



Só engravida quem quer? Práticas educativas nas ações de planejamento reprodutivo

Do you get pregnant only if you want to? Educational practices in reproductive planning actions

Lívia Parente Pinheiro Teodoro¹, Vanessa Macêdo Cruz Cordeteiro de Moraes², José Adelmo da Silva Filho³, Geanne Maria Costa Torres⁴, Inês Dolores Teles Figueiredo⁵, José Auricélio Bernardo Cândido⁶, Antonio Germane Alves Pinto⁷

¹ Mestre em Enfermagem pela URCA. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato (CE), Brasil;

² Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - Nucleadora Universidade Regional do Cariri (URCA). Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande (PB), Brasil; ³ Mestrando Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (CMAE/URCA). Crato (CE), Brasil; ⁴ Enfermeira da Secretaria de Saúde de Salitre, Ceará. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) Crato (CE), Brasil; ⁵ Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato (CE), Brasil; ⁶ Enfermeiro da Secretaria de Saúde de Horizonte, Ceará. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) Fortaleza (CE), Brasil; ⁷ Doutor em Saúde Coletiva pela UECE. Pós-Doutor em Educação PPGE-UECE. Professor do Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família (PPGSF) - Mestrado e Doutorado profissionais da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - Nucleadora URCA e Nucleação Ceará, Mestrado Acadêmico em Enfermagem da URCA e do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES) da UECE. Brasil.

*Autor correspondente: Antonio Germane Alves Pinto - E-mail: germanepinto@hotmail.com

RESUMO

O estudo objetivou compreender as fragilidades e potencialidades nas ações de planejamento reprodutivo na rede de atenção à saúde, com ênfase nas práticas educativas junto às usuárias. A pesquisa é do tipo qualitativa e foi realizada em Unidades de Saúde da Atenção Primária e Secundária, localizadas em um município da Região Metropolitana, no interior do nordeste brasileiro, nos meses de fevereiro a março de 2015. O estudo contou com 20 participantes: quatro enfermeiras, 12 usuárias e quatro informantes-chaves, que são profissionais que atuam nas unidades em estudo. Utilizou-se entrevista semiestruturada e observação sistemática para coleta de dados e análise hermenêutica-dialética para sua organização. No cotidiano dos serviços, a educação em saúde se restringe às palestras e à temática preventiva da concepção. As usuárias expressaram pouca informação e compreensão sobre planejamento reprodutivo e uso dos métodos. Considera-se que a prática educativa requisita estratégias dialógicas para o reconhecimento de demandas e necessidades singulares na busca da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos na atenção integral à saúde.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Planejamento familiar. Saúde sexual e reprodutiva. Sistema único de saúde.

ABSTRACT

This scientific paper aimed to understand the weaknesses and potentialities in reproductive planning actions in the health care network, with an emphasis on educational practices with users. This research is qualitative and was carried out in Primary and Secondary Health Care Units, located in a city in the Metropolitan Region, in the countryside of the Brazilian Northeast, from February to March 2015. This study had 20 participants: four nurses, twelve users and four key informants, who are professionals who work in the units under study. Semi-structured interviews and systematic observation were used for data collection and hermeneutic-dialectic analysis for organization. In the daily life of services, health education is restricted to lectures and the preventive theme of conception. Users expressed little information and understanding about reproductive planning and use of methods. It is considered that educational practice requires dialogical strategies to recognize special demands and needs in the search for guaranteeing sexual and reproductive rights in comprehensive health care.

Keywords: Delivery of health care. Family planning. Sexual and reproductive health. Unified health system.

Recebido em Julho 31, 2020
Aceito em Dezembro 16, 2020

INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar (PF) compreende um conjunto de ações básicas na prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Em sua operacionalidade, deve ofertar serviços, medicamentos e insumos que possibilitem às pessoas a decisão, livre e espontânea, de ter ou não ter filhos, bem como o número de filhos e o espaçamento desejados nos nascimentos. Para tanto, devem ser fornecidos recursos para concepção, anticoncepção e prevenção da gravidez não planejada, com garantia à liberdade de escolha do método mais adequado.¹

A decisão de ter ou não ter filhos ou quando e quantos filhos as pessoas ou casais decidem ter pode impactar diretamente nos níveis de fecundidade do mundo e na estruturação de famílias com menores ou sem filhos. Cabe destacar também que há uma dificuldade mundial em tornar os direitos reprodutivos em excelência para as pessoas, visto a frustração pela busca de direitos reprodutivos nos sistemas de saúde, tanto nos serviços essenciais como na oferta de contraceptivos. Outros fatores também influenciam no PF, tais como a desigualdade de gênero, as barreiras econômicas, a baixa qualidade do emprego, a remuneração e a ausência de creches.²

A fecundidade está relacionada com as práticas sociais e o poder das pessoas em fazer as escolhas sobre o número de filhos, intervalos de gravidez ou a não gestação são atitudes observadas pelas políticas que acompanham o desenvolvimento econômico, bem como a sustentabilidade e bem-estar para as pessoas. A alta fecundidade gera desafios para os países em fornecer educação de qualidade às crianças, atendimento médico, oportunidade de emprego para as pessoas jovens, altas taxas de mortalidade materna e infantil e redução de capital humano. Quanto maior a taxa de fecundidade maior o crescimento desordenado da população. A baixa fecundidade está associada ao aumento da previdência social e das redes de seguridade social, decorrentes de populações de pessoas mais velhas.³

Desde a década de 1960, há um movimento global sobre os direitos reprodutivos direcionados ao acesso às informações e meios necessários para a decisão sobre o PF das pessoas. Nesse período, o número médio de nascimentos por mulher era de 4,8 filhos, comparado a 2,9 em 1994 e 2,5, atualmente. Na América Latina, a taxa de fecundidade era de 5,4 filhos em 1969; de três em 1994 e, atualmente, de dois filhos. No Brasil, a taxa era de 5,2 filhos por mulher em 1960; 2,6 em 1994 e 1,7 em 2017. Contudo, o percentual de mulheres com algum tipo de união estável com idade entre 15 e 49 anos que não estão usando nenhum método contraceptivo é de 7% para Brasil, 10% para América Latina e Caribe e de 12% no mundo.⁴

Nos últimos anos, o PF tem progredido nos países com menor renda mundial. Em 69 países, 314 milhões de mulheres e adolescentes, do total de 926 milhões em idade fértil, estão utilizando métodos contraceptivos modernos como camisinha, pílula e implante, sendo 53 milhões de novas usuárias nos últimos sete anos e 9 milhões em 2019. Dos países pesquisados, 41 estão na África, 21 na Ásia e Oceania, quatro estão na América Latina e Caribe e três no Oriente Médio.⁵

Além da alta taxa de fecundidade proporcionar prognósticos ruins para as populações, a gravidez não planejada é outro fator importante decorrente da ausência do PF. Esta situação acontece geralmente durante a adolescência decorrente da inexperiência do casal ou está relacionada à infidelidade conjugal. A ausência de metas e estratégias para a educação sexual em ambientes escolares, por exemplo, abriria espaço para a reflexão individual e coletiva sobre as responsabilidades que envolvam sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez, aborto e infecções sexualmente transmissíveis (IST).⁶

Dessa forma, os serviços de saúde devem oferecer atendimento de qualidade, seja individual, aos casais e/ou em grupo, a fim de promover acesso às informações necessárias com aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas, que possam

garantir a escolha livre e adequada do método. Para isso, é necessária infraestrutura adequada na rede de saúde, com recursos materiais, tecnológicos, equipamentos e insumos suficientes para desenvolver as ações planejadas.⁷

Para que a pessoa escolha de forma livre e informada o método desejado, deve-se garantir o direito às informações que proporcionem autonomia e poder de decisão. Recomenda-se considerar a história clínica atual e pregressa, antecedentes patológicos pessoais e familiares, e idade.⁸

Reivindica-se que programas de PF tenham abordagens ampliadas para a reprodução humana, que extrapolem a atuação apenas na contracepção. Para tanto, pressupõe-se que suas ações componham um processo educativo integrado com as pessoas em suas necessidades e demandas sobre fertilidade, sexualidade e gravidez. É preciso que as pessoas tenham a oportunidade de decidir sobre sua prole e vida sexual, através da educação em saúde. Por meio dos diálogos na atenção à saúde, é possível fortalecer a autonomia dos sujeitos pelo reconhecimento de suas condições singulares e comportamentais.⁹

No PF ofertado nos serviços de saúde, a autonomia dos usuários deve ser fator preponderante na saúde reprodutiva, no sentido de reconhecer a relevância dos direitos fundamentais - sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais. A condução das práticas clínicas e assistenciais devem estar em uma relação ética e profissional, promotora de decisões compartilhadas, com informação adequada e oferta múltipla de opções.¹⁰

Nesse contexto, a prática educativa individual ou coletiva tem se mostrado relevante na prevenção da gravidez, na diminuição do aborto e no planejamento dos filhos dos usuários que procuram o PF; esta prática deve sempre respeitar a autonomia das pessoas, a livre escolha do método e elaboração de seu planejamento de acordo com sua singularidade.¹¹

A escolha do método contraceptivo deve levar em consideração aspectos como eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade,

disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV, além dos fatores individuais, tais como as condições econômicas, o estado de saúde, as características da personalidade da mulher e/ou homem, a fase da vida, o padrão de comportamento sexual, as aspirações reprodutivas e os fatores culturais e religiosos.⁷

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza, gratuitamente, oito tipos de métodos contraceptivos reversíveis, dentre eles, preservativo feminino e masculino (camisinha), pílula oral, minipílula, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intrauterino (DIU), pílula anticoncepcional de emergência, diafragma e anéis medidores. Além desses, há os métodos definitivos, laqueação de trompas e vasectomia, que são procedimentos realizados através de intervenções cirúrgicas.¹²

Destaca-se que, mesmo com a disponibilidade de métodos contraceptivos garantidos pelas políticas públicas, ainda há os aspectos relacionados à insuficiência dessa distribuição, mas também relacionados ao uso correto dos métodos em conformidade com as prescrições médicas.¹³ Nesse contexto, questiona-se sobre como ocorre o acesso às informações em saúde sexual e reprodutiva aos usuários do SUS, bem como a falta de priorização das ações de PF nas redes de atenção à saúde.

A assistência ao planejamento reprodutivo (PR) consiste, sobretudo, em ações de promoção, prevenção, informação e educação em saúde.⁹ Esse é o termo mais adequado para abordar questões relativas ao PF, uma vez que se baseia no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (DSR), que implicam na ampliação de ações direcionadas apenas à oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, contribuindo para a mudança do enfoque controlador da assistência ofertada, arraigado na operacionalização do PF.⁷ Diante do exposto, o objetivo deste estudo é compreender as fragilidades e potencialidades nas ações de planejamento

reprodutivo na rede de atenção à saúde com ênfase nas práticas educativas junto às usuárias.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque hermenêutico-dialético.¹⁴ O cenário foi constituído por unidades de saúde de um município sediado em Região Metropolitana no interior do nordeste brasileiro. Seguiram-se os critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ).¹⁵

O município conta com 54 estabelecimentos de saúde conveniados pelo SUS, conta com 27 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desses, selecionaram-se para o estudo três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na área urbana, escolhidos por critério de áreas com maior densidade populacional e atendimento, bem como pela localização representativa dessas no território da sede do município. Incluiu-se, ainda, o Centro de Excelência em Saúde Reprodutiva e Sexual (CEMEAR) - serviço de atenção especializada e de referência para rede de atenção básica municipal -, escolhido por este compor também o atendimento de usuários do PF.

Participaram da pesquisa 20 pessoas, sendo 12 usuárias, quatro enfermeiras e quatro informantes-chave, que são funcionárias das Unidades de Saúde escolhidas e do serviço especializado, com atuação na dispensação dos insumos e atendimento geral. Como critérios de inclusão, as enfermeiras foram selecionadas por participarem do atendimento às usuárias no PR. As usuárias foram escolhidas se participassem da consulta de enfermagem. Os informantes-chaves foram definidos durante o desenvolvimento da pesquisa por comporem atividades relacionadas à atenção integral, dispensação de medicamentos e agendamento de exames e/ou procedimentos. No desenvolvimento da pesquisa, a amostra final foi definida quando as informações sobre a questão de estudo contemplaram as múltiplas dimensões da interpretação¹⁴.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a março de 2015, utilizando duas técnicas: entrevista semiestruturada e observação sistemática. A coleta foi realizada por uma enfermeira, mestranda em enfermagem, sem atuação em nenhum dos locais da pesquisa.

As entrevistas aconteceram após a consulta de enfermagem de forma individual em horários distintos de uma usuária para outra, em uma sala que não estava sendo utilizado no momento, para preservar a privacidade dos participantes da pesquisa. Após coletar as informações das usuárias, quando não havia procura no programa, realizava-se a entrevista às enfermeiras e informantes, entrevistadas na sala de enfermagem, em um momento estabelecido antes ou após o atendimento diário. As entrevistas tiveram tempo médio de 15 minutos.

A entrevista foi pautada em questões sobre acesso, métodos contraceptivos e práticas educativas. Para as usuárias as perguntas foram: 1) Você procurou o Posto de Saúde alguma vez para obter a pílula ou método contraceptivo?; 2) Foi atendida quando procurou o serviço?; 3) Obteve informação sobre o método antes da consulta ou durante a consulta?; e 4) Essas informações foram suficientes para esclarecer suas dúvidas? Para as enfermeiras as perguntas foram 1) As usuárias entendem a importância do uso dos métodos contraceptivos?; 2) A orientação abrange todos os métodos existentes?; e 3) É realizada prática educativa abordando a temática do planejamento familiar? E para os informantes, foram estas as questões: 1) É realizada alguma prática educativa a respeito do planejamento familiar? e 2) As mulheres relatam dúvidas em relação a algum método?

O acolhimento dos profissionais de saúde às clientes e a exposição da informação clara e compreendida pelas usuárias foram observados sistematicamente. O tempo de observação foi realizado de acordo com o dia do planejamento familiar de cada serviço, em média 4 horas, ou seja, um turno diário, durante um mês.

As informações foram registradas em áudio com gravador digital, havendo a transcrição literal

das entrevistas em documento eletrônico de texto, sendo organizados em arquivos identificados com códigos, além das anotações observadas e registradas em diário de campo.

Para análise dos dados, optou-se pela técnica de material qualitativo na perspectiva da hermenêutica-dialética¹⁴. Os dados foram analisados pela enfermeira que coletou os dados, pelo professor orientador e componentes do grupo de pesquisa onde todos estavam inseridos. Nesse processo analítico, enfatizaram-se a compreensão profunda e a crítica da realidade, considerando mudanças cotidianas, diálogos e relações subjetivas entre as pessoas, realizadas em três etapas:¹⁴ a ordenação dos dados e a classificação destes, com leitura exaustiva do material, interpretação transversal das informações e a análise final e profunda dos achados.

A ordenação dos dados ocorreu através do conjunto do material das entrevistas, que incluiu: transcrição das falas, releitura do material, ordenação dos relatos em ordem, supondo um início de classificação; e organização dos levantamentos da observação, respeitando uma ordem de acordo com a proposta analítica. Posteriormente, foi classificada cada unidade de sentido com um mapeamento horizontal. Extraíram-se os aspectos convergentes, divergentes e complementares de cada grupo de falas que se relacionavam com a questão de estudo. Na última etapa foram interpretadas as compreensões transversais, por meio dos sentidos e significados e categorização e argumentação crítica e reflexiva.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo cumpriu aos preceitos que envolvem a pesquisa com seres humanos, em conformidade com a resolução n.º. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶ As entrevistadas foram identificadas pelas letras U (Usuária), E (Enfermeira) e I (Informante-chave), seguidas de numeração arábica. As observações foram identificadas sem codificação. A pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Regional do

Cariri (URCA), sob o n.º. 953.800/2015 e CAAE 40830414.0.0000.5055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das falas de todos os participantes e registros das observações no contexto de atendimento da Atenção Primária e Secundária, evidenciou-se que as ações de PR estão direcionadas a aspectos restritos à contracepção feminina. Apresentam-se, dessa forma, a descrição da mencionada prática junto às usuárias com enfoque nas dimensões informativa e educativa, voltadas para a assistência.

No cotidiano dos serviços das UBS, as iniciativas de educação em saúde para essa temática ainda se restringem às palestras, com participação atrelada à oferta de lanches ou brindes, quase sempre, custeada pelas enfermeiras.

Porque o pessoal aqui não dá muito valor à atividade educativa, eles vêm se tiver brinde. É tanto que a gente trouxe até aqui as coisas, que a gente comprou. Um brinde, tirando do bolso pra fazer os brindes [...] e o lanche, se não eles não vêm não. Não vêm não (E2).

A enfermeira retira de uma sacola vários kits de higiene infantil, pacotes de fraldas e lembrancinhas que serão sorteadas para as mulheres gestantes que comparecerem à palestra a respeito do aleitamento materno. [...] na semana do bebê [...] (OBSERVAÇÃO).

Pelos relatos, percebeu-se que os profissionais expressaram um discurso queixoso e desmotivado, acreditando que as usuárias participam das palestras em busca da troca por algo material e, ainda, que poucas mulheres se sentem estimuladas a comparecer. Essa situação foi observada quanto à formação de grupos, pois para mantê-los com frequência, quantidade de participantes e a qualidade, torna-se um desafio para o trabalho da enfermeira.

Em torno das práticas educativas sobre planejamento reprodutivo circundam dificuldades relacionadas à capacitação insuficiente para os profissionais sobre o tema, e, complementa-se com o desinteresse no esclarecimento e estímulo ao usuário para a utilização de métodos diferentes ou mais adequados. Tal situação resulta no direcionamento limitado ao uso dos métodos convencionais, à resistência das usuárias em participar das atividades educativas e à continuidade da perspectiva unívoca da contracepção, como única opção ofertada pelos serviços de saúde.¹⁷

Estudos demonstram que alguns fatores podem interferir diretamente e de forma negativa para a adesão às ações de educação em saúde, sendo necessário o profissional criar situações positivas que não permitam que a desmotivação interfira na relação profissional x usuária, a fim de se manter o acolhimento positivo e o vínculo,¹⁸ pois se esses profissionais tiverem uma concepção reducionista sobre DSR acabarão por repassar informações incongruentes com as recomendações adequadas, prejudicando o direito ao acesso da população.

A literatura discorre que as ações educativas, mesmo utilizando diferentes estratégias, com mais efetividade para participação, permanecem voltadas a orientações sobre métodos anticoncepcionais, quando deveriam abordar aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva – como informações sobre a sexualidade humana, infecções sexualmente transmissíveis ou mesmo maternidade e paternidade.¹⁹

Outro aspecto que merece destaque é a abordagem acerca da educação sexual e reprodutiva, crescentemente aceita pela comunidade no contexto escolar, sendo reforçada por uma informante que reitera a inserção desses conteúdos nos ambientes escolares, como espaços de intervenção.

Quer dizer, boje em dia, só engravida quem quer. Na escola já aprende, tem palestra, não tem mais menino inocente. Tem não! Porque começa a aprender de pequeno, na escola já têm no livro de ciências os

meninos de terceira, quarta série já tem o menininho nu e a menininha nua e aprende pequeno. Na escola ensina que tem camisinha, que tem remédio, que tem isso e que tem aquilo outro. E é tudo de graça. Engravida por quê? Por descuido (I3).

A informante mostra um montante de 10 solicitações de exames βHCG durante a semana, relatando que a maioria das usuárias são adolescentes (OBSERVAÇÃO).

A percepção sobre as ações educativas e sua suficiência para o conhecimento sobre práticas de proteção no ato sexual, prevenção de gravidez não planejada e em relação à própria sexualidade são claras e justificadas por acontecerem desde o ambiente escolar, direcionadas aos alunos a partir dos nove anos, quando se iniciam o diálogo sobre esses temas. O Programa Saúde na Escola (PSE)²⁰ busca principalmente a prevenção de IST e gravidez precoce, sendo necessário que se abordem também outros aspectos de DSR dos adolescentes, uma vez que os mesmos também são cidadãos com direitos.

O momento em que crianças e adolescentes estão vivenciando no período escolar proporcionam a aquisição de novos conhecimentos e, em busca de tirarem dúvidas sobre si mesmas, tornam-se multiplicadores de informações. Desta forma, as orientações direcionadas para seus projetos de vida e sexualidade são importantes para se evitar gravidez precoce ou não planejada e doenças transmissíveis.²¹

Por sua vez, pensar na saúde do adolescente significa pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. No entanto, implica um movimento de repensar as práticas de educação em saúde que se volte para essa parcela significativa da sociedade.²² A inexistência de abordagens significativas acerca do tema no ambiente escolar deixa as adolescentes, especialmente as que não têm diálogo no ambiente familiar, desassistidas quanto a conhecer formas de prevenir a gravidez.²³

Assim, a educação em saúde, a depender de quem e como se pratique, tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas como pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que a envolvem.²⁴ Necessário se faz que se compreendam as relações humanas, como a produção de vínculo, autonomização e acolhimento no encontro entre o profissional e o usuário.

No cenário em questão, outro aspecto evidente nas práticas educativas desenvolvidas ocorrerem na presença dos acadêmicos nas UBS, gerando acomodação por parte dos profissionais que justificam a ausência de tempo.

Não, não é feita! Principalmente porque a gente não tem muito tempo pra tá fazendo palestra. E...as palestras, às vezes, são realizadas quando tem os alunos, quando tem os alunos das Instituição de Ensino Superior pegam e ficam orientando com palestra (E1).

Na minha rotina não, já fiz há um bom tempo. Eu acho que existe uma certa melancolia, um certo desgaste profissional. Eu acho, eu não sei, porque isso já vem há algum tempo. Antes eu fazia mais, na sala de reunião eu me sentia mais a vontade de reunir as mulheres e fazer uma atividade educativa, mostrando todos os métodos, né? (E2).

Evidencia-se, então, o comodismo dos profissionais diante das situações encontradas em sua própria rotina de trabalho, os quais, muitas vezes, preferem o atendimento individual ao coletivo, provavelmente, pela presença constante de acadêmicos na UBS que os deixam em situações confortáveis em relação à prática educativa.

Salienta-se que ações educativas, independentemente da metodologia adotada, devem manter o caráter participativo, ocorrendo troca de informações e experiências, baseadas nas vivências de cada indivíduo. Pressupõem-se,²⁵ ainda, relações

que promovam a colaboração e a comunicação, a fim de contribuir para o desenvolvimento do trabalho, pautando nas relações dialógicas e horizontalizadas.

Desta forma, ações de educação em saúde com informações não verticalizadas, mas de construção conjunta a partir das demandas das usuárias, que contemplem suas perspectivas futuras, ampliam a compreensão quanto ao planejamento reprodutivo e à saúde reprodutiva.²⁶

Pelas falas dos entrevistados, evidencia-se a necessidade da discussão e implementação de estratégia para garantia dos Direitos em Saúde Reprodutiva. O contexto da Atenção Primária deve oportunizar o fazer na saúde de outras formas, integrando o sentir, o pensar e o agir, imbuídos pelo processo de mudanças na prática assistencial e na ampliação da atenção para integralidade.

Conforme as falas e a observação que seguem, há a formação de grupo com a utilização do álbum seriado e linguagem dinâmica para despertar a atenção das usuárias no contexto da atenção secundária. Entretanto, o espaço pequeno, tempo escasso, ausência de material educativo e demanda elevada são dificuldades para o PF.

Era necessário que a gente tivesse espaço próprio, que a gente tivesse um material, pra que a gente pudesse tá expondo, pra que a gente tivesse, assim, uma discussão maior, onde a própria paciente pudesse também tá se colocando, tirando mais as suas dúvidas e também tendo conhecimento. Assim, né? De acordo com o procedimento com o que é necessário, que passo, ela vai seguir. Então, assim, a gente não tem muito material pra que a gente possa fazer esse grupo. O horário do grupo também não propicia isso. Porque o horário do grupo é um horário antes do atendimento médico (E4).

No serviço especializado pesquisado, percebe-se a permanência e continuidade das palestras educativas, e apesar das dificuldades citadas, a prática educativa acontece, semanalmente, por uma equipe multiprofissional (OBSERVAÇÃO).

Verifica-se a existência de algumas situações que dificultam as ações de educação em saúde, as quais absorvem questões relacionadas aos usuários, profissionais de saúde e gestão. Dentre outros²⁷: oferta limitada de métodos contraceptivos, o espaço físico inadequado dos serviços de saúde para realização de orientações e a falta de capacitação profissional sobre anticoncepção. Os entrevistados reconhecem,²⁸ ainda, obstáculos, quanto à carência de ações de educação permanente; existência de dificuldades pessoais, quanto ao compartilhamento de conhecimentos; e a excessiva demanda de trabalho.

Dessa forma, para a plena concretização das ações de PR, os gestores devem garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento dos serviços de saúde, dotando-os de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos, ambiência e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para apoiar os processos de educação permanente e estruturar a rede de referência para além do âmbito da Atenção Básica, nos demais níveis de atenção à saúde.²⁹

O enfoque informativo das práticas comunicacionais entre as usuárias e equipe de saúde circundam a anticoncepcionalidade e são perceptíveis sob o aspecto central do planejamento reprodutivo.

Mais ou menos, eu fiquei com medo de colocar o DIU, porque já eu não menstruo, eu menstruo bem pouquinho só. Aí eu disse, não eu não vou botar não vai que eu não menstrue de jeito nenhum aí eu fico mais perturbada (risos) (U1).

Tomei o tempo todinho até que eu peguei ela [gravidez]. Tomando o comprimido. É. Aí é por isso que depois que engravidei dela eu preferi a injeção. E... eu só fiquei um pouco assim depois que eu peguei a menina (U2).

Embora se reconheça a ausência de informações sobre sexualidade feminina, compreensão sobre métodos contraceptivos, maternidade, dentre outros, o mais estratégico deve ser buscar um diálogo com essas mulheres, para que se construam ações de

saúde que possam atender as suas reais necessidades e interesses.

Neste contexto, ressalta-se que os profissionais de saúde devem atuar fazendo a educação em saúde de maneira individual e/ou em grupos, discutindo o que é o PR, qual a importância dele na vida da mulher, homem ou casal, quais os métodos contraceptivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como usá-los e quais os possíveis efeitos colaterais e/ou complicações de cada um, sempre levando em consideração o desejo pessoal dos usuários quanto à anticoncepção.³⁰

Deste modo, ampliam-se as possibilidades de autonomia aos sujeitos que dela partilham por meio da relação conduzida pelo diálogo, fortalecendo os vínculos e havendo maior compreensão e comunicação com os membros da equipe e com os usuários inseridos em espaços que proporcionem aprendizado de ferramentas úteis para o serviço e possibilitem ao cliente o exercício dos seus direitos, reconhecendo métodos contraceptivos e fazendo escolhas com liberdade.³¹

O diálogo dispõe uma relação de cuidado e cria um vínculo de confiança na comunicação exposta entre as partes envolvidas. Portanto, é necessário um comportamento empático com as atitudes, expressando reciprocidade e atenção acolhedora por parte dos profissionais.

Quando se fragiliza a relação estabelecida no cuidado em saúde, em sua potencialidade de acolher, escutar ou dar uma resposta mais adequada, as usuárias vão buscar informações sobre métodos contraceptivos em outros encontros, mais próximos.

Não. Eu sempre procurava, como eu estava fazendo enfermagem, minha professora. Eu chegava pra ela "Ó professora, eu estou em dúvida nisso aqui, nisso...". Tudo eu tirava na faculdade, porque, como eu já lhe disse, lá nos Postos eles não dão aquele entendimento que você precisa, já por conta da grande demanda de gente, né? (U5).

Mais questão de amizade, televisão, acho que essas coisas aí. Na escola,

né? Em todo lugar, porque boje a informação tá em todo lugar. Acho que deve ser isso (U6).

Aí, eu dizendo a minha patroa, pois ela é Enfermeira também, que eu acho que por muitos anos estou querendo tomar. E, agora, [Nome da filha, em amamentação] já está deixando mais de mamar e a menstruação está querendo descer, né? (U11).

A necessidade de práticas de atenção em saúde que atendam as especificidades e singularidades das usuárias requisita estabelecimento de vínculos e espaços de interação. As relações permitem organizar o trabalho e produzir o cuidado em saúde, pois as práticas dependem dessa dinâmica relacional entre os profissionais de saúde e usuários, articuladas com os processos organizacionais/gerenciais.^{24,31}

A criação de vínculos efetivos entre profissionais de saúde e usuárias estabelece relações de troca e confiança, contribuindo, significativamente, para a autonomia, a ampliação da corresponsabilização e a garantia no seguimento do cuidado com base na educação.

Sob esse enfoque, o vínculo passa a ser considerado como um marco de destaque e grande relevância no SUS, através da mudança conceitual da relação entre o profissional e o usuário de um serviço de saúde.²⁴ Para o PR, é preciso que se constitua um espaço de aprendizado que supere o reducionismo biológico, promova espaços dialógicos com a troca de vivências sobre sexualidade e reprodução e fortaleça a autonomia dos sujeitos para suas escolhas reprodutivas.⁹

Para o devido funcionamento do programa, torna-se imprescindível que as Unidades de Saúde disponibilizem os métodos contraceptivos diversos e em quantidade compatível com a realidade local, a fim de que as ações assistenciais e educativas sejam desenvolvidas de modo integrado, para aproximar o serviço da usuária e atender às diferentes necessidades.⁸

Nos serviços de saúde em estudo, as ações de PR devem ser direcionadas para um novo olhar junto às usuárias, buscando superar uma prática realizada

por ações isoladas que, às vezes, limitam-se apenas a atender às demandas de contracepção. Necessário se faz superar essas lacunas, ampliando o olhar para assistência em saúde na perspectiva da integralidade, fundamentais no processo do cuidado nessa área de atenção.

Quando se trabalha na perspectiva das inter-relações entre o cuidar e o educar, de forma indissociável, desvela-se a existência de um processo reflexivo, com autonomia e corresponsabilização no cuidado com a saúde. Em atitudes ainda restritas à educação em saúde instrutiva em forma de palestras ou grupo, bem como na consulta individual, revela-se a necessidade de informação e comunicação. Desse modo, as relações das/entre as usuárias no PR, permeadas por práticas articuladas e abordadas no sentido libertário e comprometido com o outro, desprendem possibilidades promotoras de mudanças, tornando-as protagonistas e com atitude para dizer: só engravida, quem quer!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras abordam o PR com práticas educativas e orientações direcionadas ao repasse de informações sobre os diversos métodos contraceptivos. Entretanto, a falta de informação sobre os métodos e compreensão sobre a utilização adequada são recorrentes entre as usuárias. Evidencia-se ainda a necessidade de se ampliar as possibilidades de construção de autonomia e corresponsabilização das mulheres, impulsionada por uma educação horizontal para o exercício de decisões conscientes.

Neste sentido, os profissionais de saúde que atuam nesse cenário devem favorecer o desenvolvimento de práticas mais acolhedoras e humanizadas, pautadas por uma escuta qualificada, valorizando a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Destaca-se, então, que os serviços trazem potencialidades à assistência ao PR quando proporcionam orientações, abrangência dos cuidados e compartilhamento de métodos contraceptivos.

Porém, limitam-se ao uso das tecnologias mais diretas associadas ao cuidado em saúde, como palestras e orientações individuais, que podem inviabilizar ou limitar algumas potencialidades, tais como o diálogo, bem como a integralidade do cuidado em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Associação para o planejamento da família (APF). Métodos Contraceptivos. Planejamento Familiar. 2020 [acesso em 2020 Jul 10]. Disponível em: <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos#toc-0>
2. Kanem N. A escolha pode mudar o mundo. In: Relatório da População Mundial 2018. O Poder de Escolha: direitos reprodutivos e a transição demográfica. UNFPA. United Nations Population Fund. 2018 [acesso em 2020 Abr 09]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf
3. United Nations (UN). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations, 2015 [acesso em 2020 Abr 09]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf
4. United Nations Population Fund (UNFPA). Situação da População Mundial 2019. Um trabalho inacabado - a busca por direitos e escolhas para todos e todas. [acesso em 2020 Abr 09]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/swop2019>
5. FamilyPlanning2020.Org (FP2020). Women at the Center 2018-2019: Média Coverage in Africa. Washington – USA, 2019. [acesso em 2020 Abr 14]. Disponível em: <http://www.familyplanning2020.org/news/fp2020-women-center-2018-2019-media-coverage-africa>
6. Milanez N, Oliveira AE, Barroso ADV, Martinelli KG, Esposti CDD, Santos Neto ET. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. Sex., Salud Soc [internet] 2016 Apr [acesso em 2020 Abr 14];22: 129-146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872016000100129&script=sci_abstract&tlng=pt doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.06.a.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
8. Bezerra EJ, Almeida TSC, Passos NCR, Paz CT, Borges-Paluch LR. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. Arq. Cienc. Saúde da UNIPAR [internet] 2018 Maio/Ago [acesso em 2020 Jul 1];22(2): 99-108. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6349/3570> doi: 10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349.
9. Luiz MS, Nakano AR, Bonan C. Reproductive planning in a family clinic within a Teias: facilitating conditions and limits on assistance. Saúde debate [internet] 2015 Jul/Set [acesso em 2020 Jul 1];39(106):671-682. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300671&lng=en&nrm=iso&tlng=pt doi: 10.1590/0103-110420151060003009.
10. Campos A, Oliveira DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. Revista Brasileira de Estudos Políticos [internet] 2017 Jul/Dez [acesso em 2020 Abr 10];115: 13-45. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514> doi: 10.9732/P.0034-7191.2017V115P13
11. Ribeiro WA, Martins LM, Couto CS, Cirino HP, Teixeira JM, Almeida VLA. Nurse's educational practices to prevent pregnancy in adolescence: strategies and perspectives. Rev Pró-universUS [internet] 2017 Jul/Dez [acesso em 2020 Abr 14];08(2): 58-62. Available from: [*Saud Pesq*, 2021 out./dez.; 14\(4\):827-838 - e-ISSN 2176-9206](http://editora.</div><div data-bbox=)

- universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1116/pdf
12. Almeida APF, Assis MM. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde* [internet] 2017 Jan/Jun [acesso em 2020 Abr 14];5(5): 85-93. Available from: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/efeitos-colaterais-e-altera%C3%A7%C3%B5es-fisio%C3%B3gicas-relacionadas-ao-uso-cont%C3%ADnuo-de-anticoncepcionais-hormonais-orais-v-5-n-5.pdf>
 13. Brandão ER. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *Ciênc. saúde coletiva* [internet] 2019 Jan/Mar [acesso em 2020 Jun 14];24(3): 875-879. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300875&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/1413-81232018243.10932017.
 14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
 15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, December 2007, Pages 349–357, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2020 Abr 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
 17. Maus LCS. *Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com Equipes de Saúde da Família*. [Dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 222 p.
 18. Mattos M, Da Silva KL, Kolln WM. Factors influencing educational actions on breast cancer in the Family Health Strateg. *Espaço saúde* [internet] 2016 Jul [acesso em 2020 Jun 14];17(1): 40-48. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-795862>
 19. Souza LM, Moraes RLG, Oliveira JS. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. *Saúde debate* [internet] 2015 Jul/Set [acesso em 2020 Jun 14];39(106): 683-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00683.pdf> doi: 10.1590/0103-110420151060003010.
 20. Franze AMAK, Benedet DCF, Wall ML, Trigueiro TH, Souza SRRK. Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS* [internet] 2019 Jul/Set [acesso em 2020 Jun 14];7(3): 366-377. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3759/pdf> doi: 10.18554/refacs.v7i3.3759
 21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
 22. Acosta DF, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem. *Texto contexto-enferm* [internet] 2015 Jan/Mar [acesso em 2020 Jul 14];24(1): 121–7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100121 doi: 10.1590/0104-07072015001770013.
 23. Spaniol C, Spaniol MM, Arruda SN. Gravidez na adolescência e educação sexual: percepções de alunas do ensino médio de um município da Serra Catarinense. *Cad. Pós-Grad. Distúrb.*

- Desenvolv [online] 2019 Jul/Dez [acesso em 2020 Jul 14];19(2): 61-83. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-03072019000200005 doi: 10.5935/cadernosdisturbios.v19n2p61-83.
24. Pereira AKAM, Rodrigues MP, Silva, GSN, Vieira-Meyer APGF, Alves RS. Concepções e práticas de profissionais de nível superior em educação em saúde na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde* [online] 2015 [acesso em 2020 Jul 14];13(Supl. 2), 131-152. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500131&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/1981-7746-sip00085.
25. Silva SEM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2015 [acesso 2020 Mar 3];20(10): 3033-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3033.pdf> doi: 10.1590/1413-812320152010.20622014.
26. Nery IS, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet] 2015 [acesso 2020 Mar 3];24(4): 671-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00671.pdf> doi: 10.5123/S1679-49742015000400009.
27. Santos RB, Barreto RM, Bezerra ACL, Vasconcelos MIO. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará. *RECIIS* [Internet] 2016 [acesso 2020 Mar 3];10(3): 1-10. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1074> doi: 10.29397/reciis.v10i3.1074.
28. Baquião APSS, Carvalho SM, Peres RS, Mármora CHC, Silva WMD, Grincenkov FRS. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a Interdisciplinaridade. *Saúde e Pesqui.* [Internet] 2019 Jan/Abr [acesso 2020 Jul 13];12(1): 187-196. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919/3391> doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p187-196.
29. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 68 p. Available from: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
30. Rocha ACF, Holanda SM, Lima ACS, Aquino PS. Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária. *Extensão em Ação* [Internet] 2016 Jan [acesso 2020 Jul 13];1(13): 69-82. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/19709> doi: 10.32356/exta.v1.n13.19709.
31. Ferreira JB, Souza LV, Bertagnoli MSFF. Facilitação de diálogos com profissionais na atenção primária em saúde. *Rev. SPAGESP* [Internet] 2019 Jan [acesso 2020 Jul 26];20(1): 82-98. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100007