<i>A</i>	
<i>30-Não sinto nada</i>	<i>A</i>	
<i>34-Não sinto nada</i>	<i>A</i>	

IC(B): Eu me sinto mal

ECH		DSC
05 – Eu tomei muito comprimido, me sentia mal.	B	A doutora (enfermeira) mandou eu pegar um comprimido e eu não me dei com ele. Me sentia mal, nervosa. Sentia sono, náuseas, tontura, dor de cabeça, crise epiléptica. Então pedi para trocar por esse que estou usando agora. Passei muito tempo tomando, o meu organismo se acostumou. Mas, não gosto! Detesto! Só tomo para não ter filhos. Eu queria mudar pra injeção, mas aqui é a maior putaria, uma vez tem outra não e ai não da pra confiar e se parar de tomar fica pior.
07 – Sentia náuseas e dor de cabeça.	B	
08 – O comprimido me dá tontura, muita tontura.	B	
09 – Comprimido causa náuseas, tontura, apresenta crise epiléptica.	B	
11 – Eu queria mudar pra injeção porque o comprimido ta me dando dor de cabeça. Mas aqui é a maior putaria uma vez tem outra não e ai não da pra confiar, e se parar de tomar fica pior.	B	
14 – Não gosto, sinto sono, dor de cabeça. Detesto, só tomo para não ter filhos.	B	
18 - A doutora mandou eu pegar o (comprimido). Passei muito mal, não me dei com ele, então pedi para trocar por esse que estou usando agora.	B	
20 – Quando comecei a tomar comprimido me sentia mal, com muita vontade de vomitar. Eu falei para a enfermeira e ela trocou. Já estou tomando (comprimido) há dez anos, não sinto nada.	B	
22 - No início me sentia mal, mas depois o meu organismo se acostumou.	B	
23- Sinto dor de cabeça e náusea.	B	
27-Eu sinto muita dor de cabeça.	B	
31-Sinto muita dor de cabeça.	B	
32-Me sinto nervosa.	B	
33-Sinto dor de cabeça.	B	

3ª QUESTÃO: Porque optou pelo programa de planejamento familiar?

IAD:3

ECH	IC
1 – Porque quis.	(A)
2– Transar sem camisinha e sem comprimido me sinto mal, com medo de pegar filhos.	Para evitar filhos (B)
3 – Eu uso a camisinha e o comprimido, pois ainda não tenho uma estrutura boa.	(B)
4 – Porque eu não queria pegar filhos tão cedo, e depois eu e o meu companheiro optamos por não ter filhos	(B)
5- Para evitar filhos, já tenho duas gêmeas	(B)
6 – Para eu não quero ter filho agora, já tenho duas.	(B)
7–Achei interessante	(A)
8 – Não quero ter filhos, penso em ter filhos somente com 25 anos quando estiver mais amadurecida.	(B)
9 – Através do planejamento familiar aprendi muita coisa.	(A)
10- Porque é a melhor forma de prevenir.	(B)
11 – Para evitar filhos.	(B)
12- Porque quis, só quero ter outro quando tiver dez anos. O outro está muito pequeno.	(A)
13 – Para não pegar mais menino, pois o leite tá muito caro.	(B)
14- Porque não tenho dinheiro pra comprar. Aqui só tem injeção. Quando tem, tomo a injeção.	Não tenho dinheiro pra comprar o método (C)
15 – Porque não quer ter filhos. Mora com a mãe e a sogra, quer ter sua casa.	(B)
16- Dois filhos é o suficiente. Hoje em dia se não souber criar vai dar problema.	(B)
18- - No momento não quero engravidar, já tenho um casal, não penso em engravidar, não.	(B)
19 – Porque me juntei agora, faz pouco tempo e não quero ter filhos agora, filho prende demais a gente. Quero sair e não vou poder, sou muito nova, tenho só dezoito anos.	(B)
20 – Já tenho dois filhos, não pretendo ter mais, a gente que é pobre não pode ter muito filho, é tudo muito caro, pra dar de comer, a bandidagem é muito grande, muita violência, dá medo pôr filho no mundo pra sofrer.	(B)
21- Porque não queria engravidar mais, acho que ter filho é uma responsabilidade muito grande, precisa estar com a cabeça no lugar.	(B)
22- Para aprender mais sobre não ter filho, doenças e receber comprimido e preservativo.	(B)
23- Porque acho interessante, eu fico mais atenta as coisas da	(A)

<i>vida.</i>	
<i>24- Porque eu achava que era melhor pra mim, álias eu acho que é melhor pra mim e pro meu marido, por que eu não quero engravidar já, já e também não vai ter doença nenhuma. Eu não quero agora porque estou muito nova, eu já tive uma, só que ta com minha mãe no Piauí. Eu tive com quinze anos e foi cesárea pra acabar de completar. Eu sofri muito quase morri, por isso que agora eu não quero não, eu tenho medo da minha própria gravidez, porque quase que eu ia.</i>	(B)
<i>25- Ainda não tenho uma estrutura boa por isso preciso evitar gravidez.</i>	(B)
<i>27- Porque eu ainda estou muito nova, pra ter mas menino, já tem rá cinco e ter mais ainda, vou ter mais não, vou me acabar de ter tanto que cuidar de menino. Nã Vou logo é procurar um meio pra evitar, já que eu não consegui minha ligação porque era muito nova, ai eu tomo o comprimido mesmo.</i>	(B)
<i>28- Mulher, porque eu não tenho trabalho, já tenho três menino, não tenho condições de mas nada.</i>	(B)
<i>29- Porque, não quero ter filho agora.</i>	(B)
<i>30- Não quero ter filho agora, devido a essa situação do meu marido estar desempregado e também não temos a nossa casa.</i>	(B)
<i>31- Pra não engravidar mais, porque a coisa ta muito difícil, sei lá criança também dá muito trabalho né? Tem que ter muita responsabilidade, tem que cuidar da educação é preciso pensar muito</i>	(B)
<i>33- Pra não engravidar mais, porque a coisa ta muito difícil, sei lá criança também dá muito trabalho né? Tem que ter muita responsabilidade, a educação é muita coisa.</i>	(B)

IAD- 3**3ª QUESTÃO: Por que optou pelo programa para planejar sua família?****IC (A) - Por que os profissionais orientam**

ECH		DSC
<i>1 – Porque quis.</i>	<i>A</i>	<i>Acho importante, pelas orientações que os profissionais fazem, esclarecem as dúvidas, mas principalmente porque não tenho dinheiro pra comprar o medicamento. No planejamento familiar o acesso ao comprimido é mais fácil. Agora quero fazer a coisa certa, já tinham me falado do planejamento familiar mas, eu achava que era pra gestante.</i>
<i>7—Achei interessante.</i>	<i>A</i>	
<i>9 – Através do planejamento familiar aprendi muita coisa.</i>	<i>A</i>	
<i>12- Porque quis.</i>	<i>A</i>	
<i>17- Porque acho importante, pela orientação que recebe do profissional, tira as dúvidas.</i>	<i>A</i>	
<i>23- Porque acho interessante, eu fico mais atenta as coisas da vida.</i>	<i>A</i>	
<i>26- já fiz muita loucura, pensei que tomando medicamento assim, misturando tudo poderia estar prejudicando a minha saúde então resolvi procurar um médico e fazer a coisa certa e também vim na busca de receber remédio grátis. Já tinham me falado do planejamento familiar, mas eu achava que era pra gestante.</i>	<i>A</i>	
<i>34- É mas fácil, o acesso ao comprimido já que eu não tenho dinheiro pra comprar.</i>	<i>A</i>	

IAD 3**3ª QUESTÃO: Por que optou pelo programa para planejar sua família?****IC (B): Não quero ter filhos agora**

ECH		DSC
2 – Transar sem camisinha e sem comprimido me sinto mal, com medo de pegar filhos.	B	<p>Não quero ter filho agora, eu já tive uma quando tinha quinze anos e foi cesárea, pra acabar de completar, eu sofri muito, quase morri. Agora eu tenho medo da minha gravidez porque quase que eu ia. Penso em ter filho só com vinte e cinco anos, quando estiver mais amadurecida, por isso, uso a camisinha e o comprimido. Sem camisinha e sem comprimido me sinto mal, tenho medo de pegar filho. Juntei-me agora e filho prende demais a gente. Tenho só dezoito anos, quero sair e não vou poder. Sou muito nova e minha mãe não vai ficar com a criança, pois ela também gosta de se divertir. Acho que ter filho é uma responsabilidade muito grande e sei lá criança dá muito trabalho. No momento não quero engravidar, moro com minha mãe e a sogra, ainda não tenho uma estrutura boa. Dois filhos é o suficiente, a gente que é pobre não pode ter muito filho. É tudo muito caro pra dar de comer, a educação, é muita coisa e a bandidagem é muito grande, tem muita violência e a gente não tem ninguém pra deixar as crianças, aí dá medo de pôr filho no mundo pra sofrer, é preciso pensar muito.</p>
3 – Eu uso a camisinha e o comprimido, pois ainda não tenho uma estrutura boa.	B	
10- Porque é a melhor forma de prevenir.	B	
16- Dois filhos é o suficiente. Hoje em dia se não souber criar vai dar problema.	B	

IAD 3**3ª QUESTÃO: Por que optou pelo programa para planejar sua família?****IC (C): Anticoncepcional de graça**

ECH		DSC
<i>4 – Porque eu não queria pegar filhos tão cedo, e depois eu e o meu companheiro optamos por não ter filhos.</i>	<i>C</i>	
<i>5- Para evitar filhos, já tenho duas gêmeas</i>	<i>C</i>	
<i>6- Para eu não ter filho agora, já tenho duas.</i>	<i>C</i>	
<i>8 – Não quero ter filhos, penso em ter filhos somente com 25 anos quando estiver mais amadurecida.</i>	<i>C</i>	
<i>11 – Para evitar filhos.</i>	<i>C</i>	
<i>12-só quero ter outro quando tiver dez anos. O outro está muito pequeno.</i>	<i>C</i>	
<i>13 – Para não pegar mais menino, pois o leite tá muito caro.</i>	<i>C</i>	
<i>15 – Porque não quer ter filhos. Mora com a mãe e a sogra, quer ter sua casa.</i>	<i>C</i>	
<i>19 – Porque me juntei agora, faz pouco tempo e não quero ter filhos agora, filho prende demais a gente. Quero sair e não vou poder, sou muito nova, tenho só dezoito anos. Minha mãe não vai ficar com a criança, pois ela também é muito nova e gosta de se divertir.</i>	<i>C</i>	
<i>20 – Já tenho dois filhos, não pretendo ter mais, a gente que é pobre não pode ter muito filho, é tudo muito caro, pra dar de comer, a bandidagem é muito grande, tem muita violência, aí dá medo de pôr filho no mundo pra sofrer.</i>	<i>C</i>	
<i>21-Porque não queria engravidar mais, acho que ter filho é uma responsabilidade muito grande, precisa estar com a cabeça no lugar.</i>	<i>C</i>	
<i>22- Para aprender mais sobre não ter filho, doenças e receber comprimido e preservativo.</i>	<i>C</i>	

23- <i>Meu marido quer mais filho mas eu não quero não.</i>	<i>C</i>	
24- <i>Porque eu achava que era melhor pra mim, álias eu acho que é melhor pra mim e pro meu marido, por que eu não quero engravidar já, já e também não vai ter doença nenhuma.</i>	<i>C</i>	
27- <i>Porque eu ainda estou muito nova, pra ter mas menino, já tem cinco e ter mais ainda, vou ter mais não, vou me acabar de ter tanto que cuidar de menino. Não vou logo é procurar um meio pra evitar, já que eu não consegui minha ligação porque era muito nova, ai eu tomo o comprimido mesmo.</i>	<i>C</i>	
28- <i>Mulher, porque eu não tenho trabalho, já tenho três menino, não tenho condições de mas nada.</i>	<i>C</i>	
29- <i>porque não quero ter filho agora.</i>	<i>C</i>	
30- <i>Não quero ter filho agora, devido a essa situação do meu marido estar desempregado e também não temos a nossa casa.</i>	<i>C</i>	
31- <i>Pra não engravidar mais, porque a coisa ta muito difícil, sei lá criança também dá muito trabalho né? Tem que ter muita responsabilidade, tem que cuidar da educação é preciso pensar muito.</i>	<i>C</i>	
32- <i>Para espaçar a gravidez.</i>	<i>C</i>	
33- <i>Pra não engravidar mais, porque a coisa ta muito difícil, sei lá criança também dá muito trabalho né? Tem que ter muita responsabilidade.</i>	<i>C</i>	

4ª- Pergunta: Quais as repercussões junto á família?**IAD - 4**

ECH	IC
01 – No momento minha família acha muito bom porque não estou trabalhando.	<i>B</i>
02 – Minha mãe acha que depois vou querer ter filhos.	<i>A</i>
03- Minha mãe concorda.	<i>B</i>
04-Minha mãe acha bom	<i>B</i>
05 – Minha mãe não diz nada.	<i>A</i>
06- Eles não opinam em nada, minha mãe pede pra eu parar em dois filhos.	<i>A</i>
07-Concordam com minha opinião	<i>B</i>
08- concordam porém as cunhadas cobram um sobrinho.	<i>B</i> <i>A</i>
9 – Minha família concorda comigo, porque é melhor para mim e meu esposo.	<i>B</i>
10 - Minha mãe apóia, pois sabe do sacrifício.	<i>B</i>
11 – Falam para não pegar outro filho.	<i>B</i>
12 – A família não diz nada, fica calada.	<i>A</i>
13 – Gostam, pois quanto mais puder evitar filho, melhor.	<i>B</i>
14 – Acha bom, a mãe diz que tem que se cuidar.	<i>B</i>
15 – A mãe entende o pai não sabe o que é, marido quer um filho, mas ainda não é a hora.	<i>B</i>
16 – A mãe e as cunhadas concordam, pois acham que dois filhos é suficiente	<i>B</i>
17 – A mãe não quer que ela engravide.	<i>B</i>
18 – Acha bom, minhas irmãs também usam, não queremos engravidar	<i>B</i>
19 – Acham bom, pois ter filhos só	<i>B</i>

<i>quando tiver casa própria e um bom emprego.</i>	
20 – <i>Eles aceitam porque não dá pra ter muito filho.</i>	B
22 – <i>Não se metem na minha opinião, eles sentem vergonha de perguntar esse assunto</i>	A
23- <i>Ave-Maria, dizem que chega de filho.</i>	B
24- <i>Eles não ficam me cobrando nada, álias fazem é dizer, não vá engravidar agora, trabalhe, quando você tiver sua casa própria, seu serviço fixo, suas coisas, ai sim, você pode criar um bebezinho pode ter um bebezinho, mas agora, com casa alugada não pode, ai, é então ta bom, se é desse jeito.</i>	B
25- <i>Minha mãe concorda, pois sabe que não tenho condições ter filho agora.</i>	B
26- <i>Até agora não me cobraram, não sei se é por causa da idade, não sei eu também não sou muito de conversar com a minha mãe, ela nunca foi de conversar comigo sobre essas coisas, acho que pela vergonha ás vezes eu ia com ela pro médico ela não permitia que eu entrasse com ela.</i>	B
27- <i>Elas acham legal, porque pelo menos não tem, mas menino, minha mãe me da conselho minha filha se cuide, não vá ter mas menino não, o negócio não está muito bom pra ter menino não.</i>	B
28- <i>Elas acham bom porque, a gente vai sabendo mais das coisas e ai pode ta falando pra uma amiga como é que é, como não é porque tem muitas que ainda não sabem como é.</i>	B
29- <i>Elas acham ótimo, porque criança é uma responsabilidade muito grande, gasta</i>	B
30- <i>Minha mãe entende a minha situação e concorda comigo.</i>	B
31- <i>Eles acham bom porque, as coisas já não está muito bem. O leite ta caro o trabalho ta difícil à educação</i>	B

<i>também.</i>		
<i>32- Eles incentivam para fazer o planejamento familiar, pois não quero ter filho agora e eles sabem disso.</i>	<i>B</i>	
<i>33- Eles não se metem nas minhas decisões. Minha mãe,diz que eu sei o que estou fazendo e ela confia em mim.</i>	<i>A</i>	
<i>34- Dizem pra eu tomar cuidado pra não engravidar, porque não tem ninguém pra cuidar.</i>	<i>B</i>	

4ª Pergunta: Quais as repercussões junto á família?

IC (A)- Concordam com minha opinião.

<i>ECH</i>	<i>DSC</i>
02 – Minha mãe acha que depois vou querer ter filhos.	<p><i>Minha família não diz nada. Concordam com minha opinião em não engravidar, pois acham que é melhor para mim e meu esposo. No momento não estou trabalhando, minha mãe sabe do meu sacrifício, diz para eu me cuidar. Eles, não se metem nas minhas decisões. Sentem vergonha. as cunhadas cobram um sobrinho.</i></p>
05 – Minha mãe não diz nada.	
06- Eles não opinam em nada, minha mãe pede pra eu parar em dois filhos.	
08-Porém as cunhadas cobram um sobrinho.	
12 – A família não diz nada, fica calada.	
22 – Não se metem na minha opinião, eles sentem vergonha de perguntar sobre esse assunto.	
33- Eles não se metem nas minhas decisões. Minha mãe,diz que eu sei o que estou fazendo e ela confia em mim.	

5ª Pergunta: Como usar o comprimido?

ECH		DSC
<p>1 – A doutora me orientou pra tomar o comprimido no quinto dia de menstruação e também falou sobre as reações do comprimido, mas eu não sinto nada. Achei ótimo o atendimento porque ela trata as pessoas não com ignorância, mas com respeito. Eu me senti bem porque ela às vezes dá um livrinho que explica tudo, as doenças, o uso da camisinha, porque tem gente que não quer usar a camisinha e depois aparece os problemas. Eu fui me encontrar com minha tia e nós lemos juntas e tiramos as nossas dúvidas.</p>		<p>Pra fazer a prevenção ginecológica, a camisinha, e como tomar o comprimido. Orientou pra não esquecer de tomar o comprimido pois, estarei correndo o risco de engravidar. Também orientou sobre o DIU a laqueadura e a prevenção de DST. Ela atende super bem.</p>
<p>02 – Se a gente tá sentindo alguma coisa quando toma o comprimido, se tiver sentindo ela pede logo pra gente trocar. Perguntou se sentia dor durante as relações. Achei legal, ela sabe conversar com a gente, eu não senti vergonha de falar as coisas assim, as perguntas que ela fez não me senti constrangida, me senti normal.</p>		
<p>03 – Pra fazer a prevenção ginecológica, camisinha, comprimido, como eu deveria tomar. Ela foi muito simpática, me atendeu muito bem.</p>		
<p>04 – Como tomar os comprimidos, que era bom fazer a prevenção. Achava importante o que ela dizia, pois eu não tinha experiência da vida e levava tudo pro meu marido.</p>		
<p>05 – Sobre a camisinha e como tomar o comprimido. Eu me sentia bem à vontade, ela é ótima porque tem médico que mal olha pra gente.</p>		
<p>06 – Me orientou como tomar os comprimidos, gostei do atendimento, pois conversou muito comigo.</p>		
<p>07- Tirou dúvidas sobre o método, achei o profissional dedicado e interessado.</p>		
<p>08 – Orientou pra não esquecer de tomar o medicamento, usar a camisinha e prevenção de DST. Ela atende super bem, faz perguntas enquanto outros só fazem olhar pra gente, eu fiquei nervosa e com vergonha.</p>		
<p>09 – Como tomar os comprimidos e o uso da camisinha, e se caso venha engravidar como se cuidar. Depois, muita coisa mudou na</p>		

<i>minha vida.</i>		
<i>10 – Sobre o DIU, a laqueadura de trompas, mas só que não posso fazer ainda por causa da idade. A marcação da prevenção, perguntava quando tinha feito o último exame, orientava sobre muitas coisas. Ela tava sempre aqui, conversou muito com a gente.</i>		
<i>11 – Era importante tomar o comprimido na hora certa. Ela atende bem as pessoas, atende com educação.</i>		
<i>12 – Como usar o comprimido, a camisinha, para evitar pegar doença. Ela explica direito e legal.</i>		
<i>13 – Como tomar o comprimido, usar camisinha e evitar filho. Gostei das orientações porque ela explica bem .</i>		
<i>14 – Ensinava como usar o remédio. Eu gostava muito, ela tinha paciência em ensinar.</i>		
<i>15 – Como tomar o comprimido e a camisinha, eu me sentia bem à vontade porque estava só as duas.</i>		
<i>16 – Como é pra tomar o comprimido. Ela é muito educada, atende muito bem, conversou muito com a gente.</i>		
<i>17 – Me orientou pra dar uma pausa nos comprimidos, pediu exame de gravidez e HIV.</i>		
<i>18 – Tomar o comprimido depois da janta ou almoço e no quinto dia após a menstruação, e não esquecer de tomar.</i>		
<i>19 – Fazer prevenção, tomar comprimido e usar a camisinha. Ela é muito experiente, me orientou sobre muitas coisas.</i>		
<i>20 – Como usar a camisinha e como tomar o comprimido. Atende super bem, eu entendi direitinho.</i>		
<i>21 – Comprimido, doenças, muitas coisas, evitar filho. Me senti muito à vontade com a doutora.</i>		
<i>22 – Como tomar o comprimido, como usar a camisinha.</i>		
<i>23-Como tomar o comprimido no sétimo dia.</i>		
<i>24 - Ele me orienta como tomar o remédio direitinho, pra não passar da hora, tomar todo dia e num horário só, que ele falou. Sobre de tomar o comprimido certo no mesmo horário eu gosto de tomar de noite antes de me deitar então ela disse pra eu tomar sempre no mesmo horário e pra não esquecer. Que é importante fazer a prevenção, e usar o preservativo, que é pra evitar as doenças.</i>		
<i>25-Sobre o risco de eu engravidar e sobre a injeção que ele não me aconselhava, devido ter mais hormônio, então me aconselhou este</i>		

<i>comprimido.</i>		
<i>26-Sobre a prevenção, como pega a doença com o sexo.</i>		
<i>27- fazer a prevenção</i>		
<i>28 - Tomar a medicação na hora certa, não deixar atrasar a medicação, fazer a prevenção.</i>		
<i>29- Como tomar os comprimidos direitinho. Sobre os comprimidos e as doenças sexualmente transmissíveis, sobre a prevenção.</i>		
<i>30-Como tomar os comprimidos direitinho.</i>		
<i>31-Como tomar os comprimidos direitinho e fazer a prevenção.</i>		
<i>32-Como tomar os comprimidos direitinho.</i>		
<i>33- Sobre a prevenção</i>		
<i>34-sobre as doenças.</i>		

IAD – Que tipo de orientação você recebeu dos profissionais do serviço?

ICA – Como usar o comprimido?

ECH		DSC
03- <i>Pra fazer a prevenção ginecológica, camisinha, comprimido, como eu deveria tomar. Ela foi muito simpática, me atendeu muito bem.</i>		<i>Pra fazer a prevenção ginecológica, a camisinha, e como tomar o comprimido. Orientou pra não esquecer de tomar o comprimido pois, estarei correndo o risco de engravidar. Também orientou sobre o DIU a laqueadura e a prevenção de DST. Ela atende super bem.</i>
07- <i>Tirou dúvidas sobre o método, achei o profissional dedicado e interessado</i>		
08 – <i>Orientou pra não esquecer de tomar o medicamento, usar a camisinha e prevenção de DST. Ela atende super bem, faz perguntas enquanto outros só fazem olhar pra gente, eu fiquei nervosa e com vergonha.</i>		
10 – <i>Sobre o DIU, a laqueadura de trompas, mas só que não posso fazer ainda por causa da idade. A marcação da prevenção, perguntava quando tinha feito o último exame, orientava sobre muitas coisas. Ela tava sempre aqui, conversou muito com a gente.</i>		
25 - <i>Sobre o risco de eu engravidar e sobre a injeção que ele não me aconselhava, devido ter mais hormônio, então me aconselhou este comprimido</i>		
26 - <i>Sobre a prevenção, como pega a doença com o sexo.</i>		
27 - <i>fazer a prevenção</i>		
33 - <i>Sobre a prevenção</i>		
34 - <i>sobre as doenças</i>		