

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

Cristina Roveré Gehling
Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfro
Orientador

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E A POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO NA
REALIDADE ATRAVÉS DO TRABALHO EM EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

Porto Alegre, 2014

CRISTINA ROVERÉ GEHLING
PROF. DR. WALDOMIRO CARLOS MANFROI
ORIENTADOR

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E A POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO NA
REALIDADE ATRAVÉS DO TRABALHO EM EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de conclusão para a obtenção do título de Mestre, apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, nível Mestrado Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Porto Alegre, 2014

Gehling , Cristina Roveré

Planejamento familiar e a possibilidade de atuação na realidade através do trabalho em equipe multiprofissional / Cristina Roveré Gehling ; orientador Waldomiro Carlos Manfroi. – 2014.

29 f.

Trabalho de conclusão (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2014, Porto Alegre, BR-RS.

1. Planejamento familiar 2. Vulnerabilidade social 3. Comunicação interdisciplinar 4. Relações interprofissionais I. Manfroi, Waldomiro Carlos II. Título.

Catálogo: Biblioteca FAMED/HCPA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha (Centro Universitário Metodista IPA)

Profa. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado (FACED/UFRGS)

Profa. Dra. Elisabete Kasper (UFPEL - Universidade Federal de Pelotas)

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa (FAMED/UFRGS)

Artigo aprovado em: 30 de Agosto de 2014.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Yéze, por ter me ensinado a amar aos livros e incentivado a busca pelo conhecimento desde muito cedo na minha vida.

Ao Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi por ter sempre manifestado seu apoio durante todo o meu aprendizado. Aos demais Professores do Programa de Mestrado em Ensino na Saúde.

À Mario Westphal, pelo amor, amizade, companheirismo e atitude incentivadora incondicionais.

À amiga Sandra Sommer, pelo carinho, apoio e incentivo desde o início do mestrado. À colega Iane Maria da Silva e à Professora Nara Lodeiro pelas demonstrações de apoio.

E a todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte deste processo.

Muito obrigada!

PLANEJAMENTO FAMILIAR E A POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO NA REALIDADE ATRAVÉS DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

FAMILY PLANNING AND THE POSSIBILITY OF ACTING IN THE REALITY BY MULTIPROFESSIONAL TEAMWORK.

Cristina Roveré Gehling¹

Waldomiro Carlos Manfroi²

RESUMO

INTRODUÇÃO: pesquisas direcionadas para atender às necessidades das comunidades locais, especificamente no caso de comunidades vulneráveis, além de produzirem resultados mais efetivos, devido à possibilidade de identificação e atuação na realidade observada, são também uma forma de qualificar e fortalecer a atenção primária em saúde. Este artigo é uma proposta de atuação embasada em referencial teórico. **OBJETIVOS:** conhecer as expectativas dos profissionais, bem como seus conhecimentos e disponibilidade para prestarem informações sobre planejamento familiar; conhecer as expectativas e necessidades das usuárias; e desenvolver estratégias para capacitação de profissionais de saúde que atuam em planejamento familiar. **MÉTODOS:** propõe-se uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa e utilização da técnica de grupo focal. Sugere-se proceder à análise dos dados através da técnica de análise de conteúdo cujo processo deverá contemplar dois momentos: análise específica de cada grupo e análise cumulativa e comparativa do conjunto dos grupos pesquisados. **CONCLUSÃO:** através do trabalho em equipe multiprofissional é possível identificar e superar obstáculos que possam dificultar o processo de trabalho, com vistas a se obterem melhorias na

¹ Médica. Ginecologista e Obstetra na Unidade Básica de Saúde IAPI em Porto Alegre/RS. Mestranda do Programa de Pós Graduação Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS. E-mail: roverecris@hotmail.com

² Médico. Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

qualidade do atendimento, com foco no planejamento familiar, respeitando-se as expectativas e necessidades das usuárias dos serviços de saúde.

Palavras chave: Planejamento familiar. Vulnerabilidade social. Comunicação interdisciplinar. Relações interprofissionais. Intervenção.

ABSTRACT

INTRODUCTION: researches aimed at meeting the needs of local communities, specifically in the case of vulnerable communities, produce highly effective results due to the possibility of identifying and acting on the observed reality; being also a way to qualify and strengthen primary healthcare. This article is an action proposal based on theoretical framework. PURPOSES: to understand the healthcare worker's expectations, knowledge and readiness to provide information on family planning; to meet the expectations and needs of the users; and to develop strategies for training health professionals working in family planning. METHODS: it is proposed an evaluation research with qualitative approach and the use of the focus group technique. It is suggested to analyze the data using the technique of content analysis including in this process two stages: specific analysis of each group and cumulative and comparative analysis of all the groups surveyed. CONCLUSION: by working with multidisciplinary team, it is possible to identify and overcome obstacles that may hinder the care process that aims at achieving improvements in the quality of healthcare, with a focus on family planning, respecting the expectations and needs of the health services users.

Key words: Family planning. Social vulnerability. Interdisciplinary communication. Interprofessional relations. Intervention.

INTRODUÇÃO

A proposta de trabalhar com o tema planejamento familiar e contracepção, dentro de uma perspectiva humanizante, faz pensar que através do ato de educar - entenda-se educar, nesse contexto, como apropriar-se da realidade local, redistribuir o acesso à informação e democratizá-la - ocorra elevação do bem estar do indivíduo, da família e do coletivo, em função da autonomia proporcionada.

No ano 2000, para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade, um compromisso foi firmado entre 189 nações, dentre elas o Brasil. Foram criados os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deverão ser alcançados até 2015. O item saúde sexual e reprodutiva, o qual é considerado essencial para a realização dos objetivos 3, 4 e 5, havia sido omitido. Após renovação do compromisso, o item acesso universal à saúde reprodutiva foi acrescentado como meta para o Objetivo 5 (5B), devendo ser alcançado até 2015, e tem como um dos indicadores as necessidades não atendidas em planejamento familiar. Entre as sugestões de ações está a realização de campanhas sobre planejamento familiar (PNUD, 2014).

A meta 5B dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 – corresponde fortemente ao direito à informação em contracepção e serviços (COTTINGHAM; GERMAIN; HUNT, 2012).

A tarefa do planejamento familiar permanece inacabada e nunca estará terminada. Isso acontece porque a cada geração, milhares de jovens estão por atingir a maturidade sexual, e por isso sempre haverá necessidade de planejamento familiar. Milhares de pessoas utilizam algum método para evitar a gravidez, mas devido a uma multiplicidade de razões, por vezes não tem sucesso. Falta de acesso aos insumos, falta de instruções claras sobre como utilizar o método adequadamente, falta de acesso ao método mais apropriado a cada caso ou falta de orientação em relação aos efeitos colaterais são algumas das razões de insucesso. Permitir que os profissionais e serviços de saúde tenham condições de proporcionar um atendimento melhor a um número maior de pessoas é uma forma de ajudar (VAN LOOK, 2007).

As necessidades de cada grupo devem ser vistas e avaliadas de forma a garantir acesso e liberdade de informação para que os indivíduos possam exercer sua autonomia plena em termos de direitos à saúde sexual e reprodutiva. Não se pode afirmar que alguém esteja em condições de exercer sua autonomia até que se tenha certeza de que o acesso à informação e aos serviços tenha sido garantido.

As demandas que são atendidas em nível de mercado discriminam e desfavorecem as camadas mais modestas da população. A acumulação de conhecimentos e a tomada de decisões dependentes somente de atendimento centrado no modelo biomédico podem não ser suficientes para a construção da autonomia individual.

Existe a necessidade de adequação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Projetos que viabilizem um relacionamento entre a escola, o serviço e a sociedade promovem uma prática de saúde voltada para a assistência integral, diferente do modelo centrado na doença, no atendimento individual e na tecnologia de alto custo. A medicalização da saúde, processo esse internalizado não só pelos profissionais, mas também pela sociedade, e a falta de definição clara sobre o que seria necessário e condizente com a nova proposta em relação ao papel da Saúde Pública na formação na área da saúde, são obstáculos a serem enfrentados (KASPER, 2005).

As necessidades atuais no campo da saúde vão mais além de uma simples reparação da saúde, a saber, dos aspectos de recuperação. Saúde implica em uma série de outras oportunidades e seus fatores determinantes são múltiplos e estão relacionados com as oportunidades que cada indivíduo tem ou não tem em sua própria vida como ser social (VENTURELLI, 2003).

O trabalho em equipe multiprofissional direcionado para a comunidade na qual cada equipe de saúde atua, bem como trabalhar para o direcionamento de estudos para comunidades específicas, buscando atender às necessidades locais, são maneiras de intervir de forma mais eficaz na busca pelo desenvolvimento humano e contribuir para uma qualidade de vida efetiva. Além disso, realizar pesquisas direcionadas para atender às necessidades das comunidades locais, também é uma forma de fortalecer a atenção primária em saúde.

A ideia de trabalho em equipe, ainda que não tenha sido expressada em mudanças educacionais reais, já é plenamente aceita como de maior eficiência e que beneficia fundamentalmente o paciente (VENTURELLI, 2003).

Embasado nas recomendações para elaboração de projetos de Mestrados Profissionais em Ensino na Saúde, pode-se buscar apoio junto aos gestores para a realização de projetos junto a comunidades específicas, buscando o desenvolvimento de estratégias para capacitação de profissionais de saúde que atuam em atendimento em planejamento familiar, identificando os atores responsáveis pela atividade de prestar informações, levantando o conhecimento dos profissionais sobre os métodos anticoncepcionais, descrevendo as barreiras relacionadas à oferta de informações e também levantando o conhecimento da clientela sobre os métodos anticoncepcionais e a noção que esta tem sobre a importância de planejar a família.

Os programas de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde têm compromisso com a formação de recursos humanos com vistas ao fortalecimento do SUS e espera-se o desenvolvimento de intervenções a partir de pesquisas realizadas nos serviços de saúde que produzam impacto no SUS (BRASIL, 2010).

Sendo assim, em se tratando de comunidades vulneráveis, é possível tentar responder a questionamentos como, por exemplo: se as ações e serviços de saúde têm sido suficientes para atender à demanda de direitos reprodutivos, com qual sentido as informações que são reproduzidas pelas equipes chegam até as usuárias e se o atendimento em planejamento familiar, oferecido nos serviços de saúde, atende às necessidades das usuárias de forma a contribuir para a autonomia individual.

É possível qualificar a prática profissional dos trabalhadores vinculados às redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase à incorporação de metodologias de ensino e pesquisa no ambiente de trabalho como estratégia para reconhecer os obstáculos a serem enfrentados, no cumprimento do papel de educadores em saúde, pelos profissionais de serviços de saúde, no que diz respeito ao planejamento familiar, respeitando-se as expectativas e necessidades das usuárias, para que se possa intervir na realidade, visando à promoção da saúde.

PLANEJAMENTO FAMILIAR EM TERMOS DE DIREITOS

A queda da fecundidade, no mundo, facilitou a mudança de paradigma, do tema planejamento familiar para os direitos à saúde sexual e reprodutiva (ALVES, 2006).

A discussão polarizada sobre fecundidade, com discurso entre defensores do controle da natalidade e opositores, já está ultrapassada e já não tem mais espaço nos dias atuais. Hoje são novos atores, novos cenários em questão. O próprio tempo já desgastou o debate. Mas resquícios desse período podem ter permanecido e dificultado as ações e o posicionamento do Estado, o qual não deve influenciar no campo das decisões privadas, mas deve estar presente para promover o direito e a garantia de informação a todas as classes sociais, em todas as regiões, através de programas bem articulados (CARDOSO, 1983). Comunidades vulneráveis e com dificuldade de acesso à informação podem sofrer com a imobilidade de ações resultante do receio de que ações sejam interpretadas como de forma autoritária. Não se pode admitir o esquecimento das populações vulneráveis, tratando do tema fecundidade meramente através da distribuição de contraceptivos.

A contracepção é uma das abordagens a ser feita dentro do planejamento familiar e faz parte do trabalho para que se alcance o objetivo de combater as iniquidades no acesso à saúde sexual e reprodutiva.

A escolha reprodutiva é um dos mais fundamentais direitos humanos e a contracepção representa um grande passo em direção a uma maior igualdade de gênero. O uso da contracepção beneficia as mulheres por reduzir o número de gestações indesejadas, o recurso do abortamento inseguro e a multiparidade. (CLELAND et al., 2012).

Prates (2007) analisou as experiências de contracepção de mulheres pobres múltiparas, considerando os fatores que condicionam a sua autonomia no campo da anticoncepção. Após análise, percebeu que o fenômeno da multiparidade entre mulheres pobres, relaciona-se muito mais com problemas de ordem estrutural do que individual, sendo este último um argumento que muitas vezes embasa as ações dos profissionais de saúde empenhados em diminuir as taxas de natalidade nas camadas mais pobres da população. Essas ações são pautadas na individualização

da responsabilidade sobre o controle da fertilidade do casal, centrada nas ações das mulheres, na maioria das vezes, e com investimento principalmente para o uso de anticoncepcionais.

Sem investimento de forma paralela em transformações sociais que possam permitir às mulheres alternativas e maior poder de escolha na vida e no campo da reprodução, bem como compartilhar com o homem a anticoncepção, as ações acabam por ter uma margem de sucesso limitada (PRATES, 2007).

Existe um limite imposto no poder de escolha do método contraceptivo, definido pela condição social, e por vezes também existe limitação das ações e serviços que atuam com planejamento familiar, o que limita o poder de escolha das mulheres que acabam por preferir um método anticoncepcional em detrimento de outro, por não ter acesso a outras opções. Apreender o contexto em que as pessoas vivem é fundamental para que se possa trabalhar e desenvolver ações que atendam às suas necessidades.

Deve-se trabalhar pela certeza de que as pessoas tenham acesso à informação e liberdade de escolha, pois só assim poderão exercer plenamente a sua autonomia em relação aos direitos à saúde sexual e reprodutiva. A informação deve ser cientificamente correta, simples, clara e respeitar as crenças e costumes das usuárias.

Mães que tiveram acesso ao planejamento familiar têm melhores perspectivas de futuro. Os filhos dessas mães são mais saudáveis e melhor educados do que aqueles de mães sem tal acesso. Os efeitos da oferta de trabalho feminino, da saúde infantil e educação no comportamento em nível familiar, podem conduzir em direção a amplos benefícios macroeconômicos (CANNING; SCHULTZ, 2012). Melhora, portanto, a posição social das mulheres, de suas famílias e da sociedade em geral.

É preciso um trabalho maior de contextualização das pessoas em seus grupos. Apreender todos os contextos requer um conhecimento muito abrangente, ao mesmo tempo em que ser capaz de dar conta de tamanha complexidade em que alguns grupos sociais se encontram, requer um aprofundamento teórico para o suporte de tal entendimento (SCHUCH, 2005).

Entre os que enfatizam a preocupação com os direitos das mulheres em controlar sua vida reprodutiva, alguns rejeitam o termo planejamento familiar porque acreditam que o termo implica em que as questões são relevantes somente para as famílias, e não para as mulheres individualmente (SHIFFMAN, 2012; QUISSEL, 2012).

Em relação à sexualidade e reprodução, por exemplo, a abordagem deveria acontecer de forma multiprofissional. Atingindo os grupos mais jovens sob a ótica da contracepção, pois se acredita que, para esse grupo, seja essa a necessidade e não o planejamento de uma família. Segundo Aquino, Heilborn e Knauth (2006, p. 1362): “A sexualidade se apresenta na juventude como uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem. A construção desse espaço privado pressupõe um aprendizado sobre relacionamento afetivo e sexual”.

Grupos mais jovens estariam vivendo sua sexualidade plenamente sem a preocupação com planejar uma família. Portanto, o termo planejamento familiar poderia estar ultrapassado e se poderia pensar que contracepção seria um termo mais atualizado, dependendo do grupo ao qual se dirige. Dito isso, oferecer contracepção ao invés de planejamento familiar faria um maior sentido a estes grupos. A educação sexual abrangente, tanto dentro quanto fora da escola, coloca os adolescentes em direção a uma transição saudável para a maioridade. Dentro do objetivo de acesso universal aos serviços e à informação em saúde sexual e reprodutiva, um primeiro passo seria reconsiderar o termo planejamento familiar e pensar em serviços e informação em contracepção. Linguagem é ação, e o nome dado ao que fazemos deve ser cuidadosamente considerado (RODRÍGUEZ; SAY; TEMMERMAN, 2014).

Toda intervenção requer pleno conhecimento, obtido através de muito estudo direcionado às necessidades de cada comunidade, de cada grupo, para que se possa intervir de forma mais eficaz na busca de desenvolvimento humano e contribuir para uma qualidade de vida efetiva (SCHUCH, 2005).

Ceccim e Pinto (2007, p. 267) ao discutirem sobre a formação dos profissionais da saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais afirmam que:

Encarar as demandas sociais como demandas do desenvolvimento humano e o perfil demográfico e epidemiológico regional como revelação das carências regionais significaria, então, projetar uma política de formação e de exercício em saúde participante do enfrentamento da pobreza num contexto de desenvolvimento humano.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, possibilitou uma abertura para que o debate entre população e desenvolvimento fosse colocado em um patamar de defesa de direitos e não mais dentro de uma perspectiva de controle da natalidade. As questões relativas à reprodução passaram a ser colocadas como fazendo parte da pauta mais ampla de direitos humanos e foi dado um enfoque humanista no trato populacional (ALVES, 2006).

A Conferência (CIPD) foi um marco na discussão sobre população e desenvolvimento no mundo. Contou com uma pluralidade de vozes, onde estiveram presentes representantes de movimentos das mulheres, ambientalistas e defensores de direitos humanos, elemento fundamental na democratização do debate (ALVES, 2006).

Os direitos humanos podem ser usados como uma forma de remover barreiras que impedem ou dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Está internacionalmente acordado que os direitos humanos que são particularmente relevantes para que se alcance informação e serviços em contracepção são: o direito a não discriminação, à informação e educação, e o direito aos mais altos padrões atingíveis de saúde, privacidade e de vida. Esses direitos estão inseparavelmente entrelaçados entre si. O direito ao mais alto padrão de saúde, o qual inclui acesso aos serviços de saúde e informação, não pode ser realizado sem a promoção e proteção aos direitos à educação e informação. As pessoas devem saber a respeito dos serviços para poder usá-los (COTTINGHAM; GERMAIN; HUNT, 2012). Assim, a promoção e proteção desses direitos deve ser parte de uma estratégia multidimensional para que se consiga satisfazer as necessidades não atendidas em planejamento familiar.

São consideradas barreiras ao acesso ao planejamento familiar: a inadequação de suprimentos, qualidade pobre de serviços, recusa consciente por parte de prestadores e a falta de engajamento das comunidades nas tomadas de

decisão (COTTINGHAM; GERMAIN; HUNT, 2012). A população também deve participar do processo de avaliação dos problemas, da análise e das decisões.

Políticas e programas devem ser projetados para atender a todos, mas especialmente pessoas vulneráveis e desfavorecidas, sem discriminação. Os direitos humanos, e não somente evidências científicas, podem ser utilizados para estabelecer prioridades. Por fim, dentro de uma perspectiva de direitos humanos, para eliminar a necessidade não atendida por planejamento familiar e alcançar acesso universal à informação em contracepção e serviços, as prioridades legalmente necessárias são: planos concretos que possam prover acesso universal; remoção de barreiras legais e regulatórias; suprimento contínuo de produtos de alta qualidade para atender a saúde reprodutiva, incluindo as mais amplas possibilidades de métodos contraceptivos seguros e efetivos; apropriada supervisão e habilitação dos trabalhadores da saúde com relação ao respeito à privacidade e confidencialidade, enquanto provedores de informações completas e precisas, assegurando a liberdade de consentimento; instalações de boa qualidade; remoção de barreiras financeiras de acesso; e monitoramento e mecanismos de responsabilidade para fiscalizar que direitos humanos e outros compromissos estejam mantidos. (COTTINGHAM; GERMAIN; HUNT, 2012).

POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O movimento feminista travou luta contra a visão reducionista acerca da saúde da mulher, a qual era tratada do ponto de vista da mulher enquanto função reprodutora. O desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a assistência da mulher também promoveu a ruptura nesse modelo reducionista de atenção à saúde.

As questões relativas às desigualdades sociais entre homens e mulheres, também entraram em debate.

As mulheres, enquanto grupo organizado reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que vão além do momento da gestação e parto e demandaram ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Essas ações deveriam contemplar as

particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos (BRASIL, 2004a).

Segundo Mattos (2001, p. 15): “não era aceitável que a saúde da mulher fosse vista somente em função da perspectiva de ela se tornar mãe”.

Fica compreensível a importância de temas como planejamento familiar nas políticas de atenção à saúde da mulher, pois a maternidade é uma das suas muitas opções.

A LEI 9.263/96, a qual trata do planejamento familiar, destaca que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral (BRASIL, 1996).

A perspectiva de saúde é, portanto, um direito social básico e de cidadania tanto de homens quanto de mulheres, e inclui-se aí o planejamento de suas famílias. (BRASIL, 2004a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado em 1983 foi pioneiro em propor os princípios da integralidade e universalidade nos atendimentos. Mas sofreu duras críticas por ter excluído os homens do programa, o que na visão de alguns, indicava a existência de tendências ao controle da natalidade. Além disso, a integralidade foi questionada, pois os objetivos do programa estavam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher (OSIS, 1998).

Alguns anos depois, em 2008, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual tem como um de seus objetivos o estímulo ao autocuidado, e foi desenvolvida em articulação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, como forma de manter o caráter relacional das questões que envolvem as dinâmicas do casal. Em relação à metodologia de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem afirma-se que “trata-se da perspectiva de atenção integral das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres” (BRASIL, 2008, p. 9).

As Políticas Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e da Mulher estão articuladas com a Política Nacional de Atenção Básica a qual aposta na

autonomia das pessoas e “é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos [...]” (BRASIL, 2012a, p. 19).

É importante que os trabalhadores da saúde possam ter um espaço para pensar sobre suas práticas e a organização do trabalho. Isso corrobora com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que descreve que “a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20).

Sobre educação permanente, Siqueira-Batista et al. (2013, p. 162) consideram:

A educação-permanente deve se inscrever no mundo como aprendizagem-trabalho, ou seja, capaz de acontecer no cotidiano das pessoas e das organizações, sendo consubstanciada a partir dos problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que os sujeitos já albergam.

As políticas públicas afetam a todos os cidadãos. No processo de discussão, criação e execução das políticas públicas encontramos os atores estatais e os atores oriundos da sociedade. A operacionalização de tais políticas cabe aos servidores públicos. Assim, os trabalhadores em saúde compõem um elemento essencial para o bom desempenho das diretrizes adotadas pelo governo.

A POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

É possível pensar de forma a problematizar o cotidiano dos profissionais da saúde no que diz respeito ao tema planejamento familiar nas comunidades onde trabalham?

De acordo com Ceccim (2004b, p. 49): “os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho”. Desenvolver uma atitude permanente de busca por nossos

próprios erros sejam de ordem pessoal ou coletivos, nos fornece pistas de como melhorar o que fazemos.

Trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) exige o enfrentamento diário da dúvida que é imposta pela condição do sistema e fica subentendida como sendo um trabalho desprovido de valor. Sem tecnologias de porte terciário, nem status de um grande hospital, providas de tecnologias leves de trabalho, as unidades básicas de saúde (UBS) estão abertas e receptivas aos seus usuários. Entende-se por tecnologias leves, aquelas que estão presentes na valise do espaço relacional entre trabalhador e usuário, e que estão implicadas com a produção de relações entre dois sujeitos cuja materialidade só acontece em ato (MERHY, 2000).

Por ser em parte fruto da subjetividade, o trabalho desenvolvido nestes locais fica sendo visto como aquém do que se chama de mercado. Será que reside aí a dificuldade que profissionais e usuários encontram em reconhecer os serviços de saúde como providos de valor? Será essa a causa dos desencontros, onde ambos, profissionais e usuários, não se reconhecem enquanto personagens efetivos dentro deste espaço de produção e recepção de conhecimentos em saúde?

Sobre o trabalho em saúde, Lima (2007, p. 57) considera:

Podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos.

Ramos (2007, p. 29) fala sobre “o desafio de se resgatar o sentido do trabalho em saúde como produtor de vidas humanas em sua plenitude, e não somente como produtor de mercadorias [...]”.

Propõe-se a ideia de fazer com que os profissionais possam ter um espaço aberto ao processo de pensar sobre planejamento familiar. Que os profissionais possam, efetivamente, fazer parte das ações contribuindo com suas experiências e saber gerado a partir dessas.

Sobre a questão de se reconhecer o conhecimento gerado, com base nas vivências cotidianas na atividade de trabalho, Franco (2007, p. 429) nos diz que “o não reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta”, leva à formação de

sujeitos heterônomos (grupos sujeitados em lugar de grupos sujeito) e é a isso que os trabalhadores ficam reduzidos, submetidos a uma 'pedagogia da dependência'".

Pensando em promover a aproximação entre os profissionais, torna-se necessária a abertura de um espaço para discutir sobre a questão. Esse espaço pode ser criado através da formação de grupos de trabalho. Assim, pode-se ter então o exercício da democracia institucional. Essa expressão descrita por Gastão Wagner diz respeito à formação de compromissos entre os atores das instituições e ao trabalho em sistema de Co-Gestão, onde se altera a correlação de forças que regem, ou operam num dado sistema, para um sistema de corresponsabilidade, que também amplia a possibilidade de Co-Gestão das próprias vidas das pessoas. O autor deu nome de Método da Roda a esta proposta de Co-Gestão, a qual propõe a instituição de uma nova racionalidade na gestão de coletivos, através do reconhecimento da multiplicidade de lógicas dentro do coletivo, e na busca por meios de lidar com a polarização de efeitos decorrentes (CAMPOS, 2013).

Com uma proposta de grupos de trabalho, cada profissional ficaria efetivamente inserido no contexto do trabalho.

Segundo Schwartz (2011, p. 30): "todo sujeito, todo grupo humano no trabalho é um centro de vida, uma tentativa de apropriação do meio, e sua vida no trabalho não é uma cerca separada de sua ambição de vida global".

Construir uma sociedade justa, habitada por seres humanos livres, mas também capazes de assumir compromissos e responsabilidades, bem como garantir condições para que os conflitos que emergem dentro dos coletivos, possam vir à tona e enfrentá-los mediante a formação de compromisso e a elaboração de contratos é a aposta! (CAMPOS, 2013).

Sobre a possibilidade de mudança nas práticas de saúde, para que uma pessoa ou uma organização decida mudar ou incorporar novos elementos à sua prática, é indispensável a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho. O desconforto precisa ser intensamente admitido, percebido, vivido e não se contata o desconforto através de discursos externos (CECCIM, 2005). Ainda, segundo Ceccim (2005, p. 165): "a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e,

depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações”.

Os profissionais de saúde, que estão em atuação direta com os usuários, têm um papel importante no que diz respeito à educação em saúde. Devem ter uma boa abordagem educacional, uma vez que esta faz parte de qualquer ação em saúde. Além disso, existe um papel educacional dos profissionais de saúde, a ser exercido junto à comunidade, aos pacientes e também junto a outros profissionais. Como exemplo, podemos citar a responsabilidade educacional em relação à promoção da saúde e prevenção de agravos, e ao reforço na adesão aos tratamentos.

Em um período no qual se fala em atendimento humanizado, desde o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) ocorrido em 2003, há que se identificar e pensar sobre os obstáculos que colocam em risco a atuação dos profissionais no cumprimento de seus papéis como educadores em saúde e como indivíduos comprometidos com um SUS mais humano.

Quanto maior o nível humanístico, maior e melhor serão os desempenhos dos profissionais.

Em relação aos trabalhadores da saúde consta na Constituição Nacional que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos. A política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. O atendimento do ponto de vista da integralidade é um dos desafios do SUS. A problematização da integralidade como questão à formação dos profissionais da saúde deve ser discutida, como forma de recuperar a tarefa constitucional de formular políticas de formação para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Há algum tempo se discute sobre a educação médica. José Venturelli, o qual trabalha dentro do princípio de educação centrada no estudante, lembra sobre a necessidade de inovação na formação profissional em saúde. Alguns dos princípios estabelecidos na 48ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde realizada em Genebra em maio de 1995, já foram um guia claro para o reconhecimento dos problemas da educação médica e seu impacto no processo de saúde como expressão social a nível mundial. Um desses princípios é o reconhecimento da importância de que se situe o ensino da medicina no contexto da educação

multidisciplinar e de que a atenção primária em saúde seja dispensada de modo multidisciplinar (VENTURELLI, 2003).

Segundo Venturelli (2003, p. 218): “é fundamental que ao se olhar para as formas de educação dos profissionais de saúde, também se tenham em mente quais são as expectativas que a sociedade tem destes”.

Em relação ao profissional médico, Venturelli (2003, p. 218) afirma que:

A expectativa social é de que um médico deve ser, além do médico que está à frente do tratamento do paciente, um bom membro de uma equipe de saúde, parte de uma equipe de investigação e análise dos problemas de saúde, capaz de aceitar que as estruturas de poder devem mudar e de que junto com os demais profissionais e a população, deverão saber analisar as formas mais eficientes de terapia, de intervenções.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma forma de se manter os servidores coesos e motivados. Com esse tipo de equipe na linha de frente de trabalho, com planejamento familiar, abrem-se espaços para discussão entre os profissionais ginecologistas, pediatras, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Buscam-se respostas a questões como, por exemplo, se é possível associar programas sociais com a educação para uma maternidade consciente. A discussão com o assistente social pode contribuir para o processo de pensar.

Pode-se diminuir a lacuna que existe entre o atendimento pediátrico e o ginecológico e obstétrico, abrindo-se um espaço para discussão sobre as questões de planejamento familiar, com vistas a buscar estratégias de abordagem das pacientes na transição infanto puberal.

Os profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, têm atuação direta junto à comunidade, sendo suas contribuições importantes para a construção de um novo processo de pensar e agir frente à questão do planejamento familiar.

A Política Nacional de Humanização aposta em inovações, dentre as quais está o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2004b). Aqui, o processo de subjetivação dentro do espaço inter-relacional toma importância. É a partir dessa relação que os sujeitos se transformam. De um

lado o servidor em saúde se apropriando das realidades e, do outro, os usuários do sistema de saúde buscando por soluções para as suas demandas. Para que esse processo aconteça, é necessário que se conheça os obstáculos presentes e que podem interferir nas relações.

Através do conhecimento da realidade local e da integração da equipe de trabalho, busca-se a melhoria na qualidade do atendimento com foco nas necessidades locais. Somente conhecendo a realidade é que se torna possível interferir na mesma.

Então, pensando em trabalhar com uma proximidade maior junto à comunidade, para atingir o bem estar das pacientes e fazer com que elas alcancem seus direitos reprodutivos, sugere-se estudos planejados para conhecer as expectativas dos trabalhadores, bem como seus conhecimentos e disponibilidade para prestarem informações sobre planejamento familiar; conhecer as expectativas e necessidades das usuárias; e desenvolver estratégias para capacitação de profissionais de saúde que atuam em planejamento familiar.

Abrir espaços para ouvir os desejos e expectativas das usuárias também amplia a discussão para o nível familiar.

Para atender às peculiaridades de atuação na comunidade, de educação multiprofissional das equipes das unidades básicas de saúde e promover um processo de educação permanente, sugere-se a realização de pesquisas de avaliação com abordagem qualitativa e utilização da técnica de grupo focal como proposta metodológica. Sobre o grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas, Backes et al. (2011, p. 441) escreveram:

Pela sua capacidade interativa e problematizadora, o grupo focal como técnica de coleta e de análise de dados se constitui em uma importante estratégia para inserir os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuam para o repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas sociais.

Portanto, o grupo focal é uma estratégia que possibilita investigar novos saberes, ressignificar posturas profissionais e aproximar a pesquisa dos cenários de prática e vice-versa. Além disso, é uma ferramenta de gestão que pode auxiliar na organização do processo de trabalho, pela possibilidade de analisar tanto as

potencialidades e fragilidades internas quanto as oportunidades e desafios externos, que requerem adequação e novas articulações profissionais (BACKES et al., 2011).

Com o objetivo de revelar as percepções dos participantes sobre o tópico planejamento familiar, seria possível constituir dois tipos de grupos focais, um com trabalhadores, e outros grupos com usuárias do serviço de saúde.

Roteiros de debate podem ser baseados no Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais Perto de Você - Acesso e Qualidade, que compõe a terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e cuja proposta é induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b).

Grupos de discussão podem ser constituídos com objetivos que se assemelhem ao intuito do momento avaliativo do instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que consiste em verificar a realidade local, identificando e apontando as fragilidades e potencialidades da equipe (BRASIL, 2012c).

Sugere-se proceder à análise dos dados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, através de processo que contemple dois momentos: análise específica de cada grupo e análise cumulativa e comparativa do conjunto dos grupos realizados; A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de '*análise de comunicações*', que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

Segundo Minayo et al. (2004, p. 74) podemos destacar duas funções que podem, na prática, ser complementares, na aplicação da técnica de análise de conteúdo:

Uma se refere à *verificação de hipóteses e/ou questões*. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função, diz respeito à *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos*, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Por fim, programar encontros de devolução de informações junto aos trabalhadores para que tenham a oportunidade de comentar os resultados elaborados pela equipe de pesquisadores; e, posteriormente, sugerir a constituição de equipes de trabalho multiprofissional, com organização de espaços de discussão teórica, em caráter permanente, com o objetivo de elaborar estratégias para atendimento à demanda em planejamento familiar, respeitando as atribuições de cada servidor dentro dos serviços de saúde, e as necessidades e expectativas das usuárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco dentro do contexto de direitos à saúde sexual e reprodutiva deve ser para reconhecer e atender às necessidades locais. O tema saúde sexual e reprodutiva é muito mais amplo do que uma discussão acerca de métodos anticoncepcionais disponíveis, ele habilita os indivíduos a terem uma vida sexual segura e satisfatória ao longo de suas vidas.

O acesso à informação deve ser garantido a todas as classes sociais sem restrições. É importante retirar o foco e polaridade centrada na figura do médico, expandindo a rede de informação através do aperfeiçoamento de todos os profissionais de saúde.

Os profissionais devem ser estimulados do ponto de vista motivacional e de recuperação de autoestima para que possam obter reconhecimento, provocando, assim, uma reação que se estenda aos usuários e também aos gestores, produzindo um bem estar coletivo, que seja capaz de trazer para a roda mais e mais pessoas. Propõe-se a sensibilização dos gestores para aumentar o investimento não no trabalho e sim naquele que o faz. Valorizar os trabalhadores e não meramente o trabalho como mercadoria, buscando formas de se qualificar as equipes de saúde deveria ser uma prioridade.

Portanto, pesquisas que avaliem e contextualizem realidades específicas funcionariam como ponto de partida para o desenvolvimento de projetos de intervenção, planejados e construídos por meio de propostas metodológicas em

forma de aprendizagem colaborativa³, onde os participantes dos grupos possam interagir para chegar a uma meta comum⁴, a qual seria apresentada em forma de proposta de abordagens das usuárias em relação ao planejamento familiar. Nesse tipo de proposta, o participante se apropria dos conhecimentos significativos nas questões vinculadas à educação e saúde, de forma interdisciplinar, úteis para sua participação colaborativa para a tomada de decisão. Ao final do processo torna-se possível alcançar melhorias na qualidade do atendimento por meio de planejamento de intervenções para que haja uma participação maior da equipe no atendimento às usuárias e para que seja garantido o direito de acesso das mesmas às informações sobre planejamento familiar, respeitando-se suas expectativas e necessidades.

Investir em pesquisas que sejam voltadas para atender às necessidades das comunidades locais, ao invés de investir somente em estudos que provavelmente nunca poderão ter aplicação em determinadas comunidades com características específicas, também é uma forma de se qualificar a atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil.**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. (Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas; n. 21)

AQUINO, Estela M. L.; HEILBORN, Maria Luiza; KNAUTH, Daniela Riva. Juventude, sexualidade e reprodução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1362-1363, Jul, 2006.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 35 (4): 438-442, 2011.

BOMFIM, Leny A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777 - 796, 2009.

³ Segundo Flores (2001 apud INOCÊNCIO e CAVALCANTI, 2005, p. 3) "a aprendizagem colaborativa é caracterizada pela presença de grupos de alunos que se responsabilizam pela interação que os levará a uma meta comum".

⁴ Vygotsky (1987, p.18, apud INOCÊNCIO e CAVALCANTI, 2005, p. 3) coloca que "[...] o verdadeiro curso do desenvolvimento do pensamento não vai do individual para o socializado, mas do social para o individual".

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. CAPES. **Recomendações para Elaboração de Projetos de Mestrados Profissionais em Ensino na Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais Perto de Você - Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: PMAQ/Ministério da Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ/Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei N.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o inciso 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANNING, David; SCHULTZ, T Paul. The economic consequences of reproductive health and family planning. Series: family planning 4. **The Lancet**, v. 380 July 14, p. 165-171, 2012.

CARDOSO, Ruth. Planejamento familiar. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 2, 3, p. 2-7, nov. 83.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, Ricardo Burg; PINTO, Luiz Felipe; A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (2): 266-277; 2007.

CLELAND, John et al. Contraception and health. Series: family planning 2. **The Lancet**, v. 380 July 14, p. 149-156, 2012.

COTTINGHAM, Jane; GERMAIN, Adrienne; HUNT, Paul. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. Series: family planning 5. **The Lancet**, v. 380 July 14, p. 172-180, 2012.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 427-438, 2007.

INOCÊNCIO, Doralice; CAVALCANTI, Carolina M. C. **O trabalho em grupo como metodologia de ensino em cursos e disciplinas on-line.**, Universidade de Santo

Amaro, Setor Educacional: Educação Universitária. Natureza do Trabalho: Descrição de Projeto em Andamento. Maio/2005.

KASPER, Elisabete. Reflexões sobre a formação docente em saúde pública. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 19, 2, p. 119-124, Jul./Dez. 2005.

LIMA, Júlio César França. **Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde**. In: FONSECA, A. F. (Org.). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6 , p. 109-116, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 14(supl. 1): p. 25-32, 1998.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>> Acesso em: 17 Ago. 2014

PRATES, Cibeli de Souza. **Autonomia nas experiências de anticoncepção de múltiplos pobres**. Porto Alegre, 2007. Dissertação (Mestrado de Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10239>>.

Último acesso em: 26 Julh. 2014.

RAMOS, Marise Nogueira. **Conceitos básicos sobre o trabalho**. In: FONSECA, A. F. (Org.) O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RODRÍGUEZ, Maria I; SAY, Lale; TEMMERMAN, Marleen. Family planning versus contraception: what's in a name? **WHO, Geneva 1211, Switzerland**. Published on line February 14, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70177-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70177-3) > . Acesso em 06 Mar. 2014.

SCHUCH, Sandra Sommer Pereira. **A família contemporânea e a gravidez precoce**. 64f. Monografia (Requisito parcial do Curso de Serviço Social para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social) - Universidade Luterana do Brasil. Faculdade de Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social. Canoas, 2005.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.9, p. 19-45, 2011.

SHIFFMAN, Jeremy; QUISSEL, Kathryn. Family planning: a political issue. **The Lancet**, v. 380 July 14, p. 181-185, 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência e saúde coletiva**, 18(1): 159-170, 2013.

VAN LOOK, Paul F.A. **Prefácio**. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ESCOLA BLOOMBERG DE SAÚDE PÚBLICA & CENTRO DE PROGRAMAS DE COMUNICAÇÃO DA UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS (Orgs.) Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2007.

VENTURELLI, José. **Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio em el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos**. 2. ed. Organización Panamericana de la Salud, 2003. 315 p.