

Seção 2

Construção de um protocolo de cuidados
que assegure os direitos sexuais e
reprodutivos da mulher

Agora que você já tem uma visão global de como vivem as mulheres de seu território e de como é o seu processo de adoecer e morrer, vamos refletir sobre a construção de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos. Nas últimas décadas, as mulheres vêm lutando pela garantia desses direitos, pois eles afetam diretamente o seu modo de levar a vida, incluindo o poder de planejar o tamanho de suas famílias.

Embora o Ministério da Saúde tenha colocado no elenco de suas ações as atividades que possibilitam às mulheres exercer melhor controle sobre suas vidas relativo ao número de filhos que desejam ter, na prática existe um profundo abismo entre os direitos reprodutivos assegurados pela Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), e a possibilidade efetiva de exercê-los por meio do acesso aos métodos anticonceptivos e ao tratamento da infertilidade.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituem uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (BRASIL, 2009a):

- o direito das pessoas de decidirem, de maneira livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
- o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;
- a garantia dos direitos sexuais significa, também, o direito de escolher o parceiro ou parceira sexual e de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, bem como escolher se quer ou não ter relação sexual. Indica o direito ao sexo seguro com prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009a).

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de

1. desenvolver uma base conceitual e a visão sobre a situação dos direitos sexuais e reprodutivos em seu território e /ou município;
2. identificar os principais aspectos necessários à construção de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos.

Parte 1

Um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos dos seres humanos em âmbito internacional foram firmados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948. Desde então, ocorreram várias convenções internacionais nas quais foram estabelecidos os estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle para garantir um elenco de direitos considerados básicos à vida digna (BRASIL, 2005a).

Em 1994, a Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos e, em especial, ao conferir à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos um caráter primordial (BRASIL, 2005a). Ao ultrapassar os objetivos puramente demográficos e ao focalizar-se no desenvolvimento do ser humano, a Plataforma de Ação do Cairo definiu os direitos reprodutivos da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2005a).

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, os acordos estabelecidos no Cairo foram reafirmados e avançou-se na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, tornando o primeiro mais autônomo em relação aos direitos reprodutivos. Nessa Conferência, o governo do Brasil assumiu o compromisso de fundamentar todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar, nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos. É importante salientar que os princípios de Pequim e do Cairo se opõem radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas, ou seja, ao controle da natalidade (BRASIL, 2005a).

Desde as primeiras décadas do século XX, o Brasil passou a incorporar os problemas decorrentes da gestação e do parto às políticas nacionais de saúde. Até a década de 1980, verifica-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento familiar. Isso deu margem à atuação de diversas entidades financiadas por agências internacionais, a partir da década de 1960, cujo principal interesse era atuar na redução do crescimento populacional no país (BRASIL, 2005a).

Somente no ano de 1984 é que foi criado um programa que introduziu novo enfoque às políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, propondo uma abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), centrado na integralidade e na equidade das ações, contou com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. O planejamento familiar passou a fazer parte de um elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa e os métodos anticoncepcionais passaram a ser distribuídos aos estados pelo Ministério da Saúde, ainda que de maneira descontínua, na segunda metade da década de 80 (BRASIL, 2005a).

Em 1997, o fornecimento de métodos contraceptivos foi interrompido em decorrência da decisão de descentralização de recursos federais para os estados e municípios, para favorecer o financiamento da assistência farmacêutica básica. No entanto, poucos estados e municípios incluíram os métodos anticoncepcionais na sua lista básica de medicamentos/insumos para aquisição (BRASIL, 2005a). Muito menos, ainda, foi realizado para aqueles que necessitavam de acesso a tratamentos especializados devido a problemas de infertilidade.

Em outubro de 2001, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela aquisição de métodos anticoncepcionais reversíveis, com distribuição descentralizada e trimestral para os municípios que atendessem a um dos seguintes critérios: ter pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família habilitada, estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aprovado ou contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Os anticoncepcionais foram enviados em duas formas de kits: o kit básico, composto de pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona, minipílula e o preservativo masculino e o kit complementar composto de dispositivo intrauterino (DIU) e anticoncepcional injetável trimestral. Ressalta-se que o kit complementar só era enviado para os municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes ou que informavam possuir médicos capacitados para inserção do DIU (BRASIL, 2005a).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde passou a incluir, no grupo de responsabilidade do nível federal, os métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica. A partir daí, o governo se propôs a cobrir progressivamente 100% da necessidade dos 5.561 municípios da Federação com pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula). Pactuou, também, a aquisição de pílula anticoncepcional de emergência, anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional injetável trimestral para os 5.223 municípios da Federação que, até março/2004, possuíam equipes de Saúde da Família cadastradas ou estavam aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Propôs, ainda, a aquisição do DIU e do diafragma para cobrir progressivamente 100% da necessidade, inicialmente para 1.200 municípios da Federação, em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano para os anos de 2006 e 2007 (Brasil, 2005a).

No entanto, o que se observa no cotidiano das equipes de Saúde da Família é a irregularidade na oferta desses insumos e a desobrigação do governo municipal na sua aquisição. Como resultado, as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações. Há de se considerar um programa mais recente, que muito poderá contribuir para mais efetividade na disponibilização de anticoncepcionais, entre outros medicamentos: a Farmácia Popular.

Por outro lado, a disseminação dos métodos anticoncepcionais não naturais, nos anos 1960, possibilitou às mulheres melhor controle sobre o número de filhos e gerou, ao mesmo tempo, declínio de mais de 70,0% na taxa de fecundidade. Essa ocorrência foi potencializada pelo fenômeno da urbanização, a partir dos anos 1970.

A alta prevalência da laqueadura tubária nas mulheres brasileiras impõe a necessidade de reorganização da rede assistencial, com mais controle pela população feminina e incremento no uso dos métodos reversíveis. Conforme informação do Ministério da Saúde, 20,0% das mulheres que se submeteram à ligadura de trompas, em 2000, arrependeram-se (BRASIL, 2005a).

Pense nisso!

O planejamento familiar deve ser tratado no âmbito dos direitos reprodutivos e seu principal objetivo deve ser garantir às mulheres e aos homens o direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: ter ou não filhos. Como uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. Veja o texto completo da Lei do Planejamento Familiar - Lei n. 9.263/96 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996).

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivos. Para que isso se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar as mulheres e/ou homens a fazerem sua opção contraceptiva em cada momento da vida. O mesmo esforço deve ser desenvolvido para aqueles que desejam ter filhos e não conseguem ter acesso a tratamentos que facilitem esse direito.

Parte 2

Como garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em:

- práticas educativas permeando as ações de saúde;
- garantia de acesso a–os usuários;
- equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.);
- livre escolha do método contraceptivo;
- disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos;
- consultas e acompanhamento médico para os usuários;
- assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Todavia, mesmo tendo todas as condições para garantir os direitos sexuais e reprodutivos, o profissional de Saúde da Família lida com situações que, num primeiro momento, parecem fugir de tudo aquilo que aprendeu durante a graduação e sua prática profissional, como a descrição, a seguir, vivenciada por um profissional da equipe de Saúde da Família.



Atividade 3

Leia o texto a seguir e registre qual seria a sua conduta, com argumentos que a justifiquem, caso você vivenciasse uma experiência semelhante. Tenha como referência a sua experiência como profissional da Saúde da Família e a Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar em nosso país (BRASIL, 1996).

Durante a visita domiciliar a uma família, deparei-me com uma mulher, mãe de sete filhos com idades entre dois e oito anos, no terceiro trimestre de gravidez. Fiquei muito triste em ver as condições precárias de higienização da casa e das pessoas que nela viviam. Todas as crianças apresentavam déficit nutricional e os cartões de vacinas estavam desatualizados. A mulher tinha um olhar de tristeza e uma postura submissa ao marido, que era garimpeiro e cujo salário não chegava a meio salário mínimo. A família foi orientada a melhorar as condições de higienização e alimentação, a retornar as crianças à escola e a atualizar as vacinas atrasadas. O casal foi orientado, também, sobre a importância do planejamento familiar para melhor qualidade de vida. Durante a abordagem, porém, não me senti muito à vontade, pois o marido, o tempo todo, se negava a aceitar as orientações, dizendo que o uso de anticoncepcionais, ligadura tubária e vasectomia era pecado.

Explicita e discuta a sua opção de conduta e a de seus colegas no fórum. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Parte 3

Bases para a elaboração de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos

Que aspectos devem ser levados em consideração pela equipe de Saúde da Família para elaboração ou revisão de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos? É o que abordaremos a seguir.

3.1| A comunidade conhece as atividades de planejamento familiar desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família?

É fundamental que sejam criadas facilidades para que as pessoas possam participar das atividades do planejamento familiar. Inscrições para os grupos operativos ou consultas devem ser abertas a todos os interessados e em horários variados. A divulgação da programação em escolas, associações comunitárias e outros locais que a equipe julgue estratégicos podem ampliar a participação de adolescentes e homens, que geralmente são menos presentes na unidade de saúde.

3.2| Como têm sido desenvolvidas as práticas educativas relativas ao planejamento familiar?

A informação sobre saúde reprodutiva é fundamental para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção. Porém, não basta só a informação. São necessárias outras ferramentas que possibilitem às pessoas refletir sobre as suas condições concretas de vida e como superá-las. Isso tem relação com as práticas educativas desenvolvidas pela equipe, tanto de forma individual quanto coletiva.

No caso da organização de grupos, é importante contar com a participação de pessoas da comunidade que possam contribuir com a desmistificação de tabus e crenças criados em torno dos métodos contraceptivos e daqueles relativos à fertilidade. O profissional de saúde poderá atuar como um facilitador, possibilitando escolhas conscientes sobre o método contraceptivo. A utilização de dinâmicas de grupo em oficinas de trabalho proporciona o clima propício para que as pessoas possam refletir sobre suas vidas de maneira lúdica. O uso de cartazes, álbuns seriados e kits com exemplares dos métodos reversíveis são complementos fundamentais para o desenvolvimento desses grupos educativos.

3.3| Como tem sido a participação da equipe profissional multidisciplinar nas atividades relativas aos direitos sexuais e reprodutivos?

A participação de profissionais médicos, enfermeiros, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, agentes comunitários de saúde, etc. com seus diferentes saberes enriquece a atividade e amplia a capacidade operacional da equipe. Portanto, a elaboração do protocolo para esta atividade deve contar com os vários profissionais e também com os usuários do serviço, que poderão contribuir com questões bem concretas em relação à operacionalização da proposta.

3.4| Como os usuários participam da escolha dos métodos contraceptivos?

Nas discussões sobre cada método, a equipe deve enfatizar as características de cada um, atentando para que suas impressões pessoais não influenciem nessa abordagem. Após conhecer as vantagens e desvantagens de cada método, o usuário terá melhores condições de escolher qual se enquadra melhor na sua própria vida. Caberá a você avaliar se há contraindicação ao método escolhido e orientar para o seu uso.

Recomendamos as leituras:

O artigo “Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família” que se encontra no site: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf

Manual Técnico: Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002) no site: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf

Acesso em: 31 mai. 2013. Cecília, se não atrapalhar a diagramação, por favor inclua esta citação. Já coloquei nas referências. Se ficar melhor, poderá colocar no final, logo após a descrição da Atividade 4

3.5| Como é realizada a assistência nos casos de infertilidade conjugal?

O apoio e a orientação para casais com dificuldade para engravidar após um a dois anos de vida sexual sem proteção contraceptiva também é uma atividade do programa de planejamento familiar. Na rede pública, ainda são poucos os serviços especializados para tratamentos de casais inférteis e os custos são altos. Mesmo quando o SUS disponibiliza o tratamento, são poucas as opções de medicações, não atendendo todas as indicações. Entretanto, o médico da equipe poderá proceder à propedêutica inicial e tratamento de casos menos complexos e orientar sobre os centros especializados. Fatores masculinos podem ser responsáveis por até 40,0% dos casos de infertilidade. Assim, ambos os parceiros devem ser avaliados, mesmo diante de evidências de alteração em algum deles.

Para aqueles que desejam aprofundar esta temática, recomendamos a leitura do capítulo “Propedêutica Básica da Infertilidade Conjugal”, do livro: CAMARGOS, A. et al. Ginecologia ambulatorial. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

3.6| Como é tratada a contracepção de emergência por sua equipe?

Segundo a política de direitos sexuais, a contracepção de emergência (CE), ou uso da pílula do dia seguinte, deve ser de conhecimento amplo, para que seja oportunamente utilizada. Toda pessoa que tenha tido falha no método utilizado, por exemplo, ruptura do condom, esquecimento da pílula ou que tenha tido relação sexual não protegida, pode optar pelo uso da CE até 72 horas após o coito.

Sua distribuição faz parte da política pública federal para os estados ou diretamente para os municípios. A informação sobre o assunto por parte de profissionais e da população, bem como a disponibilidade e distribuição ágil do medicamento ainda são insatisfatórias, limitando a utilização da pílula do dia seguinte. A falta de informação tem gerado, por parte de muitas usuárias, a utilização da pílula do dia seguinte como método contraceptivo, o que tem sido extremamente contraindicado, devido aos efeitos colaterais ocasionados pelas altas dosagens hormonais sobre o corpo da mulher.

3.7| Existe disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos para os usuários de seu território e/ou município?

O usuário deve ter garantia da continuidade da oferta do método escolhido. Essa disponibilidade é fundamental para o sucesso do programa e, também, para que a escolha pelos métodos irreversíveis (vasectomia e ligadura de trompas) não seja a única maneira de contracepção continuada. Para se ter uma ideia da quantidade mensal necessária, consulte periodicamente as estatísticas de utilização de cada um dos métodos disponíveis.

É fundamental que o planejamento e/ou a implantação da atividade de planejamento familiar seja feito sob a forma de um projeto, para influenciar e impactar os órgãos competentes.

Atividade 4

Para que você possa identificar se existem garantias para os usuários de seu município em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário proceder a uma análise da situação, com base nos dados seguintes:

- Verificar na unidade básica de saúde (UBS) como estão sendo realizados a captação, o cadastro e o acompanhamento da atividade de planejamento familiar.
- Verificar se existem atividades de grupo e como são desenvolvidas – relações educativas estabelecidas, periodicidade, número de reuniões por mês, número de pessoas.
- Levantar que métodos estão disponíveis e se a quantidade é suficiente para atender à população do município.
- Identificar o tipo de capacitação que os profissionais receberam para desenvolver as atividades.
- Verificar a existência de referência para casais inférteis e com indicação de contracepção definitiva.

Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre os direitos sexuais e reprodutivos em seu município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



