

FRANCISCA SANDRA CARDOSO BARRETO

**A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO
PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS E
PROFISSIONAIS DOS AMBULATÓRIOS E MATERNIDADES DE TERESINA-PI**

BRASÍLIA-DF

2010

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

FRANCISCA SANDRA CARDOSO BARRETO

**A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO
PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS E
PROFISSIONAIS DOS AMBULATÓRIOS E MATENIDADES DE TERESINA-PI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

BRASÍLIA-DF

2010

FRANCISCA SANDRA CARDOSO BARRETO

**A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO
PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS E
PROFISSIONAIS DOS AMBULATÓRIOS E MATERNIDADES DE TERESINA-PI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Dissertação Aprovada em 24/08/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm
(Orientador)

Profa. Dra. Dora Porto
(Primeiro Membro- Avaliador externo)

Prof. Dr. Cláudio Lorenzo
(Segundo Membro- Universidade de Brasília)

*Dedico este trabalho
ao meu marido, Jesus Mourão, e meus filhos, Ana Clara, Pedro Henrique e Ana
Carolina, pela paciência, incentivo e compreensão nos momentos em que estive
ausente; à minha Mãe e os meus Irmãos, pela presença e incentivo; ao meu pai, in
memorian; aos Tios Benedito e Riqueta, pela hospitalidade e calor humano e, a
Ieda, César, Camila e Beatriz pela força e acolhida.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fermin Roland Schramm, pela paciência e imensa contribuição para o meu amadurecimento intelectual e pessoal.

À Coordenação e à equipe de apoio, pela atenção e dedicação que me dispensaram, especialmente ao Prof. Volnei Garrafa.

Aos amigos Mariana Meneses e Ayrton, pela atenção e paciência em ler e deixar mais claras as ideias expostas nos textos produzidos.

Ao amigo José Machado Moita Neto, pela paciência, orientação e conhecimentos de estatística, tão necessários ao resultado final deste trabalho.

Ao amigo Thiago Cunha, sempre pronto a dar um incentivo nos momentos em que necessitei.

À amiga e prima Andréa, pela disponibilidade e presteza.

À amiga Osima Lopes, pela força e incentivo.

Ao amigo Nathan Monsores, pelo incentivo e leitura crítica do trabalho.

À Dra. Dora Porto, pela atenção e preciosa contribuição no processo de lapidação do trabalho.

Ao Prof. Dr. Cláudio Lorenzo, pelas preciosas sugestões.

À amiga Fausta, pela imensa colaboração na revisão deste trabalho.

Enfim, a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que eu conseguisse trilhar essa jornada.

“ Virtude é, (...) uma disposição estabelecida que leva à escolha de ações e paixões e que consiste essencialmente na observância da mediana relativa a nós, sendo isso determinado pela razão (...) como um homem prudente a determinaria.”

Aristóteles

RESUMO

Esta dissertação apresenta o resultado da aplicação das ferramentas conceituais da Bioética da Proteção às percepções das usuárias e profissionais da saúde acerca das ações do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar nos ambulatórios e maternidades públicas da cidade de Teresina-PI. Utilizando a metodologia qualitativa, inicialmente partiu-se da seguinte questão central: Até que ponto as ações protetoras do Planejamento Familiar atendem às necessidades de proteção de seus usuários? Teve como objetivos: (a) utilizar a Bioética da Proteção como ferramenta para discutir a moralidade das ações desenvolvidas pelo Planejamento Familiar; (b) analisar o nível de necessidade de proteção dos destinatários das ações do Planejamento Familiar; (c) verificar o nível de alcance das medidas protetoras do Planejamento Familiar de acordo com as percepções das usuárias e profissionais da saúde; e, por último, (d) discutir se as ações preconizadas pela Lei 9.263/96 de fato garantem à mulher, ao homem e ao casal a atenção integral à saúde em todos os seus ciclos vitais. O referencial teórico utilizado foi: a diferenciação entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração e a Bioética da Proteção aplicadas a um contexto real. Os participantes do estudo foram 158 usuárias, escolhidas com base no total anual de atendimentos e 12 profissionais da saúde, escolhidos intencionalmente. Os dados foram coletados no momento em que as usuárias utilizavam ou aguardavam o atendimento e no horário de trabalho dos profissionais de saúde. Os resultados demonstraram que as ações são focadas no ciclo gravídico puerperal e que não há cobertura para os homens e adolescentes. As usuárias possuem conhecimento precário sobre contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis; recebem orientações sobre higiene, amamentação e cuidados com o corpo, sobre doenças sexualmente transmissíveis e o uso de contraceptivos, mas somente nas palestras que antecedem às consultas médicas. Estão submetidas à oferta limitada de assistência, bem como às vontades de seus companheiros, embora tenham demonstrado potencial crítico, pois não se intimidaram em expressar suas insatisfações e seus sentimentos com relação aos companheiros. Entretanto, foram consideradas como vulneradas. Com relação às

percepções dos profissionais que operacionalizam as ações, observou-se que não seguem as informações programadas e formalizadas sobre o Planejamento Familiar, pois desconhecem as metas formais do programa. Conclui-se que, com relação à perspectiva protetora, o Planejamento Familiar não cumpre os princípios constitucionais legais de igualdade, universalidade e integralidade, pois (1) suas ações apresentaram-se de forma isolada, focadas apenas nas mulheres em estado gravídico-puerperal; desarticuladas, as ações não são integradas e não são planejadas; e desfocadas, centradas apenas na saúde das mulheres em vez de homes, mulheres e casais; (2) as usuárias são passivas diante de seus companheiros, da oferta e das ações desenvolvidas, e pouco usufruem do benefício da assistência; (3) os agentes operacionalizam as ações de forma precária e demonstram não saber sobre a existência do Programa. A Bioética da Proteção destacou a necessidade de se questionarem as políticas de proteção à saúde sexual e reprodutiva dos vulnerados, porque de fato tais políticas não os protegem como deveriam.

Palavras-chave: Bioética da Proteção; Planejamento Familiar; Responsabilidade; Vulneração.

ABSTRACT

This thesis shows the results of the conceptual tools application of the Bioethics of Protection to the health professionals' and users' perceptions on the actions of the Family Planning Care Program in ambulatories and public maternity hospitals in Teresina-PI. From a qualitative approach, one started with the central question: How do the protective actions of Family Planning meet its users' needs? It aimed at: (a) using the Bioethics of Protection as a tool to discuss the morality of the actions developed by Family Planning, (b) analyzing the level of need of protection of the users' of the Family Planning action; (c) verifying the reach level of the protective measures of Family Planning regarding the health professionals' and users' perceptions; and, at last, (d) discussing whether the actions recommended by Law 9.263/96 indeed guarantees women, men and the couple, the whole attention to health in all their vital cycles. The theoretical background used was the difference between vulnerability, susceptibility and vulneration and the Bioethics of Protection concerning a real context. The study participants were 158 users, chosen based on the total year care and 12 health professionals, chosen intentionally. The data were collected when the users were making use of the service or waiting for it and on the health professionals' job schedule. The results show the actions focus on the puerperal-pregnancy cycle and that men and children are not included in it. Users have poor knowledge on contraceptives and sexually transmitted diseases; they receive information on hygiene, breastfeeding and body care, sexually transmitted diseases and the use of contraceptives, but only the one given on lectures before consultations. They have limited care offer and their partners desire. However, they have shown a critical potential once they did not air any embarrassment in showing their lack of satisfaction and feelings regarding their partners. Yet, they were considered violated. Regarding the perceptions of the professionals who act, it was observed they do not follow the programmed and formalized information on Family Planning because they do not know the program formal aims. Regarding protective perspective it can be concluded that Family Planning does not carry out the legal

constitutional principles of equality, universality and integrality once (1) its actions are isolated, focused only on women in puerperal-pregnancy cycle; unarticulated, the actions are neither integrated nor planned; and defocused, centered only on women's health instead of men, women and couples; (2) the users are passive before their partners, offer and actions developed and take little advantage of the care benefit; (3) the agents carry out the actions in a poor way and show lack of knowledge on the program existence. The Bioethics of Protection highlighted the need to question the politics of protection to sexual and reproductive health of the violated ones because such politics do not protect them as they should.

Keywords: Bioethics of Protection; Family Planning; Responsibility; Vulneration.

LISTA DE TABELAS, QUADRO E FIGURAS

Tabela 1 – Estado civil das usuárias, Teresina-PI - 2010.....	45
Tabela 2 – Nível de escolaridade das usuárias, Teresina-PI - 2010.....	49
Quadro 1 – Distribuição da faixa etária das usuárias.....	48
Figura 1 – A percepção das usuárias acerca das ações do Planejamento Familiar..	53
Figura 2 – A percepção dos agentes das ações do Planejamento Familiar sobre as medidas de proteção	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
 CAPÍTULO I	
1 O SUPORTE LEGAL	18
1.1 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	18
1.2 O CONTEXTO DA DISCUSSÃO	25
2 O SUPORTE TEÓRICO	29
2.1 ACERCA DA VULNERABILIDADE	29
2.2 O PRINCÍPIO DA RESPONSABILIDADE	33
2.3 A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO	37
 CAPÍTULO II	
1 A METODOLOGIA	39
1.1 O DELINEAMENTO DA PESQUISA	39
1.2 O CAMPO DE COLETA DE DADOS.....	39
1.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
1.3.1 Os Critérios de Inclusão e Exclusão	41
1.4 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	41
1.4.1 O Tratamento dos Dados	42
1.5 OS CRITÉRIOS ÉTICOS	43
 CAPÍTULO III	
1 OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO	44
1.1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	44
1.2 O PERFIL DA USUÁRIA	45
1.2.1 Considerações Bioéticas	50
1.3 A CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	52
1.3.1 A Percepção e Prática das Usuárias acerca das Ações de Proteção Desenvolvidas pelo Planejamento Familiar	52

1.3.2 A Percepção dos Agentes das Ações do Planejamento Familiar sobre as Medidas de Proteção	58
1.3.3 Considerações Bioéticas	62
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS	75
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS GESTORES E PROFISSIONAIS	76
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	77
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	78
ANEXO A – CERTIFICADO DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	80

INTRODUÇÃO

O Artigo 226, parágrafo 7º da Constituição da República Federativa do Brasil, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, determina que o Planejamento Familiar seja de livre decisão do casal, mas que é competência do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito¹. Com base nesse Artigo, estabeleceu-se a Assistência ao Planejamento Familiar de acordo com a Lei nº 9.263/1996, a qual determina que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) são obrigadas a garantir a mulheres, homens e casais, em toda a sua rede de serviços, a assistência à concepção e à contracepção como parte das demais ações que compõem a rede da assistência em saúde². Para tanto, essa lei demanda ações cujas finalidades principais são: garantir os direitos sexuais e reprodutivos e promover a saúde reprodutiva.

O conceito de Planejamento Familiar em princípio pode ser visto na esfera das aspirações familiares, especialmente relacionado às necessidades de bem-estar físico e psicossocial de uma família. Atualmente, todavia, restringe-se às questões relacionadas ao controle reprodutivo por meio do uso de contraceptivos³. Entretanto, o Programa de Assistência ao Planejamento Familiar objetiva disponibilizar os recursos necessários à proteção da saúde sexual de homens, mulheres e casais, o que efetivamente deveria ser respeitado e concretizado. Em especial, que esse objetivo seja observado em cenários cujas carências na atenção à saúde são constantes e, por consequência, geram necessidades de proteção em seus destinatários, terminando por produzir sofrimentos, sobretudo em regiões como o Nordeste do Brasil.

No cenário da cidade de Teresina, capital de Piauí (estado pobre da federação), tais sofrimentos podem estar relacionados, entre outros fatores, à focalização na atenção, indisponibilidade de métodos contraceptivos, falta de preparo dos profissionais, má gestão dos recursos e programas. Ademais, há de se observar que tal fato é digno de consideração moral e pode ser enfrentado pela bioética, em especial, pela Bioética da Proteção, visto que esta pretende dar amparo

a suscetíveis e vulnerados e, *stricto sensu*, busca dar amparo aos sujeitos e às populações que não possuem capacidades de realizar seus projetos de vida ou de alcançar uma vida digna. Com efeito, para Schramm, a Bioética da Proteção, em sua definição estrita, aplica-se aos conflitos morais em saúde pública nos países em desenvolvimento, pois se aplica “pertinentemente a qualquer paciente moral que não possa se defender sozinho ou autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e suas capacidades” ⁴.

No campo da saúde pública, é dever do Estado assumir o compromisso de responsabilidade social com os necessitados, ou seja, com aqueles considerados vulnerados ⁵. Aqui se deve fazer uma ressalva sobre o uso desses termos e a necessidade de precisão conceitual implicada, pois, para Schramm, “se todos são potencialmente (virtualmente?) vulneráveis enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, etnia, a um dos gêneros, inclusive seu estado de saúde” ⁶. Por isso, o referido autor faz a distinção entre a mera vulnerabilidade e a efetiva vulneração, entendendo a primeira como a potencialidade de ser afetado e a segunda referida “àqueles que não têm condições objetivas e subjetivas necessárias para ter uma qualidade de vida que possa ser considerada satisfatória tanto por eles mesmos quanto por qualquer observador racional e imparcial” ⁷.

Além da distinção entre as categorias de “vulnerabilidade” e “vulneração”, Kottow distingue uma terceira categoria: a de “susceptibilidade”, considerando que os suscetíveis seriam aqueles que não são capazes de agir autonomamente por alguma razão circunstancial ⁸. Por isso, a Bioética da Proteção não deveria referir-se somente aos efetivamente vulnerados, mas também aos suscetíveis, porque proteger visa dar o suporte necessário para que o indivíduo desenvolva suas capacidades de fazer escolhas conscientemente, o que não acontece sempre com os indivíduos e com as populações consideradas suscetíveis, que podem, por exemplo, ser discriminadas porque pertencem a uma determinada etnia ou religião. Todavia, as atitudes protetoras não devem e nem podem – em nome do suposto bem-estar do outro – infantilizá-lo, sufocá-lo, torná-lo dependente das escolhas alheias ⁴.

Dessa forma, considera-se que as principais orientações do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar encontram-se no contexto dos direitos reprodutivos, e que tanto elas como estes têm o objetivo principal de garantir a

homens e mulheres o direito básico à cidadania por meio do acesso às ações de saúde ⁹. Melhor dizendo, de acordo com a Lei 9.263/96, conforme o Parágrafo Único, no que diz respeito à esfera do SUS, todos os seus níveis obrigam-se a garantir em toda a sua rede de serviços o programa de atenção integral à saúde da mulher, do homem e do casal em todos os ciclos vitais. Ou seja, o programa de atenção integral à saúde da mulher, do homem e do casal deve incluir como atividades básicas, entre outras, a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério, ao neonato, ao controle das doenças sexualmente transmissíveis - DSTs, ao controle e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama e do câncer de pênis ². Em resumo, o Programa de Assistência ao Planejamento Familiar deve orientar-se por ações preventivas e educativas, pela garantia de acesso igualitário à informação, a meios e técnicas disponíveis de regulação da fecundidade.

Para tanto, compete ao SUS em toda sua rede de serviços de acordo com a referida Lei, em seu Parágrafo Único e no artigo 5^o, respectivamente: a promoção de treinamento de recursos, especialmente para ações de atendimento à saúde reprodutiva; e o dever do Estado, em associação com o sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do Planejamento Familiar ². Dessa forma, considerando como variáveis das insuficiências na atenção à saúde do Brasil, dentre outras, a má gestão dos recursos financeiros e humanos, o não atendimento das necessidades de proteção dos usuários, e que o Planejamento Familiar, no contexto teresinense, não é diferente, porque tais insuficiências são evidenciadas pela precariedade com que as ações do Planejamento familiar são implementadas, foi possível elaborar a questão central deste trabalho de pesquisa: até que ponto as ações protetoras do Planejamento Familiar atendem efetivamente às necessidades de proteção de seus usuários?

Assim, levando em conta que as ações do Planejamento Familiar nos ambulatórios e maternidades de três grandes hospitais públicos de Teresina são dignas dos questionamentos da Bioética da Proteção, este trabalho de pesquisa embasou-se nas definições de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração e na Bioética da Proteção aplicadas a um contexto real, o qual foi definido pela percepção das usuárias, gestores e equipe multidisciplinar sobre as ações de proteção do Planejamento Familiar desenvolvidas nos ambulatórios e maternidades. Esta

pesquisa teve como objetivos: a) utilizar a Bioética da Proteção como ferramenta para discutir a moralidade das ações desenvolvidas pelo Planejamento Familiar; b) analisar o nível de necessidade de proteção dos destinatários das ações; c) verificar o nível de alcance das medidas protetoras do Planejamento Familiar de acordo com as percepções das usuárias, dos gestores e da equipe multiprofissional e, por último, d) discutir se as ações preconizadas pela Lei 9.263/96 de fato garantem à mulher, ao homem e ao casal a atenção integral à saúde em todos os seus ciclos vitais.

Este estudo foi delineado como qualitativo porque, de acordo com a pergunta inicial de pesquisa, os objetivos traçados e com base no referencial, procurou obter das usuárias, gestores e equipe multiprofissional, por meio de entrevistas estruturadas, tratadas pela técnica de análise de conteúdo, suas percepções sobre as medidas de proteção executadas pelo programa.

Os participantes da pesquisa foram as usuárias e os agentes porque são atores indispensáveis à implementação das ações do Programa: os primeiros como seus destinatários e os últimos como agentes das ações. Em primeiro lugar se definiu o perfil das usuárias de acordo com os dados relacionados ao estado civil, idade e escolaridade; em segundo lugar, de acordo com a definição das categorias *vulnerabilidade*, *suscetibilidade* e *vulneração*, foi definido o grau de necessidade das usuárias conforme o que expressaram em seus depoimentos, bem como de acordo com o depoimento dos gestores e equipe – os agentes. Por fim, uma vez definidos o seus respectivos níveis de necessidade de proteção e o nível de cobertura e assistência do Planejamento Familiar, utilizou-se a Bioética da Proteção para discutir em que medida as ações do Planejamento Familiar – que implicam deveres e responsabilidades do Estado – cobrem as necessidades dos destinatários.

Em resumo, foi tarefa desta pesquisa, aplicar as formulações teóricas em um contexto real, de acordo com a proposta da ética aplicada, em sua vertente chamada *Bioética da Proteção*. Isso porque a bioética latino-americana tem como objeto de preocupação a vulnerabilidade social e suas causas. E a Bioética da Proteção, particularmente, ocupa-se dos conflitos morais em saúde pública e daqueles relacionados aos atores que não conseguem defender-se ou desenvolver suas capacidades para executar seus projetos de vida e viver autonomamente. Espera-se que as reflexões morais provenientes deste estudo sirvam de munição para que Estado e agentes, de forma mais eficiente, cumpram sua missão de proteger, sobretudo observando que existem diferentes necessidades em saúde,

inclusive entre seus destinatários, e que elas devem ser os referenciais norteadores das ações para que programas como o Planejamento Familiar, de fato, sejam efetivados.

CAPÍTULO I

1 O SUPORTE LEGAL

1.1 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

De acordo com Alves, a história do Planejamento Familiar no Brasil do Período Colonial à República explicitava a tendência ao natalismo e às ideias de aperfeiçoamento e controle da raça brasileira ¹⁰. Para Costa, especialmente no período Republicano, constata-se a criação de programas pró-natalistas, como salário-família e auxílio natalidade; registram-se, porém, igualmente, as políticas “controlistas”. No contexto mundial do período pós-guerra, e influenciado pela teoria malthusiana, em 1952 foi criado em Londres por Margaret Singer o International Planned Parenthood-IPPF, o qual contava com o apoio financeiro de diversas instituições interessadas no controle demográfico. O controle demográfico sustentava que o crescimento populacional deveria ser controlado em nome do crescimento econômico e do desenvolvimento. Países como os Estados Unidos criaram estratégias de controle populacionais, aplicadas aos países latino-americanos e vinculadas às ajudas econômicas³. Assim, concomitantemente às medidas “controlistas”, surgem as ideias “anticontrolistas”, fundadas nos avanços territoriais de países ricos sobre países ditos “dependentes” e, dessa forma, ameaçadoras da soberania nacional dos países que sofriam intervenções no campo do controle demográfico.

Feitas essas considerações gerais sobre o controle populacional, também se faz necessário situar as estratégias de saúde pública no Brasil em seu contexto histórico. Do período colonial até meados do século XIX, o controle dos problemas da saúde era de natureza higienista e cabia às juntas municipais a delegação das atribuições sanitárias ¹¹. Ficava a cargo das instituições filantrópicas, da beneficência e das Casas de Misericórdia a assistência aos indigentes e população

pobre. Assim, somente em 1897, é que se registra a criação da Diretoria-Geral de Saúde Pública, posteriormente reformulada em 1904 e, assim, iniciam-se as primeiras ações relacionadas às políticas sanitárias com os sanitaristas Oswald Cruz e Emílio Ribas ¹².

Para Soares, o sistema de saúde brasileiro tem sua formação por volta das décadas de 1920 e 1960, apresentando semelhanças com os sistemas de saúde de orientação bismarckiana – segundo a qual, por razões e interesses do Estado, o cidadão deveria ser mantido saudável, por meio do sistema de organização da saúde pública –, cujas características estiveram alicerçadas na *polícia médica*, para a qual é de responsabilidade do Estado definir políticas e regulamentos referentes à saúde ¹³. A organização da saúde pública, movida pelo interesse na saúde do cidadão, estava ligada a razões do Estado, especificadas como paternalistas¹³, isto é, limitava-se às ações curativas que se restringiam à relação entre o profissional da saúde e o paciente, sem, no entanto, observar os aspectos coletivos relacionados à saúde e à doença e aqueles relativos ao empoderamento dos cidadãos.

De acordo com Andrade, as políticas de saúde pública no Brasil podem ser resumidas pelos seguintes marcos administrativos: em 1920, ocorre a criação do Departamento Nacional de Saúde; em 1923-1926, surge o Regulamento Sanitário Federal, que serviu de referência para o processo institucionalizado da Saúde Pública; em 1930-1945, são criados o Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional da Criança; em 1953, é criado o Ministério da Saúde; em 1954, são aprovadas as normas gerais sobre a Defesa da Proteção da Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais; e em 1960-1975, é instituída a Fundação das Pioneiras Sociais, com o objetivo de assistir os pobres em educação e saúde, e ainda é criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, destinada a operar nos serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar, saneamento básico e educação sanitária no interior do país ¹².

Assim, segundo Andrade, com o estabelecimento da atenção primária pela Conferência de Alma-Ata em 1978, registra-se a necessidade de ação dos governos na esfera da saúde em caráter de urgência e tendo em vista reduzir as desigualdades sociais. A referida Conferência expressou, em sua essência, a preocupação com os cuidados primários e com o total envolvimento de diversos setores na proteção à saúde. A assistência à saúde no Brasil restringia-se aos que

podiam contribuir com o Instituto Nacional de Previdência Social, como os trabalhadores do setor público e aqueles com carteira assinada; aqueles que não podiam contribuir para o sistema previdenciário eram atendidos por instituições de caridade ¹². Ou seja, os brasileiros que necessitavam de assistência eram divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito à assistência porque contribuía e os que não tinham nenhum direito¹¹. A partir da década de 1980, o sistema previdenciário começa a dar sinais de crise, evidenciada pelas enormes e intermináveis filas, os baixos salários, a má gestão dos recursos, a conseqüente insatisfação dos cidadãos, bem como o aparecimento das aposentadorias e pensões que demandavam gastos de um capital inexistente. Com a crise no sistema previdenciário, eclode a Reforma Sanitária, movimento composto por acadêmicos e trabalhadores em saúde, em que se reivindicou a observância ao caráter universal do atendimento ¹².

Conforme Lima e Verdi, a Reforma Sanitária ocorrida na década de 80, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição de 1988 asseguraram a proposta para que o direito à saúde se tornasse um direito de cidadania ¹⁴. Todavia, de acordo com Soares, foi a partir da Constituição de 1988 que o sistema de saúde no Brasil seguiu a orientação Beveridjana, cujo modelo de organização encontra-se no sistema de saúde inglês, “marcado pela noção de direito à assistência em saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista de serviços e controle e regulação do sistema pelo Estado” ¹³.

Dessa forma, os avanços no campo da saúde pública registrados no Brasil evidenciam o controle estatal, denotado ainda pelas relações verticais existentes entre Estado, agentes e destinatários ¹⁴. Tais relações expressam-se pelo modo de operacionalização do sistema, ainda deficiente; pela imposição de “direitos” de escolha nas políticas de saúde no setor primário, secundário e terciário; pela relação entre técnicos e profissionais de saúde que operam o sistema e, ainda, pela realidade e fatores de autodeterminação dos destinatários. Nesse sentido, pode-se destacar o Movimento Sanitário como importante ponto de resistência às medidas de controle demográfico que, por sua vez, subsidiou técnica e politicamente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM ¹⁵.

As discussões sobre Planejamento Familiar no plano Internacional podem ser apontadas pelas conferências sobre populações ocorridas em Bucareste em 1974, no México em 1984, e no Cairo em 1994. O Brasil marcou presença com o

posicionamento formal a favor da liberdade de procriação, dessa forma desvinculada das práticas contraceptivas e do controle demográfico, especificamente na Conferência ocorrida no Cairo, que pode ser apontada como diferencial, pois contou com a grande participação da sociedade civil brasileira, especialmente as feministas¹⁵.

Dessa forma, faz-se necessário esclarecer, sucintamente, acerca das Conferências de Bucareste, México e Cairo, no sentido de destacar suas contribuições para os avanços das políticas populacionais.

De acordo com Alves ¹⁶ :

I- A Conferência de Bucareste foi a primeira conferência intragovernamental para tratar da questão populacional. Foi realizada num palco de divergências entre “controlistas” e “natalistas”, em que os primeiros pregavam a drástica redução das taxas de fecundidade, ao passo que, para os segundos, a população era um ‘fator neutro’, pois os problemas populacionais seriam atribuídos a fatores econômicos e à propriedade desigual dos meios de produção.

II- A Conferência do México ocorreu logo após a adoção por muitos países de políticas de apoio ao Planejamento Familiar. No Brasil, representou a integração do Planejamento Familiar ao apoio dos serviços públicos de saúde. Alves aponta, como principal inovação dessa Conferência em relação à anterior, o enfoque dado à situação e ao papel da mulher. Nesse aspecto, foram observadas: a capacidade de as mulheres controlarem sua própria fecundidade com base nos seus direitos, a garantia de oportunidades socioeconômicas igualitárias, bem como a provisão de serviços e meios necessários para as mulheres assumirem maior responsabilidade sobre suas vidas reprodutivas. Foi enfatizada, contudo, a necessidade de os governos fornecerem educação e os meios necessários aos casais e indivíduos para alcançarem o número de filhos desejado.

III- A Conferência do Cairo abordou o tema população e desenvolvimento. Em seu programa de ação, a população foi abordada de forma abrangente porque o programa tinha em mira a redução das taxas de crescimento da população mundial de acordo com os recursos disponíveis no planeta, mas sem perder do foco os direitos humanos e as responsabilidades compartilhadas, porém diferenciadas, da comunidade internacional no que concerne à mobilização de recursos financeiros para a solução de problemas globais, tais como envelhecimento, desigualdades raciais e de migração. Assim, no que diz respeito aos direitos humanos, destaca-se

especialmente - como fundamento de toda ação populacional - a observância aos direitos reprodutivos ¹⁶.

Para Costa, os debates ocorridos sobre controle populacional, sobretudo nas duas primeiras Conferências, realçaram os problemas que, de fato, já ocorriam nas décadas de 60 e 70, os quais, no Brasil, foram demarcados pela fragilidade do Ministério da Saúde, que não dispunha de política sobre o tema controle populacional, o que levou ao surgimento de instituições de cunho controlista, especificamente com a criação, em 1965, da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM e do Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança- CPAIMC ³.

Conforme Santana e Coelho, é possível registrar a cronologia dos programas de controle populacional: em 1974, o governo apresenta os programas na área de saúde reprodutiva, tais como o Programa Materno-Infantil – PMI; em 1977, foram criados o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco-PPGAR e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREVSAUDE, “os quais praticamente não saíram do papel ”; em 1983, o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, o qual garante a assistência às demandas da saúde reprodutiva de forma a minimizar os riscos de saúde decorrentes da procriação ¹⁷.

Segundo Costa ¹⁵, o PAISM emergiu das necessidades de mudanças nas políticas de saúde para as mulheres em decorrência das influências do movimento feminista, e sua luta pelos direitos reprodutivos, bem como da carência de políticas sobre o controle demográfico. Até então tal controle era efetivamente desempenhado por instituições que desenvolviam atividades desvinculadas da atenção à saúde, tais como o BENFAM e o CPAIMC. O PAISM foi apresentado em 21 de junho de 1983 e, em 1984, foi definido como referência para atenção às mulheres com orientações sobre estratégias de implantação por meio de um trabalho articulado com o MS e as Ações Integradas de Saúde-AIS ¹⁸.

Com a instituição do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, registra-se a definição do Planejamento Familiar como de livre escolha das pessoas. E, finalmente, em 1996 registra-se a Lei que regulamenta o Planejamento Familiar.

As ações do Planejamento Familiar estão pautadas no Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º da Constituição Federal, o qual reza:

*Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas*¹.

A Lei nº 9.263/96 estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a assistência integral à mulher, ao homem e ao casal em todos os seus ciclos vitais, que incluam como atividade básica, a assistência à concepção e à contracepção². Acerca do que é disposto na Constituição Federal sobre o Planejamento Familiar, é pertinente questionar: o que propõe o dispositivo de Assistência ao Planejamento (proteger e promover o exercício do direito de acesso à assistência integral à concepção e à contracepção) de fato se concretiza? O Planejamento Familiar amplia o acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos e aos que buscam evitar as DSTs como forma de garantir o exercício da cidadania?

Esse contexto de questionamentos demanda esclarecer sobre o conteúdo da Lei 9.263/96, que no Art. 2º define o Planejamento Familiar como o *conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal*. Isto é, o Planejamento Familiar é garantia do direito reprodutivo, já que em seu Parágrafo Único proíbe a utilização das ações para qualquer tipo de controle demográfico².

No que diz respeito ao dever de garantir os direitos à saúde sexual e reprodutiva, o Parágrafo Único reza que

as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, na prestação de serviços (...) obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os ciclos vitais que inclua, como atividades básicas, dentre outras:

- I- A assistência à concepção e a contracepção;
- II- O atendimento pré-natal;
- III- A assistência ao parto e ao neonato;
- IV- O controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V- O controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis².

A Lei ainda prevê, de acordo com o Art. 4º, que sejam desenvolvidas orientações por meio de ações educativas e preventivas, bem como o acesso igualitário aos meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Com relação ao modo como tais ações sejam desenvolvidas, o Parágrafo Único da referida Lei expressa que o SUS “*promoverá o treinamento de recursos humanos*”. E ainda, conforme o Art. 5º, é dever do Estado por meio do SUS, em associação, no que couber, com as instâncias do sistema educacional, promover as condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do Planejamento Familiar. O Art. 6º completa que tais ações de Planejamento Familiar serão exercidas por instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não. Por sua vez, o Art. 7º expressa que para o exercício do direito e a garantia de liberdade de opção no Planejamento Familiar deve haver a oferta de métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. E, para completar, o Art. 10 contempla as condições para que se realize a esterilização voluntária de acordo com as disposições do Capítulo II da previsão de crimes e penalidades ².

No contexto do PAISM, a Assistência ao Planejamento Familiar – segundo o Programa Organizado pela Secretaria Executiva de Coordenação de Saúde da Mulher – deve ser organizada para atender às reais necessidades das populações feminina e masculina em idade fértil, a partir da utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados disponíveis ¹⁹.

Para Costa ¹⁵, o PAISM representa uma conquista do movimento de engajamento das mulheres na luta pela saúde. Ela assinala ainda que, em virtude dessa conquista, o movimento feminista ganha lugar no campo profissional militante, em organizações não governamentais e passa a atuar em parceria com o Ministério da Saúde na produção de material técnico, educativo e normativo. Sem dúvida, o PAISM representa, juntamente com o movimento feminista, uma conquista para as mulheres. As políticas de controle populacional, no entanto, continuam marcadas pela visão patriarcal de que somente as mulheres devem ser responsabilizadas pela saúde sexual e reprodutiva. Exemplos disso estão no horário de atendimento disponibilizado nas unidades de saúde – horário em que os homens estão trabalhando –, na falta de estratégias de sensibilização para o engajamento dos homens no processo de manutenção da saúde sexual e reprodutiva, bem como, de

acordo com a referida autora, na opaca participação das mulheres nos conselhos municipais e estaduais de saúde ¹⁵.

A participação do movimento feminista na efetivação das metas do SUS e do PAISM retorna à pauta na I Conferência Nacional de Política para as Mulheres, realizada em 2004 e na 12ª. Conferência Nacional de Saúde, que serviu de referência para o Pacto pela Saúde do Brasil em 2005, aprovado pela portaria 2.607/2004 ¹⁵. O Pacto Nacional pela Saúde no Brasil tem como objetivo reduzir as desigualdades e iniquidades de saúde, especificamente no que concerne à saúde da mulher, e tem como metas: a) reduzir em 15% a mortalidade materna; em 15%, a taxa nacional de cesariana no SUS; em 15%, o número de complicações de aborto no âmbito do SUS, e em 6%, a taxa de incidência de AIDS em mulheres; b) aumentar em 50% o índice de laqueadura tubária e vasectomia; em 30%, o serviço de atenção às mulheres em situação de risco; em 15%, a cobertura para o exame Papanicolau em mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos; em 25%, as cirurgias para reconstrução mamária; c) alcançar em 100% a vacina dupla para mulheres de 15 anos; d) implantar e implementar cinco centros de referência para atendimento à fertilização em casais soro diferentes para o HIV; e) garantir para 60% das gestantes beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, o acompanhamento nutricional, vacinal e pré-natal; e ainda f) implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios ²⁰.

1.2 O CONTEXTO DA DISCUSSÃO

O Planejamento Familiar deve ser direcionado de forma equânime a todos os seres humanos em idade reprodutiva e tem como meta atender ao princípio da justiça, entendido no sentido de equidade. Tratar os iguais como iguais e os desiguais como desiguais e, ao mesmo tempo, não deixar de observar a igualdade de acesso conforme as necessidades é um dos grandes desafios da utilização do princípio de justiça.

Nesse contexto, a luta feminista pela conquista dos direitos das mulheres, especificamente da participação nas políticas para a saúde, é um avanço, mas as políticas públicas de saúde precisam sensibilizar-se para a participação masculina, o que equivaleria a contemplar o princípio de equidade. O respeito ao princípio de

justiça, em países como o Brasil, exige que se considere particularidades, tais como: a pobreza, o viés patriarcal ainda existente nas relações de gênero, o nível de escolaridade, o desvirtuamento paternalista das políticas de assistência; enfim, os fatores limitantes das capacidades de o indivíduo se autodeterminar.

Pelo exposto, os desafios na utilização do princípio da justiça podem ser solucionados de acordo com o que Berlinguer e Sen propõem. Para Berlinguer, “a equidade consiste em criar ou oferecer, para cada indivíduo, a possibilidade de perseguir e de atingir o nível potencial de saúde que lhe é próprio”²¹. Já para Sen, devem-se considerar as *capacidades* que as pessoas realmente têm e não aquelas que poderiam ter tido se fossem menos influenciadas pela disciplina social, ou seja, devem ser apreciadas na avaliação tanto do bem-estar como da liberdade²². Em outros termos, as *capacidades* são os meios pelos quais se proporciona uma melhor orientação do que está envolvido na problemática da pobreza, pois “fornece um guia mais claro de prioridades e políticas antipobreza e também [...] ajuda a compreender melhor a gênese da pobreza em circunstâncias aparentemente improváveis”²³. Isto é, no desafio da pobreza deve-se reorientar a concepção centrada na renda para a centrada nas capacidades. Ademais, para o referido autor, as circunstâncias aparentemente improváveis auxiliam a compreensão da gênese da pobreza, por exemplo, em países ricos, em que as liberdades de escolha estão diretamente relacionadas ao conjunto capacitário, que, por sua vez, influencia diretamente na determinação do bem-estar de uma pessoa²².

Ao refletir-se acerca do modo como o Planejamento Familiar se refere aos seus destinatários, pensa-se também na equidade. Isso porque, na realidade contemporânea, a questão da reprodução não é mais um problema familiar, mas – pelo menos em princípio – de livre escolha daquele que se propõe a procriar ou não; ou seja, não há a necessidade de o indivíduo constituir família para procriar, visto que os recursos da biotecnociência garantem isso por meio da inseminação artificial. Além do mais, a “liberação sexual” é fator que contribui bastante para a questão da equidade porque – pelo menos teoricamente – a cobertura seria aumentada, tendo em vista a maior procura de homens, mulheres e casais. Todavia, na prática, cabe ao público feminino a maior procura e, certamente, o usufruto dos serviços. Diante dessa diversidade de destinatários, como observar o princípio de justiça como igualdade e, ao mesmo tempo, como equidade nas ações de Planejamento Familiar? Como respeitar as necessidades individuais e as coletivas? Como

respeitar as capacidades de seus destinatários? Em particular, como respeitar as liberdades de seus destinatários?

A esse respeito, Gracia relaciona os princípios da autonomia/beneficência e não-maleficência/justiça, respectivamente, ao privado e ao coletivo. Os princípios da autonomia e beneficência relacionam-se ao nível privado, pois consideram as capacidades de o indivíduo escolher e consentir conscientemente, e em fazer o bem ²⁴. Todavia, como levar o indivíduo a escolher conscientemente e escolher o bem se suas capacidades não foram desenvolvidas ou se não foram ofertadas possibilidades para seu efetivo desenvolvimento? Como “fazer o bem” se não se tem plena consciência do que ele seja efetivamente e como fazer o bem e saber que se está fazendo o bem ao maior número de indivíduos? Para o referido autor, os princípios da não-maleficência e da justiça relacionam-se ao nível público – deve-se evitar o mal e tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais. Logo, como ser justo diante dessa pluralidade social? Como evitar o mal, se as consequências das ações não são as mesmas para todos, inclusive, para aqueles que se encontram em situação objetiva de desigualdade? Em se tratando de questões morais da saúde pública, qual ferramenta da bioética seria a mais apropriada para questioná-las quando se quer discutir o nível de alcance da proteção que de fato é promovido pelo Planejamento Familiar?

Ainda para Gracia, nesse aspecto, os deveres coletivos devem ter prioridade sobre os individuais em caso de conflito, ou seja, a não-maleficência e a justiça, em caso de conflito, teriam uma prioridade léxica sobre a beneficência e a autonomia ²⁴. Com efeito, de acordo com Beauchamp e Childress – os principais autores que desenvolveram o modelo principialista ao qual Gracia implicitamente se refere, embora o reformule introduzindo uma priorização dos dois princípios citados frente aos outros dois (beneficência e autonomia) – os princípios são *prima facie* obrigatórios e deveriam ser utilizados nas situações de conflito, para tentar dirimi-los; porém, devem também ser moldados de acordo com a necessidade do caso, prezando pela autonomia do afetado através do consentimento informado ²⁵. No entanto, poder-se-ia perguntar, seria a bioética principialista a ferramenta ideal para discutir as questões relacionadas à saúde pública?

Para Schramm e Kottow, a Bioética da Proteção seria a ferramenta mais adequada para enfrentar os problemas morais relacionados à saúde pública, pois ela seria capaz de gerar acordos razoáveis entre sanitaristas e eticistas quando

enfrentam conflitos que não podem ser resolvidos com o recurso ao modelo principialista ²⁶. De fato, para Schramm, a Bioética da Proteção, observando o princípio da responsabilidade, “pretende integrar a responsabilidade moral e a eficácia pragmática” ²⁷. Para tanto, legitima as políticas sanitárias ditas universalistas e as respeita, na medida do possível, não impondo, mas oferecendo modelos de comportamentos considerados válidos do ponto de vista da prevenção de adoecimentos e da promoção da saúde ²⁷.

Assim, analisando a problemática que envolve a coerência entre o que é formalmente formulado como diretriz das ações das políticas públicas de saúde e o que efetivamente ocorre, foi considerado pertinente discutir se as ações preconizadas pela Lei nº 9.263/96 de fato se concretizam, de acordo com o que define o parágrafo único da referida lei. Com efeito, conforme o Parágrafo Único dessa lei, as instâncias gestoras do SUS, no âmbito de Estados e Municípios, em toda sua rede e níveis de serviços, obrigam-se a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais; isto é, a incluir, como atividades básicas, dentre outras, a assistência à concepção e à contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonato, controle de DSTs e de câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis ². Para tanto, a ferramenta utilizada para discutir a moralidade dessas ações foi a Bioética da Proteção que, como ferramenta da ética aplicada, emergiu da preocupação dos bioeticistas Schramm e Kottow com os problemas sanitários vivenciados em países pobres, sobretudo os relacionados ao sofrimento e à qualidade de vida dos cidadãos vulnerados da América Latina.

O Suporte Teórico, portanto, apresentará: a definição e pertinência dos conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração; a necessidade do princípio de responsabilidade nas ações de saúde pública e, por fim, de forma mais detalhada, a Bioética da Proteção.

2 O SUPORTE TEÓRICO

2.1 ACERCA DA VULNERABILIDADE

Segundo Ferreira, vulnerar é verbo transitivo direto que significa ferir, melindrar, ofender, deriva do latim *vulnus, eris*, ferida. Por sua vez, vulnerabilidade “[De vulnerável + -(i) dade, segundo o padrão erudito] S.f. se refere a qualidade ou estado de vulnerável” . Vulnerável, por sua vez, deriva do latim *vulnerabile* – que pode ser vulnerado – , “adjetivo comum de dois gêneros que se refere ao ponto pelo qual alguém pode ser atacado ou ferido”. E vulnerado, deriva do latim *vulnerare*, se refere a aquele que foi ferido ²⁸. De acordo com a conceituação dada por Ferreira vulnerabilidade refere-se tanto a potencialidade – vulnerabilidade – de ser ferido quanto a aquele que encontra-se ferido, mas não necessariamente sempre – suscetibilidade e, vulnerado, por sua vez, refere-se ao sofrimento concreto.

Para Anjos, “a vulnerabilidade pode se referir à humanidade, grupos sociais concretos e indivíduos”, pode se relacionar à suscetibilidade que todo ser humano tem de sofrer algum dano tanto individual como coletivo, podendo ter, no poder oriundo da tecnologia, um forte aliado, especificamente no que se refere à produção, ao consumo e à crescente violência ²⁹. Conforme o referido autor, “o *ethos* cultural contemporâneo, entusiasmado com o poder, pretende esquecer a própria condição humana de vulnerabilidade” ³⁰. Ademais, o avanço das ciências e das técnicas sugere dúvidas com relação à autonomia de seus usuários, pois, ao mesmo tempo em que o domínio científico identifica e permite o enfrentamento das vulnerabilidades, também serve para explorá-las, podendo, inclusive, responsabilizar as vítimas por suas próprias feridas, contribuindo, assim, para a perpetuação da situação de vulnerabilidade ³¹ – que equivale a vulneração propriamente dita.

A vulnerabilidade também pode ser entendida do ponto de vista da ética da responsabilidade, tematizada por Levinas e Jonas. Para o primeiro, a vulnerabilidade se define na subjetivação em que o eu é inseparável, do ponto de vista moral, do outro; recebe sua legitimidade de agir pelo outro, isto é, de mostrar que “sofrer pelo

outro é ser responsável por ele, suportá-lo, estar em seu lugar, consumir-se por ele”³². Melhor dizendo, o eu é sempre devedor do outro. Em outros termos, para Levinas, a vulnerabilidade é abertura e, como tal, pode ser entendida em três sentidos: 1- como abertura de todo objeto a todos os outros; 2- como intencionalidade no sentido heideggeriano da consciência – um êxtase no ser que anima a consciência, a qual é chamada pela abertura original da essência do ser a desempenhar um papel neste drama da abertura, ou seja, “o mundo da presença libera, portanto, entes que não apenas se distinguem dos instrumentos e das coisas mas que, de acordo com seu modo de *ser de presença*, são e estão ‘no’ mundo em que vêm ao encontro segundo o modo de ser-no-mundo”³³; 3 – como abertura, pois “a abertura é o desnudamento da pele exposta à ferida, à ofensa”³⁴. Nesse sentido, o eu é entendido como pura vulnerabilidade frente ao outro. Todavia, nela, o eu se encontra na relação com o outro, vivenciando, assim, a proximidade do outro. Em suma, é pela subjetivação que o eu se torna vulnerável à situação do outro, e, desse modo, pode se colocar no lugar dele, sabendo, entretanto, de antemão, que nunca poderá identificar-se com a experiência do outro.

Já para Jonas, a vulnerabilidade constitui a condição natural de todo ser vivente; não somente do homem, mas de todo ser vivo e de toda a natureza. De acordo com esse autor, a vulnerabilidade da natureza, provocada pela intervenção técnica do homem, levou à idéia de dever humano para com sua preservação, isto é, à idéia da responsabilidade para com a natureza e, de forma mais geral, ao dever de escolher o ser no lugar do nada³⁵. Nas palavras de Jonas, o conceito de responsabilidade implica

‘um dever’– em primeiro lugar, um ‘dever ser’ de algo, e, em seguida, um ‘dever fazer’ de alguém como resposta àquele dever ser. Ou seja, em primeiro lugar, encontra-se o direito intrínseco do objeto. Somente uma reivindicação imanente ao Ser pode fundamentar objetivamente o dever de uma causalidade do Ser transitivo (indo de um ser ao outro). A objetividade precisa realmente vir do objeto³⁶.

Em outros termos, responsabilizar-se pelo outro e conservar as condições de vida dos candidatos a um universo moral no mundo físico do futuro.

Já para Schramm, “[a] vulnerabilidade [deveria ser vista como] uma categoria *sui generis* que pode ser aplicada a qualquer ser vivo que, enquanto tal, pode ser ferido [...], mas não necessariamente o será”³⁷. Por isso, o referido autor distingue

vulnerabilidade e *vulneração*, considerando a primeira uma característica universal de qualquer humano, dos animais (sencientes ou não) e dos sistemas vivos, como os ecossistemas, ao passo que a segunda refere-se ao efetivo estado de necessidade concreta e atual. No caso da *ética da proteção*, é o estado de vulneração do indivíduo que norteará as ações de proteção, visto que a proteção se aplica essencialmente aos “sujeitos que não têm condições de exercer sua autonomia ao fazerem escolhas que dizem respeito às suas existências”³⁸. Assim sendo, a vulneração refere-se àqueles sujeitos que não têm condições objetivas e/ou subjetivas necessárias para ter uma qualidade de vida que possa ser considerada satisfatória por qualquer ser humano razoável. Dentre as condições objetivas, estão aquelas relacionadas às “capacidades de satisfazer às necessidades e exigências legítimas, tais como: moradia, educação, acesso aos serviços de saúde e liberdades básicas”; e, dentre as condições subjetivas, estão “a competência cognitiva e emocional para ‘cuidar de si’, exercer suas capacidades de maneira autônoma e responsável”³⁹. Nesse sentido, conforme assevera Schramm, utilizar a categoria *sui generis* de vulnerabilidade para referir-se aos sujeitos que se encontram em situações concretas de vulneração constituiria um erro lógico e de semântica⁴⁰.

Apesar de haver a necessidade dessa diferenciação, o termo vulnerabilidade é utilizado nos principais documentos nacionais (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS) e internacionais (como Declaração de Helsinque), para indicar não as situações potenciais, mas as atuais, como no caso de pesquisas envolvendo determinadas populações que, além de genéricas condições de vulnerabilidade, apresentam ainda características específicas de ‘vulneração’ (situação de necessidades atuais como, por exemplo, a população pobre de cidades do interior do semi-árido nordestino). Essa falta de distinção, embora consagrada pela literatura internacional referida, pode ter consequências práticas indesejáveis, pois a mera vulnerabilidade (como riscos de adoecimento por exposição a fatores ambientais) e a efetiva vulneração (como o adoecimento de fato) não podem ser confundidas, visto que se referem a realidades diferentes, que implicam intervenções também diferentes⁶.

Para Schramm, tal erro na utilização das categorias “vulnerabilidade” e “vulneração” teria, como consequência, “a falta de conhecimento da pertinência de determinadas características em situações concretas”⁴¹. No entanto, o autor

argumenta também a favor do uso da categoria vulnerabilidade para todos os casos, primeiro porque saussurianamente é o uso que faz a regra, segundo, porque o termo é universalmente utilizado – só restando aceitá-lo como é, apesar da crítica do ponto de vista semântico e da análise conceitual. Isso justificaria o uso do termo vulnerabilidade em todos os casos, visto que os principais documentos referentes à ética em pesquisa assim o fazem, devido à consagração do termo genérico pelo uso, ou melhor, pelo senso comum, e, também, devido à impossibilidade de distinguir, em muitos casos, entre riscos potenciais e atuais, gerados pela vida em sociedade globalizada, que produz, cada vez mais, riscos estruturais para todos. Em suma, porque os riscos estruturais, de fato, tornariam a todos suscetíveis, mas não necessariamente vulnerados, o que provavelmente tornaria a todos também destinatários de alguma forma de proteção. Por isso, admite-se pensar a Bioética da Proteção de duas maneiras: a *strictu sensu* e a *lato sensu*. A primeira visa dar amparo aos sujeitos e populações que não possuem competência – ou capacidade – suficiente para realizar seus projetos de vida e viverem uma vida digna no sentido preconizado pela cultura dos direitos humanos; a segunda parte da “premissa de que existem interesses coletivos e ecológicos que não podem ser subsumidos a interesses de indivíduos ou de grupos humanos particulares” para ocupar-se das condições necessárias à sobrevivência da própria espécie humana ⁴².

No contexto da saúde pública, dentre as definições mencionadas, aquela que mais se relaciona com a análise da vulnerabilidade no Planejamento Familiar é a proposta por Schramm, visto que as definições das categorias “vulnerabilidade” e “vulneração” se referem a indivíduos e coletividade em seus contextos reais, naturais, culturais e sociais, a saber: a vulnerabilidade a uma situação potencial e a vulneração a uma situação em ato (ou *de facto*) ⁴³. Também fica patente nesse autor – e no princípio da proteção – a referência, pelo menos implícita, ao princípio da responsabilidade – entendido levisianamente como o responder à demanda vinda do outro e, jonasianamente, como o responder perante o ser – para tratar das questões relacionadas à vulnerabilidade amplamente entendida; ou seja, para incluir, nesse responder amplamente entendido, os vários sentidos implicados pelas categorias de “vulnerabilidade”, “susceptibilidade” e “vulneração”. Ademais, o autor considera o princípio da autonomia como “divisor de águas” para definir o estado de necessidade que implica a proteção, visto que seres autônomos não seriam propriamente objeto de proteção. Por outro lado, seria o princípio da beneficência o mais marcante para

proteger indivíduos vulnerados e populações de vulnerados; isto é, não propriamente autônomos, desde que tal princípio seja utilizado para gerar condições de possibilidade para a recuperação e para o exercício da autonomia considerado satisfatório. Schramm justifica, ainda, que a autonomia pode ser limitada pela necessidade de proteção. Melhor dizendo, quando, de fato

os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela ⁴⁴.

Por fim, se considerou a “vulnerabilidade”, “suscetibilidade” e “vulneração”, tripartição dada Schramm e Kottow. A primeira se refere aos que conseguem – pelo menos em princípio – enfrentar a condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes ⁴³; a segunda, a aqueles que circunstancialmente podem ser afetados ⁸ e, a terceira, aos que não possuem condição de enfrentar sua condição existencial autonomamente ⁴³. Por isso, as usuárias do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar foram considerados inicialmente genericamente vulneráveis, suscetíveis ou vulnerados..

Assim, no que diz respeito à análise da categoria “vulnerabilidade”, referente aos usuários do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar, consideraram-se os conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração para discutir e verificar o grau de necessidades expressas pelas destinatárias e assim responder às seguintes questões: como o Planejamento Familiar está utilizando as ferramentas para proteger a saúde sexual e reprodutiva de seus destinatários? As ações respondem à necessidade de proteção desses destinatários?

2.2 O PRINCÍPIO DA RESPONSABILIDADE

Conforme Schramm, a responsabilidade protetora implica necessariamente o controle dos resultados das políticas públicas adotadas, o dever da eficácia como condição “para intervir legitimamente na vida dos cidadãos, inclusive limitando a

autonomia pessoal diante do bem comum, quando isso for necessário e não houver outros meios”⁴⁵.

Schramm e Kottow são os artífices da formulação da Bioética da Proteção. Ambos, preocupados em encontrar uma ferramenta mais adequada para enfrentar os problemas morais relacionados à saúde pública e, ao mesmo tempo, gerar acordos entre usuários, sanitaristas e bioeticistas, propuseram o princípio ético da proteção. Para tanto, inicialmente demonstraram a inadequação do modelo principialista, quando aplicado aos conflitos morais vigentes no campo da saúde pública, e, em seguida, iniciaram a busca de um princípio ético mais adequado, analisando o *princípio de solidariedade* de Callahan e a “ética da responsabilidade” de Jonas (entendida como responsabilidade ôntica) e de Levinas (entendida como responsabilidade diacônica)²⁶.

A bioética principialista é criticada porque reduz a moralidade das práticas em saúde pública ao âmbito da ética biomédica. Com efeito, seus quatro princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – referem-se a interações entre indivíduos, tal como se dão na relação médico/paciente ou entre o investigador e o participante de uma pesquisa. Mas, assim fazendo, omitem-se as novas questões éticas decorrentes dos avanços técnicos e biotécnicos atuais e do campo mais amplo das ciências da vida e da saúde; além de não ter em devida conta a transição epidemiológica que afeta as sociedades desenvolvidas e subdesenvolvidas, e que, dessa forma, acarretam novas questões éticas para o campo da bioética, como são aquelas da saúde pública. Schramm e Kottow criticam o principialismo pelas seguintes razões: primeiro, descuida da especificidade que enfrenta a saúde pública e, segundo, o referente universal de saúde pública são as medidas coletivas de prevenção e de cobertura que não necessariamente passam pela relação interpessoal médico e paciente ou entre prestador de serviço e usuário²⁶.

Desse modo, a redução da moralidade em saúde pública ao âmbito da ética biomédica é criticável porque nas políticas públicas trabalha-se com riscos e complicações de grandes magnitudes dificilmente quantificáveis, razão pela qual se tornam extremamente difíceis predições que permitam orientações morais pelo modelo principialista nos comportamentos apropriados, no sentido de minimizar os efeitos negativos²⁶. Pode-se dizer, portanto, que se torna inadequada a aplicação do modelo principialista aos problemas sanitários.

Por sua vez, o princípio de solidariedade, proposto por Callahan, constitui-se no esforço de todos para com o bem coletivo, para minimizar sofrimentos e proteger. Para o referido autor, é pelo princípio da solidariedade que se poderia pensar em uma medicina equitativa e sustentável ⁴⁶. No entanto, Schramm e Kottow demonstram que o “princípio da solidariedade” de Callahan é também insuficiente, sobretudo para legitimar políticas de alocação de recursos, reconhecidamente finitos e escassos em qualquer sistema sanitário conhecido. Ainda que esse princípio implique o esforço de todos para minorar os infortúnios, para defender-se das agressões, para construir um sistema de proteção para o alcance de bens comuns, no qual esteja implícita a igualdade, torna-se assimétrico diante das várias necessidades e dos complexos problemas de saúde; ou seja, a solidariedade, genericamente entendida, manifesta-se, nos casos concretos, de forma desigual, pois é limitada pela heterogeneidade de fatores e pela multiplicidade de elementos que afetam a problemática da saúde ²⁶.

O princípio da responsabilidade ôntica de Jonas, por outro lado, tem o sentido da responsabilidade do agir humano para com seus efeitos referentes à continuidade da própria vida humana sobre a Terra. Como escreve o autor: “há um dever contido de forma muito concreta no Ser do homem existente; sua faculdade de sujeito capaz de causalidade traz consigo a obrigação objetiva sob a forma de responsabilidade externa” ⁴⁷. Dito de outro modo, há a transferência de um ‘eu’ individual para um ‘todos’. Com relação à ética da responsabilidade de Jonas, Schramm e Kottow assinalam, inicialmente, que a princípio poderia dar conta dos problemas morais em saúde pública, visto que o autor põe na sua concepção de ética o dever de responsabilidade com a totalidade do ser, preservando-o do processo de aniquilamento ²⁶. Com efeito, para Jonas é “na medida em que, vivendo entre seres humanos, sou responsável por alguém e também sou responsabilidade de outros” ⁴⁸. Todavia, Schramm e Kottow mencionam três argumentos que a tornariam impraticável.

I– Visto que a responsabilidade se refere a entes que devem ter caráter individual, não se pode entender por que poderia guiar atos que carecem de objetivos e atores identificáveis, como seria o caso das políticas de saúde pública que se destinam a populações nem sempre claramente definidas e identificáveis.

II– As consequências da prudência dos nossos atos e a frugalidade nas tentativas de satisfazer nossas pretensões diante das situações de incerteza

geradas pelo desenvolvimento tecnológico, da destruição ambiental e das condições de vida de gerações futuras, poderiam ter efeitos incalculáveis, como o desemprego massivo que, do ponto de vista da alocação de recursos em saúde, levaria a uma menor cobertura para os desprotegidos. Com efeito, se há aumento no desemprego, haverá menor arrecadação e maior demanda por serviços. Com o menor fluxo de capital de investimento em recursos para a saúde, aumentará o número de cidadãos carentes do serviço e desprotegidos porque as ações de saúde pública não serão minimamente suficientes.

III– Os dados quantitativos e os valores fidedignos de técnicas de diagnóstico e prognóstico desenvolvidas no campo da biomedicina não seriam suficientes para aplicá-los, indistintamente, ao âmbito da saúde coletiva, uma vez que se torna difícil detectar os vínculos causais entre atos individuais e consequências coletivas a fim de assinalar as responsabilidades dos envolvidos ²⁶.

Nesse sentido, a *responsabilidade* de Jonas não poderia dar conta das ações de saúde coletiva, por não considerar o princípio de equidade, princípio moral que norteia – ou ao menos deveria nortear – as ações da saúde pública. Nesse contexto, haveria de fato transgressão do princípio de equidade, uma vez que os vínculos e os fatores causais individuais das doenças são detectados somente pela inter-relação médico/paciente. Assim, não se pode aplicá-lo ao âmbito coletivo, pois não pode haver ações referentes ao maior número possível de necessitados com apenas o uso de referenciais individualizados. Dessa forma, o princípio da responsabilidade não pode funcionar como princípio moral legítimo por não ter um destinatário da ação, nem fatos fidedignos aos quais aplicar a avaliação moral ^{4, 26}.

Por sua vez, a responsabilidade diacônica de Levinas relaciona-se à responsabilidade conferida ao eu pelo outro. Nas palavras do autor: “aí onde eu teria podido permanecer como espectador, eu sou responsável, em outros termos, tomo a palavra” ⁴⁹. No Eu, o questionamento de si é precisamente o acolhimento do absolutamente Outro: “o Eu diante do Outro é infinitamente responsável, isto porque ninguém pode permanecer em si: a humanidade do homem, sua subjetividade, é uma responsabilidade pelos outros, uma vulnerabilidade extrema” ⁵⁰. Entretanto, conforme Schramm e Kottow, é difícil entender também como uma responsabilidade diacônica poderia transladar-se para o âmbito das políticas públicas de prevenção e promoção, visto que nela o Outro convoca o Eu a assumir uma responsabilidade incondicional que só pode ocorrer, e sempre, em assimetria ²⁶.

Nesse contexto, a responsabilidade ôntica e a diacônica “são assumidas livremente obedecendo a um dever imperfeito, uma virtude relativa a um ‘perfeccionismo’ de uma conduta moral individual”, pela qual não podem ser consideradas deveres propriamente ditos em sociedade seculares e laicas⁵⁰. Com efeito, nenhuma das duas é fruto de uma solicitude explícita, mas, sim, da “vulnerabilidade” do sujeito que insinua uma necessidade de amparo oferecido por um agente moral. Com isso, “[a] responsabilidade [...] deixa de ser uma obrigação de responder a alguém por um direito, para tornar-se um ato ético super-erogatório demasiado forte para ser requerido por uma única ética convencional”⁵¹. Dessa forma, os dois autores sugerem que *o princípio da responsabilidade seja substituído pelo princípio da proteção*.

2.3 A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

De acordo com Schramm e Kottow, para se poder falar de um princípio de proteção e distingui-lo de outros princípios, devem ser respeitadas as seguintes condições:

Gratuidade, no sentido de existir um compromisso *a priori* de assumir atitudes protetoras;
 Vinculação, no sentido de que uma vez livremente assumida se converta em um compromisso irrenunciável;
 Cobertura das necessidades entendidas desde o afetado⁵¹.

Por isso, o Estado deveria assumir obrigações sanitárias que implicam a vertente de ética da responsabilidade social, chamada Ética da Proteção ou Bioética da Proteção. Assim, a proteção pode ser vista como uma proposta de cuidar da cidadania com vistas a prevenir enfermidades e fomentar um meio ambiente saudável. No entanto, ela não deve ser confundida com paternalismo beneficente, pois, em princípio, o agente protetor não pode atuar sem o consentimento da população²⁶. Em outros termos, ainda conforme Schramm e Kottow, o princípio da responsabilidade não pode ser aplicado de forma operativa em ações coletivas nem em políticas sanitárias porque tanto os agentes quanto os afetados não podem ser claramente identificados; porém, a proteção resgata o princípio da responsabilidade, pois recupera o sentido de responder voluntariamente às necessidades dos outros e,

também, porque se preocupa com a eficácia e a efetividade das medidas de proteção sanitárias adotadas.

Desse modo, as políticas de proteção, como propostas aceitas frente às necessidades sanitárias, tornam-se obrigatórias e, com isso, permitem o cumprimento das medidas protetoras. Contudo, alertam os autores, o princípio da proteção não é reduzível à beneficência ou a algum tipo de paternalismo, conforme já se expôs. Com efeito, a legitimidade moral da beneficência depende da evolução do afetado, único agente moral que pode decidir se um ato o terá beneficiado ou não, como paciente moral. Schramm e Kottow também justificam a submissão da autonomia individual com os requerimentos do bem-estar coletivo; assim, a restrição da autonomia é inevitável na legitimação das ações sanitárias e dos atos protetores²⁶.

Dessa forma, diante da proposta de proteção do Programa de Planejamento Familiar, foi pertinente a utilização da Bioética da Proteção porque, como medida de intervenção legítima do Estado, o Planejamento Familiar deve proteger a saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e casais, pois, ao mesmo tempo em que tem o dever de beneficiar seus destinatários, deve cuidar para que os meios necessários sejam utilizados para a efetividade do programa. No entanto, diante das atuais ações desenvolvidas pelo Programa de Assistência ao Planejamento Familiar nos ambulatórios e nas maternidades públicas de Teresina, considerando seu papel de proteção, em que medida seus deveres de proteção se efetivam? Em que medida a responsabilidade social de proteger é cumprida pelo referido programa?

Concluindo este capítulo, tais questões elegeram a Bioética da Proteção como ferramenta para analisar a moralidade das ações desenvolvidas pelo Programa de Assistência ao Planejamento Familiar, uma vez que, de acordo com o princípio da proteção, o Estado deve assumir obrigações sanitárias para com o bem-estar, obrigações que implicam uma ética da responsabilidade social chamada ética da proteção²⁶.

CAPÍTULO II

1 A METODOLOGIA

1.1 O DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo foi delineado como qualitativo, porque teve como meta reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da interpretação ⁵². Para isso, foram utilizadas as seguintes ferramentas: a estatística descritiva e a análise de conteúdo. Na estatística descritiva, a análise dos dados consiste na descrição geral da distribuição das variáveis, ou seja, no caso, foi realizada a distribuição das frequências das variáveis nominais: estado civil, idade e escolaridade ⁵³. A análise de conteúdo, por sua vez, busca o conhecimento de variáveis, que podem ser de ordem psicológica, sociológica, histórica, dentre outras, por meio de mecanismos de dedução ou inferência; ou seja, trabalha a palavra e suas significações definidas em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento ⁵⁴.

1.2 O CAMPO DE COLETA DE DADOS

O trabalho de campo desenvolveu-se nos ambulatórios e nas Maternidades Públicas de Teresina-PI, situados dentro de três (03) grandes hospitais, localizados em zonas estratégicas dessa cidade. Escolheu-se intencionalmente esse campo para a coleta de dados, após prévia consulta à Secretaria Municipal de Saúde, a qual considera zonas estratégicas aquelas que abarcam grande parcela da população nos atendimentos. Tais zonas localizam-se em grandes bairros situados no Sul, no Leste e no Norte da cidade. Não se

mencionou o ponto Oeste porque, neste, Teresina faz fronteira com o Estado do Maranhão.

1.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram 158 usuárias dos três hospitais, o que correspondeu, especificamente, ao total de 68 usuárias no Hospital A, 64 no Hospital B e 26 no Hospital C. O tamanho da amostra baseou-se na estimativa anual de atendimento dos três Hospitais: A (3.916), B (3.916) e C (720) e correspondeu, nos Hospitais A e B, a 20,9% do atendimento mensal, e no Hospital C correspondeu a 43,3% do atendimento mensal. A margem de erro da pesquisa foi de 7,7% para o nível de confiança de 95% utilizado neste estudo. Os gestores e a equipe multidisciplinar também participaram da pesquisa e, com relação a esses agentes, utilizou-se o critério de escolha intencional, pois se buscou ouvir todos os profissionais que no cenário estavam envolvidos diretamente com as ações do Programa. Os participantes do Hospital A foram: o diretor, a gerente de enfermagem, um nutricionista, a assistente social e um enfermeiro. No Hospital A existia mais de um nutricionista, mas apenas um tinha contato direto com as usuárias; no caso do enfermeiro somente um, entre os plantonistas que se revezavam no atendimento na maternidade, disponibilizou-se a responder à entrevista. Com relação aos demais profissionais do Hospital A, só existia um responsável pela gestão e um gerente de enfermagem. No Hospital B, os participantes foram: o diretor, o gerente de enfermagem, um nutricionista, o único que atendia às mulheres em estado puerperal, e um enfermeiro, encarregado na maternidade das informações sobre amamentação e sobre cuidados na higiene. Dos demais participantes do Hospital B, somente um ocupava a função. No Hospital C, participaram o diretor do Hospital, a assistente social e a gerente de enfermagem. No referido Hospital não se registrou a presença de profissionais da nutrição e da enfermagem que atuassem diretamente na assistência às gestantes, às puérperas ou às mulheres que procuram o serviço ambulatorial.

1.3.1 Os Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes

No estudo, foram incluídas tanto as usuárias que procuraram o serviço ambulatorial e que se dispuseram a responder ao questionário no momento em que a pesquisadora as convidava, bem como as usuárias na fase puerperal e/ou em processo de abortamento, internadas nas maternidades. Não houve critério de exclusão, pois se procurou ouvir o maior número possível de usuárias por visita ao campo de coleta de dados – nos ambulatórios e maternidades. Com relação à equipe multidisciplinar, foram incluídos os profissionais que trabalham diretamente com as ações do Planejamento Familiar, no caso: diretores dos hospitais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas. Excluíram-se os profissionais que não tinham tempo disponível para responder à entrevista, pois ela era aplicada no local e horário de trabalho – no caso, os médicos.

1.4 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma entrevista estruturada composta por seis questões – destinadas às usuárias. As quatro primeiras perguntas tinham como variáveis dados pessoais, o estado civil, o sexo, a idade e a escolaridade e as duas últimas relacionavam-se à percepção acerca das atividades e ações desenvolvidas pelo Programa de Assistência ao Planejamento Familiar (Apêndice C). Com relação aos gestores e equipe multiprofissional, utilizou-se uma entrevista estruturada composta por oito perguntas, em que as duas primeiras continham variáveis de identificação da função desenvolvida pelo profissional e as demais inquiriam sobre as ações desenvolvidas relacionadas ao Programa de Assistência ao Planejamento Familiar (Apêndice D). As usuárias foram entrevistadas em dois cenários: o primeiro foi o setor ambulatorial, e as entrevistas ocorreram no momento em que as usuárias saíam das palestras educativas e/ou marcavam, aguardavam ou saíam das consultas médicas; o segundo cenário foi as enfermarias

das maternidades, e as entrevistas ocorreram no horário definido pelo responsável pelo setor. As entrevistas com os gestores e profissionais foram realizadas em seus respectivos locais e horários de trabalho.

1.4.1 O Tratamento dos Dados

Os dados das questões das entrevistas que continham variáveis nominais, estado civil, idade e escolaridade, tiveram suas frequências percentualizadas de acordo com a estatística descritiva. As demais questões das entrevistas das usuárias, gestores e equipe multiprofissional foram tratadas com base na análise de conteúdo, que, segundo Bardin, é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁵⁵.

Inicialmente foram transcritas todas as respostas dadas à entrevista. Assim, as entrevistas constituíram-se no *corpus*, isto é, “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”⁵⁶. Foi utilizada a regra de representatividade, pois se considerou como referência o número de atendimentos realizados em cada hospital para definir a quantidade de depoentes. A codificação consistiu na segunda fase, primeiramente na coleta das percepções das usuárias, gestores e equipe multiprofissional sobre as ações do Planejamento Familiar desenvolvidas no cenário, por meio das respostas transcritas no momento em que eram dadas na entrevista. Em seguida se categorizaram as respostas de acordo com o conteúdo delas e, para isso, utilizou-se a regra de enumeração para verificar a frequência com que atividades relacionadas à manutenção da saúde sexual e reprodutiva eram mencionadas, assim como aquelas referidas às atividades relativas ao Programa de Assistência ao Planejamento Familiar implantadas e implementadas. Por fim, de acordo com os dados das respostas dadas foi possível fazer inferências sobre as percepções das usuárias, gestores e equipe multiprofissional acerca do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar. Após o tratamento, apresentaram-se os dados referentes às variáveis nominais, em forma

de figuras e tabelas, e às demais questões pelas categorias obtidas, acompanhadas, quando necessário, das respectivas falas.

1.5 OS CRITÉRIOS ÉTICOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2009, nos períodos de manhã e de tarde, duas vezes por semana; após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial-FACID (Anexo E), cujo número do protocolo foi 177/09, aprovado em 10/08/09, conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁵⁷.

CAPÍTULO III

1 OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO

1.1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Considerando as questões norteadoras deste trabalho, expostas no referencial teórico, como resultados, foram obtidos os dados apresentados a seguir, os quais receberam tratamento da estatística descritiva e da análise de conteúdo. Por questões de clareza e coerência com o delineamento da pesquisa – e de acordo com a abordagem qualitativa adotada –, alguns comentários realizados nas entrevistas e aqueles julgados importantes foram transcritos conforme os depoimentos das usuárias. Inicialmente, foi prevista a participação do sexo masculino; porém, no campo de coleta de dados, a presença do sexo masculino registrou-se somente no setor ambulatorial – um homem que acompanhava sua companheira e este se recusou a participar da pesquisa.

Tal fato é, provavelmente, produto de um recorte da visão patriarcal do homem sobre a saúde, especificamente, sobre a saúde sexual e reprodutiva. Esse recorte também, de acordo com Narvaz e Koller, pode estar refletindo os valores patriarcais nos papéis familiares que atravessaram o tempo e ainda estão presentes, embora se registrem conquistas sociais expressas, por exemplo, na lei que regula a igualdade entre homens e mulheres, especificamente expressa na Constituição Federal ⁵⁸. Disso também, pode-se depreender que os homens se acham provavelmente invulneráveis e delegam à mulher a responsabilidade de cuidar da saúde do casal e da família.

1.2 O PERFIL DA USUÁRIA

Os dados obtidos por meio das variáveis nominais idade, estado civil e escolaridade subsidiaram traçar o perfil da usuária.

Além das casadas e solteiras, o estado civil contemplou também aquelas com parceiros frequentes, união estável e viúvas, classificados coletivamente como “outros”. Considerando os três hospitais juntos, a opção “casado” fez a frequência de 86, o que correspondeu ao percentual de 54,4%, que constituiu o maior grupo, seguido pela opção “solteiro”. Isso quer dizer que, para as usuárias, o fato de terem parceiro faz com que procurem o serviço, seja porque têm um vínculo formal, seja porque necessitam da assistência por estarem grávidas ou carecerem de cuidados com a saúde sexual. A mesma ordem de frequência (casados, solteiros e outros) reproduziu-se nos três Hospitais, quando os dados foram segmentados por unidades de atendimento, conforme indica a Tabela 1.

Tabela 1 – Estado civil das usuárias, Teresina-PI - 2010

Hospital	casadas	%	solteiras	%	outras	%	Total
Hospital A	40	58,8	20	29,4	8	11,8	68
Hospital B	33	51,6	23	35,9	8	12,5	64
Hospital C	13	50,0	7	26,9	6	23,1	26
	86	54,4	50	31,6	22	14,0	158

Pela tabela acima, depreende-se que as usuárias aparentemente apresentaram discernimento sobre a assistência e que, quando necessitam, buscam-na, pois é um direito que lhes assiste. Assim se pode entender a observância aos artigos 196 e 226 da Constituição, bem como à Lei nº 9.263/96^{1,2}. Todavia, o Planejamento Familiar, pelo exposto nos dados coletados, não cumpre a prerrogativa de universalidade, uma vez que os dados evidenciaram a proteção maior às casadas que se encontram no ciclo gravídico-puerperal, deixando, desse modo, homens e adolescentes de fora, bem como as mulheres que não se encontram nesse estado.

Apesar de o universo da pesquisa ter sido os ambulatórios e as maternidades – locais em que há concentração do público feminino –, consideraram-se inicialmente as hipóteses: 1- de que no ambulatório haveria presença do público masculino, também público alvo das ações propostas pelo Planejamento Familiar; 2- no ambulatório haveria disponível a assistência à concepção, à contracepção e à prevenção de DSTs, que, de fato, atingisse a mulheres, homens e casais, hipótese que também não se confirmou. Todavia se constatou a presença de ações direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal, pois a condição para que as mulheres gestantes façam as consultas com os ginecologistas e obstetras é terem assistido às palestras que abordam temas como gestação, DSTs, amamentação e contracepção. Por outro lado, as mulheres que não estavam grávidas apenas marcavam as consultas ou estavam ali para falar com o médico porque, ou era o momento de realização das consultas periódicas, ou se sentiam doentes. Dessa forma, infere-se que o princípio de igualdade não se cumpre, pois a assistência é concentrada apenas no público feminino e carece ser utilizado no sentido de equidade – tornando possível a justa oportunidade de todos usufruírem a assistência em saúde.

O dado acima se confirma pelo estudo, realizado em capitais das regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, sobre o uso de contraceptivos, em que se constatou a tendência de o Planejamento Familiar ficar no plano secundário, visto que há maior ênfase na assistência às mulheres na fase gestacional e pós-parto, inclusive porque os profissionais não percebem esse programa como parte da atenção básica, além de constatarem a carência de um sistema de referência para as ações, pois não havia oferta de tratamento para a infertilidade, tampouco alternativa para encaminhar a usuária para receber assistência ⁵⁹. Tal carência de um sistema de referência poderia estar relacionada às assim chamadas insuficiências da atenção à saúde no Brasil, tais como falta de efetividade – quando há incoerências dos resultados e das ações com os objetivos propostos – nas ações de saúde pública, má gestão dos recursos e dos programas, falta de foco nos sujeitos das ações e nas características individuais familiares, assim como a falta de consideração dos valores daqueles que compõem as famílias, e a conseqüente adoção do modelo verticalizado e paternalista ⁶⁰. Pode-se dizer, então, que a existência de tais fatores intervenientes compromete a eficiência e a efetividade das ações planejadas como estratégias protetoras e, nesses fatores intervenientes, a

insuficiência na cobertura demonstrada pelo presente estudo está diretamente implicada.

Ademais, no contexto das insuficiências, estão o despreparo dos profissionais para lidar com as orientações sobre métodos contraceptivos e, também, as deficiências na ajuda financeira dada às famílias por programas como o auxílio maternidade, fato este que as leva a lidar com seus problemas de forma imediatista, sem que se preocupem com o futuro e a qualidade de vida da prole ⁶⁰. Tal medida é um bom exemplo de estratégia aparentemente protetora, mas que deveria ser considerada de fato paternalista e pode ser vista como mais uma forma de estigmatização autoritária.

A estigmatização autoritária pode estar relacionada a fatores como visão patriarcal ainda reinante nas políticas públicas, principalmente quando se trata da saúde sexual e reprodutiva; processo de responsabilização integral da mulher pela saúde sexual e reprodutiva; limitação no acesso igualitário de homens, mulheres e casais ao Planejamento Familiar; insuficiente mobilização profissional na promoção de ações mais completas, além, é claro, da responsabilidade dos gestores em de fato efetivar as ações através da otimização de recursos financeiros e humanos.

Na variável nominal “faixa etária”, a maior procura pelos serviços concentrou-se na faixa etária de 17 a 26 anos, a qual obteve a frequência de 72 e correspondeu ao percentual de 45,6% – conforme indica o Quadro 1–, reduzindo-se à medida que avança a idade. Isso pode ser relacionado às atividades educativas divulgadas pelo Ministério da Saúde- MS, que associam diretamente ao jovem os cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e, não, ao ser humano de meia e terceira idade. Também pode ser observado o interesse pelo assunto nas abordagens das telenovelas e até nas propagandas veiculadas, inclusive algumas do MS, em que o enfoque centra-se em tal faixa etária.

Por outro lado, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres preconiza, dentre os passos para se alcançarem os objetivos relacionados à meta – Saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos –, aumentar em 30% a cobertura da população feminina na faixa etária de 35 a 49 anos para o exame Papanicolau ⁶¹. Isso significa que, com relação a tal aspecto da cobertura, no universo pesquisado não se busca atingir a faixa etária alvo.

Quadro 1 – Distribuição da faixa etária das usuárias

Faixa etária	Hospital A	%	Hospital B	%	Hospital C	%
12 a 16 anos	4	5,9	2	3,1	3	11,5
17 a 26 anos	36	52,9	26	40,6	10	38,5
27 a 36 anos	12	17,3	20	31,3	7	26,9
37 a 46 anos	10	14,7	7	10,9	5	19,2
47 a 56 anos	3	4,4	7	10,9	1	3,8
57 a 66 anos	3	4,4	2	3,1	0	0,0
Total	68	100	64	100	26	100

Os dados do presente estudo com relação à faixa etária, descritos no Quadro 1, confirmam os dados dos Cadernos de Informação em Saúde-Piauí, produzidos pelo IBGE em 2009 para o município de Teresina, cuja estimativa de população residente corresponde a 802.565 habitantes, com taxa de crescimento anual estimada para 2006-2009 de 0,0%; dessa população, 286.852 correspondem a mulheres em idade fértil na faixa etária de 10 a 49 anos, o que equivale à proporção de 67,5%⁶². Ou seja, a taxa de crescimento da população não se alterou, mas a referente às mulheres em idade fértil aumentou.

Também é válido ressaltar que os achados do presente estudo se relacionam aos dados da pirâmide etária, a qual apresenta o percentual da faixa etária residente em Teresina por sexo. De acordo com os indicadores demográficos de Teresina, na pirâmide etária destacam-se a faixa de 10 a 19 anos com os seguintes percentuais: para a população masculina, 37,101%; para a feminina, 37,939%. Para a faixa etária de 20 a 29 anos, apresentaram-se os seguintes percentuais: para a população masculina, 82,689%; para a feminina, 89,927%⁶². Isso significa que a pirâmide etária é mais larga na faixa etária de 10 a 19 anos e de 20 a 29 anos para ambos os sexos, mas com a estabilização da taxa de crescimento. Em algumas décadas, Teresina alcançará a taxa estimada para o Brasil, onde haverá o declínio das taxas de natalidade bem como a redução do número de jovens.

O que se pode inferir dos dados obtidos sobre a faixa etária das usuárias é que somente aquelas em idade reprodutiva procuram a assistência e, à medida que a idade avança, a procura pelo serviço se reduz. Isso significa que a procura pela assistência ainda está intimamente relacionada aos fatores reprodutivos e não às questões relacionadas ao direito à saúde de homens, mulheres e casais.

Com relação à variável escolaridade, foram considerados 1ª a 4ª série, 5ª a 8ª série, ensino médio e técnico, superior e outros (aqueles sem nenhuma escolaridade, analfabetos). Os 3 Hospitais apresentaram frequência maior para o ensino médio ou técnico, com frequência de 71 usuárias, correspondendo ao percentual de 44,9%; seguido de 50 de frequência, correspondendo a 31,6%, para o nível de escolaridade de 5ª a 8ª série. Observou-se a mesma tendência nos três Hospitais quando se segmentaram os dados, com apenas uma ligeira variação no Hospital C de acordo com o indicado na Tabela 2.

Tabela 2 – Nível de escolaridade das usuárias, Teresina-PI - 2010

Hospital	1ª a 4ª série %	5ª a 8ª série %	Ensino médio e técnico %	superior %	outros %
Hospital A	10,3	26,5	50,0	11,8	1,5
Hospital B	20,3	29,7	40,6	6,3	3,1
Hospital C	3,8	50,0	42,3	3,8	3,8
Total	13,3	31,6	44,9	8,2	1,9

Quase a totalidade das usuárias declarou ter algum tipo de escolaridade, apresentando frequência de 155, com o percentual correspondente a 98,0%. Isso representa que elas, em tese, sabem ler e escrever, e que tiveram acesso às informações gerais de formação e a um desenvolvimento cognitivo para entender e fazer escolhas conscientemente, ou seja, estão capacitadas ou são competentes para utilizar suas autonomias. Tais achados ratificam dados divulgados pelo IBGE, citados pelos Cadernos de Informações em Saúde-Piauí, e correspondentes à proporção da população residente alfabetizada por faixa etária, referentes a 1991 e 2000. Respectivamente, para os anos de referência, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou os percentuais de 89,7% e 95,0%; para a faixa etária de 20 a 49 anos, os percentuais foram de 82,9% e 89,4%; para a faixa etária de 50 anos a mais, percentuais de 55,4 % e 63,8 % ⁶². Esses dados equivalem a um aumento de escolaridade, para as faixas etárias de 20 a mais de 50 anos, mas não corresponde às capacidades expressas pelas usuárias.

Assim, embora reconhecendo a escolaridade declarada pelas usuárias, os índices divulgados pelos Cadernos de Informações em Saúde - Piauí ⁶², bem como a diferença entre a capacidade de entendimento e autodeterminação das participantes

e do pesquisador, inclusive, na forma de se expressar, durante a coleta de dados, perceberam-se dificuldades em comentar as perguntas das entrevistas. Isso demonstra uma fragilidade que muito influencia o processo de autodeterminação, e esta, por sua vez, é fator gerador de vulneração.

Os fatores geradores de vulneração devem-se, no mínimo, a três motivos: primeiro, as usuárias estão fora da faixa etária adequada para a escolaridade declarada; segundo, elas estão abaixo dos padrões mínimos de escolaridade cobrados para se ter uma boa relação com as exigências intelectuais de uma regular relação com a leitura; terceiro, há falta de informação suficiente para tratar da saúde sexual e reprodutiva de forma completa. Com isso, as usuárias estão expostas a fatores provocadores de danos por não terem discernimento suficiente com relação às informações e aos conhecimentos imprescindíveis à manutenção de sua saúde sexual e reprodutiva.

Resumindo, podem-se apontar como elementos caracterizadores do perfil das usuárias os seguintes pontos: quanto ao estado civil, a maioria delas tem um vínculo formal – casada; enquadram-se na faixa etária jovem e em idade reprodutiva; possuem escolaridade, mas encontram-se abaixo do padrão de normalidade para a faixa etária; têm discernimento limitado sobre a assistência ofertada pelo Estado com relação à saúde e podem ser categorizadas como vulneradas, o que exigirá dos gestores um olhar mais sensível para o perfil dessas usuárias, no sentido de melhorar as medidas protetoras adotadas.

1.2.1 Considerações Bioéticas

De fato, para Schramm, proteger significa, em primeiro lugar, dar amparo a quem não tem as capacidades para fazer isso sozinho; em segundo lugar, implica dar as condições para que o sujeito vulnerado ou que esteja em estado de suscetibilidade recupere alguma capacidade para se proteger sozinho (o que é indicado pelo termo *empowerment*, “empoderamento”, ou pelo termo “libertação”, de Paulo Freire) ⁴. Desse modo, o empoderamento implicará a geração de capacidades, que, para Sen, referem-se àquilo que é necessário para um indivíduo realizar-se e realizar seus projetos de vida razoáveis, e às potencialidades de

independência. Representa a oportunidade para uma pessoa buscar seus objetivos de forma autodeterminada²². Melhor dizendo, “realizar obviamente” – Sen – seria ter autonomia para realizar-se como ser humano, por meio da inclusão social obtida pelo desenvolvimento e pelo exercício das capacidades. No caso em foco (Planejamento Familiar), as capacidades estariam relacionadas à gestão da vida sexual e reprodutiva pelo próprio indivíduo.

Nesse sentido, Garrafa, ao analisar o tema inclusão social e politização da bioética, estabeleceu a distinção entre empoderamento, libertação e emancipação. O primeiro termo se relaciona com o conceito dado por Sen, ou seja, “estabelece a ponte entre os indivíduos, cuja corporeidade sustenta o processo de produção e reprodução social e a coletividade da qual (...) fazem parte ”⁶³. Isso seria – conforme o autor citado – o empoderamento que se refere tanto à capacidade de o indivíduo escolher, quanto à capacidade de responder à moralidade social, ao mesmo tempo em que reconhece a conexão entre humanos e demais formas de vida. A libertação, por sua vez, conforme Garrafa, “implica mais que o reconhecimento da existência do poder ”⁶⁴. Em outros termos, a libertação mostra o local de instalação das forças limitadoras e opressoras e, dessa forma, indica que os atores sociais possuem capacidade de agir e transformar o estado atual das coisas. Por fim, a emancipação refere-se “àquele que adquiriu *status* de maioria e passa a ser senhor e responsável pelos seus próprios atos ”⁶⁵, quer dizer, o poder sobre si mesmo, resultado de uma conquista e de uma real possibilidade de exercer o direito de decidir, não devendo existir a mera concessão.

Todavia, o sucesso das ações capacitadoras não se deve resumir apenas ao âmbito do dispositivo Planejamento Familiar, mas ao campo de um sistema de ações, sobretudo, da educação, das ações integradas e multissetoriais. Nesse sentido, de acordo com Berlinguer, quando se fala de ética como capacidade de escolha, das ações corretas de cada indivíduo e da ética do governo da coisa pública, é necessário se pensar no deslocamento do discurso moral – sem perder de vista a liberdade individual – para a esfera das motivações, finalidades e modalidades das escolhas coletivas que, por sua vez, podem substituir as escolhas conscientes²¹.

Assim sendo, o Estado deve assumir obrigações sanitárias que pressupõem a ética da responsabilidade social, chamada ética da proteção, que se refere também a indivíduos²⁶. A proteção pode ser vista, portanto, como uma proposta de

cuidar da cidadania com vistas a prevenir enfermidades e fomentar um meio ambiente saudável, sem ser confundida com paternalismo beneficente, pois, em princípio, o agente protetor não pode atuar sem o consentimento da população, consentimento que deve existir também no caso do indivíduo que se pretende proteger – mesmo que, a princípio, tal destinatário não possua a capacidade para se autoprotoger.

1.3 A CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS

De acordo com o delineamento adotado para este estudo, as questões da entrevista estruturada – destinada às usuárias – e os dados obtidos a partir da aplicação da entrevista estruturada – destinada aos gestores e à equipe multidisciplinar – foram transcritos e categorizados de acordo com as respostas dadas, conforme define a técnica de análise de conteúdo⁵⁴. Assim, inicialmente se apresentaram as duas (02) categorias obtidas a partir das repostas dadas pelas usuárias e, em seguida, as quatro (04) categorias obtidas das repostas dadas à entrevista.

1.3.1 A Percepção e a Prática das Usuárias acerca das Ações de Proteção Desenvolvidas pelo Planejamento Familiar

As capacidades de proteção geradas nas usuárias do Planejamento Familiar, expressas nas repostas dadas à entrevista, fornecem um visão panorâmica do nível da assistência e da “proteção” promovida pelo Planejamento Familiar.

Das repostas dadas às questões abertas, a categorização obtida foi: a) nível de conhecimento sobre a assistência e b) atividades relacionadas às orientações dadas, apresentados no esquema da Figura 1 . Das 158 usuárias que participaram da pesquisa, a frequência daquelas que não responderam a todas as questões da entrevista, correspondeu a 7 do Hospital A, 19 do Hospital B e 2 do Hospital C.

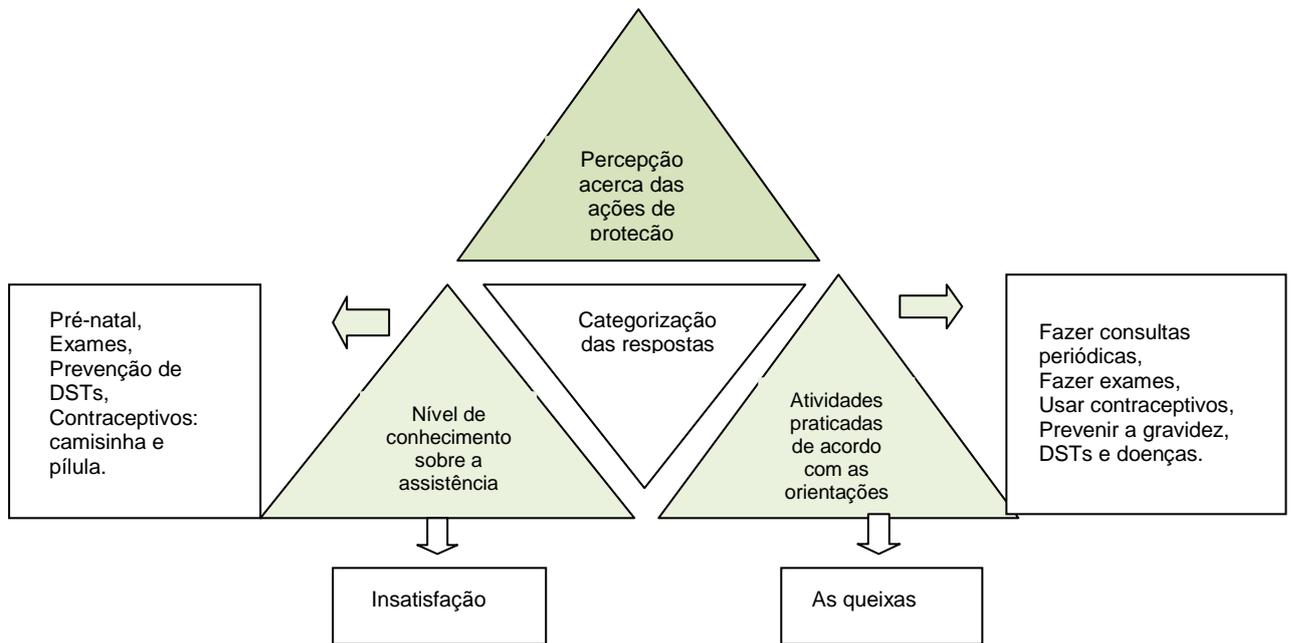


Figura 1 – A percepção das usuárias acerca das ações desenvolvidas pelo Planejamento Familiar

Na categoria “nível de conhecimento sobre a assistência”, infere-se que as usuárias têm conhecimento sobre a assistência nos aspectos: pré-natal ,exames, prevenção de DSTs e uso de contraceptivos. Isso pode ser constatado pelas respostas abaixo transcritas:

“Serve para evitar pegar DSTs.”

“Aprendi sobre o uso de contraceptivos”.

“Fazendo exames periódicos.”

Por outro lado, também pode constar nessa mesma categoria a subcategoria “insatisfação”, porque algumas usuárias manifestaram-se insatisfeitas com a assistência. Segundo elas, só recebem informação se perguntarem ou só sabem algumas informações porque ouviram na televisão. Isso está expresso nas falas a seguir:

“O que aprendi sobre prevenção foi na TV.”

“Aprendi muito pouco. As coisas só são informadas se a gente perguntar.”

Dessa categoria, conclui-se que as usuárias têm discernimento da assistência que o programa deve dar; porém, de forma insuficiente, porque o nível de proteção deveria ir além das ações relacionadas ao acompanhamento da gravidez que, obrigatoriamente, deveria englobar exames de DSTs e visitas periódicas ao médico, além de atividades educativas. Isto é, o que obrigatoriamente deve ser ofertado como assistência, segundo as Diretrizes do Manual de Assistência ao Planejamento Familiar ⁹, expressas pela Lei nº 9.263/96 ², de fato não é.

De acordo com a Lei 9.263/ 96, é dever do Estado, juntamente com toda a rede de assistência do SUS, garantir a assistência às mulheres, aos homens e ao casal em todos os seus ciclos vitais, incluindo como atividades básicas: a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto e ao neonato, o controle das DSTs e ainda o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis ². O que se pode verificar no presente estudo, de acordo com os depoimentos das usuárias, é que a atenção concentra-se no ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, ações mais efetivas relacionadas ao controle das DSTs ficam concentradas apenas na atenção às gestantes.

Outro aspecto destacável é o comentário das usuárias sobre o que aprenderam acerca do uso de contraceptivos, relatando que os ambulatórios só ofertam a camisinha e a pílula, porém a distribuição é desvinculada de qualquer atividade educativa permanente, a não ser as abordagens acerca do uso de contraceptivos realizadas nas palestras direcionadas às gestantes antes de suas consultas. Deste dado, pode-se inferir que o Art. 4º da referida Lei não é observado, pois não se verificou a existência de atividades permanentes dessa natureza, tampouco condições para que o acesso igualitário seja cumprido. Além do mais, ainda no que diz respeito ao Art. 4º, no que concerne ao acesso aos meios, métodos e técnicas disponíveis, o acesso é limitado à camisinha e ao contraceptivo oral ².

Por outro lado, as usuárias mencionaram que fazem exames e se previnem. Isto demonstra que, se as atividades educativas e a oferta de meios e técnicas fossem intensificadas, aumentariam as possibilidades de pleno cumprimento da garantia à proteção à saúde sexual e reprodutiva. Porém, tal problema implica variáveis como a capacitação e a disponibilidade de recursos humanos e a gestão e a oferta de recursos financeiros.

Na categoria “Atividades relacionadas às orientações dadas”, pode-se entender que as usuárias procuram seguir as orientações dos médicos como

periodicamente consultá-los, fazer os exames, usar anticoncepcional e camisinha, evitar a gravidez, não contrair DSTs e fazer a prevenção de doenças. Isto é, as usuárias tentam colocar em prática as orientações dadas. Se ficou clara a assimilação das orientações dadas, fica evidente que tanto essas orientações deveriam ser intensificadas, como o campo de abrangência deverá ser alargado; assim, as possibilidades de equalização da assistência seriam mais reais. A transcrição das falas a seguir demonstra tal fato:

“Prevenir de doenças.”

“Aprendi a cuidar mais do meu corpo na gestação.”

“Uso contraceptivo.”

“Ajuda a não pegar DST e a não ficar grávida.”

“Aprendi a fazer higiene.”

Como subcategoria foram registradas “as queixas”, em que as usuárias afirmaram colocarem em prática as orientações, mas nem tanto, porque as informações não são dadas de forma mais clara. Isso significa que as usuárias têm capacidade de fazer críticas e, se têm, não se encontram em estado de vulneração à primeira vista. Porém, não poderiam estar em estado de genérica vulnerabilidade porque se mostram dependentes do Programa e se submetem a consumir de forma passiva o que lhes é ofertado, por não terem alternativas de escolha e acesso aos métodos contraceptivos e de proteção da saúde de forma eficiente, além de demonstrarem estar fortemente influenciadas pelas vontades e decisões de seus parceiros; portanto, são vulneradas, pois de fato se encontram em estado de necessidade. As falas a seguir expressam de forma clara a classificação dada:

“Tomo pílula escondido do meu marido, ele não quer nem saber de me ver tomando.”

“Meu marido disse que a mulher que exige que o homem use camisinha é coisa de quem anda pulando a cerca.”

“Fiquei grávida porque meu marido não usa camisinha e não quer que eu use remédio.”

Outros fatores que estão ligados ao estado de vulneração das usuárias são o forte controle patriarcal culturalmente presente e, também, a responsabilização da mulher pela saúde sexual e reprodutiva do casal. Por outro lado, pode-se perceber o potencial das usuárias que são agentes de promoção de saúde, a exemplo do que

foi citado pelo Manual de prevenção das DSTS/HIV/Aids em comunidades populares no Brasil e que hoje ocorre no Rio de Janeiro, na Bahia e nos demais locais ^{66,67}.

De acordo com o Manual para Prevenção de DST, HIV/AIDS, em Comunidades Populares, a realização de trabalho preventivo para a promoção de saúde é repleto de desafios perpassados pela carência de capacitação das pessoas, dos grupos e da comunidade em geral. Para enfrentar as dificuldades ligadas à prevenção, foram sugeridas estratégias, tais como: a educação por pares, isto é, prostitutas trabalham com prostitutas, jovens com jovens e assim por diante, e a liderança comunitária – no Rio de Janeiro são os agentes comunitários de prevenção; na Bahia, os educadores e, em outras localidades, os agentes multiplicadores –, em sua maioria, é constituída por mulheres que podem estar ligadas a iniciativas pessoal e grupal. Tais lideranças recebem qualificação em oficinas realizadas por órgãos governamentais e não governamentais ⁶⁶. Pelo exposto, registra-se a preocupação com a resolutividade dos problemas de prevenção e de tratamento das DSTs, considerando a pluralidade cultural e, ao mesmo tempo, gerando capacidades. A alternativa é válida. Carece, porém, de socialização maior, pois, no universo pesquisado no presente estudo, não foi percebida sensibilização dos profissionais com relação a tal temática. Se não há trabalho interdisciplinar na equipe de saúde, como poderá haver mobilização multissetorial?

A respeito das capacidades das usuárias, é válido mencionar uma pesquisa-ação na qual se enfatizou o método de Paulo Freire no empoderamento das mulheres no Planejamento Familiar, desenvolvido por meio de atividades grupais numa comunidade pobre. A referida pesquisa mostrou a importância do envolvimento da equipe nas atividades e na forma dialógica de trabalhar o conteúdo das ações educativas ⁶⁷. Assim, Pereira, Silva, Pelzer, Lunardi e Siqueira focaram apenas a mulher e evidenciaram o papel quase que obrigatório delas na responsabilização pela saúde sexual e reprodutiva. A estratégia de sensibilização das mulheres para o planejamento da família, em sua integralidade, mobilizou-as para o comprometimento compartilhado com seus parceiros na construção conjunta do planejamento diário da família, com o propósito de aderir ao atual modelo de promoção de saúde ⁶⁷. Ações dessa natureza são válidas porque demonstram a observância à Lei 9.263/96; porém, no universo pesquisado, não foi mencionada atividade dessa natureza a não ser as “incipientes” palestras educativas que só

atingem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal. É importante a participação da mulher em atividades relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva, afinal é uma conquista, mas delegar as obrigações de prevenção e proteção apenas a ela, é limitar seus direitos reprodutivos, bem como daqueles que ficam fora da esfera das ações.

Desse modo, de acordo com Fortes, a reivindicação pelo atendimento das necessidades individuais de saúde se relaciona à noção de direito à saúde ou ao direito ao acesso à saúde expresso legalmente, que, no entanto, deve corresponder aos deveres de responsabilidade da sociedade e do Estado ⁶⁸. Assim, aplicar o princípio de proteção seria efetivamente cumprir o princípio constitucional, exposto pelo artigo 196 da Constituição Federal, especificamente nas ações do Planejamento Familiar pautadas no Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º da Constituição Federal e na Lei nº 9.263/96 ^{1,2}.

Em síntese, para as usuárias o Planejamento Familiar está relacionado à assistência que elas recebem durante o ciclo gravídico-puerperal, no qual estão presentes atividades relacionadas ao controle das DSTs, informações sobre os cuidados com o corpo e a saúde da mulher e do bebê. Elas não expressaram conhecimento sobre os direitos à saúde, nem sobre seus direitos reprodutivos. Sabem que a oferta é insuficiente, mas não têm o poder de articulação para reivindicar seus direitos à saúde; ou seja, não esboçam capacidade de reação, mesmo expressando seus sentimentos com relação às insuficientes informações dadas pelos profissionais, e acerca do ponto de vista de seus companheiros sobre a contracepção e proteção da saúde sexual. São passivas diante das limitações de acesso impostas por seus companheiros, assim como da parca oferta de alternativas de proteção, seja pela insuficiente assistência e oferta de métodos contraceptivos e de prevenção, seja pela falta de condições para o desenvolvimento de suas capacidades.

1.3.2 A Percepção dos Agentes das Ações do Planejamento Familiar sobre as Medidas de Proteção

Para completar a investigação sobre o Planejamento Familiar, os dados da entrevista estruturada esboçaram a percepção dos gestores e profissionais implicados na assistência, os quais receberam a seguinte categorização: a) público alvo, b) responsável pela execução, c) avaliação das metas e d) nível de aplicação das medidas de proteção, conforme esquematiza a Figura 2.

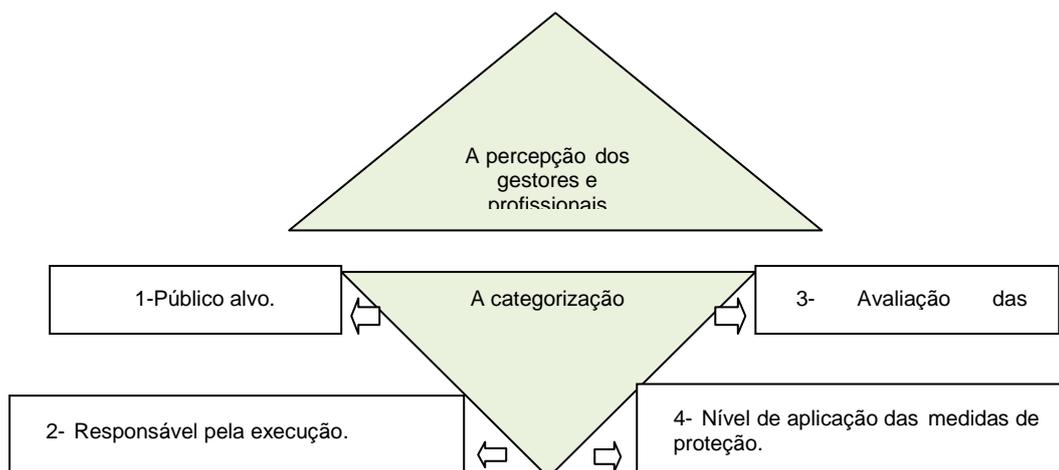


Figura 2 – A Percepção dos Agentes das Ações do Planejamento Familiar sobre as Medidas de Proteção

No Hospital A, foram entrevistados o diretor, a gerente de enfermagem, um nutricionista, a assistente social e um enfermeiro; no Hospital B, o diretor, o gerente de enfermagem, um nutricionista e um enfermeiro, e, no Hospital C, o diretor do Hospital, a assistente social e a gerente de enfermagem. Excluíram-se os médicos porque demonstraram claramente não “querer” o envolvimento direto com as ações. Aqueles que foram ouvidos preliminarmente relataram não fazerem parte do programa e estarem lá apenas para realizar as consultas e, ao se referirem ao Planejamento Familiar, só o relacionaram aos cuidados pertinentes aos exames periódicos e ao uso de contraceptivo. Além disso, os médicos lamentaram ter que se

deslocar de um Hospital para o outro e, assim, serem levados a otimizar o tempo com as pacientes para atender à demanda.

Na categoria “Público alvo”, foi unanimidade a menção ao público feminino na esfera dos atendimentos realizados, principalmente porque o local de atendimento é o ambulatório e a maternidade. A referência ao público masculino somente se deu quando mencionaram a procura por preservativos. No entanto, de antemão, expressaram desconhecer a existência formal do Programa e, assim, disponibilizaram-se em apenas falar sobre o que diretamente estaria relacionado ao Planejamento Familiar, no caso, os atendimentos ali realizados. Tais atendimentos são palestras com as gestantes antes das consultas, orientações sobre aleitamento materno e cuidados com os recém-nascidos, distribuição de camisinha masculina e contraceptivo oral, prevenção de DSTs, orientações sobre amamentação e cuidados com a saúde do bebê. Destaca-se que, no Hospital C, atividades dessa natureza só são realizadas pela assistência social antes das gestantes marcarem as consultas.

Na categoria “Responsável pela execução”, foram indicados como responsáveis pela execução das atividades relacionadas ao Planejamento Familiar os profissionais que executam os serviços disponibilizados pelos ambulatórios e pelas maternidades, que são enfermeiro, nutricionista e assistente social. Porém, de início, as entrevistadas falaram sobre a Fundação Municipal de Saúde (FMS) e MS sem, no entanto, precisar informação específica sobre o Programa de Assistência ao Planejamento Familiar ou correlacionados.

Quanto à “Avaliação das metas”, não puderam responder com precisão porque, se não há conhecimento sobre qualquer diretriz formalizada sobre o Programa, como falar das metas? Apenas relataram que os profissionais informavam sobre os atendimentos por meio dos mapas de atendimento que enviavam regularmente para a FMS. Isto é, se não há formalmente uma ação definida, como deverá ocorrer a avaliação? Exemplo disso pode estar relacionado ao que foi relatado sobre os contraceptivos, porque atualmente não há atividades educativas relacionadas ao seu uso, e aqueles que estão disponíveis são distribuídos conforme a procura, sem nenhum controle. Ressalte-se que isso ocorre apenas nos Hospitais A e B. No Hospital C, só há distribuição e orientação individualizada sobre o uso de contraceptivos porque isso é realizado pela equipe de PSF, ali ainda instalada. Os contraceptivos distribuídos são a camisinha masculina e o contraceptivo oral.

É válido lembrar também que os gerentes de enfermagem dos três Hospitais comentaram que a Assistência ao Planejamento Familiar pertence à esfera das ações do PSF, confirmada pela assistente social do Hospital C. É como se isso desobrigasse o sistema ambulatorial e a maternidade de fornecerem a cobertura ao Planejamento Familiar. Dessas informações, infere-se que não existe um sistema de referência, fator importantíssimo na efetividade das ações do Planejamento Familiar, porque se é um Programa que exige a presença de equipes multiprofissionais e de oferta de serviços, que estão além da atenção primária, o mínimo exigido é que exista um sistema de referência, em que as ações sejam integradas conforme as necessidades de saúde dos usuários e nos setores de atendimento.

No que diz respeito ao “Nível de aplicação das medidas de proteção”, as gerentes de enfermagem relataram que são realizadas as palestras educativas antes da primeira consulta pré-natal e durante todo o período de gestação das usuárias. As palestras educativas abordam as questões relacionadas às DSTs, à amamentação e à nutrição. Os profissionais que estão à frente das palestras são a assistente social e a nutricionista. Ressalte-se que tais atividades só ocorrem nos Hospitais A e B. Especificamente no Hospital A, há os serviços de orientação nutricional, desenvolvido por duas nutricionistas, informações educativas, dadas pelos profissionais de enfermagem nas enfermarias da maternidade, e palestras educativas realizadas pela nutricionista e pela assistente social – cada gestante devendo assistir obrigatoriamente a três palestras. No Hospital B, não houve relato sobre atividades intensivas dessa natureza, apenas as consultas às nutricionistas, realizadas nas puérperas, e uma palestra para as gestantes, antes da primeira consulta. No Hospital C, há apenas uma reunião da assistente social com as mulheres que agendam consulta, e a nutricionista não desenvolve atividades de orientação às gestantes e puérperas. Na referida palestra, a assistente social informa genericamente sobre os cuidados com a saúde sexual e a prevenção de DSTs, porém, enfatiza que a assistência deve ser dada pelo PSF.

Acerca da efetiva implantação e implementação do Planejamento Familiar, é importante relatar a pesquisa realizada por Nery, Moura, Crizóstomo e Nunes ⁶⁹, cujo objetivo foi avaliar o programa de Planejamento Familiar em 42 unidades de saúde de saúde da rede pública de Teresina-PI, de acordo com a visão dos profissionais de enfermagem. Os autores constataram que, das 42 unidades de saúde estudadas, apenas duas não possuíam o Planejamento Familiar implantado.

Para as 42 entrevistadas, é válido destacar que 12 delas referiram que o programa é de boa qualidade; porém, para 11 havia oferta de poucos métodos contraceptivos e faltavam profissionais disponíveis e treinados para atender a variedade de demandas pela assistência e supervisão. As autoras ainda registraram que, apesar das orientações e atividades educativas e de comunicação desenvolvidas, havia deficiências de profissionais qualificados para assumir o Planejamento Familiar. Aliada a isso, registrou-se indisponibilidade na oferta de métodos contraceptivos nas instituições de atenção primária, dessa forma prejudicando a credibilidade do atendimento e provocando a sensação de impotência do profissional de saúde diante do problema ⁶⁹.

Ainda referindo-se ao estudo de Nery, Moura, Crizóstomo e Nunes ⁶⁹, no que diz respeito à implantação do Planejamento Familiar nas unidades de saúde, não se confirmam os dados por elas mencionados com os achados do presente estudo, pois, nos três Hospitais pesquisados, de acordo com os profissionais de saúde, não existem formalmente ações com orientações de programas voltadas diretamente para o Planejamento Familiar, a não ser ações desenvolvidas isoladamente. Note-se que a pesquisa realizada pelos autores mencionados referiu-se à percepção do profissional de enfermagem apenas, deixando de fora a do usuário ⁶⁹. Mesmo assim, é perceptível a insuficiência nas ações protetoras, que, dessa forma, evidenciam a limitação no acesso a elas.

Pelo exposto, infere-se que a Assistência ao Planejamento Familiar no universo pesquisado é realizada de forma desarticulada e assistemática. Os profissionais não demonstraram entendimento ou são indiferentes acerca das especificidades e das diretrizes de programas como o PAISM, criado para promover a melhoria da qualidade de vida das mulheres, dos homens e dos casais, e cuja eficiência dependeria da adesão dos Estados e Municípios. Se, de fato, as ações se concretizassem, haveria oferta de recursos disponíveis e melhoria da resolutividade na assistência, isto é, a oferta de atenção integral estaria dessa forma contribuindo para a redução das desigualdades em saúde ¹⁷, conforme o que é preconizado pela Lei 9. 263/96 ². Portanto, no universo pesquisado, de acordo com a percepção dos gestores e equipe, pode-se inferir que as ações não cumprem o princípio de igualdade de acesso, tampouco é observado o dever de garantir o direito à proteção integral à saúde em todos os ciclos, pois não se mencionou a existência formal de Programas dessa natureza.

Assim, o Estado e a sociedade organizada devem retomar, como orientação, o princípio da responsabilidade, mesmo que isso signifique que o Estado não seja o único executor de todos os serviços de saúde, podendo ter parcerias, sem, no entanto, esquecer a avaliação e fiscalização das metas ⁷⁰. Ou seja, a proteção se concretizará a partir das políticas públicas intersetoriais, do entendimento de que elas são responsabilidade do Estado e das garantias dos direitos humanos e constitucionais ⁶⁰. Enfim, seria necessário um repensar sobre as políticas de proteção avaliando sua extensão? Seria o caso de questionar o nível de alcance das políticas de proteção? Por que são tão teóricas? Por que não se efetivam? Por que tal operacionalização é tão complexa? Ela é complexa em essência ou os agentes a tornam complexa?

1.3.3 Considerações Bioéticas

Para Kottow, a missão política de proteger os membros da sociedade não tem sido questionada, no entanto o que continua em discussão é a extensão dessa proteção. Assim, “as inquietudes sanitárias prementes no subconsciente latino-americano ocorrem na esfera pública quando se enfrentam necessidades preventivas e terapêuticas de uma parte majoritária da população” ⁷¹. Todavia, a ética da proteção propõe que a saúde pública não se fundamente somente no discurso da bioética tradicional. Isto é, deve fundamentar-se em três proposições éticas: 1- beneficência: justificada pela necessidade do sacrifício solidário em função da prevenção; 2- eficácia: a(s) medida(s) deve(m) ser eficaz(es) e a(s) melhor(es) possível(is), com o cuidado de não trocar o disponível com o possível; 3- não discriminação de riscos: cuidar para evitar que o programa traga menos benefícios e mais riscos. Os três princípios éticos mencionados se fundamentam em um conhecimento epidemiológico, porém, a eles se agregam duas premissas de ordem normativa. Para Kottow, a primeira diz respeito às restrições à autonomia, isto é, “trata-se de impulsionar práticas comprovadamente efetivas em favor do bem comum” ⁷² fundamentadas e comprometidas com a aplicabilidade, por isso não restringem a liberdade; a segunda está relacionada à obrigatoriedade dos

programas sanitários – autoridade para impor ações obrigatórias, mas válidas eticamente ⁷¹. Nesse sentido, e de acordo com Schramm, a Bioética da Proteção

pretende ser algo mais que uma ferramenta descritivo-normativa – no sentido de entender os conflitos de interesses e de valores implicados nas práticas humanas (...), pretende (...) de maneira mais profunda e primordial, constituir um amparo contra as ameaças à vida nua ⁷³.

De fato, as medidas protetoras praticadas pela saúde pública excluem valores e liberdades quando cerceiam os direitos de escolha, impondo condutas consideradas saudáveis, sem, observar as peculiaridades de cada comunidade e de cada indivíduo, ou quando não realmente utilizam de forma efetiva as ações de proteção. Isto é, existem formalmente, mas, na prática, não se concretizam por não estarem ao alcance dos interessados ou não serem operacionalizadas de forma racional ou, ainda, por não serem questionadas.

CONCLUSÃO

O Programa de Assistência ao Planejamento Familiar propõe – para a proteção, o controle e a articulação dos corpos – medidas de proteção à saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e casais e, em seu compromisso de reduzir as desigualdades de gênero e raça, deve atender às reais necessidades das populações feminina e masculina em idade fértil por meio das ferramentas técnico-científicas e protetoras existentes. Todavia, de acordo com os achados da literatura e com a percepção das usuárias e gestores e equipe, tal dispositivo não cumpre de forma integral seu papel de proteção porque não promove o exercício do direito do usuário de acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva. Portanto, a missão de “proteger” do Planejamento Familiar é repleta de desafios, em especial considerando a realidade de países latino-americanos, especificamente do Brasil, da região Nordeste e do estado do Piauí.

O primordial desafio do Planejamento Familiar é que seja utilizado de forma justa, gerando oportunidades de igualdade de acesso à efetiva proteção. Isso demanda a utilização do princípio da equidade, visto que é inegável a limitação de recursos públicos em saúde, mesmo sabendo que um dos princípios básicos do SUS é a igualdade. No universo pesquisado, sequer se confirmou a existência formal do Programa de Assistência ao Planejamento Familiar. O que se verificou foi um fazer de forma precária, limitando-se à assistência às mulheres em estado gravídico e pós-parto, à atuação isolada dos profissionais, bem como à execução desarticulada das ações. Dessa forma, o programa merece observar os seguintes pontos de suas ações: o respeito às necessidades individuais e coletivas, a geração de oportunidades para a universalidade e a integração da cobertura, repensando as estratégias e, ao mesmo tempo, considerando os referenciais individuais e coletivos dos agentes e destinatários e o respeito às capacidades e liberdades dos destinatários.

Nesse contexto, abrir-se-iam as possibilidades para a integração da responsabilidade moral com a eficiência e a efetividade pragmáticas. No caso, tais possibilidades, expressas de forma mais clara por meio do que a Bioética da

Proteção propõe, equivaleriam – para o Estado – aos deveres de assumir a responsabilidade com os vulnerados.

Neste estudo, as usuárias foram classificadas como vulneradas porque não demonstraram ser capazes de enfrentar suas condições existenciais com seus próprios meios ou aqueles oferecidos pelas instituições vigentes. Isto é, elas são privadas de usufruir dos meios disponibilizados formalmente porque, de fato, existe a limitação na oferta de proteção, o que deixa as usuárias desprovidas de assistência e usufruto dos meios que deveriam ser realmente disponibilizados. Além disso, as usuárias encontram-se submissas às vontades de seus companheiros e terminam responsabilizando-se integralmente pela saúde sexual e reprodutiva delas e do casal.

Assim, para a construção da autonomia consciente são necessárias mais ações de capacitação, desenvolvidas de forma articulada, que envolvam os diversos setores. Enquanto as ações do Planejamento Familiar forem desenvolvidas isoladamente e na perspectiva meramente assistencialista, não se abrirão oportunidades para forjar e exercitar as capacidades de seus destinatários, e, portanto, o exercício pleno da autonomia. Sendo assim, Schramm reconhece que a América Latina tenha problemas globais que compartilha com as demais regiões do planeta, mas que é uma região onde ainda prevalecem o subdesenvolvimento na maioria de suas populações, a pobreza, as formas de colonialismo e de neocolonialismo e a falta de empoderamento substantivo de seus cidadãos. Nesse sentido, a Bioética da Proteção tenta adaptar-se às contingências regionais caracterizadas pelas relações sociais e de poder que se estabelecem entre desiguais de fato, mas também aos problemas globais que produzem vulneráveis e/ou suscetíveis. Dessa forma, busca meios de gerar capacidades exigindo que o Estado cumpra a responsabilidade protetora⁷⁴. No entanto – alertam Schramm e Kottow –, o princípio da responsabilidade não é suficiente para resolver os problemas da saúde pública. Assim, necessita do princípio da beneficência no referente ao dever no controle das políticas públicas, inclusive, limitando a autonomia que dependerá da evolução do afetado²⁶.

Se o Planejamento Familiar protege porque oferta a proteção, contemplando as mulheres em estado gravídico-puerperal, e vulnera porque limita o acesso do público para o qual se destinam suas ações, ele restringe a oferta de proteção às DSTs e de contraceptivos, não oferece assistência ao câncer de pênis tampouco

assistência à infertilidade. Protege parcialmente, pois não fornece a cobertura para todos – homens, mulheres, casais e adolescentes –, não disponibiliza o acesso à informação, nem ao uso das alternativas contraceptivas definidas formalmente. Desse modo, limita a escolha, o acesso e a capacidade de discernimento do usuário. Logo, vulnera ou limita as capacidades de escolha e do pleno exercício da autonomia. Disso se depreende também que a responsabilidade protetora é invertida porque o indivíduo termina responsabilizado por seu bem-estar de saúde, enquanto que, de fato, necessita de proteção ou de ter acesso aos meios que inicialmente cubram suas necessidades. Isto é, o dever de proteger o indivíduo no âmbito das necessidades sanitárias deve ser permeado pelas ações articuladas do Estado, dos agentes e da sociedade. Dessa forma, evita-se que o Planejamento Familiar seja percebido desfocadamente, fora da atenção básica.

Pelo exposto, a Bioética da Proteção tenta, na medida do possível, entender as ameaças à “vida nua”, desprotegida, e, a partir daí, constituir um amparo ⁷³. Os achados e os novos questionamentos sugeridos por este estudo abrem espaço para que programas como o Planejamento Familiar busquem cumprir, de forma efetiva, seus deveres de proteção e, ao mesmo tempo, fomentem a busca integrada do exercício das capacidades para, no mínimo, gerir a saúde sexual e reprodutiva. O campo de questionamentos ainda não se exauriu, porém abriram-se novas perspectivas para se pensar em aplicar as medidas de proteção com orientações morais de fato válidas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pela Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 40/2003 e pelas Emendas Constitucionais de revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2002.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília; 1996.
3. Costa AM. Planejamento familiar no Brasil. Revista Bioética [Periódico eletrônico] 2000;4(2): 209-17. [Acessado 28 de jul. de 2010]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>.
4. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética 2008; 16(1): 11-23. p. 18.
5. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso Filho W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Garrafa V, Córdón J. (Orgs.). Pesquisa em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia; 2006. p. 19-44.
6. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Revista Brasileira de Bioética. 2006; 2(2): 187- 200. p. 192.
7. _____. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. Revista Brasileira de Bioética. 2007; 3(3): 377-389. p. 381.
8. Kottow M. The vulnerables and the susceptibles. Bioethics. 2003 oct; 17(5-6): 460-71.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Alves JED. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: “o choque de civilização *versus* progresso civilizatório”. [online]. [Acessado em 28 de jul. 2010]. Disponível em:
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10alves21a48.pdf>
11. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [online]. [Acesso em 28 de ago. 2010]. Disponível em:
<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>
12. Andrade LOM. Evolução das políticas de saúde no Brasil: do nascimento as saúde pública ao movimento do pré-SUS. In: Andrade LOM, Barreto ICH e Col. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2007.p. 25-35.
13. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para a ampliação da oferta de serviços. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro Jul. 2007; 23(7): 1565-572. p. 1566.
14. Lima RCGS, Verdi MIM. A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2010 July 8] ; 13(29): 271-283. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200003&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832009000200003.
15. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2010 July 25] ; 14(4): 1073-1083. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232009000400014.

16. Alves JAL. Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências. Brasília: IBRI; 2001.
17. Santana TCFF, Coelho TCB. Planejamento Familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. Revista Baiana de Saúde [periódico eletrônico] jul./dez. 2005, 29(2): 214-225. p. 216.[Acessado em: 28 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume29-n2/>
18. Osis MJM. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro 1998; 14(Supl.1): 25-32.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria Executiva de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: Pacto Nacional pela Saúde no Brasil [online]. Brasília; 2005. 28 p. [Acesso em 10 de mar. 2010]. Disponível: <http://www.opas.org.br/informação/UploaArq/Plano Nacionaldesaudepdf>.
21. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Universidade de Brasília; 2004. p. 258.
22. Sen, A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
23. _____. Op. cit. p. 127.
24. Gracia D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. Bioethics 1995; 9(3-4): 192-206.
25. Beauchamp T, Childress J F. Principles of biomedical ethics. 4^a ed. New York: Oxford University; 1994.

26. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4): 949-956. 2001. [Acessado em 18 de mar. de 2010]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400029.
27. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes AC, Zoboli ELCP. (Orgs.).*Bioética e saúde pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; 2003. p. 71-84. p. 83.
28. Ferreira ABH. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1999. p. 2089.
29. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(2): 173-186. p. 181.
30. _____. Op. cit. p. 177.
31. _____. Op. cit.
32. Levinas E. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes; 1993. p. 101.
33. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista; Editora Universitária São Francisco; 2006. p. 174.
34. Levinas E. Op. cit. p. 99.
35. Jonas H. *O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; PUC-Rio; 2006. p. 219.
36. _____. Op. cit. p. 219.
37. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Op. cit. p. 191.

38. _____. Op. cit. p. 194.
39. _____. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. Op. cit. p. 377.
40. _____. Op. cit.
41. _____. A saúde é um direito ou um dever? Op. cit. p. 192.
42. _____. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Op. cit. p. 16.
43. _____. Op. cit.
44. _____. Op. cit. p. 17.
45. Schramm FR.. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes AC, Zoboli ELCP. (Orgs.). Op. cit. p. 83.
46. Callahan D. False hopes: why american's quest for perfect healt is a recipe for failure. New: York: Simon & Schuster; 1998.
47. Jonas H. Op. cit. p. 176.
48. _____. Op. cit. p. 175.
49. Levinas E. Op. cit. p. 85.
50. _____. Op. cit. p. 105.
51. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Op. cit. p. 953.

52. Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
53. Bisqueirra R, Sarriera JC, Martinez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
54. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
55. _____. Op. cit. p. 42.
56. _____. Op cit. p. 96.
57. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96. Aprova as diretrizes e normas das pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde; 1996.[Acessado 28 de ago. de 2010]. Disponível: [http:// conselho.saude.gov.br/resoloco/es/res_96.html](http://conselho.saude.gov.br/resoloco/es/res_96.html)
58. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicol. Soc.*. 2006, vol.18, n.1 [cited 2010-07-10], pp. 49-55 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-7182. doi: 10.1590/S0102-71822006000100007.
59. Osis MD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao Planejamento Familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Publ* [serial on the Internet] 2006 Nov [cited 2010 July 10] ; 22(11): 2481-2490. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100023.
60. Santos J, Freitas PM. Planejamento Familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Rev Ciência e Saúde Colet* 2009; 2(2): 157-172. [Acessado 19

de março de 2010]. Disponível:

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigo/artigo3251>.

61. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres [online]. Brasília; 2005. [Acessado 10 de jul. de 2010]. Disponível: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf
62. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde - Datasus Tecnologia de Informação. Cadernos de Informação em Saúde- Piauí.[online]. [Acessado 8 de jul de 2010]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pi>
63. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira de Bioética 2005; 1(2): 122-132. p. 127-29.
64. _____. Op. cit. p. 128.
65. _____. Op. cit. p. 129.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de prevenção das DSTS/HIV/ Aids em comunidades populares. Programa Nacional de DST e Aids [online]. Brasília; 2008. [Acesso 15 de março de 2010]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
67. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de Planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. Texto contexto – enferm. [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2010 July 06]; 16(2): 320–325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200016&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072007000200016.
68. Fortes PAC. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: Garrafa V, Pessini L(Orgs.). Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 103-112.

69. Nery IS, Moura FMSSP, Crizóstomo CD, Nunes BMVT. Avaliação das ações do Planejamento Familiar em Teresina-PI. Saúde Coletiva . São Paulo: Bolina 2008; 4(19): 7-12. [Acesso 05 de jul. de 2010]. Disponível em <http://redulyc.uamex.mx>.
70. Silva SMV. Inovações das políticas populacionais: o Planejamento Familiar no Brasil. Rev Ciênc Saúde Colet. [Acessado 14 de Nov. de 2009]. Disponível: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigo/artigo3251>.
71. Kottow M. Bioética da proteção: considerações sobre o contexto latino- americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M.(Orgs.). Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Fiocruz; 2005. p.29-61. p. 34-35.
72. _____. Op. cit. p.36.
73. Schramm FR. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M.(Orgs.). Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Fiocruz; 2005. p. 15- 28. p. 24.
74. Schramm FR. A bioética da proteção e seu contexto sanitário. VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Bioética, Búzios–RJ; 25 de set. de 2009.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS

Instituição: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA–UNB

Título do projeto: A bioética da proteção frente aos dispositivos biopolíticos e de biopoder do programa de assistência Planejamento Familiar das maternidades públicas de Teresina-PI

Pesquisador: Francisca Sandra Cardoso Barreto

Mestranda em Bioética pela UNB

R. Sen. Luís Mendes Ribeiro Gonçalves, 3618, Morada do Sol Teresina–PI

Cep 64055–350 Fone 3233 1923

Tendo em vista que a finalidade do Planejamento Familiar é proteger a saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e casais em todos os seus ciclos vitais, que incluam, como atividade básica, a assistência à concepção e à contracepção, este estudo objetiva verificar se as medidas de proteção à saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e casais estão realmente sendo cumpridas pelo Programa de Planejamento Familiar. Para tanto, você responderá a um questionário.

Este estudo não oferecerá riscos físicos e psicológicos aos participantes, nem mesmo o risco de difundir informações sobre os participantes, pois manterá o sigilo sobre suas identidades. Oferecerá, no mínimo, o incômodo de tomar um pouco do tempo do participante para responder ao questionário.

Este projeto foi submetido à Fundação Municipal de Saúde e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Sou sabedor de que terei todas as dúvidas respondidas pelo pesquisador responsável, cujo endereço e telefone estão disponíveis neste termo. E que a qualquer momento poderei interromper minha colaboração a esta pesquisa sem que haja prejuízo de nenhuma natureza à minha pessoa.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da Testemunha

Teresina, de _____ de 2009.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

Este é um instrumento que visa coletar dados para uma pesquisa sobre o Programa de Assistência ao Planejamento Familiar.

Sua contribuição será muito importante para que se possam obter elementos de grande valor no sentido de melhorar as medidas de proteção do Programa.

1–Dados de identificação:

Unidade/ Centro de Saúde:

Nome:

Endereço:

Telefone:

2–Estado civil: casado () solteiro () outros ()

3–Sexo: () masculino () feminino

4–Idade:

5–Nível de escolaridade:

6–As orientações oferecidas pelo Programa foram importantes em sua vida? Em quais aspectos?

7–Você coloca em prática as orientações dadas pelo Programa em sua vida sexual e cotidiana? De qual modo?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

Nome do entrevistado:

Unidade de saúde a qual pertence:

Formação:

Cargo:

1– A que público se dirige o Programa quanto ao uso de métodos de promoção da saúde sexual e reprodutiva?

2– Qual o órgão responsável por sua execução em nível municipal?

3– Atualmente, quais metas do Programa são atingidas?

4–Quais ações são desenvolvidas pelo programa?

5– Como é realizada a avaliação das ações do Programa?

6– Os resultados da avaliação subsidiam novas ações?

7– Das medidas de proteção e bem-estar de saúde propostas pelo Programa, quais delas são efetivamente aplicadas?

**ANEXO A – CERTIFICADO DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

