



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE¹

Joseneide Costa Soares²

Elayne Albino da Silva³

Merces de Fatima dos Santos Silva⁴

Resumo: Este estudo analisa processos de trabalho em saúde no Planejamento Familiar. Aplicamos Observação Participante e entrevista com equipe multiprofissional. Para análise de dados, utilizamos o materialismo histórico dialético, categorização e Análise de Conteúdo. Verificamos a necessidade de reestruturação de rotinas, instrumentais e protocolos, além de investimento em educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Processos de trabalho em Saúde; Planejamento Familiar; direitos sexuais e reprodutivos; integralidade.

Abstract: This study analyses health work processes in Family Planning. We apply Participant Observation and interview with multiprofessional team. For data analysis, we use dialectical historical materialism, categorization, and Content Analysis. We verified the need to restructure routines, instruments and protocols; and investment in continuing education in health.

Keywords: Work processes in Health; Family Planning; sexual and reproductive rights; completeness.

Introdução

No início dos anos XX surgiram em alguns países da Europa e nos Estados Unidos movimentos sociais baseados nas ideias de Thomas Malthus, conhecido por suas ideias controlistas de que se não houvesse controle do crescimento da população, provavelmente chegaria um dia em que a produção de alimentos não seria suficiente para alimentar a todos. Isso porque a produção de alimentos e recursos naturais diminuía em relação à população (COELHO, LUCENA, SILVA, 2000). De acordo com essa concepção, a raiz da pobreza e da miséria estava na proliferação acelerada de pessoas.

Nos anos 60, os países desenvolvidos, por meio das agências de fomento internacionais, estabelecem critérios para realização de concessões financeiras. Logo, as indústrias farmacêuticas internacionais se estabelecem no país e há o aumento

¹ Este trabalho é parte da pesquisa intitulada “Processos de trabalho em Saúde: Uma análise das ações de Planejamento Reprodutivo”, realizada em 2017-2018, como pré-requisito para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FACISA/UFRN), parecer nº 2.625.675 e contou com recursos financeiros próprios.

² Profissional de Serviço Social, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, E-mail: joseneidecs@gmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: joseneidecs@gmail.com.

⁴ Professor com formação outra áreas, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, E-mail: joseneidecs@gmail.com.

significativo de consumo de pílulas anticoncepcionais (COELHO, LUCENA, SILVA, 2000).

Na década de 70, o movimento feminista defende a utilização dos métodos anticoncepcionais, como a pílula, que nesse contexto significava para as mulheres um enorme avanço, tendo em vista a dissociação entre sexo e reprodução. Por outro lado, a utilização das pílulas, sob incentivo do Estado coercitivo, autoritário e burguês, deu-se de forma massiva especialmente pela população pobre sem as devidas orientações e acompanhamento de saúde (REDE FEMINISTA, 2008).

Outro método bastante disseminado especialmente entre a população negra, pobre, do Norte e Nordeste do Brasil, foi a laqueadura tubária, muitas vezes realizada sem que as mulheres tivessem conhecimento sobre os riscos do procedimento ou de opções de métodos contraceptivos menos invasivos. Portanto, as práticas de esterilização tomavam lugar das ações de Planejamento Familiar (REDE FEMINISTA, 2008).

Nesse sentido, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e teve papel fundamental na defesa da autonomia das mulheres sobre a quantidade e espaçamento entre os filhos; incorporou as demandas dos movimentos de base na luta pela livre expressão da sexualidade; contribuiu para a responsabilização do Estado frente a essas demandas, no intuito de planejar políticas e construir um novo modelo de produção de saúde (BRASIL, 2015).

Essas políticas tiveram como pressuposto uma forma de fazer saúde pautada nas necessidades de saúde; nos ciclos de vida; na horizontalidade das relações entre profissionais e usuárias; na educação popular como método de fortalecimento do protagonismo das mulheres sobre a própria saúde, corpo e vida (BRASIL, 2015).

Tendo em vista que a procura por aconselhamento e orientação das pessoas está para além da família ou projeto de família, fazendo referência às mudanças sociais e à construção de novos arranjos familiares (BRASIL, 2010), optamos neste estudo por utilizar o termo “Planejamento Reprodutivo” ao invés de “Planejamento Familiar”, e o utilizaremos daqui em diante por ser mais abrangente que o anterior.

O Planejamento Reprodutivo foi regulamentado pela Lei nº 9.263/1996⁵, que o estabelece como direito de todo cidadão. O Manual Técnico de Planejamento Familiar de 2005 vem problematizar a respeito do papel dos trabalhadores de saúde, apontando três eixos de atuação principais, tais como: práticas educativas, preferencialmente coletivas a partir do vínculo de confiança em que o profissional deve dialogar sobre o exercício da sexualidade de homens e mulheres, apresentar os métodos anticoncepcionais e sanar

⁵ Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal de 1988, fundado no princípio 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.

dúvidas, visto que o tema ainda possui diversos tabus.

O aconselhamento, preferencialmente individual, em que a centralidade deve ser no sujeito, tratado em suas particularidades e necessidades; e em que deve ser trabalhada a participação, autocuidado e autonomia dos usuários. Por fim, as atividades clínicas, que devem ser realizadas levando-se em consideração a tríade promoção, proteção e recuperação em saúde como práticas complementares e tendo como pressuposto a continuidade do cuidado, para fins de monitoramento da adaptação do uso dos métodos e possíveis intercorrências.

Desse modo, a partir da compreensão do papel central que exercem os profissionais de saúde no que se refere ao Planejamento Reprodutivo, na educação em saúde e conseqüentemente na construção/fortalecimento da autonomia das mulheres, este estudo se propôs a analisar os processos de trabalho em saúde no âmbito das ações de Planejamento Reprodutivo em um Hospital Universitário. A pergunta de pesquisa a ser respondida era: como estão organizados os processos de trabalho em saúde no que tange às ações de Planejamento Reprodutivo?

A pesquisa foi orientada pelo método histórico dialético, desenvolvida por meio de enfoque qualitativo e se constitui como pesquisa de campo exploratória, cuja coleta de dados foi baseada em Observação Participante (cinco reuniões) e entrevista semiestruturada (com três profissionais). O objeto empírico é a equipe multiprofissional e a atuação desta no Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB.

A relevância do tema consiste em fomentar reflexões acerca dos impactos dos cuidados em saúde que podem favorecer a produção de autonomia dos sujeitos, contribuir para a qualificação da assistência aos usuários, e para o aprimoramento das práticas profissionais.

Direitos sexuais e reprodutivos

Ao longo dos anos observamos significativos avanços no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. No âmbito internacional, tivemos alguns marcos referenciais que indiretamente contribuíram para a construção das políticas brasileiras, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que traz a concepção de liberdade inerente a pessoa humana e a igualdade de direitos sem distinção; a I Conferência Mundial sobre a Mulher no Ano Internacional da Mulher (1975), no México, que debateu sobre a autonomia das mulheres em relação a própria vida, corpo e sexualidade; a Conferência de Alma Ata, na República do Cazaquistão (1978), que defendeu a concepção de Atenção Primária à Saúde, apontando as desigualdades sociais como produtoras de iniquidades em saúde, destacando o papel dos Estados e a importância do atendimento integral (SOS CORPO, ([201?])).

Houve ainda no Cairo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), que trouxe a discussão do que são os direitos sexuais e reprodutivos, alertando quanto à necessidade de medidas de atendimento às mulheres para além do ciclo gravídico-puerperal promovendo a garantia dos direitos humanos, incentivando as ações de Planejamento Reprodutivo, igualdade de gênero e de saúde sexual e reprodutiva (CAIRO, 1994).

Sobre os direitos reprodutivos, nasce uma definição pautada na liberdade dos sujeitos decidirem se, quantos e quando ter filhos, tendo acesso a “informação e aos meios” de o fazer; direito de “gozar de saúde sexual e reprodutiva”; assim como, direito de “tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (CAIRO, 1994, p. 62), dispendo de orientação profissional e métodos eficazes de melhor adaptação, com a finalidade de regulação da fecundidade ou concepção.

Outro marco foi a 4ª Conferência Mundial da Mulher (1995), realizada em Pequim, na China, que reconheceu as desigualdades de gênero ainda presentes no mundo moderno, afirmou que a pobreza acomete principalmente mulheres e crianças e propôs o combate a essas desigualdades como forma de fortalecer os direitos humanos e liberdades fundamentais das mulheres. Ressaltou que deve haver respeito a “integridade da pessoa humana”, “consentimento e responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências” (PEQUIM, 1995, p. 179).

O relatório de Pequim destaca ainda, os riscos aos quais as mulheres estão expostas como: gravidezes indesejáveis, principal causa de abortos clandestinos nos países em desenvolvimento; a falta de serviços que atendam às necessidades de saúde sexual das mulheres e estimulem o autocuidado; o *déficit* na prestação de assistência ao parto e ao puerpério, responsável pelas altas taxas de morbimortalidade de mulheres; a falta de acesso à informação, às ações de Planejamento Reprodutivo e aos métodos anticoncepcionais; e a falta de corresponsabilização do homem no que se refere aos comportamentos sexuais e reprodutivos (PEQUIM, 1995).

No que tange às políticas de saúde para as mulheres temos em 2004 o lançamento pelo Ministério da Saúde, da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”. A política traz a discussão sobre a saúde da mulher a partir do enfoque de gênero; aponta os indicadores sociodemográficos mostrando a situação de vulnerabilidade social das mulheres, sobretudo as negras e pobres, fazendo um paralelo da qualidade de vida entre a população branca e a negra.

A humanização do atendimento e o enfoque na qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde pública são apontados como possibilidades de enfrentamento das condições de vida dessas mulheres por propiciarem maior resolutividade das necessidades de saúde; fortalecimento das usuárias, no que concerne a conscientização e reivindicação

de direitos; e promoção do autocuidado (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi publicada a cartilha dos “Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo”. O documento aponta propostas como: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, a fim de que as ações de anticoncepção estejam amplamente disponíveis para homens, mulheres, adolescentes e idosos; capacitações para os profissionais de saúde da atenção primária, para o desenvolvimento de ações de Planejamento Reprodutivo e ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, de forma a possibilitar maior acesso a laqueadura (BRASIL, 2005).

Como se observa, no Brasil temos experiências válidas, no intuito de garantir a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Entretanto, no que tange ao cuidado na assistência direta aos usuários, ainda precisamos avançar.

De onde partimos?

O Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, hoje gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH é uma instituição de atendimento materno infantil na região do Trairí, RN. É considerado hospital de pequeno porte com cinquenta e dois leitos, de média complexidade. Tem papel relevante no que tange à formação em saúde, tendo em vista as atividades de ensino, pesquisa e extensão que proporciona aos estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e da Escola Multicampi Currais Novos e Caicó – EMCM (SOARES, PIRES e LIRA, 2016). Por essas razões e pela posição de hospital de referência para a região, escolhemos esse campo de estudo.

No que se refere ao Planejamento Reprodutivo, é um serviço relativamente antigo na instituição, anterior à EBSEH. O fluxo de atendimento consiste no encaminhamento realizado pela Unidade de Saúde do Município (da Região do Trairí e Potengi) para a Secretaria de Saúde de Santa Cruz, que administra as vagas. Uma vez na instituição, o médico faz uma primeira avaliação, encaminha para o ambulatório multiprofissional em outra data, com enfermeira, assistente social e psicóloga que realizam a entrevista, organizam a documentação e encaminham a usuária de volta para o médico.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante em reuniões de Planejamento Reprodutivo e entrevista semiestruturada com assistente social, psicóloga e enfermeira. Os sujeitos de pesquisa entrevistados são todas mulheres. Assim, a fim de preservar o anonimato delas, usamos pseudônimos de grandes personalidades femininas que marcaram a história do estado do Rio Grande do Norte em épocas em que as mulheres tinham pouquíssima voz nos espaços públicos, mas elas foram resistência e se fizeram ouvidas pela arte. Então, as chamamos de Auta de Souza, Zila Mamede e Nísia

Floresta.

O fato de serem todas mulheres nos remete a duas compreensões: uma do quanto temos conquistado os espaços públicos de trabalho, para além dos cuidados do lar, marido e filhos; e outra sobre as funções escolhidas, embora estejamos nos inserindo em áreas majoritariamente masculinas como as engenharias, ainda tendemos a escolher profissões vinculadas ao cuidado.

Culturalmente, a identidade atribuída às mulheres nas relações tanto públicas quanto privadas, está vinculada ao “cuidar de”, enquanto os homens “cuidam com”. Isso se reflete nas profissões, já que as mais escolhidas pelas mulheres são as que exigem mais escuta, diálogo e acolhimento, características normalmente conferidas às mulheres. As profissões consideradas femininas são mais desvalorizadas, em relação as ditas masculinas. Há naturalização da subordinação da mulher tanto na vida doméstica, quanto no exercício profissional, todavia trata-se de uma construção social que precisa ser desconstruída (SHIES, 2010).

Em relação ao tempo de formação e tempo de trabalho na saúde, Auta de Souza têm dezenove anos de graduada, sendo nove na saúde; Zila Mamede onze, sendo dez na saúde; e Nísia Floresta tem dezesseis anos de formada, sendo dezesseis anos na saúde. Todas cursaram graduação em universidades públicas federais. Observamos que elas têm muitos anos de graduadas, o que pode interferir na prática profissional a depender do grau de abstração do cotidiano de trabalho. A área da saúde é bastante adoecedora devido às rotinas e protocolos que compõem os processos que, por vezes, são engessados, transformando-se em obstáculos para o desenvolvimento do trabalho criativo, crítico e propositivo.

No cotidiano, tendemos a forjar, pela experiência vivida, formas de atender as “necessidades imediatas” sem muita reflexão, a partir de conhecimentos superficiais da realidade. O “critério de verdade se confunde com o de utilidade” (MATOS, 2013, p.84). Desse modo, o esforço de suspensão, de abstração, dessa cotidianidade nos faz enxergar de maneira mais crítica a essência dos fenômenos, nos dá a possibilidade de realizar intervenções mais condizentes, já que a realidade⁶ é dinâmica, dialética e, portanto, mutável.

Zila Mamede e Nísia Floresta têm duas especializações, Auta de Souza tem uma, todas cursadas em universidades federais. Verificamos que as três tiveram acesso a pós-

⁶ A realidade, de acordo com o método histórico dialético, é composta por fenômenos “objetivos e subjetivos, quantitativos e qualitativos”, que se inter-relacionam. São elementos temporais, mutáveis e cuja história nos ajuda a compreender o presente e projetar um futuro elaborado. Portanto, a apreensão do movimento desse real possibilita a transformação dessa sociabilidade, em outra mais livre e justa (PRATES, 2012).

graduações em saúde como forma de aprimoramento. As profissionais têm vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT com a EBSERH, com carga horária entre trinta e quarenta horas semanais. Quando questionadas se a remuneração é satisfatória, todas disseram que sim, porém uma delas relata que apesar do salário ser razoavelmente bom, nota diferenciação se comparada a outras categorias profissionais. Apenas Auta de Souza tem outro vínculo de trabalho.

Em pesquisa intitulada “É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?”, realizada com dez gestores de uma Secretaria de Saúde do Espírito Santo, ficam nítidas as concepções dos gestores quanto às causas dos altos níveis de adoecimento dos trabalhadores. Entre as razões, foram apontadas questões vinculadas ao “serviço, como as condições trabalho; processos de trabalho e as características dos trabalhadores, como decisões tomadas e relações que estabelecem” (BROTTO E ARAÚJO, 2012, p. 297).

A pesquisa ressalta, que apesar de saber que os trabalhadores têm adoecido muito, vários gestores atribuem as ocorrências aos próprios trabalhadores, culpabilizando-os. Quando na verdade, os adoecimentos têm forte relação com as “formas como estão estruturados os processos de trabalho, que perpassam o modelo de gestão adotado” (BROTTO E ARAÚJO, 2012, p. 302).

No Brasil, apesar da quantidade de casos de adoecimento dos trabalhadores de saúde terem aumentado progressivamente nos últimos anos, não é um fenômeno recente. Entretanto, poucas estratégias têm sido empregadas, no âmbito do Estado, para prevenir ou até minorar esses níveis de adoecimento que têm consequências devastadoras para quem adoece, para a família e para os serviços de saúde.

No HUAB, há um enorme *déficit* de profissionais em vários setores do hospital, que resulta em grave precarização do trabalho, elevação no ritmo laboral, aumento dos níveis de estresse, desestímulo dos sujeitos e adoecimento. A instituição precisa se responsabilizar pelo cuidado a esses cuidadores e pela construção de condições de trabalho condizentes com a realidade local. Além de investir mais em atividades de incentivo ao autocuidado e valorização dos trabalhadores.

Processos de trabalho em saúde

Os processos de trabalho são o modo como realizamos atividades com a finalidade de atender a uma necessidade socialmente produzida. São compostos por três componentes: o próprio trabalho; a matéria-prima, sobre a qual exerço meu trabalho, como os determinantes sociais; e os meios de trabalho, que são os instrumentos e técnicas que utilizamos na execução do trabalho, como a entrevista social (TÜRCK, 2012). Expressam o grau de desenvolvimento humano, social e tecnológico de uma dada sociabilidade.

“Quanto mais complexos e indeterminados, e menos sistematizados forem esses processos, mais difícil será refletir sobre eles” (FARIA et al, 2009, p. 21).

Quanto aos resultados deste estudo, verificamos que há perda de contato visual durante a entrevista com os usuários e pouca escuta. Cecílio (2001) diz que o momento de atendimento precisa ser um encontro de subjetividades, de escuta, de acolhimento. O outro precisa sentir segurança e confiança no olhar de quem o atende, já que essa relação é perpassada por poder.

No que tange ao trabalho em equipe, notamos que há em vários momentos sobreposição das falas das profissionais e contradições nos discursos. A equipe precisa de fato interagir como tal, entendendo que por mais competente, humano e eficiente que seja o profissional, não há trabalhador que atenda todas as necessidades de saúde que uma pessoa carrega (MERHY, FRANCO, 2003).

Existem dificuldades no trabalho profissional que têm relação com a falta de planejamento da rotina de atendimentos, no uso e qualidade do instrumental de entrevista. Embora reconheçam que a equipe é bem pequena, o que poderia ser um facilitador nesse sentido, as profissionais afirmam que precisam caminhar muito devido aos entraves de conseguir se reunir e problematizar as questões que aparecem no cotidiano.

Quando questionada se a equipe costuma planejar o trabalho, Auta de Souza respondeu: “acredito que sim, até porque a equipe é pequena, mas você vê que cada uma faz a sua parte, às vezes uma entra na frente da outra, mas no final dá tudo certo”. A fala, explicita que o trabalho em equipe acontece porque atendem juntas, mas isso não quer dizer, necessariamente, que o trabalho seja feito de forma interdisciplinar⁷.

Na produção de saúde, os sujeitos fazem “pactuações entre si”, para construção e operacionalização dos processos de trabalho, porém essas relações são perpassadas por “disputas”. “As pactuações” podem acontecer por “processos de negociação”, mas também por “conflitos e tensões vividos no cenário de trabalho, seja na gestão ou na assistência” (MERHY, FRANCO, 2003, p. 283). Quanto ao tamanho da equipe em relação à demanda, os dados apontam que “a equipe não é suficiente, mas também não deixa tanto a desejar, em questão de números de atendimentos” (Nísia Floresta).

Zila Mamede ressalta que, “a maior evolução é ter mais profissionais envolvidos no Planejamento Reprodutivo. Antes, não tinha participação da enfermagem, o médico não participava, embora hoje ainda não esteja junto [...]”. Verificamos que os processos ainda são muito centrados no saber médico, é ele quem avalia quem será encaminhada para a

⁷ A interdisciplinaridade é a interlocução e cooperação dos profissionais de diversas áreas, em que cada um dentro da sua área de conhecimento, contribui para a construção de práticas pactuadas pela equipe, de forma eficaz, horizontal e resolutiva para um determinado fim (ELY, 2003).

equipe multiprofissional, depois é ele quem após nova avaliação clínica, assina os documentos dando o aval final. Não há discussões dos casos ou reuniões de equipe.

No modelo medicalocêntrico de atenção à saúde, a “distribuição do trabalho é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no médico [...]”, mas “há potencial em todos os profissionais que pode ser aproveitado [...], elevando a capacidade resolutiva dos serviços [...] e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’⁸” (MERHY, FRANCO, 2003, p. 284).

Partimos da compreensão de que o trabalho em saúde deve pautar-se na integralidade das ações, no incentivo à autonomia e na valorização dos sujeitos, suas vivências, cultura e modos de vida. Assim, averiguamos que culturalmente a laqueadura tubária é vista pelas usuárias como método anticoncepcional necessário. Os dados demonstram que o ambulatório tem uma rotina de orientações com enfoque na esterilização cirúrgica e na assinatura dos termos que atestam que elas têm ciência dos riscos do procedimento.

O ambulatório está estruturado para o “encaixe” dessas mulheres em critérios predeterminados pela Lei de Planejamento. Quando na verdade, deveria estar fundamentado em ações de prevenção e promoção à saúde. Haja vista que “toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes a anticoncepção, mas abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher” (BRASIL, 2002, p.11).

As usuárias da nossa amostra têm idade entre vinte e quatro e trinta e oito anos; moram no interior; normalmente em união estável, com média de oito anos de duração; têm ensino médio completo; uma média de três filhos por mulher; média de quatro pessoas por domicílio; as ocupações mais relatadas foram agricultora e autônoma; as rendas familiares variam entre R\$400 reais e R\$4.500; sendo a renda *per capita* variável entre R\$100 e R\$1.500 reais.

Das cinco famílias, quatro são de baixa renda e usuárias do Programa Bolsa Família, os valores variam de R\$40 a R\$284 reais. Os dados demonstram que as condições de vida dessas famílias não são as mais satisfatórias, principalmente se fizermos correlação entre as variáveis de ocupação, renda e quantidade de pessoas no domicílio. Já que as ocupações são de trabalho sazonal e mal remunerado e a quantidade de pessoas nas residências é alta. Isso evidencia, que nos domicílios com *per capita* de R\$100 reais, as pessoas sobrevivem com R\$3,30 reais/dia, o que é alarmante.

⁸ O trabalho vivo em ato é parte constituinte dos processos de trabalho em saúde e se refere à centralidade no trabalho humano, relacional, em que a partir de um encontro entre usuário e profissional, se constrói um trabalho com vistas à integralidade do cuidado e onde o usuário é o protagonista (MERHY, FRANCO, 2003).

Quanto à motivação pela laqueadura, três delas alegam que a satisfação com a quantidade de filhos é o primeiro fator para ratificação da decisão; as condições de saúde deficitárias aparecem como segundo fator mais importante; e as dificuldades advindas da situação socioeconômica em terceiro. Interessante notar que, embora as condições de renda sejam latentes e as más condições de saúde também bastante expressivas, o motivo que aparece como mais importante para a decisão pela laqueadura foi a quantidade de filhos.

Nossa atuação sobre os determinantes sociais⁹ é imprescindível na construção de processos de trabalho em saúde, portanto cabe a nós profissionais traçarmos perfis de demandas a partir das que chegam ao serviço e refletir que, embora existam fatores individuais, há necessidades de fundo que expressam a coletividade (CFESS, 2010).

Ressaltamos a necessidade de reconhecimento do trabalhador de saúde também como cuidador-educador. As relações usuário-profissional e trabalhador-trabalhador devem estar longe do controle e dominação de uns sobre outros e estar fundamentadas em práticas democráticas (GRAZZINELLI et al, 2006), horizontais e dialógicas para que o processo de construção possa ser realmente possível.

Fazer educação em saúde é também, traçar estratégias de produção de autonomia para desalienação dos próprios trabalhadores sobre seu saber-fazer; e para os usuários, dando-lhes condições de ser protagonistas no processo do cuidado (GRAZZINELLI et al, 2006). Para isso, a Educação Permanente em saúde precisa se concretizar, já que notamos poucos espaços de discussão e problematizações sobre os processos de trabalho em saúde na instituição.

Sendo assim, na relação com os usuários, precisamos estimular a autonomia enquanto exercício de decisão consciente que pode ser impulsionada por meio da educação horizontal, de trocas de experiências. No qual a técnica não se sobreponha às concepções, valores e cultura (FREIRE, 2013) e os procedimentos/protocolos não sejam mais valorizados que as particularidades e singularidades humanas.

Considerações finais

Esta pesquisa revelou o quanto o cotidiano de trabalho pode ser alienante e engessador de práticas, se não houver movimento de abstração da realidade. As concepções de Planejamento Reprodutivo das profissionais estão calcadas na necessidade de orientações sobre contracepção, quando deveriam ser na direção da

⁹ São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELEGRINI, 2007).

promoção e prevenção em saúde como possibilidades de construção de autonomia das mulheres.

Demonstrou também o perfil das usuárias do serviço, apontando quais os determinantes sociais da saúde que podemos identificar para intervir. Assim como, a necessidade de ações de escuta, acolhimento e orientações para além da assinatura de documentos para Esterilização Cirúrgica. Portanto, ressaltamos a importância desse espaço de Planejamento Reprodutivo como estratégia de educação em saúde e problematização sobre os processos de trabalho. São tarefas árduas, mas necessárias, na construção de um SUS mais equânime, justo, integral e humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado.

_____, **Lei de Planejamento Familiar**, N° 9.263/1996.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** - Princípios e Diretrizes - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____, **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2015. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher.>>. Acesso em: 15.11.2017.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60p.

BROTTO, Tullio C. A. Maristela D. ARAÚJO. **É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?** Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, 37 (126): 290-305, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93. ISSN 1809-4481. Registro: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAIRO, **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf. Acesso em 27.11.2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 28 de novembro de 2018.

COELHO, E. A. C. et al. **Política de Planejamento Familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática**. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p.119-27, jun. 2000.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. *Katálysis*, v. 6, n.º 1, Jan./jun., Florianópolis - SC, 2003. P. 113-117.

FARIA, Horácio. Werneck, Marcos. SANTOS, Max A. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.: il., 22x27cm.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 16.ed.,131p., 2013.

Grazzinelli, M. Flávia. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**/Maria Flávia Grazzinelli, Dener Carlos dos Reis, Rita de Cássia Marques (organizadores). – Belo Horizonte: Editora UFMG 2006.

MATOS, Maurílio C. de. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional** – São Paulo: Cortez, 2013.

MERHY, E. E. FRANCO, T.B. **Por Uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional** *In*. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, nº65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

_____, **Trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em 26.11.2018.

PEQUIM, **Declaração de Pequim adotada pela quarta Conferência mundial sobre as Mulheres: ação para igualdade, desenvolvimento e paz**, 1995. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/pekin.htm> . Acesso em 27.11.2017.

PRATES, Jane Cruz. **O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária.** *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan. /jul. 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Porto Alegre, dezembro de 2008.

SOARES, Joseneide C. PIRES, Maria T. LIRA, Viviane S. **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:** formação para o trabalho em equipe, 2016.

SOS CORPO - Gênero e Cidadania, **Direitos Sexuais e Reprodutivos**, [201?]. Disponível em: <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/direitos-sexuais-e-reprodutivos>. Acesso em 27.11.2017.

SHIES, Viviane P. **Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho.** *Estudos Feministas*, Florianópolis, 18(2): 352, maio-agosto, 2010.

TÜRCK, **Serviço Social:** os processos de trabalho dos assistentes sociais, elaboração de documentação: implementação e aplicabilidade- 3ª ed. ver. atual. Porto Alegre: Graturck, 72p. 2012.