



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS**

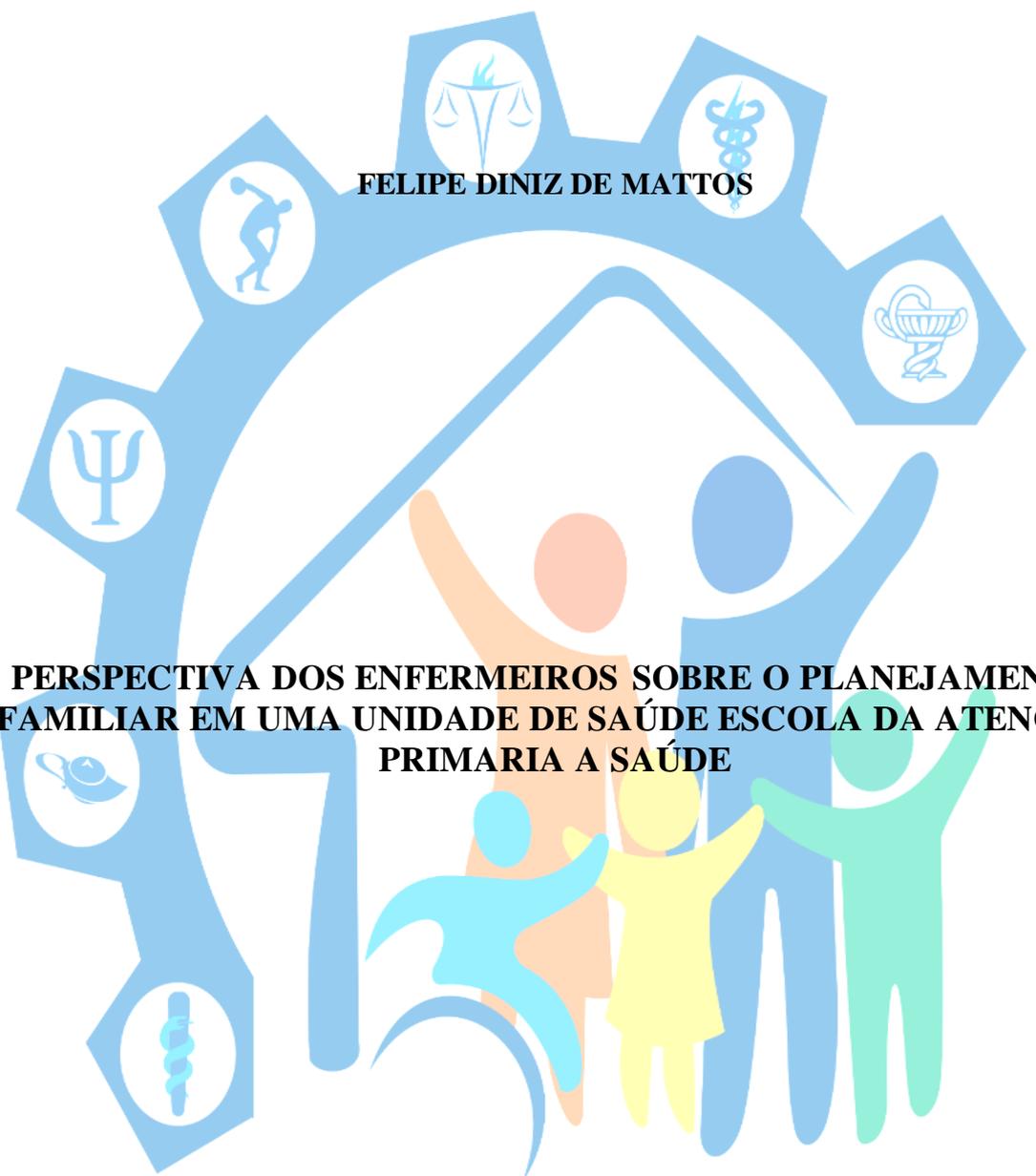
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

**FELIPE DINIZ DE MATTOS**

**PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE O PLANEJAMENTO  
FAMILIAR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE ESCOLA DA ATENÇÃO  
PRIMARIA A SAÚDE**

**CAMPO GRANDE**

**2024**



**FELIPE DINIZ DE MATTOS**

**PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE ESCOLA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

**Residência Multiprofissional em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito da disciplina de Metodologia da Pesquisa Científica.

Orientador (a): Mestre Felipe Lima dos Santos

**CAMPO GRANDE**

**2024**

## RESUMO

**Introdução:** Conforme a caderno de atenção básica de 2013 “SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA”, os usuários têm assegurados os direitos sexuais e reprodutivos, sendo essa uma prioridade do governo e o planejamento familiar uma responsabilidade do estado. Hoje é disponibilizado pelo SUS diversos métodos contraceptivos, todos gratuitos, dentre eles podemos destacar “preservativos internos e externos (camisinha), pílula oral, minipílula, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intrauterino (DIU), pílula anticoncepcional de emergência, diafragma e anéis medidores” além dos procedimentos cirúrgicos, Laqueadura e Vasectomia como forma de contracepção definitiva. **Objetivos:** Identificar as principais barreiras no acesso ao planejamento familiar na perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família de uma unidade de saúde escola. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, com análise de dados primários, realizada através de entrevistas com enfermeiros de uma unidade de saúde da família. **Resultados:** Dos participantes entrevistados, quatro se identificaram pelo gênero feminino, cisgênero. Duas cursavam a residência em saúde da família. A idade média foi de 32,2 anos. Considerando o tempo de formação, houve uma disparidade, estando as enfermeiras residentes entre as com menor tempo de formadas, média de um ano e meio, enquanto as demais enfermeiras foi de 17,5 anos. Com a análise dos dados emergiram duas categorias temáticas: Planejamento familiar – processo de trabalho e formação do enfermeiro e “Mais do mesmo” – atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde em uma unidade com programa de residência multiprofissional em saúde da família.

**Palavras-chaves:** Atenção primária à saúde; Planejamento familiar; Educação sexual; Anticoncepção; Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	9
3.1 OBJETIVO GERAL.....	9
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
4 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA .....	10
4.1 ATENÇÃO PRIMARIA.....	10
4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	11
5 METODOLOGIA.....	14
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	14
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	14
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	14
5.4 ENTREVISTAS.....	14
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	14
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	15
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
8 REFERÊNCIAS.....	24
9 APÊNDICES.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme o caderno de atenção básica de 2013 número 26 intitulado saúde sexual e reprodutiva, os usuários têm assegurados os direitos sexuais e reprodutivos, sendo essa uma prioridade do governo e o planejamento familiar uma responsabilidade do estado. No ano de 1995 o conceito de planejamento familiar e saúde reprodutiva foi ratificado e ampliado definindo-o como

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

É importante ressaltar que nem sempre foi assim e que o planejamento familiar surge com aumento do crescimento populacional, não como um direito, mas como forma de contém-lo. Seguindo o mesmo manual orientador do Ministério da saúde, observa-se uma enorme necessidade de contornar esse crescimento, intensificando assim campanhas políticas que explorassem a contracepção, mesmo em detrimento aqueles que desejassem a concepção (BRASIL, 2013).

Nesse percurso, ocorreram diversos marcos históricos e avanços que trouxeram as políticas atuais de planejamento familiar no Brasil. É difícil abordar a história de políticas de

planejamento familiar sem aproximar-se das políticas de saúde às mulheres, a final nas primeiras décadas do século XX, são essas políticas que emergem como “direitos” às mulheres. Compreendidas e contextualizadas apenas como demandas relativas à gravidez e parto, sendo a maioria dos programas atravessados por uma visão socio-historicamente instituída pelo machismo e pelo patriarcado, colocando a mulher apenas no papel de mãe e de cuidadora do lar e transformando-as muitas vezes na única responsável pela criação e saúde dos filhos (BRASIL, 2004).

Essas são visões do mundo ainda se perpetuam atualmente, porém um ator importante na mudança e melhora dessa circunstância foram os movimentos feministas que tratavam como pautas as desigualdades entre homens e mulheres, entre os principais problemas a sexualidade, reprodução, e principalmente a dificuldade a anticoncepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) Foram esses movimentos que levaram as discussões que assegurassem não apenas o direito a contracepção, mas o de garantir a livre escolha de ter ou não filhos às mulheres (BRASIL, 2004).

Segundo Kanem (2018), muitas situações são resultados da escolha de ter ou não filhos, alterando níveis de fecundidade em todo mundo e estruturação de famílias. Destaca-se ainda a dificuldade mundial na ampliação e no serviço satisfatório para as pessoas e realça alguns pontos causadores como desigualdade de gênero, as barreiras econômicas, a baixa qualidade do emprego, a remuneração e a ausência de creches. A gravidez não planejada acaba sendo consequência da falta de planejamento familiar e do acesso as informações e está frequentemente está ligada a gravidez na adolescência. Sendo assim, é extremamente importante a capacitação dos profissionais, a melhoria da infraestrutura e dos materiais e equipamentos para garantir os direitos às decisões através da correta divulgação dos métodos contraceptivos à população (SILVA, 2019; LEITE, 2022).

Atualmente é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) diversos métodos contraceptivos, todos gratuitos, dentre eles destacam-se o preservativo interno e externo (camisinha), pílula oral, minipílula, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intrauterino (DIU), pílula anticoncepcional de emergência, diafragma e anéis medidores além dos procedimentos cirúrgicos, como a laqueadura e a vasectomia como forma de contracepção definitiva (KANEM,2018; BRASIL, 2022)

Conforme o caderno nº 26 de atenção básica de 2013, saúde sexual e reprodutiva, é uma prioridade da atenção primária garantir amplamente a ofertada de métodos contraceptivos a fim de garantir o respeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Realizar essa tarefa nem

sempre é fácil, visto que o próprio manual orientador aborda as dificuldades inerentes ao cuidado com o indivíduo, família e a coletividade, mas cabe ao profissional desenvolver habilidades que, considerando os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, dentre outros que permeiam os usuários e suas famílias, possa garantir esse direito. (BRASIL, 2013).

Assuntos como sexo e sexualidade podem e ainda são tabus na sociedade. Dentro do contexto familiar isso pode ser difícil, já que viemos de gerações que não tiveram a oportunidade de se descobrirem e se confrontarem diante desse contexto, o que pode ocasionar desconforto ao falar sobre esse assunto com seus filhos e filhas, por exemplo. Desconstruir essa ideia é papel fundamental ao tratar de planejamento familiar. É importante que essa abordagem seja trabalhada com os jovens através de linguagem acessível e clara que qualifique o cuidado, incluindo o grupo familiar, desconstruindo padrões. Compreender a materialidade histórica e as vivências e mudanças da fase e de gerações é fundamental para conseguir acessá-los (CALIANE, 2008; RESTA, 2012).

Durante o processo de formação, o enfermeiro se depara com inúmeras adversidades e se tratando de uma profissão que exige saberes e conhecimentos distintos, é importante que durante essa etapa isso seja explorado de forma impecável. Pensando nisso, a docência exerce um papel importantíssimo nesse contexto e faz-se necessário o aprofundamento pedagógico já que ser dominante em uma área de formação não tem a ver com capacidade de disseminar esses conhecimentos. (GUARESCHI, 2015).

Dentro da estratégia de saúde da família, o profissional de enfermagem é quem está melhor inserido no contexto de educação em saúde e no desenvolvimento de atividades que levem ensinamento aos usuários. Com base nisso, é necessário cuidados na prevenção de gestações indesejadas e não planejadas. O enfermeiro deve ser um facilitador de atividades que explorem o planejamento familiar e evitem complicações psicossociais, abortos, evasões escolares e ingresso precoce no mercado de trabalho decorrentes de uma gestação na adolescência (SANTOS, 2011).

É na atenção primária que vínculos são criados, a fim de estabelecer confiança entre usuários e profissionais. Observar vulnerabilidade e contextos familiares faz parte do trabalho da enfermagem. Como atividades a serem desenvolvidas estão palestras dirigidas, salas de espera e orientações quanto aos métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (SANTOS, 2011).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Essa pesquisa justifica-se pela necessidade de demonstrar a visão dos enfermeiros sobre o serviço de planejamento familiar ofertado na unidade de saúde escola Jeferson Rodrigues de Souza - Santa Emília. Essa temática foi selecionada devido ao alto índice de múltiparas e adolescentes gestantes atendidas nesta unidade, a fim de garantir o acesso da população e elucidar novos profissionais na qualificação dos serviços direcionados ao direito sexual e reprodutivo dos usuários. Através desse trabalho, espera-se a elaboração de metas de intervenção que desempenhem papel significativo na melhora do acolhimento e atendimento da população, garantindo-lhes a equidade, integralidade e universalidade, direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei SUS 8.080 de 19 de setembro de 1990.

O enfermeiro exerce papel significativo na atenção primária, sendo um dos principais trabalhadores da saúde no desenvolvimento de atividades de educação permanente e continuada em saúde, exercendo papel como educador, tanto no território como da equipe que compõe a unidade de saúde. Diante disso é fundamental uma ampla gama de saberes e práticas que fortaleçam o cuidado integral à saúde (GUARESCHI, 2015).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as fragilidades no processo do cuidar em enfermagem no contexto do planejamento e na garantia do acesso ao direito sexual e reprodutivo na perspectiva dos enfermeiros.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar como os enfermeiros realizam sua prática profissional no contexto do planejamento familiar.

Identificar as principais barreiras no acesso ao planejamento familiar na perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família de uma unidade de saúde escola.

## **4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

O direito a saúde no Brasil é evidenciado por vários marcos históricos, que permitiram que se conquistasse o direito a saúde vivido nos dias atuais. Para chegar ao que temos hoje foram necessárias diversas lutas que garantissem o cumprimento desses direitos, mas mais que isso era importante que a população compreendesse quais eram os seus direitos. Marcados pelas dificuldades institucionais um dos principais fatores se dava pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania, ou seja, as pessoas precisavam entender que acesso a saúde é direito, e o processo de formação era difícil e lento quanto a isso. Se colocar atualmente, e imaginar como seria pensar em saúde como processo individual e limitado a pequenos grupos da população, parece impensável, impraticável e desumano (FUNASA, 2017).

Antes de 1988, a saúde era assegurada apenas a trabalhadores que contribuíssem a previdência, sendo responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). A saúde como direito ao trabalhador teria surgido apenas com a finalidade econômica, já que o interesse estaria em não afastar por muito tempo os funcionários das grandes indústrias, garantindo acesso a saúde para que pudessem retornar logo ao ambiente de trabalho. Foi apenas em 1986, através da VIII Conferência Nacional de Saúde, com enorme progresso e participação dos movimentos sanitaristas que foram estabelecidas bases para a posterior criação do SUS (MACHADO, 2019).

O SUS então se institui em 1988 após pressão de diversas categorias profissionais ligados ao movimento sanitarista e participação de diversos setores populares, tendo como princípios doutrinários, a garantia de acesso universal, a integralidade da assistência e a equidade. Direitos garantidos na Constituição Federal e que foram reafirmados através das leis orgânicas da saúde, n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (MATTA, 2007).

O SUS abrange desde as atividades de promoção à saúde perpassando pelas atividades de cuidados, tais como como o controle da pressão arterial, até a procedimentos de alta complexidade como os transplantes de órgãos, e a atenção primária à saúde é definida como a coordenadora do cuidado, tendo como atributos a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação e como atributos derivados a orientação

familiar e comunitária e a competência cultural (BRASIL, 2022).

A APS está pautada como primeiro nível de atenção e é reconhecida mundialmente como um dos pilares no impacto do desenvolvimento da população, fato que é evidenciado em diversos países que utilizam em seus sistemas de saúde os conceitos organizações e teóricos da APS, deste modo, auxiliando em diversos pontos a garantia de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde à população. É justo reforçar que também é apontado fragilidades no processo de trabalho, decorrentes da fragmentação e descontinuidade do cuidado ao indivíduo, família e coletividade (OLIVEIRA, 2013).

Tem como dever cuidar das pessoas e não apenas tratar doenças, seguindo caminho contrário ao modelo biomédico avaliado na historicidade. Atendendo em torno de 80 a 90% das demandas dos cidadãos agindo sobre os determinantes sociais, ambientais e econômicos. Através dela é possível traçar metas que visualizem a realidade em que os indivíduos estão inseridos e desenvolver ações na comunidade com eficiência. É necessária na garantia da equidade e do acesso de indivíduos em situações de maior vulnerabilidade, derrubando quaisquer barreiras que possam prejudicar a universalidade do cuidado com trabalho de forma integrada as demais redes e coordenando os demais níveis de atenção (WHO, 2019).

Baseado nisso, as unidades de estratégia de saúde da família se organizam em modelos de acolhimento e classificação de risco a fim de garantir acesso a população conforme suas demandas. Tem como ponto forte a prevenção, promoção e recuperação de saúde e objetiva um cuidado centrado na família em seu ambiente físico e social, mantendo contato entre indivíduo e paciente, estabelecendo assim vínculos com os usuários. Fazem parte das equipes o médico e o enfermeiro, preferencialmente com especialidade em medicina ou multiprofissional de família e comunidade; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS) (BATISTA, 2023).

O processo de ensino e pós-graduação no formato de residência multiprofissional dentro da atenção primária é algo recente e que demorou a ser incentivado pela esfera federal. Foi só no ano de 2002 que se criaram programas com apoio do governo federal tendo sua promulgação em lei apenas em 2005 com a lei federal 11.129/2005. Mesmo apesar da primeira experiência ter surgido na década de 70, foram quase 30 anos nesse processo (FLOR, 2021).

As RMS ocorrem sob a forma de cursos de especialização com duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva, e são caracterizadas pela educação em serviço para profissionais das áreas de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, física médica, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina

veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva, serviço social e terapia ocupacional (FLOR, 2021).

## **4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR**

A Conferência Internacional sobre a população e desenvolvimento realizado em 1994 trouxe à tona discussões a respeito da mulher e a desigualdade de gênero, estabelecendo acordos assinados por 179 países. Posteriormente tivemos a IV Conferência mundial sobre a mulher que reafirmou esses acordos e teve avanços significativos no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

O contexto misógino inserido num passado não tão distante, traz a saúde das mulheres com único propósito, o reprodutivo. Isso infelizmente ainda é reflexo nos dias atuais, sendo por muitas vezes a maternidade supervalorizada quando comparada a paternidade além de ser carregada de responsabilização, apenas pelo fato do aparato biológico ocorrer em corpos biologicamente femininos. Ressalta-se os avanços na luta pela igualdade de gênero, sendo a autonomia e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos reflexo de intensas lutas sociais e políticas. Assim, a atenção a saúde torna-se uma das ferramentas para uma sociedade justa no que concerne a autonomia dos corpos de pessoas com útero (JUSTINO et al., 2021).

Após a definição de direitos reprodutivos, o direito de ser livre a decidir sobre querer ou não filhos, existe também uma contradição na garantia desses, sendo frequentemente negligenciados frente a gravidezes não desejadas, práticas de abortos clandestinos e altos índices de mortalidade materna. Mulheres negras, com baixo poder social e econômico e adolescente acaba sendo quem mais encontra dificuldade ao acesso (JUSTINO et al., 2021).

Reforçando o ponto anterior, Ventura (2022) aponta que homens e mulheres desconhecem o planejamento reprodutivo, o que leva a problemas sociais e econômicos, além de abortos provocados. Cita-se também um estudo realizado com enfermeiras que evidência a falta de procura pelo serviço por homens, apontando que o público masculino deve ser alvo de mais ações por parte dos profissionais de saúde.

Em janeiro de 1996 foi sancionada a lei nº 9.263, que regulamenta a prática do planejamento familiar, garantindo o direito, seja a concepção ou contracepção, respeitando os desejos do cidadão. Sendo assim cabe ao governo a ampla divulgação desse direito com o objetivo de ampliar o acesso essa atividade da APS. Para isso foram criadas várias parcerias entre os níveis federal, estadual e municipal, que proporcionaram o aumento do acesso e acessibilidade à esse serviço.

Conforme manual orientador do planejamento familiar de 2013, é destacado diversos marcos que tiveram objetivos relacionados ao planejamento familiar, entre eles os oito

objetivos definidos na Conferência do Milênio pela Organização Mundial da Saúde em 2000, o Pacto pela saúde no Brasil em 2006 que incluía a redução da mortalidade infantil e materna, promoção da saúde, fortalecimento da atenção primária, dentre outros. Em 2007 foi criado o programa mais saúde, que tinha como proposta expandir as ações de planejamento familiar. Vale destacar que um dos pontos-chaves não é apenas a garantia de acesso ao planejamento, mas a divulgação de informação e conhecimento aos usuários, sendo necessária a melhoria na abordagem dessa atividade (BRASIL, 2013).

Destaque importante é o início dos primeiros debates a respeito do planejamento familiar como uma “solução” ao que descrevem com “explosão populacional” da década de 50 e 60, passando os métodos contraceptivos então a serem difundidos amplamente pela camada política, não como escolha livre e individual como defendia o movimento feminista, mas de forma a contrariar a liberdade individual, algo que era contrário ao que o movimento feminista acreditava e defendia (BRASIL, 2013).

Hoje o Brasil ocupa média maior que a da América Latina conforme relatório de 2018. Uma das alternativas na busca pela redução de gestações na adolescência é a expansão da estratégia de saúde da família e o programa de saúde na escola (PSE) que tiveram um número de 26,8 mil ações em direitos sexuais e reprodutivos, trabalhando também a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) em pelo menos 3mil municípios, alcançando um número de 1,5 milhão de estudantes no ano de 2019. Hoje é assegurado ao adolescente, a partir dos 12 anos de idade, a procura a unidade de saúde com ou sem os pais ou responsáveis para serem informados sobre cuidados relacionados a saúde, a fim de diminuir dúvidas e anseios, fortalecendo assim sua autoconfiança e conhecimento, os tornando indivíduos capazes de exercerem a sua cidadania (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

Fontes citadas confirmam que a gravidez na adolescência ocorre em maior índice em meninas com menor escolaridade e menor renda, em lugares com menos acesso aos serviços de públicos e conseqüentemente aos serviços de saúde e onde há maior vulnerabilidade social. Uma estimativa de que 66% das gestações na adolescência não são planejadas e que 75 % de mães nessa faixa de idade não estavam na escola, o que como consequência gera problemas sociais e econômicos. Estão entre as com maiores taxas de mortalidade infantil entre mais jovens, alcançando um total de 15,3 óbitos a cada mil nascidos vivos em decorrência da imaturidade biológica e fatores socioeconômicos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE PESQUISA**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, com análise de dados primários, realizada através de entrevistas com enfermeiros de uma unidade de saúde da família.

### **5.2 LOCAL DA PESQUISA**

O estudo foi realizado em uma unidade escola de saúde da família localizada na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A unidade Jeferson Rodrigues de Souza conta com três equipes de saúde da família, cobrindo área de abrangência com média de 10 mil habitantes, com programa de residência multidisciplinar e médica desde a sua inauguração em agosto de 2022 e pertencente ao programa saúde na hora. O território conta com uma população mista, com áreas de vulnerabilidade e outras com uma população com maior poder aquisitivo.

### **5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros da estratégia de saúde da família (ESF) da unidade Jeferson Rodrigues de Souza, composto por residentes e não residentes. Foram incluídos no estudo quatro dos seis enfermeiros que trabalham na unidade, excluídos os que não estavam trabalhando no período em que ocorreu a entrevista e o pesquisador.

### **5.4 ENTREVISTAS**

Os dados foram coletados de entrevistas gravadas em horários que não atrapalhassem o funcionamento da unidade, com roteiro de perguntas semiestruturado baseado na literatura. Esses dados foram posteriormente analisados e separados por categorias temáticas.

### **5.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Conforme Minayo (2012), para realizar uma análise qualitativa deve-se compreender e internalizar os termos que irão fundamentar a pesquisa, isso deve ocorrer desde a concepção do estudo até a publicação de seus resultados. Este estudo aporta-se nos princípios da pesquisa qualitativa.

Na presente pesquisa, a análise dos dados deu-se de forma temática, que conforme Souza (2019) é organizada em 6 etapas. A primeira etapa é definida como a familiarização com dados na qual é feita inspeção dos dados, análise e transcrição. Na etapa dois são realizadas a geração de códigos, reunindo aspectos de interesse dos dados, separando assuntos de relevância. Na terceira etapa busca-se reunir esses assuntos a fim de gerar temas potenciais, unindo os dados. Na quarta etapa, os temas são revisados para uma compreensão ampliada dos dados e as

respectivas categorias que emergiriam. Na quinta etapa são definidas cada tema, refinando-os e trazendo a história por trás da análise dos dados. Na sexta e última etapa, é produzido o relatório com os dados e as análises que emergiram na pesquisa com uma discussão ampliada com a literatura e as condições de produção dos dados.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado como dispositivo durante as entrevistas, presente no apêndice A.

## **5.6 CONSIDERAÇÕES ETICAS**

Esta pesquisa seguiu todos os parâmetros éticos, baseando-se na resolução 466/2012. Sendo autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS e pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Brasília). Protocolado conforme número de certificado de apreciação ética 73849523.9.0000.8027 e parecer de aprovação nº 6.325.028 seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

Os participantes foram devidamente orientados quanto ao objetivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados, sendo informados a respeito do tempo para sua possível retirada do quadro dos entrevistados. O consentimento para participação da pesquisa se deu de maneira escrita conforme termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Buscou-se encontrar nos relatos dos enfermeiros, fragilidades na realização do planejamento familiar, destacando pontos de interesse da atenção primária a saúde que possam melhorar. A fim de garantir o direito não apenas ao planejamento familiar, mas a informação e conhecimento dos usuários, incluindo-os como principais integrantes do seu cuidado. Espera-se que os usuários tenham informação a respeito dos métodos que utilizam e que os profissionais detenham de habilidades que contornem os desafios e barreiras encontradas no dia a dia.

A pesquisa aconteceu em dois dias diferentes com 4 dos 6 enfermeiros da unidade e tiveram duração média de 30 minutos. Durante as transcrições, foram utilizados códigos para substituir o nome dos participantes da pesquisa a fim de garantir o sigilo as informações. Utilizou-se a letra P seguida de um numeral arábico para designar a ordem da realização da entrevista.

Das quatro participantes entrevistadas, todas se identificaram pelo gênero feminino, cisgênero. Duas cursavam a residência em saúde da família e a idade média foi de 32,2 anos. Considerando o tempo de formação, houve uma disparidade, as residentes estavam entre as com menor tempo de formação, média de um ano e meio, enquanto as demais enfermeiras foi de 17,5 anos. Três se formaram em universidades públicas. Uma das entrevistadas apresentava mestrado em saúde da família e uma possui pós-graduação lato sensu, porém não relacionada a saúde pública. Com relação ao tempo de atuação na unidade, apenas duas possuíam mais de um ano, estando elas envolvidas no território desde sua inauguração há um ano e meio.

Com a análise dos dados emergiram duas categorias temáticas: Planejamento familiar – processo de formação do enfermeiro e “Mais do mesmo” – atuação do enfermeiro na APS em uma unidade com programa de residência multiprofissional em saúde da família. Duas categorias importantes e que demonstram características do ponto de vista de formação e atuação desses profissionais.

### **PLANEJAMENTO FAMILIAR – PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Ao discursarmos sobre processo de trabalho da categoria, faz-se necessário abordarmos assuntos como processo de formação desses profissionais, algo bastante abordado nas entrevistas, surgindo então essa categoria. Nas entrevistas, foi perceptível que durante o processo de formação das entrevistadas, não havia matéria focada em planejamento familiar e esse tema foi incluído em outras disciplinas. Abordadas separadamente quanto ao público feminino e masculino dando foco principalmente na mulher em 100% dos relatos. Nesse trecho:

*“A gente viu muito essa questão. Como a minha formação foi PBL, a gente via as coisas em*

*blocos né? Então tinha saúde da mulher, saúde do homem e a gente acabou vendo essas questões separadamente.” (P1) e “A gente tava só inserido em saúde da mulher, então assim, a parte do homem, ficou assim meio que a desejar.” (P4) Outro trecho citado pela entrevistada diz respeito a falta de opções contraceptivos aos homens, a qual é atribuída essa base na saúde da mulher, observada em: “o foco sempre é mais no da mulher. Até por que a meu ver, parece ter muito mais opções para mulher do que para o homem.” (P1).*

Essa abordagem que segue um padrão dentro de temas como saúde da mulher ou em disciplinas correlacionadas as temáticas da saúde da mulher, corroboram com o citado por Justino e seus colaboradores (2021) em que esse processo é observado atualmente com fortes características históricas que sempre buscaram responsabilizar mulheres e enalteceram o processo gestacional. (JUSTINO *et al*, 2021) Como na fala “*Tá tudo condicionado a ser responsabilidade da mulher, dela cuidar do planejamento reprodutivo e tá muito inserido nisso, por que a gente vê nas consultas sempre a mulher buscando a laqueadura, a mulher buscando o método contraceptivo escondido do marido*”. (P4)

Mesmo após mais de 60 anos da criação da pílula feminina e com mais de 20 métodos contraceptivos catalogados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas dois métodos são destinados a homens e eles incluem o preservativo e a vasectomia. Conforme Ferriani os desenvolvimentos de métodos contraceptivos masculinos trabalham com a redução da mobilidade do espermatozoide, mas que ainda exige tempo de estudo. É muito claro que o machismo estrutural está ligado a essas questões como a despreocupação masculina já que a gestação estaria ligada aos corpos femininos. Aproximadamente 5,5 milhões de brasileiros não tem registro paterno na certidão de nascimento e quase 12 milhões são formadas por famílias constituídas de mães solo (ARAGAKI, 2019; FERRIANI, 2022)

Em uma busca simples de descritores no portal da BVS encontramos claramente uma diferenciação, com métodos contraceptivos femininos tendo achados três vezes maiores do que métodos contraceptivos masculinos. É de se esperar que com avanço econômico e tecnológico haveria mais discussões e pesquisas a respeito de contracepção masculina. Essa menor opção a respeito dos métodos masculinos foi citada por Campos, Alessio e Barros (2022) como uma questão claramente de gênero, uma vez atribuída a mulher a responsabilidade reprodutiva, significativamente nos casos de gestações indesejadas. Ainda conforme os autores toda a logística de hospitais, laboratórios e indústrias farmacêuticas, corroboram para que esses estudos se tornem sobre a mulher, alimentando ainda mais a lentidão no processo de contracepção masculina (CAMPOS; ALESSIO; BARROS, 2022). Ressalta-se que há também uma associação as questões financeiras que dificultam a exploração de métodos masculinos e a

baixa expectativa de procura por homens (PEREIRA, 2019).

Essa cultura patriarcal ainda é muito forte, uma vez que foi unanimidade entre as participantes o foco em planejamento familiar na graduação em disciplinas de saúde da mulher. Durante a busca na literatura foi difícil encontrar pesquisas que abordassem o processo de formação do enfermeiro especificamente dentro de saúde reprodutiva e familiar. Conforme uma das participantes do estudo na avaliação do seu processo de graduação: *“Eu achei uma coisa bem rápida e bem carente por que passa a visão pra gente de que a mulher só engravida ou só pega câncer, enfim, é uma coisa bem carente na faculdade, eu achei pelo menos.”* (P2).

A dificuldade em trabalhar esse assunto é observada desde o processo de formação das graduações de saúde e educação, que não capacitam profissionais para o desenvolvimento de suas atividades, evitando a elaboração de ações que alcance esses indivíduos de forma ampla e complexa que o tema exige (CALIANI, 2008).

Um destaque, de outra participante com maior tempo de formação, foi das mudanças observadas durante seus anos de trabalho com relação a autonomia que o profissional de enfermagem adquiriu ao longo desses anos *“mudou bastante, muito autonomia do enfermeiro, que antes a gente não tinha, de poder prescrever, de poder acompanhar, isso era mais do médico naquela época.”* (P3).

Essa mudança é um importante avanço na garantia do acesso aos usuários, validando o exercício profissional da enfermagem conforme publicado, apesar do atraso e dos impactos desse na atividade desses profissionais. *“Resolução nº 690/2022, que normatiza a atuação do enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.”* Garantindo o direito a prescrição, administração e procedimentos dentro das consultas de enfermagem (COFEN, 2022).

## **“MAIS DO MESMO” – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APS EM UMA UNIDADE COM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Essa categoria surge da necessidade de entender o processo de trabalho do profissional do enfermeiro dentro da atenção primária. Uma importante colocação de uma das entrevistadas fala a respeito do conhecimento prévio dos usuários do SUS quando tratamos de planejamento familiar:

*A maioria das mulheres e homens também, tem pouca informação sobre essa questão, eles têm conhecimento daquilo das pessoas que eles conhecem, tanto que na parte masculina ali, a questão da vasectomia, muitos homens só fazem*

*a partir do momento que os amigos fizeram e eles viram que deu tudo certo... (P1).*

Baseado em uma das principais áreas de atuação da enfermagem a respeito da educação em saúde, ter uma população que desconhece informações a esse respeito diz muito sobre a necessidade de revisão do processo de captação desses usuários e divulgação dessas informações (SANTOS, 2011).

Uma ênfase a ser feita, diz respeito ao processo de formação. Se tratando de uma unidade com programa de residência médica e multiprofissional, esperava-se pontos de destaque nas atividades exercidas pelos residentes, no entanto pode-se observar nas dificuldades citadas como um roteiro que não alcança temas tão complexos como planejamento familiar, muitas vezes pouco explorados ou de maneira simples e *“com roteiro pobre” (P4) ou “Eu acho que é mais do mesmo e é mais focado na Laqueadura e Vasectomia do que realmente planejar a vida sexual da pessoa.” (P4).*

Durante as entrevistas foi possível nota dificuldade na captação de homens para esse atendimento, como em *“Eu percebo que aqui na residência é bem diferente da graduação, a gente acaba focando um pouco mais na saúde da mulher naturalmente por que são as mulheres que frequentam mais, só que quando vem o homem a gente tenta direcionar...” (P1).* Devido a historicidade e o controle de natalidade ser atribuída até hoje a responsabilidade única e exclusiva da mulher, isso nunca foi uma preocupação masculina. Haja vista uma forte cultura do patriarcado que não rompe com esses padrões, acaba por fortalecer essa falta de procura por homens do que mulheres (CAMPOS, 2021).

Quando assunto foi gestações na adolescência houve reconhecimento por parte dos participantes quanto ao número elevado e as dificuldades na prevenção: *“Tenho visto bastante gravidez na adolescência né, principalmente na minha equipe, equipe que eu faço parte ne... Isso teria sido prevenido né, se ela tivesse feito um planejamento familiar.” (P1).* Um dos pontos apontados como fragilidades e possíveis falhas para impedir esse processo é o papel da unidade nos programas de saúde na escola (PSE), o próprio papel de educação das escolas e a início tardio desse tema com adolescentes e jovens.

*Não só o nosso papel na escola né, porque isso tem acontecido muito na adolescência ne...mas também o papel da escola, é muito importante, de ensinar essa questão sexual e reprodutiva desde cedo ne, não só quando iniciou a puberdade, já da pra ensinar isso antes.” (P1).*

O número baixo do uso de contraceptivos ou seu uso de maneira incorreta predispõe a gestações não planejadas e faz se necessário a busca ativa e acompanhamentos desses usuários

e não somente a oferta desses serviços (SILVA, 2019).

A respeito dos pré-natais realizados na unidade houve um consenso de que a grande maioria não teve um planejamento, “99% é não planejado, são pouquíssimos os que são planejados.” (P1) e “90% não planejado” (P3). Quando questionado se essas usuárias estariam utilizando métodos “utilizavam, mas não de forma regular” (P3). Uma pesquisa realizada no ano de 2020 em oito hospitais nacionais apontou que das 1.120 puérperas avaliadas, excluídas menores de idade e que tiveram seus partos com mais de 36 semanas, cerca de 67,5% destas gestações não foram programadas (NILSON, 2023).

Quando questionadas sobre quem são os usuários que procuram esse atendimento “Mulher, mas a mulher já mãe já, por que as adolescentes raramente procuram... Adolescentes só aparecem pra fazer o teste de gravidez, confirmar que não ta grávida e pedir um método.” (P4) ou “Adolescente não procura muito, adolescente procura mais pra tomar comprimido” “A busca ativa a gente trabalha muito com PSE, tem esse programa que a gente fala sobre isso” (P3). Apesar do trabalho exercido através do programa saúde na escola, há fragilidade na procura desses jovens a unidade de saúde. As experiências dos jovens contam mais com o que é vivido do que com saber técnico-científico, sem oportunidade de ressignificação e suporte da atenção a saúde. Existe ainda a ineficiência dos serviços de saúde quanto a sexualidade e questões de gênero quando da perspectiva dos jovens que encontram barreiras no diálogo e acabam se deparando com informações que não ultrapassam as barreiras biológicas (RESTA, 2012).

Houve divergência entre os participantes quanto ao tempo médio da consulta de enfermagem, alguns descreveram um atendimento de “40 a 60 minutos” (P3) para abordagem de planejamento familiar enquanto outros disseram que “25 minutos” (P1) eram suficientes para abordagem desses assuntos e houve também participante que considera alguns critérios para essa avaliação “tem paciente que eles são bem vulneráveis, que eles tem uma compreensão bem pequena das coisas né... então tem pacientes que você tem que ir com mais calma...utilizar desenhos, vídeos” (P1) Consequente a isso está o impacto do alto fluxo da unidade “bastante demanda, é um fluxo grande de pacientes que procuram a unidade, a gente sempre atende o máximo de consultas por dia, todas as vagas são ocupadas, é difícil o dia que tem vaga sobrando” (P3).

Quanto ao tempo de espera para garantia desse acesso houve algumas divergências citadas a depender do tipo de método procurado. Como métodos definitivos que não dependem apenas nível de atenção primária, eles tiveram tempo de “um a dois anos” (P4) e “para mulher estava tendo uma média de dois anos de espera... A vasectomia é menos tempo, de seis meses

a um ano” (P3). Outra participante comentou *“teve uma só mulher nesse tempo que eu to na residência né... que veio aqui e falou que conseguiu a laqueadura né, que fez o procedimento e deu tudo certo... Não sei o que acontece, não sei se elas faltam, se desistem, ou se por ser um procedimento muito burocrático né, facilita a desistência, demora, enfim.”* (P1). Esse tempo longo de espera foi apontado por mais de uma entrevistada como dificultador nesse processo *“Implica bastante ne”* (P4). *“As vezes é uma mulher que já tem três, quatro filhos e está há um ano esperando laqueadura”* (P3). Durante a espera por esse procedimento, todos entrevistados disseram serem ofertados outros métodos aos pacientes e caso esse paciente perca consulta é reinserido em todo processo *“tem que reagendar, ele entra no sistema de novo, todo processo novamente”* (P3). Tudo isso acaba por ocasionar altas taxas de absenteísmo, o que exerce grande impacto na estrutura dos serviços ambulatoriais. (FARIAS, 2019).

A respeito de outros métodos foi descrito a possibilidade agendamento para procedimentos como DIU, que levariam em torno de sete dias, ou outros dispositivos sendo resolvidos diretamente no acolhimento como diferencial desta unidade, mas também apontado como possível fragilidade *“O adolescente por exemplo, chega pra falar “ai quero métodos contraceptivos”, geralmente não entra dentro da consulta de planejamento familiar, é uma coisa que já é resolvida ali.”* e *“geralmente ela só vem atrás de um método anticoncepcional e pronto, mas quando vem pra um planejamento familiar, geralmente é pra laqueadura e vasectomia”* (P4), mas como dificuldade a baixa divulgação desses métodos. A divulgação desses métodos é tão importante quanto a disponibilidade afim de garantir o acesso a informação e assistência, tornando o indivíduo autônomo e livre para escolha. *“Ao meu ver, quem busca planejamento familiar, infelizmente já é aquelas pessoas que já tem muitos filhos...são poucos os que fazem esse planejamento no início ali”* (P1) (ALMEIDA, 2010)

Percebe-se uma dificuldade dos usuários e profissionais em entender planejamento familiar não apenas como os métodos definitivos e sim todo o trabalho em concepção e contracepção. *“Eles não consideram a pílula e a injeção como planejamento familiar, isso é engraçado, quando eles vêm “eu quero planejamento familiar” eles já consideram o planejamento familiar o método definitivo”* (P3) e um dos motivos apontados está na falta de divulgação pelos profissionais *“Não orienta o paciente que aquilo que ele está fazendo de prescrever o anticoncepcional mensal é um planejamento familiar”* (P3). A dificuldade no acompanhamento desses usuários, algumas deficiências dos programas em alcançar essa orientação e a formação dos profissionais de saúde são apontados como alguns dos motivos. (ALMEIDA, 2010; SILVA, 2019).

O desafio da sexualidade é citado por mais de um participante que vê dificuldades na

avaliação e alcance dessa população LGBTQIA+ *“São poucos o público que vem LGBTQIA+ aqui pra mim...ela tem muito medo de vir a unidade, até pelo estigma, estigma da sociedade, se expor ali no acolhimento” (P1)*. Quando questionada sobre atividades realizadas na unidade que busquem quebrar esse estigma *“não, não tem” (P3)*, no entanto foi citada a elaboração de folders que facilitassem esse acesso *“até por que muitas pessoas, homens trans, eles não sabem que eles tem direito de usar um DIU, por exemplo...muitos homens trans não são necessariamente heterossexuais, então tem relacionamento com homens cis e que precisam desse método contraceptivo e que não sabem que tem esse direito na unidade, então isso não é divulgado” (P1)*. Apesar do preconceito muitas vezes ser visto de maneira clara e objetiva, algumas vezes está submerso em situações subjetivas e que podem passar despercebidas. Isso acaba criando barreiras de acesso consciente ou inconscientemente. Uma das principais dificuldades destacadas está no acolhimento, o que frequentemente causa afastamento. Respeitar os indivíduos como sujeitos com direitos, desejos e possibilidades é uma das melhores maneiras para se alcançar um planejamento familiar eficaz. Isso destaca a emergência na organização enquanto rede, com objetivo de promover a integralidade e diminuir iniquidades (FERREIRA, 2018).

Quando colocados em parâmetros as duas categorias é possível avaliar que há dificuldades encaradas por esses profissionais no dia a dia e que muitas delas decorrem do processo de formação e de características da cultura patriarcal muitas vezes já presentes neste processo e que reforçam inconscientemente características históricas marcantes, o que gera fragilidades no processo de trabalho.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisarmos as entrevistas, ficam evidentes as dificuldades decorrentes do processo de formação desses profissionais, incluindo a quebra de paradigmas históricos perpetuados da cultura do patriarcado, ponto que é evidenciado pela responsabilização da mulher quanto ao planejamento familiar. Homens dificilmente estão preocupados com essas questões e são os que menos frequentam as redes de saúde a procura do planejamento familiar. Fica claro ainda a dificuldade dos profissionais enfermeiros de encontrarem formas para desvincular essa responsabilização das mulheres e incluírem os homens nesse cuidado, levando-os muitas vezes a considerarem a sobrecarga do trabalho como um dificultador levando o focando somente nas mulheres.

Outro grupo de difícil acesso são os adolescentes e como ponto central dessa dificuldade está a linguagem e o acesso que não é garantido através dos programas de saúde na escola, apesar de ser uma importante ferramenta de acesso aos serviços de saúde pelos usuários em idade escolar. Como consequência disso observa-se um público cada vez maior de adolescentes grávidas que não planejaram a gravidez e que mesmo utilizando métodos contraceptivos não utilizavam da maneira correta.

O sexo e a sexualidade são tabus na nossa sociedade também é um dificultador, mas sendo o enfermeiro um dos principais gestores do cuidado esperava-se a elaboração de atividades que visem quebrar esses padrões e possam abranger as diversas sexualidades de maneira mais eficaz e que permita a qualificação do acesso e acessibilidade do cuidado.

Destarte disso, faz necessário melhorar o processo de formação dos enfermeiros e profissionais de saúde tratando de forma ampliada a temática do planejamento familiar. A elaboração e divulgação de atividades que contemplem esses cuidados e que diminuam o preconceito e o estigma ao trabalharmos a sexualidade e o corpo humano, deste modo possibilitando ações que exercem papel fundamental dentro de atenção primária à saúde.

## 8. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA A.P.F, ASSIS M. M. **Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais.** Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde [internet] 2017 Jan/Jun [acesso em 2022 Dez 13] ;5(5): 85-93.

ARAGAK, C. **O abandono afetivo paterno além das estatísticas.** Instituto de psicologia-USP, 2019. Disponível em: <https://www.ip.usp.br/site/noticia/o-abandono-afetivo-paterno-alem-das-estatisticas/>. Acesso em: dezembro de 2023.

BATISTA, C.L.F; FERNANDES, L.H; *et al.* **Atributos da atenção primária à saúde: a teoria e a prática em uma unidade de saúde da família na perspectiva de acadêmicos de medicina.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v.27, n.2, p.829-842, 2023.

BOTELHO, V. **Machismo dificulta desenvolvimento de novos métodos contraceptivos masculinos.** Jornal da USP no Ar. Ribeirão Preto, fev. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/machismo-resiste-e-dificulta-desenvolvimento-de-novos-metodos-contraceptivos-masculinos/>. Acesso em: dezembro de 2023.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Governo Federal realiza segunda edição da Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Jan, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11117>. Acesso em: dezembro de 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Principais ações em saúde para prevenção da gravidez na adolescência.** Fev, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7196>. Acesso em: dezembro de 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório para Sociedade: informações sobre recomendações de incorporações de medicamentos e outras tecnologias no SUS**, nº 326, abril, 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de saúde (FUNASA). **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** Disponível em <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 12 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS**  
BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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.**

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em 12 maio. 2023.

CALIANI, M.F.C.J; OTANI, M.A.P. **Ações educativas com adolescentes: uma intervenção necessária.** Reme – Rev. Min. Enferm.;12(2): 195-200, abr./jun., 2008.

CAMPOS, C.M.L; ALESSIO, R.L.S; BARROS, S.M.M. **"Uma pílula difícil de engolir?" Representações sociais do anticoncepcional masculino no Facebook.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32(3), e320314, 2022.

CAMPOS, C.M.L; ALÉSSIO, R.L.S; BARROS, S.M.M. **"Uma pílula difícil de engolir?" Representações sociais do anticoncepcional masculino no Facebook.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32(3), e320314, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320314>

COFEN, resolução COFEN n.690/2022: **Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/> Acessado em: novembro de 2023.

FARIAS, C.M.L; LIGIA GIOVANELLA, L; OLIVEIRA, A.E; NETO, E.T. **Tempo de espera e absentéismo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 190-204, DEZ 2019.

FERREIRA, B.O; PEDROSA, J.I.S; NASCIMENTO, E.F. **DIVERSIDADE DE GÊNERO E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 31(1): 1-10, jan./mar., 2018.

FLOR, T.B.M; CIRILO, E.T. LIMA, R.R.T; SETTE-DE-SOUZA, P.H; NORO, L.R.A. **Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 27(3):921-936, 202.

GUARESCHI, A.P.D.F. **Avaliação da formação das práticas pedagógicas do docente de enfermagem.** Ana Paula Dias França Guareschi. São Paulo, 2015. 155p. Tese de (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

JUSTINO GBS, STOFEL NS, GERVASIO MG, TEIXEIRA IMC, SALIM NR. **Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu). 2021; 25.

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 2022 Dez 13]. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 11 abril 2023.

LEITE PL, TORRES FAF, PEREIRA LM, BEZERRA AM, MACHADO LDS, SILVA MRF. **Construction and validation of podcast for teen sexual and reproductive health education.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3705.

MACHADO, R. **Antes do sus.** Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>. Acesso em: 11 maio. 2023.

MATTA, G.C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do

agente comunitário de saúde, 3).

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012

NILSON TV, AMATO AA, RESENDE CN, PRIMO WQSP, NOMURA RMY, COSTA ML, *et al.* **Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários**. *Rev Saude Publica*. 2023;57:35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64.

OMS, **ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A SAÚDE UNIVERSAL**. 57° CONSELHO DIRETOR 71° SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2019.

PEREIRA, G.M.C; AZIZE, R.L. **“O problema é a enorme produção de espermatozoides”: concepções de corpo no campo da contracepção masculina’**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.2, p.147-159, 2019.

**Práticas educativas nas ações de planejamento reprodutivo**. *Saud Pesq*, 2021 out./dez.; 14(4):827-838 - e-ISSN 2176-9206Saúde e Pesquisa.

RESTA, D.G. **“Em relação ao sexo tudo é curioso”**: um modo de pensar assexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde/ Darielli Gindri Resta, 2012. 158f. Tese de (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

SANCHES, M.A; CASAGRANDE, C.H.V; MAESTRELLI, G; CORRADI-PERINI, C. **INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**. *Perspectivas em Diálogo, Naviraí*, v. 7, n. 14, p. 233-247, jan./jun. 2020.

SANTOS, J.G.S. **Papel dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família nas atividades**

**de prevenção da gravidez na adolescência.** Universidade Federal de Minas Gerais- UFGM. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2011.

SILVA, M.J.P et al. **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E SUAS DESCONTINUIDADES.** Reme: Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 23, e-1220, 2019. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141527622019000100264&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141527622019000100264&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 jan. 2024. Epub 20-Dez-2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190068>.

SILVA, Marielle Jeani Prasniewski da et al. **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E SUAS DESCONTINUIDADES.** Reme: Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 23, e-1220, 2019. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141527622019000100264&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141527622019000100264&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 jan. 2024. Epub 20-Dez-2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190068>.

SOUZA, L.K. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 71 (2): 51-67, 2019.

TEODORO, L. P. P., MORAIS V. M. C. C., FILHO J. A. S., TORRES G. M. C., FIGUEIREDO I. D. T., CÂNDIDO J. A. B., PINTO A. G. A. **Só engravida quem quer? UMA PRIORIDADE DO GOVERNO.** Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos -Caderno nº 1. 2005. 24 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1) Brasília.

VENTURA, H.N; SANTOS, C.L.J; ET AL. **O papel do enfermeiro no programa de planejamento reprodutivo: uma revisão integrativa.** Rev Enferm Atual In Derme v. 96, n. 40, 2022.

## 9. APÊNDICES

### APENDICE A – QUESTIONARIO AOS PROFISSIONAIS:

1. Qual fluxo de pacientes em busca do planejamento familiar? Geralmente esses pacientes são homens ou mulheres?
2. Quais os principais métodos procurados pelos usuários?
3. Você acredita que todos os usuários ou a maioria deles tem acesso as informações a respeito dos métodos contraceptivos?
4. Caso a resposta anterior tenha sido não, quais formas você utiliza para contornar essa realidade, caso tenha sim, existem pontos para melhorar? Quais?
5. Quando tratamos de concepção, existe procura e divulgação?

### APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
SESAU- CAMPO GRANDE- MS/FIOCRUZ**



**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Prezado (a) senhor (a).

Venho através deste termo convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulado de **“Planejamento familiar, aspectos que afetam o acesso na visão do profissional e usuário do SUS”**, essa pesquisa será realizada pelo enfermeiro Felipe Diniz de Mattos, residente no programa de residência multiprofissional em saúde da família SESAU- Campo Grande- MS/FIOCRUZ. Tem como principal objetivo identificar as barreiras de acesso no contraste entre profissional e usuário, gerando panorama comparativo referente ao planejamento familiar na atenção primária a saúde contando com entrevistas com usuários e profissionais da saúde na Unidade de Saúde da Família- Jeferson Rodrigues de Souza em consultório reservado, onde estarão presentes apenas o entrevistador e o entrevistado, de acordo com a disponibilidade da agenda da unidade. Para a realização desse estudo a sua participação é voluntária e de extrema importância. O fruto dessa pesquisa demonstrará o panorama entre os profissionais e usuários expondo fragilidades e potencialidades na assistência ao

planejamento familiar. As entrevistas têm um tempo previsto de 30 a 60 minutos, com questionário de cinco perguntas descritivas. Os riscos provenientes da sua participação são de ordem psicoemocional em decorrência do possível desconforto frente as perguntas elaboradas. É imprescindível que o (a) senhor(a) tenha ciência que em qualquer momento da entrevista ou fase da pesquisa estará livre para interrompê-la, mesmo após assinatura deste termo sem nenhum prejuízo a sua pessoa e contará com apoio do serviço de atendimento da unidade e acompanhamentos subsequentes necessários. O (a) senhor (a) não irá dispor de nenhuma despesa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, mantendo em sigilo. Os dados provenientes da pesquisa, serão armazenados em arquivo digital resguardando os dados e a responsabilização deles por período equivalente a cinco anos após término e apresentação de pesquisa. Sendo assim, espera-se que essa pesquisa se torne fonte de melhoria e qualificação do atendimento, garantindo acesso aos direitos sexuais e reprodutivos presentes e protegidos pela Constituição Federal de 1988. Para mais informações o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Boanerges Lopes nº 1392, Jardim Santa Emília, Campo Grande - MS, CEP: 79093-620, telefone: (67) 2020-1550, Email: [felipediniz1505@gmail.com](mailto:felipediniz1505@gmail.com) ou poderá entrar em contato com o comitê de ética da FIOCRUZ, localizado na rua L3 Norte, s/n, Campos Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília - DF, CEP: 70904-130, telefone (61) 3329-4500.

#### Consentimento pós informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o tema, intenções, etapas da pesquisa e o porquê da minha colaboração, e entendi a explicação. Sendo assim, eu concordo em fazer parte do estudo, sabendo que não irei receber nenhum valor e posso sair em qualquer momento do processo. Esse documento será emitido em duas vias sendo ambas assinadas e disponibilizadas uma para cada um de nós.

Campo Grande, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do entrevistado

---

Pesquisador

Enfermeiro Residente Felipe Diniz de Mattos