

ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE E POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO AOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS.

RESUMO

Este artigo trata-se de um estudo preliminar sobre a utilização e o acesso aos métodos contraceptivos pelas beneficiárias titulares do Programa Bolsa Família numa unidade básica de saúde.

Para isto considera-se que dos 613 beneficiários titulares cadastrados na unidade, 600 são do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Do total do sexo feminino, 87,7% pertencem a faixa etária entre 18 anos e 49 anos, portanto presumidamente em idade fértil, com vida sexual ativa e cidadãs de direitos reprodutivos e sexuais.

Desta forma, objetiva-se neste artigo traçar uma reflexão, ainda que inicial, acerca das possibilidades de ampliação do acesso à saúde, no que se refere aos direitos reprodutivos e sexuais, através de um atendimento pautado na integralidade da atenção, realizado durante o monitoramento das condicionalidades do programa.

Palavras chaves: condicionalidades de saúde, integralidade na atenção, métodos contraceptivos, acesso.

INTRODUÇÃO

Por tratar-se de um fenômeno de ampla expressão nas políticas sociais dos países latino americanos a partir da década de 90, os Programas de Transferência de Renda com Condicionais (PTRC) tendem a se configurar como uma resposta estratégica ao agravamento da pobreza decorrente do processo histórico e político vivenciados nesta região.

Os desenhos operacionais dos programas são variados, conforme destaca Fonseca (2006) ao estudar os diversos modelos desenvolvidos na América Latina e Caribe, no entanto, compartilham algumas características que cabem aqui neste estudo destacar:

- Focalização – os programas são dirigidos aos mais pobres e vulneráveis, e como ressalta a autora esta característica também é lida como equidade ;
- Co-responsabilidade – os programas estabelecem condicionalidades que correspondem aos “*compromissos de mão dupla*” assumidos pelos beneficiários e ofertados pelo Estado, nas áreas de saúde e educação. As condicionalidades “*são traduzidas por integralidade: ações coordenadas entre os distintos setores das políticas sociais para promover sinergias, enfrentar as características multidimensionais da pobreza e otimizar o gasto social*”. (Fonseca, 2007)

É acerca da importância de um olhar ampliado durante o monitoramento das condicionalidades de saúde do programa de transferência renda brasileiro – o Programa Bolsa Família (PBF) – que este artigo busca apresentar alguma reflexão

Qual a sinergia possível de ser estabelecida no ato do monitoramento que possa propiciar um maior acesso à saúde ? Que ofertas no serviço de saúde local se constituem como possibilidades imediatas de serem acessadas pelas beneficiárias do PBF e que não se concretizam por falta de informação ou outro fator impeditivo ?

DESENVOLVIMENTO

No desenho operacional do Programa Bolsa Família as condicionalidades são consideradas como "*a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social*" (BRASIL,2004).

Possuem por finalidades relacionadas às famílias, ampliar o acesso dos cidadãos aos seus direitos sociais básicos, em especial relativos à saúde e educação, e contribuir para reduzir a pobreza entre as gerações.

Para o governo as finalidades representam estimular a ampliação da oferta de serviços públicos, monitorar as políticas públicas locais e identificar as famílias em situação de maior vulnerabilidade e risco social.

O cumprimento das condicionalidades de saúde, especificamente, compreende o comparecimento do beneficiário, a cada 6 meses, à unidade de saúde que promova o acompanhamento do programa levando as crianças que tenham até 7anos e grávidas, com os respectivos cartões de vacinas e pré natal.

Os critérios estabelecidos como condicionalidades de saúde a serem cumpridos pelas famílias são: crianças até 7 anos: cumprir e manter atualizado o calendário de vacinação; acompanhar estado nutricional (peso e altura); gestantes e nutrizes: realizar pré-natal, acompanhamento após parto e participar das atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e alimentação saudável.

A integralidade, como um conceito básico muito discutido na saúde e já citado anteriormente, é tomada como referencial para nortear o atendimento às famílias no monitoramento das condicionalidades de saúde.

Inicialmente, o termo integralidade está presente como diretriz preconizada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, e na lei 8080/90 que institui o Sistema Único de Saúde.

No entanto, como aponta Mattos (2001), pensar integralidade remete a um termo de noção polissêmica, ou seja, formado por um conjunto de vários sentidos e que está intrinsecamente vinculado à história da Saúde Coletiva e seu projeto de sociedade.

A seguir se aborda brevemente dois desses sentidos que embasam nossa discussão sobre o monitoramento das condicionalidades do PBF e as possibilidades de ampliação do acesso à saúde.

O primeiro sentido refere-se à prática profissional em saúde, historicamente caracterizada como fragmentária num sistema que prioriza a segmentação.

O autor destaca a prática em saúde sob a ótica da Saúde Coletiva: concebidas como práticas sociais, onde a atitude do profissional busca entender as necessidades dos usuários de forma abrangente, articulando a assistência à prevenção no atendimento.

O segundo sentido refere-se à organização dos serviços e práticas de saúde; revela a integralidade como uma marca no modo de organização do processo de trabalho, que leva em consideração os sujeitos (profissional em saúde e usuários) em constante diálogo que propiciará a ampliação dos espaços de saúde.

Fundamentando-se nessas perspectivas para nortear a prática profissional e o monitoramento das condicionalidades de saúde é que se desenvolve a experiência a seguir.

O campo de investigação deste estudo refere-se a uma unidade básica de saúde que acompanha 613 famílias beneficiárias do PBF.

A porta de entrada para o monitoramento das condicionalidades de saúde do PBF é o atendimento individual, articulado entre os setores de Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, quando ocorre a coleta de dados solicitadas no mapa de acompanhamento, a saber: NIS (Número de Identificação Social fornecido pela Caixa Econômica e impresso no cartão magnético do programa); nome dos componentes familiares; datas de nascimento; data do atendimento; peso e altura de crianças até 6 anos inclusive e gestantes; dados sobre aleitamento materno; dados da gestação (quando houver grávidas); dados de vacinação e informação da situação da mulher a partir de 10 anos (gestante, não gestante ou não pode ser gestante).

Na experiência vivenciada pode-se constatar que os critérios de vacinação e pré-natal não encontram problemas, chegando a cobertura de 100% de cumprimento.

Sendo assim, busca-se no item relacionado à situação reprodutiva da mulher (gestante, não gestante ou pode ser gestante) o destaque para este trabalho, como uma possibilidade de intervenção que propicie a ampliação do acesso a direitos reprodutivos e sexuais assegurados por lei.

Os direitos reprodutivos e sexuais são partes integrantes dos Direitos Humanos e constituem-se por:

Direitos reprodutivos – “Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.”

Direitos sexuais – “...Direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.”(BRASIL, 2006:4)

A simples coleta da informação sobre a situação reprodutiva da mulher (gestante, não gestante ou não pode ser gestante), constitui-se naquele modelo fragmentado e segmentado de atenção em saúde citado. Mas, nesta experiência, a coleta deste dado transforma-se no locus privilegiado de prática diferenciada que pode propiciar uma ampliação daqueles direitos.

Uma escuta apurada que estabeleça uma relação horizontal entre profissional de saúde e beneficiárias do programa, transformando-os em sujeitos no processo de acompanhamento das condicionalidades define o modo de intervenção que se propõe como diferencial.

A intervenção diferenciada é voltada especificamente às mulheres beneficiárias titulares, pois são estas que mais frequentemente comparecem à unidade de saúde para realização do acompanhamento das condicionalidades.

Partindo do perfil dos beneficiários titulares (Tabela 1), pode-se evidenciar que as mulheres em idade considerada fértil (aqui seguindo o recorte de idade mínima de 18 anos, devido ao desenho operacional do PBF e máxima de 49, conforme os estudos realizados sobre o assunto), representam um número significativo no total das famílias atendidas, correspondendo a 87,7% do total de mulheres titulares. Sendo assim, identificamos que são mulheres que presumidamente possuem vida sexual ativa, portanto necessitam de acesso à direitos reprodutivos e sexuais.

Tabela 1 – Perfil por idade e gênero dos titulares beneficiários do Programa Bolsa Família atendidos na Unidade Básica de Saúde

Faixa etária	Mulheres	Homens
18 - 21 anos	4	0
22 - 30 anos	105	0
31 - 40 anos	239	5
41 - 49 anos	190	4
50 - 59 anos	50	4
60 anos ou mais	12	0
TOTAL	600	13

Fonte: Fichas cadastrais do setor de Serviço Social, 2008.

Ao analisar o perfil das mulheres e pensar na estrutura da unidade de saúde qual serviço poderia ser oferecido imediatamente como forma de ampliar o acesso, definiu-se o Planejamento Familiar como uma das possibilidades mais concretas.

O Planejamento Familiar é definido como:

“ ... conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha.” (BRASIL, 2006:6)

Cabe ressaltar que os dados apresentados adiante são preliminares, pois não correspondem ao número total de beneficiárias titulares, mas correspondem aos dados coletados a partir de agosto/2008, quando iniciou-se a proposta de ampliação de acesso a direitos no atendimento das condicionalidades, até 24/10/2008.

Neste período foram atendidos 149 beneficiários titulares e à informação sobre a situação reprodutiva da mulher, foi agregada a informação sobre o método contraceptivo utilizado. A tabela 2 mostra a o ranking dos principais métodos reversíveis utilizados, ou seja, aqueles que após a interrupção do uso a mulher volta a ter a capacidade de engravidar.

Tabela 2 – Quantitativo e percentual de métodos contraceptivos utilizados pelas titulares beneficiárias do Programa Bolsa Família.

MÉTODOS	Quantitativo	Percentual
REVERSÍVEIS		
Pílula	89	59%
Injeção	15	10%
Preservativo masculino	2	1%
DIU	5	3%
Sem coleta de informação	40	27%

Fonte: Fichas cadastrais do setor de Serviço Social, 2008.

Pode-se observar que a pílula é o método mais utilizado, e a falta de informação de 27% corresponde ao não registro nas fichas cadastrais, o que deve ser motivo de atenção futuramente para que não se perca a qualidade do atendimento.

O objetivo no nosso atendimento é propiciar que aqueles que não tenham acesso ou necessitem de um acesso de qualidade aos métodos sejam atendidos em suas demandas.

Desta forma, são realizados, segundo o desejo da beneficiária, inscrições no Planejamento Familiar, para que mesmo que ela já utilize algum método ela possa ter a possibilidade de conhecer outros e poder optar por uma troca. Convidamos também os companheiros dessas mulheres a participarem das reuniões de Planejamento para que possamos discutir acerca dos métodos e sobre a responsabilidade masculina sobre a contracepção, já que historicamente sempre foi delegado à mulher esta tarefa.

Um ponto crítico refere-se as mulheres que optam por utilizar a injeção anticoncepcional como método, pois esta não está disponível na rede pública no momento.

Durante o período pesquisado (ago/2008 à 24/10/2008) foram captadas para o Planejamento Familiar 28 mulheres, que corresponde a 18% do número de beneficiárias atendidas.

Outra conduta que contribui para a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos é a divulgação, no momento do monitoramento, do Programa de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, onde através de cadastro na unidade ocorre a retirada de preservativos masculinos mensalmente na farmácia. A retirada é feita pelo próprio usuário do programa diretamente através de uma carteira de inscrição numerada.

Para este programa foram captadas, no período pesquisado já informado, 8 mulheres. Cabe ressaltar que espera-se um aumento significativo deste acesso , uma vez que a vinculação a ele não possui restrições de idade, sexo, nem vínculo oficial com a instituição (matrícula). O critério é somente ter vida sexual ativa. Então o que se tem feito é incentivar as beneficiárias a multiplicar a informação para os homens, mulheres e adolescentes da família para que possam realizar seus cadastros

Identificou-se ainda, a utilização dos métodos irreversíveis, ou seja, aqueles que após utilizados significam impedimento para gravidez. A rede pública oferece a laqueadura tubária e vasectomia. Os dados a seguir correspondem ao quantitativo total de famílias acompanhadas na unidade, ou seja, das 613 famílias a informação sobre métodos irreversíveis já era coletada, pois no ato da entrevista as mulheres sempre informam sua impossibilidade de engravidar, por laqueadura ou por outros motivos, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Quantitativo e percentual de métodos irreversíveis.

MÉTODOS	Quantitativo	Percentual
IRREVERSÍVEIS		
Laqueadura tubária	89	14,5%
Vasectomia(companheiros)	3	0,008%

Ainda, 2 mulheres foram submetidas a histerectomia.

Apesar de estes beneficiários já utilizarem um método que é considerado irreversível, não se deixa de oferecer o cadastro no Programa de Prevenção de DST, enfatizando o caráter preventivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora este estudo esteja ainda em etapa inicial pode ser considerado como um avanço no atendimento do monitoramento das condicionalidades na unidade onde é realizado, pois pretende minimizar o caráter segmentário da prática profissional, propiciando um olhar mais integral ao beneficiário.

O comparecimento para cumprimento de condicionalidades adquire nova roupagem a medida que são identificadas situações relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais e respostas são encontradas.

A limitação à simples informação exigida no mapa de acompanhamento das condicionalidades não alcança nem de longe a proposta de ampliação ao acesso à saúde preconizada no Programa Bolsa Família.

É certo que desenvolver articulações entre diferentes setores, como se propõe o Programa Bolsa Família pode ser considerado uma “alta complexidade”, no entanto, é preciso começar por algum lugar, ainda que seja uma articulação intrasetorial, que não deixa de apresentar também grandes complexidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *“Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.”* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004.

FONSECA, A.M.M. *Los Sistemas de Protección Social en America Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas.* Mimeo, enviado por email, 2007a.

_____ & VIANNA, A.L.Á. *Direito à Saúde, Atenção Básica e Transferências Condicionadas de Renda na América Latina.* Revista Ciência & Saúde Coletiva vol. 12 n. 6, pp. 1505-1511. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. *“Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”.* In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* pp 39-64 Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO, 2001.