

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A DINÂMICA DO ATENDIMENTO E OS DESAFIOS DO PROGRAMA

Ediana de Jesus Bezerra¹
Tatiane Santos Couto Almeida²
Núbia Cristina Rocha Passos³
Camila Torres Paz⁴
Larissa Rolim Borges-Paluch⁵

BEZERRA, E. de J.; ALMEIDA, T. S. C.; PASSOS, N. C. R.; PAZ, C. T.; BORGES-PALUCH, L. R. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 99-108, maio/ago. 2018.

RESUMO: O estudo objetivou analisar a dinâmica do atendimento e desafios em planejamento reprodutivo desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em município do Recôncavo Baiano. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, aplicado a seis enfermeiras e doze usuárias. As atividades desenvolvidas revelam a existência de ações de assistência e de educação em saúde, porém não há grupos formais nem planejamento sistematizado para as atividades educativas. As Unidades disponibilizam os principais métodos contraceptivos, mas em quantidade não compatíveis com a realidade local, podendo acarretar em descontinuidade da assistência. Os desafios enfrentados no programa relacionam-se à oferta dos métodos, à baixa adesão do público jovem, (des)uso do preservativo para evitar as infecções sexualmente transmissíveis e baixo nível educacional das usuárias. É indiscutível a necessidade de implementação de ações pelos gestores de saúde, com o intuito de garantir a disponibilidade e variedade dos métodos contraceptivos, visando melhor qualidade na assistência em planejamento reprodutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Anticoncepção. Atenção Primária à Saúde. Comportamento Reprodutivo.

REPRODUCTIVE PLANNING AND FAMILY HEALTH STRATEGY: CARE DYNAMICS AND THE CHALLENGES OF THE PROGRAM

ABSTRACT: The study aimed at analyzing the dynamics of health care and the challenges in reproductive planning developed in the Family Health Strategy in the city of Recôncavo Baiano. This is a descriptive study with a qualitative approach applied to six nurses and twelve users. The developed activities reveal the existence of health care and education actions, but no formal groups or systematic planning for educational activities. The Health Care Units provide the main contraceptive methods, but in amounts that are not compatible with the local reality, which may lead to discontinuation of care. The challenges faced by the program are the offer of methods, the low adherence of young patients, use or lack of use of condoms to avoid sexually transmitted diseases and the low educational level of users. The need for implementing actions by health managers is indisputable, with the purpose of guaranteeing the availability and variety of contraceptive methods, aiming at a better quality of care in reproductive planning.

KEYWORDS: Contraception. Primary Health Care. Reproductive Behavior.

Introdução

A atenção à saúde da Mulher, no Brasil, foi incluída nas políticas nacionais de saúde durante as primeiras décadas do século XX, sendo ainda restrita às questões relativas à gravidez e ao parto. No final da década de 1970 os programas para redução da natalidade ganharam evidência, porém, somente em meados da década de 1980 foram congregadas ações de atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, surgiu em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual foi implantado com princípios e diretrizes e anunciado como uma proposta diferenciada, que tinha como base conceitual a atenção à saúde da mulher, rompendo com a visão tradicional e centralizada. A implantação do PAISM possibilitou a assistência às mulheres em diversas faixas etárias, etnias e classes sociais, incluindo as demandas do processo reprodutivo, sen-

do considerado, portanto, um marco para saúde da mulher no Brasil (SANTANA; COELHO, 2005).

Inserido na política do PAISM, o planejamento reprodutivo, definido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996), discute a implementação das práticas de anticoncepção, determinando especificações para sua utilização e penalidades para os profissionais de saúde que os realizarem de forma imprópria ou insegura. Segundo o Ministério de Saúde, o planejamento reprodutivo deve ser desenvolvido em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção à saúde da mulher, do homem e do(a) adolescente, enfatizando-se a sua importância junto às ações de Planejamento Familiar (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, o planejamento reprodutivo, no contexto da saúde coletiva, é uma das mais importantes ativida-

DOI: 10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349

¹Enfermeira, graduada pela Faculdade Maria Milza – Bahia (FAMAM).

²Diretora de Departamento de Planejamento, Monitoramento, Avaliação e Atenção Básica em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santo Antônio de Jesus.

³Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela FAMAM. Docente da FAMAM.

⁴Enfermeira, Mestranda em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela FAMAM. Docente da FAMAM.

⁵Doutora e Mestre em Ciências Biológicas, Bacharel e Licenciada em Ciências Biológicas pela UFPR. Docente do Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da FAMAM. larissapaluch@gmail.com

des preventivas, tendo como objetivo principal proporcionar aos casais, e em particular as mulheres, as informações e meios necessários para que possam decidir sobre o número e o intervalo de tempo entre os filhos de forma consciente e voluntária, possibilitando a escolha do método anticoncepcional mais adequado, sem coação (MOURA; GOMES, 2013).

No Brasil, o planejamento reprodutivo é de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, porém, é desenvolvido, prioritariamente, na Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre as diretrizes da ESF, está a participação comunitária, a qual possibilita aos usuários realizar o controle das ações de saúde e potencializar a reconstrução de práticas, visando atender suas expectativas e necessidades (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Assim, na ESF, a atuação dos profissionais de saúde nesse planejamento deve envolver atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas de forma integrada, abrangendo todos os aspectos da saúde integral da mulher. Além disso, deve promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação. As atividades educativas devem oferecer ao usuário os conhecimentos necessários para a escolha do método anticoncepcional mais adequado, propiciando a reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção e a sexualidade. Devem, ainda, ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e precisam ser sempre reforçadas pela ação educativa individual (BRASIL, 2002).

O aconselhamento é uma etapa importante para o planejamento reprodutivo, visto ser um processo de escuta do usuário e pressupõe o acolhimento do indivíduo ou do casal, em relação às suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias relacionadas a todas as questões que envolvem o planejamento reprodutivo. O sucesso dessa atividade depende da participação ativa do profissional e indivíduo ou casal no processo, sendo imprescindível a troca de conhecimento e vivência, possibilitando o desenvolvimento de uma relação de confiança (BRASIL, 2002).

As atividades clínicas devem ser realizadas nos serviços de saúde visando à promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Portanto, a primeira consulta deve ser realizada após as atividades educativas e deve englobar: anamnese, exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas, informação sobre a realização da colpocitologia oncótica, análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional (BRASIL, 2002).

No Brasil, a rede pública de saúde deve ofertar, gratuitamente, os seguintes dispositivos: preservativos masculino e feminino, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcional hormonal injetável dos tipos mensal e trimestral, pílulas anticoncepcionais combinadas, minipílulas e pílulas anticoncepcionais de emergência, além desses, os métodos cirúrgicos - laqueadura tubária e vasectomia - são disponibilizados (ALVES; LOPES, 2007).

A oferta dos métodos anticoncepcionais é um elemento imprescindível para o desenvolvimento de ações na ESF. Nesse sentido, Moura e Gomes (2013) enfatizam que a qualidade do planejamento reprodutivo se refere a uma estrutura determinada por elementos que incluem não apenas a disponibilidade dos métodos anticoncepcionais, mas também

a competência técnica profissional, informações adequadas, relações interpessoais adequadas entre profissional e usuário, mecanismos de acompanhamento dos usuários quanto aos métodos escolhidos e rede apropriada dos serviços. Estes elementos refletem aspectos que representam o ponto de partida requisitado para desenvolver uma descrição dos serviços oferecidos e para avaliar a sua qualidade.

Em alguns municípios brasileiros verificam-se dificuldades para a efetiva implementação do planejamento reprodutivo, principalmente no que se refere à informação e fornecimento de métodos anticoncepcionais. Tais dificuldades devem ser reconhecidas e transpostas para o uso eficaz desse serviço (BRASIL, 2009).

Diante de tais aspectos, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a dinâmica do atendimento e os desafios do planejamento reprodutivo desenvolvido na ESF em um município do Recôncavo Baiano? Com base no exposto, o objetivo do estudo foi analisar a dinâmica do atendimento e os desafios do planejamento reprodutivo desenvolvido na ESF em um município do Recôncavo Baiano.

Material e Método

A pesquisa é descritiva de abordagem qualitativa, com intuito de analisar a dinâmica do atendimento em planejamento reprodutivo desenvolvido na ESF, considerando a descrição dos dados obtidos, bem como a consideração do universo das particularidades e subjetividades envolvidas. A escolha por esta abordagem foi em decorrência desta possibilitar a investigação e compreensão de um universo que não pode ser mensurado, tomando possíveis explicações, registro e descrição das características de fenômenos ocorridos, podendo compará-los e interpretá-los, se ocupando, pois, com o que está descrito por trás das palavras (MINAYO, 2010).

O estudo de campo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Governador Mangabeira-BA, pertencente ao Recôncavo Baiano, localizado a 136 Km de Salvador. O município possui, de acordo com o último censo, uma população de 21.125 habitantes. A Atenção Básica cobre 100% do município, por meio de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e oito USF.

Os participantes do estudo foram seis enfermeiras e doze usuárias cadastradas nesse serviço no município de Governador Mangabeira. Os critérios de inclusão estabelecidos para as enfermeiras foram: estar lotada em USF no referido município no período da coleta de dados e atender usuárias no programa de planejamento reprodutivo e para as usuárias foram: estar cadastradas, frequentando o programa de planejamento reprodutivo e ser maior de dezoito anos. Para formalizar o aceite de participação na pesquisa, enfermeiras e usuárias deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-as o sigilo das informações e o anonimato de suas identidades.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista estruturada. Foram construídos dois roteiros, um para as enfermeiras e outro para as usuárias, visando permitir a sistematização das entrevistas e o alcance do objetivo proposto. O roteiro aplicado às enfermeiras foi composto por nove questões abertas que abordaram a captação de usuárias no programa de planejamento reprodutivo, critérios para cadastramento de usuárias, tipos de ações desenvolvidas, fluxo de

atendimento, métodos disponibilizados, critérios para escolha do método, barreiras no acesso e desafios encontrados no programa de planejamento reprodutivo. O roteiro das usuárias, por sua vez, foi constituído por cinco questões sobre o atendimento de planejamento reprodutivo, tipos de ações desenvolvidas nas consultas, escolha do método, dificuldades no acesso ao programa e aos métodos e dificuldades das usuárias no programa.

A coleta de dados ocorreu no espaço físico das USF e todas as falas foram gravadas e transcritas na íntegra, a fim de facilitar a interpretação das informações, assim como garantir o registro formal dos depoimentos. Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010), a qual atende às seguintes etapas: pré-análise com ordenação do material e leitura flutuante para o conhecimento do conteúdo das informações; exploração do material em busca dos núcleos de sentido e codificação dos dados; e tratamento dos resultados, momento em que os dados são analisados com base no referencial teórico adotado, respondendo a questão norteadora da pesquisa.

O estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (CEP-FAMAM), parecer 1.011.872, e respeitou as normas éticas em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados

Sobre a dinâmica de atendimento na ESF relacionado ao planejamento reprodutivo foram investigados como ocorre a captação e os critérios para cadastramento de usuárias para o programa, a realização de ações assistenciais e educativas, o fluxo de atendimento, a disponibilização e os critérios utilizados para a escolha dos métodos contraceptivos. Além disso, pesquisou-se sobre a existência de barreiras no acesso aos métodos e os principais desafios enfrentados no programa de planejamento reprodutivo.

Para a organização do referido programa é imprescindível que a equipe adote estratégias para captação de usuárias e organização da demanda na unidade. A maioria das enfermeiras entrevistadas adotam diversas táticas, utilizando a busca ativa das potenciais usuárias do serviço e divulgação do programa em sala de espera, não se limitando apenas ao atendimento da demanda espontânea.

Nesse sentido, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se constituem os principais parceiros para a realização destas ações e os depoimentos abaixo apontam para esta perspectiva:

[...] os Agentes de Saúde nos encaminham as mulheres [...] em idade fértil que eles já têm conhecimento sobre relação sexual. Aqui na unidade a gente trabalha por programas, aí [...] nas oportunidades conversamos e a gente capta também assim. [...] também, a demanda espontânea, elas vêm à Unidade de Saúde e procuram o atendimento. (E1)

Nós temos a demanda espontânea e tem a estratégia que a gente usa que é a busca através das visitas dos Agentes de Saúde. Os agentes veem as jovens que já entraram em atividade sexual ativa e fazem essa busca ativa, orienta que a unidade de saúde tem esse serviço e já agenda a

consulta com a enfermeira. (E6)

Sobre o aspecto de organização do trabalho questionou-se sobre a existência de critérios para cadastramento das usuárias no planejamento reprodutivo. Algumas enfermeiras relataram que um dos critérios estabelecidos é pertencer a área de abrangência da USF:

[...] se ela é da área ela vai ser atendida aqui e cadastrada. Quando não é de nossa área, a gente faz o primeiro atendimento e orienta esta usuária, libera e encaminha para unidade que ela é cadastrada e que faz parte. (E2)

Porém, a maioria das enfermeiras elenca como critério prioritário para a seleção possuir vida sexual ativa e estar em idade fértil, como demonstram os fragmentos abaixo:

[...] as jovens com vida sexual ativa, as puérperas para introduzir no programa e as pessoas que fazem o uso contínuo dessas medicações e que procuram e são liberadas e atendidas. (E2)

[...] os critérios são mulheres em idade fértil, que estejam tendo vida sexual ativa [...]. (E3)

[...] ter vida sexual ativa e trazer os documentos necessários e, pronto. É feito no atendimento na sua unidade [...]. (E4)

Foi relatado por apenas uma enfermeira a promoção de um atendimento ampliado, com uma abordagem da saúde sexual e reprodutiva abrangendo todas as usuárias, pois o programa também possui por finalidade a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Esta perspectiva engloba uma visão mais expandida, que considera não apenas o contexto biológico, mas social e cultural, de forma que não aconteça o reducionismo e fragmentação das ações no planejamento reprodutivo, estabelecendo a garantia da busca por qualidade de vida.

Ainda sobre a questão de organização do processo de trabalho, a primeira visita da usuária em uma USF, geralmente, ocorre por demanda espontânea e o atendimento é realizado pela enfermeira.

Quando vem a primeira vez na Unidade, se a gente permite ela é atendida naquele dia e se não, ela é orientada a retornar no dia de programa do planejamento reprodutivo [...] ou em alguns casos, você orienta que ela retorne no primeiro dia de menstruação, se for para iniciar um método contraceptivo. Mas, na primeira oportunidade que a gente tem, se a unidade dispõe da agenda nesse momento, já atende. E, geralmente, o primeiro e os atendimentos subsequentes são com a enfermeira [...]. Passa pelo médico de acordo com cada condição clínica de cada usuária. (E1)

Geralmente, na primeira consulta segue-se um protocolo de atendimento, primeiramente com aplicação de ficha de anamnese, que abrange informações relevantes para o serviço de planejamento reprodutivo, como antecedentes familiares, pessoais e obstétricos e, posteriormente, são realizados esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos. Importa salientar que de acordo com esse relato, é notório que os atendimentos de planejamento reprodutivo ficam mais

concentrados no profissional enfermeiro e são encaminhados ao médico aqueles casos em que a condição clínica determina, a exemplo da presença de determinadas doenças e/ou co-morbidades.

[...] a primeira vez é uma demanda espontânea, mas temos os dias que atendemos no planejamento familiar, mas a primeira vez a gente não escolhe o dia. [...] a gente vai pesar, medir pressão, vai seguindo o protocolo do planejamento, fazendo perguntas da primeira menstruação, antecedentes obstétricos, patologias prévias, se tabagista e se é estilista [...]. A gente tenta colher o conhecimento que ela tem sobre o planejamento familiar, se ela teve contato com algum método ou se nunca teve e qual foi a experiência. Daí, a gente vai apresentando todos os outros métodos, [...] fala também sobre a questão do preservativo que também é usado para evitar IST [...]. (E3)

Em relação à periodicidade das consultas, a maioria das enfermeiras refere à realização de consultas mensais e agendamento da consulta subsequente como forma de acompanhar minuciosamente o emprego do método contraceptivo escolhido, visando evitar o uso incorreto do mesmo ou para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

Depois que a mulher passa pela consulta, deixo explicado para ela quando ela vai iniciar o método e quando termina e deixo agendado o retorno pra aquele dia. As primeiras vezes que elas vêm, eu já marco mensal para ter certeza se ela está usando o método direitinho [...], porque mais que a gente explique, elas ainda se confunde em usar o método, principalmente, a questão da pílula [...]. (E3)

Uma enfermeira ressaltou que o retorno está vinculado ao tipo de método escolhido ou de acordo com as necessidades e demandas das usuárias. Porém, ressalta que os atendimentos com outras finalidades também podem se constituir oportunidades para orientar e esclarecer dúvidas. Percebe-se, no discurso a seguir, uma aproximação maior com a integralidade da assistência, uma vez que não passa a ideia de um atendimento fragmentado, em que as pessoas precisem-se dirigir à unidade somente no dia específico de atendimento.

[...] é agendado na verdade um retorno de acordo com o método usual [...] eu sempre agendo com um mês, mas se tiver a necessidade [...], elas retornam aqui na unidade. Mas, você tem vários contatos, [...] no preventivo, quando retornar para puericultura com a criança, você vai criando um vínculo, sabendo de toda a história. Mulher quando vem na unidade, você tá sempre abordando e esclarecendo dúvidas ou ajudando nas dificuldades que elas têm nesse processo. (E1)

Fazendo uma comparação, o atendimento de saúde reprodutiva, na visão das usuárias mantém, em sua maioria, opiniões semelhantes. Elas aprovam o atendimento do programa, porque se sentem acolhidas e bem assistidas pelas profissionais, pois essas transmitem a sensação de resolutividade de seus problemas e necessidades. As falas a seguir refletem o exposto:

[...] Ótimo, elas atendem bem as pessoas, principalmente quando chego. Sou bem acolhida. (U1)

[...] Muito bom. Sou bem atendida aqui na unidade, sempre que eu venho, ela me atende, nunca fiquei sem ser atendida e olhe que venho na hora que posso [...]. (U7)

Há mulheres, por sua vez, que vinculam a aprovação do atendimento a aspectos relacionados à qualidade da consulta, a realização de orientações que tangenciam a prevenção de IST e a escolha mais apropriada do método contraceptivo:

[...] É ótimo, explica bem o uso do contraceptivo, alerta sobre a importância da camisinha pra prevenção da IST, indica o melhor método de acordo com a necessidade [...]. (U6)

No que se refere à disponibilização de métodos contraceptivos, todas as depoentes afirmam a existência de métodos, como o de barreiras (como os preservativos masculino e feminino); os anticoncepcionais (oral e injetável); o dispositivo intrauterino (DIU) e os métodos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, foi relatado que nem sempre todos esses métodos estão disponíveis nas Unidades de Saúde, a exemplo dos injetáveis mensais e trimestrais e, eventualmente, o quantitativo é inferior à demanda de usuárias, o que pode acarretar na descontinuidade da assistência.

Quando investigado sobre os critérios adotados para a escolha do método, a maioria das enfermeiras vincula a escolha do método à faixa etária, ao histórico clínico e aos antecedentes patológicos pessoais da usuária:

Os critérios na verdade [...] dependem da história clínica, se já usa algum método, idade, se tem algum problema de saúde. O critério na verdade não está relacionado só com a história da usuária e fatores de risco, mas se a unidade disponibiliza o método [...]. (E1)

[...] Critérios são: se for adolescentes a dosagem de hormônio vai ser menor, com relação à puerpera ela vai tá tomando Norethin e outros critérios, também, se for hipertensa, diabética tem contra indicação de alguns métodos. (E6)

Apenas uma profissional relatou levar em consideração a predileção da usuária/companheiro, dando-lhe liberdade de escolha em relação ao método a ser utilizado:

Existe critério é assim, a gente ouve a usuária, o que ela quer usar junto com o companheiro dela, [...] se for oral, a gente vai observando o efeito colateral dessa medicação e, se necessário, a gente faz a seleção junto com elas ou pra um injetável, oral ou apenas método de barreira. A gente tenta colocar também a questão dos métodos naturais... elas não acreditam muito na questão da amamentação, da tabela, [...] as multiparas, elas não confiam muito. (E2)

Entretanto, foi observado que, na perspectiva das usuárias, a escolha do método contraceptivo possui participação direta do profissional responsável pelo atendimento, podendo ser o médico ou a enfermeira. Essa informação é ratificada pela maioria das enfermeiras, pois essas mencionaram priorizar aspectos relacionados à saúde das usuárias:

Não escolhi este método, foi o médico que escolheu. Eu já tomei comprimido por conta própria, não me lembro do

nome eu acho que era “nordete”, mas hoje eu tomo outro. Eu estava amamentando quando comecei a tomar, aí o médico me indicou esse e continuo tomando. (U3)

[...] Já tomei vários. Comprimido, não me dei bem, então escolhi a injeção, a enfermeira me ajudou eu escolher, disse que era o melhor pra mim e foi tiro e queda. Hoje não sinto mais nada [...]. (U7)

Quanto à conciliação das ações assistenciais e de educação em saúde, a maior parte das enfermeiras relata a existência dos dois tipos de ações, mesmo sem sistematização, porém, raramente, essas atividades de cunho educativo ultrapassam os muros da unidade:

Sim, na unidade a gente faz sala de espera, bem rápido, para não tá confundindo muito, na consulta, assim, a gente [...], geralmente, pergunta qual método pensou em usar, daí, a gente apresenta os métodos que existe e o que estão disponíveis na unidade [...]. (E3)

Existem ações educativas, a gente faz sala de espera, nas escolas tem um projeto pró-jovem [...] é feito palestra, geralmente, é feita uma vez por mês, no pró-jovem e sala de espera é semanal. (E6)

Além da assistência e da educação em saúde, é importante oportunizar a comunidade o acesso ao preservativo, disponibilizando o mesmo na recepção da unidade:

Essas atividades, na verdade, elas abordam não só os métodos contraceptivos, mas também de doença, saúde, na verdade, da mulher, de uma forma geral. [...] aqui, também, a gente coloca na recepção uma caixa com o preservativo, gel lubrificante, justamente, porque se a pessoa tiver dificuldades para o atendimento com a gente, para falar por vergonha [...]. (E1)

Contudo, uma enfermeira afirma executar as ações de planejamento reprodutivo apenas no espaço do consultório de enfermagem, relatando que ali a assistência e orientação no momento da consulta. Nesse caso, a dinâmica das ações do programa de planejamento reprodutivo não é coletiva, mas sim individual:

Ações assistenciais existem, o atendimento, o planejamento reprodutivo, oferta do método contraceptivo e orientações no nível de consultório. Não existe um grupo específico voltado a esta finalidade [...] até gostaria de fazer. (E5)

Sobre a periodicidade das ações educativas, a maior parte das enfermeiras afirma não existir uma regularidade para a realização de ações educativas formalizadas. Entretanto, aproveitam-se as oportunidades em sala de espera ou no momento da consulta para a realização de orientações quanto ao planejamento reprodutivo. Observa-se que a consulta de enfermagem se constitui momento importante para a conciliação da assistência e das orientações, as quais também se conformam como ações educativas.

Sob a ótica das usuárias, existem ações assistenciais e educativas na unidade que tratam de diversos assuntos.

Percebe-se, porém, pelos discursos das usuárias que não há sistematização dessas ações e sua execução pode estar relacionada a datas específicas e/ou comemorativas:

Tem mensalmente as consultas, sim tem palestras na época do dia da mulher, do dia de prevenção do câncer de mama, prevenção a Aids, estas datas específicas, não é qualquer dia, [...] fazem a distribuição de panfletos, visando sempre o uso da camisinha e outros métodos pra evitar uma gravidez não planejada. (U6)

Em relação aos desafios enfrentados pelas enfermeiras no planejamento reprodutivo, foi unânime, entre essas profissionais, que as principais dificuldades estão relacionadas à falta de determinados métodos contraceptivos nas USF. As profissionais acreditam que esse fato pode estar atrelado à ausência de contrapartida de outros âmbitos governamentais ou de atrasos nas licitações no próprio município:

[...] nem sempre está disponível o anticoncepcional trimestral, que são os injetáveis. Os injetáveis mensais faltam com menos frequência, mas também faltam. O oral, o fornecimento é regular e o preservativo está sempre disponível. (E1)

A única barreira que existe na verdade [...] é a falta dos métodos por alguns motivos, por não serem encaminhados para o município, porque o governo federal tem que fazer o repasse, por algum problema de licitações [...]. (E5)

Entretanto, essa adversidade expressada pelas enfermeiras parece não refletir diretamente no acesso ao contraceptivo pelas usuárias, conforme relato a seguir:

Nunca tive dificuldade, quando eu chego tomo minha injeção e vou pra casa, mas quando tá em falta a enfermeira me dá uma receita e eu compro na farmácia. (U7)

Por outro lado, as usuárias adolescentes⁶ (entre 18 e 19 anos) entrevistadas relatam como principal dificuldade de adesão ao planejamento reprodutivo a vergonha e/ou medo da família ou da comunidade descobrir que essas possuem vida sexual ativa:

A única coisa ruim pra mim é que tenho que vim pra cá escondido, quando não tem ninguém, tenho medo. A enfermeira já sabe e me ajuda pra o povo não saber, [...] tenho medo do meu pai saber que não sou mais moça e me botar pra rua. (U5)

A única dificuldade que eu tive foi pessoal, “vergonha”, das pessoas em saber que eu estava indo lá, que já tinha começado a atividade sexual, dificuldade com o programa não, sempre fui bem atendida, nunca fiquei sem a medicação. (U6)

A preocupação como o público jovem também foi apontado pela maioria das enfermeiras. O principal desafio a ser enfrentado pela equipe no programa de planejamento reprodutivo na população mais jovem é a falta de adesão ao uso do preservativo, a fim de se evitar as IST e a gravidez:

⁶De acordo com o Ministério da Saúde a faixa etária que engloba a atenção à saúde do adolescente é de 10 a 19 anos, sendo esse preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

[...] outra dificuldade, eu acredito que seja uma falha na conscientização dos jovens com relação ao preservativo. A gente orienta a fornecer o método, mas a gente na verdade não tem um controle bem que este método está sendo usado realmente [...]. Na verdade, eles não dão importância a este método. Acho também que tem sido um desafio muito grande para a gente que trabalha com planejamento reprodutivo, convencer as pessoas que elas precisam usar o preservativo para a prevenção de doenças, até mesmo para evitar a gravidez, mas eles não dão a importância devida, porque acham que reduz o prazer [...], acha que é incomodo, esse é o principal problema, na verdade [...]. (E1)

[...] os maiores problemas que a gente tem, às vezes, é a baixa adesão, principalmente do público mais jovem. Eles não costumam aderir ao programa e o uso inadequado da medicação, por mais que a gente oriente, elas tomam errado. (E5)

Outro obstáculo enfrentado rotineiramente pelas enfermeiras refere-se ao baixo grau de instrução das usuárias. Esse problema é crucial, pois intensifica a dificuldade de compreensão em relação à maneira correta do uso do contraceptivo oral, conforme relatado a seguir:

Eu acho que a grande barreira que a gente tem é o [...] grau de conhecimento das usuárias, elas acham que se parar 2 ou 3 dias, pode tomar 3 pílulas de uma vez, podem emprestar pra vizinha e também tomar da vizinha [...], basicamente são problemas de educação. (E4)

O presente estudo verificou boa aceitação das usuárias em relação ao planejamento reprodutivo. Essa aceitação configura não apenas garantia de acesso aos serviços e ações de saúde, mas também permite o estabelecimento de um clima de confiança e compromisso que possa resultar na adesão destas mulheres ao serviço de saúde. Portanto, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, visando proporcionar segurança e tranquilidade, bem como a constituição da autonomia nos cuidados com a saúde.

Discussão

A partir deste estudo foi possível analisar a dinâmica do atendimento e os desafios do planejamento reprodutivo desenvolvido na ESF em um município do Recôncavo Baiano.

O Ministério da Saúde traz que a necessidade de fazer essa análise é de grande relevância, visto que essa assistência é oferecida pelas equipes da ESF e corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (BRASIL, 2011).

Essa verificação deve abranger uma análise minuciosa em relação à maneira de subsidiar ou não a assistência aos métodos anticoncepcionais utilizados pelas usuárias da área de abrangência da USF. Para tanto, a equipe deve estar vigilante a todas as ações desenvolvidas na sua unidade, como também à rede de referência, garantindo fácil acesso aos métodos e esclarecendo a comunidade em relação à for-

ma como a assistência pode ser iniciada, ao uso e continuidade de método escolhido (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Para o êxito dessa empreitada é imprescindível para a organização das ações que envolvem o planejamento reprodutivo e deve ser discutido pelos profissionais envolvidos, visando à melhora de aspectos relacionados à estratégias para captação de usuárias para o programa, assim como a organização da demanda na unidade. Para tanto, como foi encontrado nesse estudo, é fundamental também a participação efetiva do ACS, pois esses profissionais integram a Equipe de Saúde da Família e interagem diretamente com a comunidade no que se refere aos cuidados básicos e de educação em saúde. Segundo Moura e Gomes (2013), as intervenções dos ACS devem ser desenvolvidas e direcionadas ao núcleo familiar, contribuindo para que as ações da Atenção Básica sejam executadas com efetiva mudança na reorganização dos serviços de saúde da comunidade.

Dessa maneira, a organização do processo de trabalho a ser desempenhado pela equipe de saúde no planejamento reprodutivo é de grande relevância e cada profissional deve possuir uma responsabilidade na manutenção e qualificação do programa, facilitando o planejamento e execução das atividades (QUEIROZ, 2010).

A captação das usuárias para a execução das ações na USF deve estar fundamentada no critério da territorialização, ou seja, as atividades desenvolvidas devem ser direcionadas para a comunidade da área adscrita, como forma de facilitar o acesso, bem como de garantir o cumprimento dos princípios do SUS.

Nesse sentido, Barcellos (2003) relata que o processo de territorialização implica no reconhecimento das principais características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e culturais inerentes à população adscrita. Esse processo auxilia o trabalho dos profissionais de saúde na comunidade, assim como direciona as ações aos problemas que afetam um território. Portanto, a delimitação de um território tem por objetivo conhecer os recursos existentes e as necessidades, para que esse território seja demarcado socioeconomicamente e os profissionais de saúde planejem estratégias capazes de suprir as carências e demandas existentes.

De acordo com a legislação pertinente, o atendimento dos programas de planejamento reprodutivo deve abranger o homem, mulher e/ou casal de maneira igualitária (BRASIL, 1996). Entretanto, é notório o direcionamento dos programas para o público feminino em idade fértil, cujas principais ações visam se evitar uma gravidez precoce e as IST, ferindo os preceitos do SUS como a universalidade e integralidade da atenção à saúde. Esse dado é ratificado nesse estudo, no qual apenas mulheres se constituíram como participantes da pesquisa.

Conforme o Ministério da Saúde, compete ao enfermeiro, durante as consultas de planejamento reprodutivo, realizar a anamnese, o exame físico e ginecológico, investigar queixas atuais, metas reprodutivas e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, reforçar a importância deste planejamento, orientar acerca do método escolhido, da saúde sexual e reprodutiva, fornecer o contraceptivo, encaminhar para consulta médica (quando necessário), além de aprazar o retorno da consulta subsequente (BRASIL, 2002).

Moura e Sousa (2002) salientam que a primeira consulta deve ser realizada após as atividades educativas, as

quais devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer às usuárias os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método contraceptivo mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade.

Apesar do exposto, nenhuma das entrevistadas possuía em suas unidades, grupos educativos formados e sistematizados com o propósito de discutir planejamento reprodutivo. As ações educativas desenvolvidas eram circunscritas ao momento da consulta de enfermagem. Seria importante investigar as causas para a fragilidade das ações coletivas sobre planejamento reprodutivo. Questiona-se que o desenvolvimento de ações educativas pontuais não seria uma forma de adaptação que as enfermeiras encontraram porque o serviço não daria condições apropriadas para realizá-la coletivamente? Mais ainda, será que esse modelo de assistência não poderia ser um reflexo do modelo de gestão vivenciado neste município?

Além desta reflexão, é importante mencionar que apesar do estudo ter sido feito com profissionais enfermeiras e que ficou evidenciado em uma das falas que existe uma concentração dessa assistência no enfermeiro, é salutar mencionar sobre a responsabilidade de outros membros da equipe para o alcance das ações do planejamento reprodutivo e, também, avançar para a perspectiva do apoio matricial e institucional, no sentido de encontrar alternativas que deem conta da realização dessas ações.

O acompanhamento contínuo e sistemático das usuárias é muito pertinente, pois além de contribuir para o estabelecimento do vínculo profissional-usuária pode minimizar o uso equivocado dos métodos, evitando, assim, uma gestação não planejada. As consultas de retorno em planejamento reprodutivo visam à reavaliação da adequabilidade do método em uso, bem como prevenir, identificar e atuar perante possíveis intercorrências (BRASIL, 2002).

É necessário que o enfermeiro detenha e incorpore na prática o que é preconizado para o exercício de suas atividades no cotidiano do serviço, atendendo de forma adequada as usuárias, proporcionando uma atenção qualificada. Assim, compete às equipes de ESF estabelecer integração com os serviços de pós-parto, pós-aborto, prevenção do câncer de colo uterino, controle das IST, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva como usuárias-alvo, ensejarão oportunidades para expandir a rede de atendimento e aperfeiçoar o contato da usuária com a equipe de saúde. Além disso, o acolhimento, no campo da saúde, deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2002).

É perceptível nesse estudo que a receptividade às usuárias se configura como um momento importante do acesso aos serviços e ações de saúde e a partir daí se estabelece um clima de confiança e compromisso que pode resultar na adesão das mulheres ao serviço de saúde. Portanto, é fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, visando proporcionar segurança e tranquilidade, bem como a constituição da autonomia nos cuidados com a saúde.

No contexto dos direitos reprodutivos, a liberdade de

escolha do método contraceptivo é fundamental na área da regulação da fecundidade. E, para optar por um método contraceptivo de forma livre e informada, as mulheres precisam conhecer e ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados e disponíveis, escolhendo aquele que seja mais adequado às suas características e às suas condições de vida em cada momento.

Para o devido funcionamento do programa, torna-se imprescindível que a Unidade de Saúde disponibilize os métodos contraceptivos diversos e em quantidade compatível com a realidade local. Além disso, é importante que as ações assistenciais e educativas sejam desenvolvidas de modo integrado, na tentativa de aproximar o serviço da usuária e de atender às diferentes necessidades.

A falta de insumos limita a escolha das usuárias e impõe o uso de determinado método sem a observância das características individuais como a intolerância aos hormonais, não-adaptação ao uso do preservativo, existência de fatores de risco para uma futura gestação, e/ou da opção pelo método natural ou comportamental, dentre outros (MOURA; SILVA, 2006). Desta forma, a garantia de contraceptivos suficientes para as usuárias assegura acesso igualitário aos métodos e sua ausência configura a negação a um direito constitucional.

Portanto, é de suma importância considerar as necessidades e preferências das usuárias, sendo imprescindível que as unidades básicas disponibilizem todos os métodos recomendados em quantidade suficiente, de modo a garantir a livre escolha do indivíduo. Entretanto, a escolha do método mais adequado deverá ser feita pela usuária, após entender os prós e contras de cada um. Para Pierre e Clapis (2010), uma boa interação entre profissional e usuária contribui para a liberdade de escolha do método contraceptivo, além disso, o profissional transmite informações, proporcionando uma relação de confiança mútua e de troca de informações.

Para Alves e Lopes (2007), vários fatores contribuem para a tomada de decisão na escolha do método contraceptivo pela mulher. Dentre aqueles que podem exercer influência, destacam-se: a presença de companheiro/parceiro, assim como o contexto social, cultural em que vive a mulher e suas relações interpessoais construídas.

Paz e Ditterich (2009) consideram que o grau de escolaridade é um componente forte, o qual interfere para que as mulheres não conheçam os métodos anticoncepcionais. Essa informação é ratificada por Santos, Ferreira e Silva (2015), autoras que discutem a baixa escolaridade como um dos fatores que contribui para a não adesão de forma regular aos métodos contraceptivos, uma vez que mulheres com poucos anos de estudo não conseguem assimilar as informações passadas pelo profissional de saúde, por conseguinte, colocá-los em prática, devido ao baixo grau de instrução.

Dessa maneira, para que haja saúde pautada na qualidade de vida das mulheres é necessário considerar o meio no qual a usuária está inserida, respeitando seu contexto de vida. Para tanto, Paiva et al. (2015) ratificam que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem construir um espaço que garanta cidadania, autonomia, empoderamento e troca de conhecimento, consequentemente, é primordial pensar na prática educativa enquanto promotora dos direitos sexuais e reprodutivos, como também da saúde e bem estar, o que requer um trabalho que envolva toda a equipe de profissionais. Isso é importante, também, para se

pensar em alternativas de orientações que sejam capazes de alcançar aquelas mulheres com baixo grau de escolaridade.

As ESF devem desenvolver suas ações em grupos, sendo necessário que todos os profissionais estejam atrelados ao objetivo de melhorar a qualidade da assistência. As ações educativas, com a presença e participação efetiva da comunidade, é um dos principais pontos essenciais para contemplar não somente na mudança do saber, mas a transformação dos sujeitos do processo (ALVES; LOPES, 2007). Além disso, para Soares (2009), as ações de educação em saúde permitem alterações eficazes no estilo de vida das pessoas, com o intuito de prevenir ou, no mínimo, diminuir os agravamentos decorrentes de sua vida.

As ações educativas, independentemente da metodologia adotada, devem manter o caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências, baseadas nas vivências de cada indivíduo, contribuindo, assim, com o fortalecimento das relações entre os participantes e com os vínculos entre usuárias e profissionais de saúde.

A Atenção Básica deve promover, entre outros eixos, a saúde da mulher de maneira integral e, partindo deste pressuposto todos os municípios brasileiros devem desenvolver ações neste sentido, de forma que não valorize apenas o componente parto/nascimento/reprodução (BRASIL, 2001). Todavia, ao mesmo tempo em que a Atenção Básica segue em frente na implementação de um novo modelo de saúde, fortalecendo o cuidado, de modo geral, não se tem conseguido promover a mesma atenção no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, à medida que para a execução destes direitos, é necessária uma contrapartida de recursos financeiros e vontade política (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, Coelho, Lucena e Medeiros-Silva. (2000) retratam que a prática do planejamento reprodutivo nos serviços é desenvolvida com dificuldades diferenciadas, tendo como as mais agravantes, a oferta limitada de métodos contraceptivos, falta de consciência multiprofissional e influência do poder do profissional, seguidas pelo espaço físico inadequado, dificuldade da mulher com assimilar e seguir orientações. O programa de planejamento reprodutivo apresentou melhoras no perfil da utilização dos métodos contraceptivos, porém, de acordo com Costa (2009) ainda são frágeis às intervenções para a efetiva implantação dos serviços na Atenção Básica.

A legislação existente que garante o acesso aos métodos contraceptivos se contrapõe ao reduzido leque de métodos contraceptivos e os comportamentos reprodutivos que violam o princípio básico de autonomia individual e/ou familiar que valoriza a livre escolha (BRASIL, 2002).

Outra questão a ser discutida é que, mesmo diante das barreiras familiares, a busca dos adolescentes pelo serviço é muito importante. Leonello e Oliveira (2008) ressaltam que o conhecimento dessa população em relação aos riscos provenientes de relações sexuais sem o uso do preservativo, é de extrema importância para que os mesmos possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez não planejada e da contaminação pelas IST, além de exercer um direito que possibilita cada vez mais o exercício da sexualidade desvinculada da procriação.

Compreende-se que identificar barreiras é um bom início para a proposição de mudanças no serviço. É necessário, pois, que estratégias sejam criadas para a superação

destas dificuldades, com a participação e o envolvimento de todos aqueles que colaboram para que o atendimento aconteça desde sua chegada à unidade, até a entrega do método com as devidas orientações e o agendamento do seu retorno.

O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento reprodutivo, destinados não apenas aos jovens, mas à população em geral. O conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade quanto ao uso. As diferenças socioeconômicas e culturais da população podem influenciar no conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (ALMEIDA; AQUINO; GAFFIKIN, 2003).

Dificuldades para a efetiva implementação do planejamento reprodutivo, no que se refere à informação e fornecimento de métodos anticoncepcionais são verificadas em alguns municípios brasileiros. Essas dificuldades devem ser reconhecidas e transpostas para o efetivo uso desses serviços (BRASIL, 2002). As barreiras enfrentadas pelos profissionais devem ser superadas através da sensibilização por parte de todos os agentes envolvidos, sejam eles dos serviços ou da gestão. Isso pode levar a maior qualificação do atendimento direcionado às usuárias e, conseqüentemente, a um aumento da adesão aos serviços de saúde.

Por fim, apresentar o cenário dessa assistência pode colaborar para o planejamento e programação das atividades, de modo que gestão e profissionais que fazem a assistência acontecer, venham revisar as prioridades, auxiliando na tomada de decisões e colaborando para a obtenção de melhores resultados em termos de impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva da população.

Considerações Finais

A dinâmica de atendimento em planejamento reprodutivo envolve a adoção de diferentes estratégias para captação, dentre elas, a busca ativa das potenciais usuárias do serviço nos programas existentes e a divulgação em sala de espera, não se limitando ao atendimento da demanda espontânea e os ACS constituem os principais parceiros para a realização destas ações.

Sobre a organização do processo de trabalho, dentre os principais critérios para cadastramento das usuárias no planejamento reprodutivo incluem: fazer parte da área de abrangência, ter vida sexual ativa e estar em período fértil. A captação da usuária se dá por demanda espontânea e o atendimento, na maioria das vezes, é realizado pelas enfermeiras, as quais, de modo geral, seguem um protocolo de atendimento. O atendimento subsequente se dá por meio de consultas mensais e previamente agendadas.

As atividades desenvolvidas no programa de planejamento reprodutivo revelam a existência de ações de assistência e de educação em saúde, mesmo sem sistematização ou regularidade. Além disso, poucas vezes, essas atividades de cunho educacional ultrapassam os muros da unidade.

Em relação à disponibilização de métodos contraceptivos, o município dispõe dos métodos de barreiras, como o preservativo masculino e feminino; os anticoncepcionais orais e injetáveis; o dispositivo intrauterino e os métodos cirúrgicos. Os critérios adotados para a escolha do método, na

maior parte dos casos, vinculam-se à idade, história clínica e aos antecedentes patológicos pessoais e existe uma participação direta do profissional que as atendem: enfermeira ou médico.

É certo que existem barreiras no acesso aos métodos contraceptivos distribuídos por meio do SUS. No município estudado, além de não serem disponibilizados todos os tipos de métodos com frequência, observa-se na que nem sempre o quantitativo de métodos é compatível com a demanda, o que pode levar a descontinuidade da assistência. Contudo, essa dificuldade parece não refletir diretamente no atendimento, segundo as usuárias, pois a maioria delas refere de forma clara não possuir problemas ou barreiras para ter acesso ao programa e aos métodos contraceptivos. As usuárias se sentem acolhidas pelas profissionais e bem assistidas, transmitindo a sensação de resolutividade de seus problemas e necessidades.

Além da falta de alguns métodos contraceptivos, os principais desafios enfrentados no programa de planejamento reprodutivo relacionam-se com a baixa adesão do público jovem, ao (des)uso do preservativo para evitar as IST, além do baixo grau de instrução das usuárias, o que pode gerar dificuldade na compreensão da forma correta de fazer uso do determinados métodos.

É imprescindível, pois, a implementação de ações pelos gestores de saúde com o intuito de garantir a disponibilidade e a diversidade de métodos, a fim de favorecer a escolha das usuárias de forma livre e informada, aproximando-se do referencial teórico que define a assistência de qualidade em planejamento familiar, no aspecto dos direitos reprodutivos e sexuais.

Esse estudo traz como limitação a participação de apenas mulheres e enfermeiras. Para uma discussão mais apropriada sobre integralidade da assistência, seria importante a participação de homens e médicos, por exemplo. Ainda pode ser apontada como limitação a ausência de investigação sobre apoio matricial e/ou institucional para a realização das ações no programa. Assim, faz-se necessário a realização de outros estudos que incluam a participação de outros sujeitos, bem como ponderem as condições de trabalho e o reflexo destas na qualidade, efetividade da assistência em planejamento reprodutivo para uma avaliação mais precisa e que possibilite traçar estratégias mais efetivas.

Referências

- ALMEIDA, M. C. C.; AQUINIO, E. M. L.; GAFFIKIN, L. M. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saúde Pública**, v. 3, n. 5, p. 566-575, 2003.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Locus de controle e escolha de método anticoncepcional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 273-278, 2007.
- BARCELLOS, C. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 25, p. 29-43, 2003.
- BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde**: NOASSUS 01/2001. Portaria GM/MS no 95/2001. Brasília 2001. 28 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Política de Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico/secretaria de políticas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília: Ministério de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- _____. Coordenação de saúde da mulher. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.
- COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. D. F. G.; MEDEIROS-SILVA, A. T. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, 2000.
- COSTA, G. D. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113- 118, 2009.
- LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competência para ação educativa da enfermeira. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 177-183, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 2, p. 150-156, 2006.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.
- MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde

reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família? **Cad Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 581-587, 2002.

MOURA, L. R. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2013.

PAIVA, C. C. N. et al. Educação em saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 685-691, 2015.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1161-1168, 2010.

QUEIROZ, I. N. B. Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev Rene Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 103-113, 2010.

SANTANA, T. C. F. F.; COELHO, T. C. B. Planejamento familiar e integridade em um Sistema Municipal de Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 2014-255, 2005.

SANTOS, A. A. P.; FERREIRA, C. C.; SILVA, M. L. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Rev APS**, v. 18, n. 3, p. 368-377, 2015.

SOARES, L. C. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 118-123, 2009.

Recebido em: 10/09/2017

Aceito em: 02/02/2018