



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

Luciana Cristina dos Santos Maus

**ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO:
CONSTRUÇÃO DE PROPOSTAS EM CONJUNTO COM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Florianópolis/SC
2016**

Luciana Cristina dos Santos Maus

**ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO:
CONSTRUÇÃO DE PROPOSTAS EM CONJUNTO COM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Evanguelia Kotzias
Atherino dos Santos

**Florianópolis/SC
2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maus, Luciana Cristina dos Santos.

M447a Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com Equipes de Saúde da Família /, Luciana Cristina dos Santos Maus; Orientadora, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos. - Florianópolis, SC, 2016.
222p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Anticoncepção. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Pesquisa Convergente Assistencial. 5. Apoio Paideia. I. Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

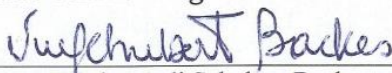
LUCIANA CRISTINA DOS SANTOS MAUS

**ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO: CONSTRUÇÃO DE
PROPOSTAS EM CONJUNTO COM EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

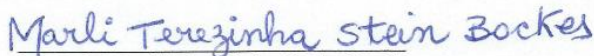


Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



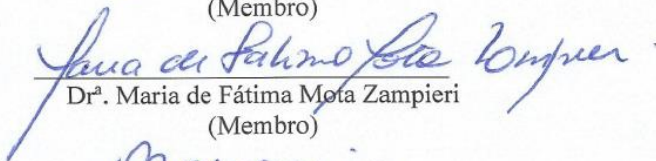
Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



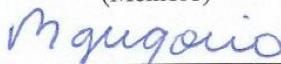
Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes
(Membro)



Dr^a. Mercedes Trentini
(Membro)



Dr^a. Maria de Fátima Mota Zampieri
(Membro)



Dr^a. Vitória Regina Petters Gregório
(Membro)

*Aos meus filhos Isaque, Lorena e Caetano e
ao meu companheiro Mateus.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos — sinônimo de elegância. Agradeço-lhe pela confiança e oportunidade de ser sua orientanda, bem como pela paciência e dedicação diante de minhas limitações.

Aos membros da banca de qualificação: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª. Dr^ª. Mercedes Trentini, Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Motta Zampieri, Prof^ª. Dr^ª. Vitória Regina Petters Gregório e à doutoranda Simone Pedrosa Lima por suas valiosas contribuições para construção desta pesquisa.

Aos membros da banca de sustentação: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª. Dr^ª. Marli Terezinha Stein Backes, Prof^ª. Dr^ª. Mercedes Trentini, Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Motta Zampieri, Prof^ª. Dr^ª. Vitória Regina Petters Gregório, Prof^ª. Dr^ª. Olga Regina Zigelli Garcia e à doutoranda Márcia Borck por contribuírem e por compartilharem seus saberes, de modo a tornar este trabalho mais completo.

À bibliotecária Maria Gorete Monteguti Savi pelas relevantes contribuições na realização da revisão integrativa de literatura deste estudo.

Às colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém- Nascido (GRUPESMUR) pelos momentos de troca e aprendizado.

Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Itacorubi pelo apoio e incentivo.

Aos 62 integrantes das equipes de Saúde da Família que participaram desta pesquisa, entre agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos, que me acolheram em meio às inúmeras demandas de sua rotina de trabalho e que tiveram a competência de vislumbrar possibilidades para a efetivação e o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção no contexto da Atenção Primária à Saúde.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

“Mais glorioso não é quem vence em batalha milhares de homens, mas quem a si mesmo vence, este é o maior entre os conquistadores”.

(Buda).

MAUS, Luciana Cristina dos Santos. **Atenção em anticoncepção:** construção de propostas em conjunto com equipes de Saúde da Família. 2016. 222f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, de natureza qualitativa, desenvolvida no cenário da Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis, Brasil. Teve-se como objetivo geral construir ações de saúde em conjunto com equipes de Saúde da Família para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. O referencial teórico que sustentou este estudo teve por base os marcos legais e políticos (nacionais e internacionais) voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Realizou-se coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas e de grupos de convergência (entre junho e outubro de 2015). Participaram do estudo 62 integrantes de equipes de Saúde da Família. Com apoio do *software* webQDA (*Software* de Apoio à Análise Qualitativa), os dados foram organizados e codificados e, para a sua análise, seguiram-se os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. A dissertação contempla dois manuscritos. O Manuscrito 1 constitui-se numa revisão integrativa de literatura que pretendeu identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. A busca dos artigos deu-se nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), PubMed/MEDLINE (*National Library of Medicine and National Institutes of Health/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), com inclusão de 16 estudos. Os resultados desta revisão indicam que a Atenção Primária à Saúde é o lócus fundamental para que a atenção em anticoncepção aconteça de maneira efetiva. E, o Manuscrito 2, resultante da pesquisa de campo, cujo

propósito fora desenvolver práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de equipes de Saúde da Família, à luz do Apoio Paideia, a fim de validar as ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, indica, pela perspectiva das equipes de Saúde da Família, que o acesso dos usuários aos serviços e às ações em parceria com as escolas são os fatores com maior potencial para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. Aliado a isso, evidencia-se o perfil de vulnerabilidade dos usuários que demandam atenção em anticoncepção, em especial, os adolescentes. Por fim, para o enfrentamento das implicações da falta (ou das inadequações) da atenção em anticoncepção, como o desinteresse e o entendimento inadequado dos usuários, o déficit na formação das equipes e a falta de apoio do nível central, as equipes de Saúde da Família, que atuam através dos preceitos da Atenção Primária à Saúde, demonstram ter capacidade para desenvolver ações de saúde que garantam os direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Anticoncepção. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Pesquisa Convergente Assistencial. Apoio Paideia.

MAUS, Luciana Cristina dos Santos. **Contraceptive care**: development of proposals with the Family Health Teams. 2016. 222f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Postgraduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

Advisor: Prof^a. Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Research line: Nursing Care of Women's Health and Newborn

ABSTRACT

This is a qualitative Convergent Care Research developed in the Primary Health Care environment of the city of Florianópolis, Brazil. The general goal of this research is to develop health initiatives in partnership with the local Family Health Teams in order to enhance contraceptive care. The theoretical framework that supported this research is based on the legal and political frameworks related to sexual and reproductive health, nationally and internationally. The data collection was conducted through semi-structured interviews and focus groups carried out between June and October 2015. In total, 62 Family Health Teams agents took part. With the analytical support of webQDA (a qualitative analysis software), datasets were sorted and coded. The analysis followed four generic stages: apprehension, synthesis, theorization and transference. The complete dissertation encompasses two manuscripts: Manuscript 1 is an integrative review of the literature developed in order to identify national and international research contributions between 2009 and 2014 related to the contraceptive care implemented by Primary Health Care agents. The search for articles included the LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature) database, BDNF (Nursing Database), PubMed/MEDLINE (National Library of Medicine and National Institutes of Health/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), selecting 16 articles in total. The results of this review indicate that the Primary Health Care is a decisive environment for the effectiveness of contraceptive care. And, the Manuscript 2, resulting from the field research, which intended to develop education and awareness group interventions on contraception care with members of Family Health Teams under the light of the Paideia Support, in order to validate the proposed actions to improve contraceptive care, indicates, by the prospect of Family Health Teams,

that user's access to basic health services and initiatives carried out in partnership with schools are the ones with the highest potential to improve contraception. Together with that, the social vulnerability profile of users who demand contraception is highlighted, especially for teenagers. Lastly, to face the implications of the lack of contraceptive care (or their inadequacy), as disinterest and inadequate understanding of users, the deficit in the teams and the lack of central level support, the Family Health Teams, that operate under the Primary Health Care guidelines have demonstrated the capacity to develop health interventions that ensure sexual and reproductive rights.

Keywords: Contraception. Primary Health Attention. Family Healthcare. Convergent Care Research. Paideia Support.

MAUS, Luciana Cristina dos Santos. **Atención en anticoncepción:** construcción de propuestas en conjunto con equipos de Salud de la Familia. 2016. 222h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de investigación: El cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido

RESUMEN

Se trata de una Investigación Convergente-Asistencial, de naturaleza cualitativa, desarrollada en el escenario de la Atención Primaria a la Salud del municipio de Florianópolis, Brasil. Se tuvo como objetivo general construir acciones de salud en conjunto con equipos de Salud de la Familia para perfeccionar la atención para la anticoncepción. El referencial teórico que sostuvo el presente estudio tuvo como base los marcos legales y políticos (nacionales e internacionales) centrados en la salud sexual y en la salud reproductiva. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas y de grupos de convergencia (entre junio y octubre de 2015). Participaron en el estudio 62 integrantes de equipos de Salud de la Familia. Con apoyo del programa webQDA (Programa de Apoyo al Análisis de Datos Cualitativos), se organizaron y se codificaron los datos y, para su análisis, se siguieron los cuatro procesos generales: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. La tesis contempla dos manuscritos. El Manuscrito 1 se constituye por una revisión integradora de literatura que pretendió identificar el aporte de las investigaciones desarrolladas en el ámbito nacional e internacional (entre 2009 y 2014) sobre la atención para la anticoncepción relacionada con los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud. La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en las bases de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), BDNF (Base de Datos de Enfermería), PubMed/MEDLINE (*National Library of Medicine and National Institutes of Health/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) y CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), con la inclusión de 16 estudios. Los resultados de esta revisión indican que la Atención Primaria a la Salud es el locus fundamental para que la

atención para la anticoncepción se lleve a cabo de manera efectiva. Y, el Manuscrito 2, resultante de la investigación de campo, cuyo objetivo fue desarrollar prácticas educativas y de sensibilización (en grupos) acerca de la atención para la anticoncepción con integrantes de equipos de Salud de la Familia, a la luz del Apoyo Paideia, con el fin de validar las acciones propuestas para perfeccionar la atención en anticoncepción, indica, bajo el punto de vista de los equipos de Salud de la Familia, que el acceso de los usuarios a los servicios y a las acciones en alianza con las escuelas son los factores con mayor potencial para el perfeccionamiento de la atención para la anticoncepción. Aunado a esto, se pone en evidencia el perfil de vulnerabilidad de los usuarios que demandan atención para la anticoncepción, en especial, los adolescentes. Por fin, para afrontar las implicaciones de la falta (o de las inadecuaciones) de la atención para la anticoncepción, como el desinterés y la comprensión inadecuada de los usuarios, el déficit en la formación de los equipos y la falta de apoyo del nivel central, los equipos de Salud de la Familia, que actúan mediante los preceptos de la Atención Primaria a la Salud, demuestran tener capacidad para desarrollar acciones de salud que garanticen los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Anticoncepción. Atención Primaria a la Salud. Salud de la Familia. Investigación Convergente-Asistencial. Apoyo Paideia.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Descrição dos estudos inclusos na revisão integrativa de literatura, de acordo com os objetivos e os aspectos metodológicos – Florianópolis (SC), 2016..... 60
- Quadro 2** - Distribuição dos 49 Centros de Saúde de Florianópolis por Distrito Sanitário, Florianópolis (SC), 2016..... 102
- Quadro 3** - Participantes do estudo por Centro de Saúde e fase de coleta de dados, Florianópolis (SC), 2016. 103
- Quadro 4** - Categorias e subcategorias relacionadas com as percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos, Florianópolis (SC), 2016..... 117
- Quadro 5** - Categorias e subcategorias referentes as contribuições de equipes de Saúde da Família para qualificar a atenção em anticoncepção: facilidades e dificuldades, Florianópolis (SC), 2016..... 134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	-	Base de Dados de Enfermagem
BEMFAM	-	Bem-Estar Familiar no Brasil
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CIPD	-	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
IDH-M	-	Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal
IPPF	-	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
LAM	-	<i>Amenorreia Lactacional</i>
LARC	-	<i>Long-Acting Reversible Contraception</i>
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMUP	-	London Measure of Unplanned
MEDLINE	-	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PCA	-	Pesquisa Convergente Assistencial
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PoA	-	Programa de Ação
PubMed	-	<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>
SciELO	-	Scientific Electronic Library Online
TRG	-	Teste Rápido de Gravidez
UNFPA	-	<i>United Nations Population Fund</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVOS	37
2.1	OBJETIVO GERAL.....	37
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	39
3.1	ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO	39
3.2	MANUSCRITO 1- ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	46
4	REFERENCIAL TEÓRICO	79
4.1	MARCOS REFERENCIAIS INTERNACIONAIS	79
4.1.1	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994.....	79
4.1.2	IV Conferência Mundial sobre a Mulher	81
4.1.3	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	82
4.2	MARCOS REFERENCIAIS NACIONAIS	83
4.2.1	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	83
4.2.2	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.....	85
4.2.3	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).....	86
4.2.4	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	88
4.2.5	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência.....	90
4.2.6	Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.....	92
4.2.7	Rede Cegonha	93
5	MÉTODO.....	97
5.1	TIPO DE ESTUDO	97

5.2	LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	100
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	102
5.4	LOGÍSTICA DE ENTRADA NO CAMPO	104
5.5	COLETA DE DADOS	105
5.5.1	Entrevistas semiestruturadas.....	105
5.5.2	Grupos de convergência	106
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	110
5.7	QUESTÕES ÉTICAS	113
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	115
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	116
6.2	PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO: PONTOS E CONTRAPONTO	116
6.3	CONTRIBUIÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO: FACILIDADES E DIFICULDADES	133
6.2	MANUSCRITO 2 – ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS EDUCATIVAS E INVESTIGATIVAS À LUZ DO APOIO PAIDEIA	150
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
	REFERÊNCIAS.....	173
	APÊNDICES	183
	APÊNDICE A – Protocolo para revisão integrativa da literatura.....	185
	APÊNDICE B – Estratégias de busca para revisão integrativa de literatura.....	189
	APÊNDICE C – Área de trabalho do <i>software</i> webQDA para organização e codificação dos dados para revisão integrativa de literatura	190
	APÊNDICE D – Participantes da pesquisa.....	191
	APÊNDICE E – Roteiro semiestruturado para entrevista.....	193
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	195
	APÊNDICE G – Roteiro para a dinâmica dos grupos de convergência.....	197

APÊNDICE I – Bonecos Terapêuticos	205
APÊNDICE J – Descrição das cenas com o uso dos Bonecos Terapêuticos	206
ANEXOS	217
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	219
ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	222

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) “[...] se por um lado, os desafios à saúde no mundo inteiro são muitos e bem sérios, por outro, a necessidade de controlar a própria fertilidade afeta mais vidas do que qualquer outro problema de saúde” (OMS, 2007, p. 6). Essa afirmação oportuniza a reflexão de que a falta de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva pode impactar vidas, em foro íntimo e global, se direitos forem escamoteados.

Trata-se dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, que são considerados direitos humanos fundamentais. Os direitos humanos oferecem distinção entre autonomia pública e autonomia privada, isto é, entre direitos subjetivos e direitos sociais. Os direitos subjetivos também podem ser chamados de direitos negativos ou de primeira geração, e estão relacionados com a autonomia privada dos indivíduos, isto é, correspondem à liberdade de ação do indivíduo. Os direitos sociais, também denominados direitos positivos ou de segunda geração, estão voltados à autonomia pública, garantindo as condições para o pleno exercício público dos indivíduos (DINIZ; FRANÇA JUNIOR, 2005). Essa diferenciação oportunizará, *a posteriori*, o entendimento desses direitos na esfera da atenção em anticoncepção.

Viver e expressar livremente a sexualidade sem violência; escolher o(a) parceiro(a) sexual; decidir quando ter relação sexual e/ou relacionar-se sexualmente (independentemente de reprodução); ter acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação; e receber informação e educação sexual são alguns dos direitos sexuais. Decidir, de forma livre e responsável, se deseja ou não (quantos e quando) ter filhos; bem como ter acesso às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas para ter (ou não) filhos caracterizam-se como direitos reprodutivos. Paralelamente a esses direitos, fomenta-se a responsabilidade de ter uma vida sexual livre de riscos e o exercício da paternidade de modo consciente (BRASIL, 2010a).

Considerando o arcabouço dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos supramencionados, a OMS caracteriza a saúde sexual não somente pela ausência de doenças, disfunções ou debilidades, mas como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à

sexualidade. E o conceito de saúde reprodutiva, ditado pela Organização das Nações Unidas (ONU), implica que as pessoas tenham autonomia para se reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo (BRASIL, 2010a).

Os direitos à saúde sexual e à saúde reprodutiva (universalmente reconhecidos) têm, no controle de natalidade e no dito planejamento familiar, desafios e controvérsias a superar. Um exemplo são os próprios conceitos adotados, que não raro são empregados de maneira equivocada. O controle de natalidade está relacionado com as imposições de políticas de governo sobre a vida reprodutiva das pessoas, a fim de limitar ou incentivar o número de filhos. Tal conceito está intimamente vinculado às dinâmicas e questões populacionais. O conceito de planejamento familiar apresenta-se obsoleto por não considerar que o planejamento pode ser realizado independentemente de se querer instituir uma família. A terminologia mais adequada, segundo o Ministério da Saúde (MS) brasileiro, é planejamento reprodutivo. O planejamento reprodutivo tem, na atenção em concepção, na atenção em infertilidade e na atenção em anticoncepção, suas áreas de ação, de modo que essas ações devem estar sempre fundamentadas na garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (ALDRIGHI, PETTA, 2005; BRASIL, 2010a).

Este estudo destacou a atenção em anticoncepção, em que, para Diniz e França Junior (2005, p. 210),

[...] a prática da anticoncepção pode, por exemplo, ser considerada de esfera privada. Nesta apreensão, realçam-se os direitos à liberdade, à integridade física e mental, o direito a não ser discriminado, entre outros. Tomada como da esfera pública, a anticoncepção pode ser vista como direito à saúde, à informação e à educação. Rigorosamente, a anticoncepção é, ao mesmo tempo, um direito individual [ou subjetivo] e social. Tratá-la como sendo de uma das esferas restringiria a força dos sujeitos de direito (mulheres e homens) para que a anticoncepção seja uma decisão livre e informada e elemento de emancipação na vida sexual e reprodutiva.

Destacando a esfera dos direitos sociais, é válido pontuar que sempre houve preocupação mundial em relação à questão populacional (que não deve ser desconsiderada). Nas décadas de 1960 e 1970, os programas de planejamento familiar, especialmente os oferecidos nos

países em desenvolvimento, tinham cunho de controle de natalidade, justificado por se temer uma “explosão demográfica” e por fazer associação direta, em que o controle de natalidade seria o único responsável por atacar o problema da fome e da miséria, sem considerar outros fatores intervenientes (DIAZ, 2005).

Ainda no século 21, essa preocupação cinge o imaginário coletivo. Para ilustrar: em 31 de outubro de 2011 nasceu, nas Filipinas, a criança símbolo de número 7 bilhões. A partir dessa data, meios de comunicação em geral retrataram a imagem da criança com o número/marca 7 bilhões e as interrogações sobre o impacto da superpopulação. O mundo passou a questionar: por que o bebê 7 bilhões é asiático? Os recursos naturais serão suficientes para todos? A questão primordial é: o número de pessoas ou o estilo de vida? Esses questionamentos criaram atmosfera de incertezas e ampliaram a discussão sobre o tema na sociedade civil em seu conjunto. Cumpre ressaltar, porém, que a ONU, há muito tempo, empreende esforços relacionados com essa temática.

Um exemplo é o *United Nations Population Fund* (UNFPA), agência de desenvolvimento internacional da ONU, que visa tratar de questões populacionais, sendo responsável por ampliar as possibilidades de mulheres e jovens desfrutarem de vida sexual e vida reprodutiva saudável. Desde 1969, o UNFPA trabalha para acelerar o acesso universal à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Está presente em mais de 155 países, e tem como diretriz principal proporcionar um mundo onde cada gravidez seja desejada, cada parto seja seguro, e o potencial de cada jovem seja concretizado (UNFPA, 2008).

O UNFPA tem como alicerce fundamental para a realização de seus trabalhos o Programa de Ação (PoA) do Cairo. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, significou verdadeira mudança de paradigma na abordagem sobre os temas de população e desenvolvimento. Tendo como princípios o respeito aos direitos humanos e a busca por equidade, a CIPD aprovou um Programa de Ação amplo, que contempla o desenvolvimento sustentável, a redução da pobreza, a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, com ênfase na saúde sexual e na saúde reprodutiva (BRASIL, 2009a).

Um ano após a CIPD do Cairo, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, consagrou o conceito de gênero, a noção de empoderamento da mulher e o enfoque da transversalidade (para que a perspectiva de gênero integre todas as políticas públicas) (ONU, 1995).

Ainda em âmbito mundial, dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), pactuados entre várias nações, quatro deles têm relação direta com os temas da saúde sexual e saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; a redução da mortalidade infantil; a melhoria da saúde das gestantes; e o combate ao HIV/Aids (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*), malária e outras doenças (BRASIL, 2010a).

O Brasil é signatário da Plataforma de Cairo e as suas políticas públicas estão em consonância com as metas pactuadas. Alguns estudiosos afirmam que o Brasil se adiantou em uma década ao Cairo ao instituir o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 (BRASIL, 1984; ALDRIGHI; PETTA, 2005; VENTURA, 2009). O PAISM foi precursor ao fomentar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Incorporou o conceito de integralidade, superando a lógica vigente de assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ampliando o cuidado para todas as fases do ciclo vital das mulheres (BRASIL, 2010a).

O PAISM é (entre outros) fruto dos esforços do movimento feminista que, desde a década de 1970, luta pelos direitos das mulheres. As reivindicações relacionadas à autonomia corporal e ao controle da fecundidade foram as bandeiras desse momento histórico (ALDRIGHI; PETTA, 2005; VENTURA, 2009).

Importante mencionar que as lutas dos movimentos sanitários e de mulheres, no Brasil, colaboraram para as conquistas dos marcos legais que se destacam em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. A saber, a própria Constituição Federal de 1988, no art. 226, dita que o Estado deve estimular a prática da paternidade responsável, propiciando recursos para o exercício desse direito e coibindo qualquer forma coercitiva para efetivação dele (BRASIL, 2012a). Oito anos mais tarde, instituiu-se a lei que regulamenta o planejamento familiar — Lei nº 9.263/1996. Esta proíbe qualquer tipo de controle demográfico em território brasileiro, bem como fomenta as ações de regulação da fecundidade baseada na garantia da liberdade de opção e oferta de métodos e técnicas de concepção e anticoncepção, desde que cientificamente aceitos e que não acarretem prejuízos à vida e à saúde das pessoas (BRASIL, 1996).

Em matéria de leis e políticas, o Brasil segue discutindo essa temática. Entretanto, Ventura (2009) evidencia que, em diversas áreas do MS, desenvolvem-se programas e ações relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva, mas que o sistema de saúde brasileiro não dispõe

de área ou programa específico responsável exclusivamente para essas questões. Contudo, o documento nacional Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (uma prioridade do governo, lançado em 2005) incentiva “[...] à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários/as da rede SUS” (BRASIL, 2010a, p. 20).

Além disso, outros marcos referenciais nacionais, como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de 2008; os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência, de 2009; as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, de 2010; e, mais recentemente, em 2011, a Rede Cegonha trazem, entre outros aspectos, direcionamento para as questões relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva no contexto brasileiro. Observa-se, portanto, que há, nas letras normativas, desenvolvimento de conceitos e regulamentos sobre o tema da saúde sexual e da saúde reprodutiva, que servirá de sustentação teórica para o desenvolvimento deste estudo.

Ainda no contexto nacional, verifica-se que os resultados das políticas públicas implementadas se refletem, entre outras coisas, em dados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do Censo Demográfico de 2010, apresenta não somente retrato do momento, como também aponta tendência para o futuro: que a família brasileira está menor; reforçando mudança no padrão reprodutivo da população, percebido pelo estreitamento da base da pirâmide e alargamento de seu ápice (IBGE, 2010).

O mesmo censo mostra que a taxa de fecundidade total “[...] que até 1960 era de mais de 6,0 filhos por mulher, tem apresentado desde então sucessivas e significativas quedas, chegando a 1,9 filho em 2010” (IBGE, 2010, p.72). O valor de 1,9 filho por mulher é um dado importante e traz um alerta, uma vez que se situa “[...] abaixo do nível de reposição, de 2,1 filhos, valor que garante a substituição das gerações” (IBGE, 2010, p.72).

O censo realizado pelo IBGE também aponta alguns condicionantes de fecundidade: cor/raça, nível de instrução, rendimento nominal mensal domiciliar *per capita*. Em relação ao condicionante de fecundidade cor/raça, obteve-se que as mulheres brancas têm média de 1,63 filho; negras e pardas, 2,12 filhos; indígenas, 3,88 filhos. Sobre o nível de instrução, verificou-se que entre as mulheres menos escolarizadas a média de filhos é de 3,09; entre as mais instruídas, 1,14 filho por mulher. Por último, em relação à renda nominal mensal

domiciliar *per capita*, quanto menor o rendimento, mais alta é a fecundidade (IBGE, 2010).

O retrato que o IBGE apresenta denota a necessidade de (re)pensarmos, como profissionais de saúde, ações relacionadas com o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção, de maneira a buscar o fomento dos direitos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Esses dados também oportunizam (mais uma vez) diferenciar conceitos de controle de natalidade e planejamento reprodutivo, isso porque a atenção em anticoncepção, em geral, não se justifica somente pelo número de filhos. O que está em voga, independentemente dos determinantes sociais, é: oportunizar aos homens e às mulheres desfrutar de uma vida sexual e vida reprodutiva plena e segura; que homens e mulheres tenham outras perspectivas de vida (além da reprodução); e igualdade entre os gêneros.

Além disso, deve-se considerar que a temática em apreço — planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção — tem um complexo teórico/prático que envolve aspectos religiosos, filosóficos, políticos e científicos.

Pelo aspecto religioso, segundo Scheeren (2006), a Igreja considerava as práticas contraceptivas bruxaria. Entretanto, Gomes (2005), em seu trabalho, menciona que, em 1967, o papa Paulo VI, através de sua Encíclica *Populorum Progressio*, reconheceu a relevância do problema demográfico. Acrescenta ainda que a Igreja Católica sempre se posicionou contrária ao que denominava de “[...] métodos artificiais de regulação da fecundidade”. Contudo, a mesma instituição (Igreja) valida as práticas naturais de regulação da fecundidade por parte dos casais (GOMES, 2005, p.121).

Ventura (2009), ao discorrer sobre as resistências dos segmentos conservadores e religiosos, apresenta a reserva geral da Santa Sé ao Capítulo VII do Plano de Ação da CIPD, de 1994. A Santa Sé dita sobre “[...] a ausência de direitos e autonomia pessoal nesse âmbito, considerando que a procriação humana é uma dádiva divina, e não pode ser objeto de disposição da vontade humana” (VENTURA, 2009, p.88).

Reservas à parte, a afirmação de que a sociedade atual sofre as consequências da falta de planejamento reprodutivo deve ser considerada (SCHEEREN, 2006). A autora menciona que os registros indicam que tais discussões são antigas: para Platão, a reprodução deveria ser controlada pelo Estado. Em caso de superpopulação, o controle far-se-ia mediante infanticídio e aborto. Aristóteles foi o primeiro autor grego que tratou de técnicas anticoncepcionais quando aconselhava a cobrir o colo do útero e a vagina com um “unguento

oleoso” (SCHEEREN, 2006, p.26). As informações encontradas sobre os reconhecidos filósofos, ainda que superficiais nesta breve introdução, no mínimo, suscitam reflexão sobre a responsabilidade do Estado relacionada com as demandas do crescimento populacional.

No âmbito político (em escala mundial), a discussão que envolve essa temática também é organizada através das CIPDs. A primeira foi realizada em Bucareste (1974); a segunda, no México (1984); e a terceira, no Cairo (1994). Foi na CIPD do Cairo, em 1994, que o termo planejamento familiar, *stricto sensu*, perdeu valor e consagrou os direitos reprodutivos (TAVARES, 2006). A CIPD de 1994 “[...] é o marco do consenso internacional de que políticas estatais coercitivas não são eficazes para o alcance do bem estar (sic) e desenvolvimento das nações, e que constituem uma violação aos direitos humanos” (VENTURA, 2009, p.87).

Cumprir registrar, aqui, o engajamento das feministas referente ao tema da reprodução, da sexualidade, da legalização do aborto e do acesso à anticoncepção. O investimento do movimento feminista no Brasil, sobretudo na década de 1980, estava direcionado à saúde reprodutiva (ÁVILA; CORRÊA, 1999). Para Ventura (2009), a construção prática dos direitos reprodutivos (autonomia corporal; controle da própria fertilidade; livre acesso a contraceptivos; saúde reprodutiva) é fruto dos esforços do movimento de mulheres e do movimento sanitário durante o processo pré-constituente e pós-constituente.

Ainda no Brasil, na lição de Tavares (2006), há fragilidade política em relação à saúde reprodutiva. A autora explica que entre 1964 e 1974 havia divisão entre antinatalistas (alguns militares + grupos médicos + burguesia brasileira + governo norte-americano) *versus* pré-natalistas (outros militares + igreja católica + setores de esquerda) e que essa fragilidade favoreceu a ação de agentes privados no controle de natalidade no contexto nacional. Entre eles, a sociedade civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), fundada no fim da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia no Rio de Janeiro, em 1965. Essa sociedade civil era financiada pela *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). A IPPF é vinculada à Agência dos Estados Unidos da América para Desenvolvimento Internacional que tinha como objetivos (ainda que não explícitos) recrutar escolas de saúde para o desenvolvimento de ações de controle da fecundidade (TAVARES, 2006).

Um estudo nacional, que fez revisão sobre assistência ao planejamento reprodutivo, mostra que, nas últimas três décadas, o Brasil

assumiu compromisso com a promoção dos direitos reprodutivos (BONAN et al., 2010). Em ordem cronológica: PAISM (1984); Constituição Federal (1988); Lei nº 9.263 do Planejamento Familiar (1996); Documento Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005); PNAISM (2014). Mas ainda há problemas quanto ao acesso e à qualidade da assistência prestada à saúde sexual e à saúde reprodutiva, característica demonstrada através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006 (BRASIL, 2009b).

Entretanto, o MS brasileiro, por meio do Programa Mais Saúde, está priorizando a expansão das ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2008a). Logo, a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão na pauta governamental. O que pode ser verificado através da Rede Cegonha (RC), que, entre outras diretrizes, consiste em garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL, 2011a).

Quanto aos métodos anticoncepcionais, Barbosa, Leite e Noronha (2009) afirmam que a esterilização feminina tem sido considerada o método de contracepção mais adotado no mundo. Dados da ONU ilustram que entre as mulheres em união consensual ou casadas: 21% se submeteram à esterilização feminina; 14% usam o dispositivo intrauterino (DIU); 7%, a pílula. No Brasil, 40% das mulheres casadas ou em união consensual (entre 15 e 49 anos) são esterilizadas. O Brasil é o terceiro país no mundo com maior prevalência de esterilização. Tendo como possíveis motivos: falta de acesso (ou informação) aos métodos contraceptivos reversíveis; a precariedade dos serviços de planejamento reprodutivo; a percepção da esterilização como meio de ascensão social; e a cultura baseada na desresponsabilização masculina (BARBOSA; LEITE; NORONHA, 2009).

Tais fatos demonstram que há muito que construir na atenção à saúde da mulher, tanto no que se refere à iniciativa política de gestores municipais quanto na perspectiva de melhoria da organização dos serviços e sensibilização de profissionais de saúde para o tema do planejamento reprodutivo como um direito à saúde, no intuito de se alcançar a superação das iniquidades e a integralidade no atendimento. (HEILBORN et al., 2009, p.276).

No Brasil, o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção é campo ainda pouco explorado. Tavares (2006, p.16) alerta que “[...] a existência de necessidade insatisfeita para método contraceptivo indica a

deficiência no acesso a serviços de qualidade de planejamento familiar”. As causas da necessidade insatisfeita são complexas: medo dos efeitos secundários, oposição do marido, questões religiosas, ambivalência relacionada à geração de filhos. A autora também alude sobre a prática de “clientelismo político” — o risco de uma mulher ser esterilizada em anos eleitorais é 13,5% maior do que em anos não eleitorais (TAVARES, 2006). Portanto, cabe um questionamento: políticos se aproveitam de uma demanda reprimida dos serviços de planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção em troca de votos?

Não bastasse a possibilidade supramencionada, há, ainda, as implicações das práticas de aborto. Para Gomes (2005), o aborto (ou a interrupção voluntária da gravidez) é praticado por mulheres que “[...] não teriam condições de ter filhos, mas engravidam [e que] diante dessa realidade só haveria duas saídas: renegar o filho antes de ele nascer ou abandoná-lo depois de nascido” (GOMES, 2005, p.155). O autor propõe uma Política de Atenção Integral à Reprodução Humana (PAIRhu) para todos os gêneros. Defende a educação e descentralização dos serviços de saúde por meio de equipes de Saúde da Família (eSFs) para a efetivação de ações, sem apelo demográfico, mas efetivamente de planejamento reprodutivo (GOMES, 2005).

Alguns estudiosos também validam outras implicações, entre elas, as evidentes assimetrias de gênero “[...] quando se coloca a naturalização da ideia de que as mulheres [são] as principais responsáveis (quando não as únicas) pela contracepção e também, quando esta ‘falha’, pelos filhos da concepção que resulta em gravidez não planejada” (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012, p.139).

Levando em conta tais implicações, a questão primordial consiste em verificar em qual contexto se dá a atenção em anticoncepção. Depois de discorrerem sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, Diniz e França Junior (2005, p.212) questionam: “[...] quais os limites e possibilidades da implementação de formas de assistência que respeitem ou promovam direitos?”.

Nesse contexto multifacetado, o MS brasileiro, através do Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 26, informa o que os resultados dos estudos evidenciam que: “[...] os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e que o planejamento reprodutivo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde” (BRASIL, 2010a, p.60). Os colaboradores de Aldrighi e Petta (2005) também apontam o despreparo dos profissionais de saúde desde sua formação, visto que o desenvolvimento das habilidades de comunicação está sendo

escamoteado, privilegiando as necessidades do mercado. E isso acarreta déficit na abordagem de questões relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Minha experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) serve para ilustrar a assertiva referente ao despreparo dos profissionais de saúde sobre o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção. A aproximação com esta temática surgiu com base em algumas inquietações advindas de minha prática assistencial. Inúmeras situações cotidianas revelam que a falta ou inadequações do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção compõem traço dramático na vida e na saúde de mulheres que iniciam o pré-natal de uma gravidez não desejada. Exemplos, por mim, testemunhados: gestante com comprometimento cognitivo grave (atestado por psiquiatra), que teve o pré-natal comprometido e os cuidados com os filhos prejudicados, resultando posteriormente no abrigamento das crianças com respaldo do Conselho Tutelar; gestante de 24 anos se submetendo à quinta gravidez, ao passo que as duas últimas foram acompanhadas no pré-natal de alto-risco; adolescente de 16 anos que, um mês após seu último parto, engravidou pela segunda vez; mulheres em tratamento psiquiátrico iniciando o pré-natal tardiamente (idade gestacional superior a 20 semanas) em razão da negação da nova gravidez; mulheres com idade acima de 40 anos solicitando exame de gravidez (acreditando que não engravidariam mais); mulheres que se submeteram a procedimentos cirúrgicos estéticos (lipoaspiração e/ou inserção de prótese de silicone nas mamas) e que, pouco tempo depois, depararam-se com diagnóstico de gravidez não planejada; mulheres com resultado do exame de gravidez positivo e que interromperam o pré-natal com aborto (algumas vezes não espontâneo). Poderia citar outros exemplos como meio de ilustrar e justificar meu interesse pela temática, mas cumpre salientar uma peculiaridade às consultas de pré-natal que realizo: as gestantes solicitam laqueadura já no primeiro atendimento.

Tal experiência desencadeou reflexões: qual o papel das eSFs em relação à atenção em anticoncepção? Quais os limites e as fortalezas das eSFs em relação a esta temática? Quais temas permeiam a questão da saúde reprodutiva, da sexualidade e da paternidade responsável?

Em 2013, ao lado de minha eSF, concretizamos algumas ações relacionadas com o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção que estavam inseridas num projeto denominado Projeto Operacional Interno: “Ter ou não ter um filho? Eis a questão!”. “Projeto” este desenvolvido na tentativa de incorporar algumas ferramentas do gerenciamento de projetos que foram aprendidas no curso de

especialização em Gestão da Saúde Pública. Alguns levantamentos foram realizados e constatou-se que em apenas uma área de abrangência do território da eSF, que tinha população aproximada de 2.500 pessoas registradas no Cadastro Família (CADFAM), 52 mulheres tiveram filhos no intervalo de um ano; com média de 30 gestantes acompanhadas/mês; das gestantes acompanhadas, com base nos registros dos prontuários, verificou-se que: 10,3% planejaram a gravidez; 72,4% não planejaram a gravidez (9,5% desse total não desejaram a gravidez); e situação desconhecida de 17,2% das gestantes (pré-natal na rede privada).

As ações piloto, do Projeto Operacional Interno “Ter ou não ter um filho? Eis a questão!”, realizadas foram: sensibilização da equipe para a temática, bem como informes dos marcos legais que regem o tema; distribuição de encartes para os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), orientando-os sobre os fluxos e insumos do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção; reformulação do grupo de planejamento reprodutivo com a participação da assistente social; solicitação de capacitação para os médicos realizarem a inserção do DIU no próprio Centro de Saúde (CS); monitoramento das mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos e entrega de carta-convite, oferecendo-lhes os serviços de planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção por meio de ACSs; grupo de meninas em uma escola municipal básica da região; e grupo de meninos no centro de educação complementar do território.

O exercício de (re)pensar e (re)fazer (ou vice-versa) as práticas concernentes ao planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção foi importante, mas interessa registrar que foi apenas um exercício de uma eSF que recebeu apoio da coordenação local e da supervisora da Atenção Primária à Saúde (APS) de um dos Distritos Sanitários (DS) do Município, de modo que não foi atividade institucionalizada. Observa-se que, por causa de outras demandas do serviço e por não exigirem monitoramento, as ações do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção acabam ficando escamoteadas. Entretanto, é plausível asseverar que a avaliação geral dessa experiência foi positiva, pois motivou novos questionamentos que culminaram na construção deste estudo e na busca de respostas para uma temática ainda incipiente na APS.

Esta introdução permite verificar a complexidade da temática do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção e sua aproximação com os temas da sexualidade e da paternidade responsável, sendo estes tópicos passíveis de pesquisas.

Considerando o recorte necessário para a construção deste estudo

e as assertivas de que “[...] a atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde” (BRASIL, 2010a, p.57), de que é importante “[...] conhecer os reais obstáculos para a atenção eficiente em [anticoncepção] é o nosso maior desafio” (HEILBORN et al., 2009, p.276) e de que “[...] a prevenção e o cuidado da gravidez indesejada devem merecer alta prioridade por parte dos profissionais e dos sistemas de saúde” (VENTURA, 2009, p.146) emergem as seguintes questões norteadoras: quais as possíveis ações de saúde que eSFs podem construir para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção? Quais as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção? Quais as contribuições de eSFs para qualificar a atenção em anticoncepção? Como práticas educativas e de sensibilização sobre a atenção em anticoncepção podem ser desenvolvidas com eSFs?

Com base na identificação destas questões norteadoras, fez-se necessário definir o referencial teórico e a abordagem metodológica mais adequada a ser adotada. Mediante perspectivas acadêmicas e especialmente por verificar que o problema de pesquisa é oriundo da prática assistencial, optou-se por realizar estudo na modalidade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), por permitir a convergência da pesquisa com a prática assistencial, unindo o *saber-pensar* ao *saber-fazer*, com vistas à transformação/inação dessa prática, tendo como referencial teórico os marcos legais e políticos (nacionais e internacionais) voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Acredita-se que os resultados deste estudo contribuem, de alguma maneira, para melhoria da atenção em saúde de uma área tão importante e sempre atual como o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir ações de saúde em conjunto com equipes de Saúde da Família para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção;
- Identificar as contribuições de equipes de Saúde da Família para qualificar a atenção em anticoncepção;
- Desenvolver práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de equipes de Saúde da Família, à luz do Apoio Paideia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentadas duas modalidades de revisão da literatura: uma primeira que consiste em revisão narrativa, com ênfase no que documentos oficiais nacionais preconizam sobre a oferta da atenção em anticoncepção aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, uma segunda, que consiste em uma revisão integrativa que visa identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da APS, que foi realizada conforme protocolo de pesquisa (APÊNDICE A) e estratégias de buscas definidas (APÊNDICE B).

3.1 ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO

De acordo com o manual técnico — Assistência em Planejamento Familiar — do MS brasileiro, a atenção em anticoncepção envolve três tipos de atividades: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Preconiza-se a participação de todos os membros da equipe de saúde nessas atividades, respeitando o nível de responsabilidade de cada pessoa. O mesmo manual estimula que as atividades sejam desenvolvidas de maneira integrada, disponibilizando não somente as atividades referentes à anticoncepção, como também todos os aspectos da saúde integral da mulher (BRASIL, 2002).

Recentemente, o CAB nº 26, que versa sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, amplia o conceito da atenção em anticoncepção ao inserir outros grupos de usuários:

[...] a atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. [...] é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para

todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. (BRASIL, 2010a, p.111).

No âmbito local, em Florianópolis, tem-se o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher que enfatiza que a “[...] atuação dos(as) profissionais de saúde na assistência pré-concepcional, anticoncepcional e infertilidade envolvem o atendimento individual, para casais, ou em grupo, sendo o aconselhamento parte indissociável desta assistência” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.10).

O fomento dado às atividades educativas é percebido na leitura dos três documentos listados acima. A justificativa de estimular as atividades educativas pode ser explicada pelo fato de ser um processo de construção permanente que exige metodologias participativas. Sugerem abordagem em grupo, mas reforçadas pela ação individual. Orientam superar a lógica da pedagogia tradicional das conhecidas palestras, para dar espaço ao diálogo (BRASIL, 2002; 2010a). Além disso, enfatiza-se que os profissionais de saúde devem desenvolver algumas habilidades, como: respeito e empatia pelos usuários; boa capacidade de comunicação; acolher o saber e o sentir dos(as) usuários(as); sentir-se confortável para falar sobre sexualidade e sobre sentimentos; ter conhecimentos técnicos (BRASIL, 2010a).

Em recente estudo etnográfico, a descrição de uma típica atividade educativa sobre planejamento reprodutivo em grupo suscita algumas críticas ao modelo apresentado. A leitura de um trecho do relato faz-se necessária para entender o que ainda pode estar acontecendo nos Centros de Saúde (CSs).

Todos(as) os(as) participantes deste ‘ritual’ bem conhecido dispensam explicações sobre o que vai acontecer naquele espaço. A equipe inicia os trabalhos, após saudações, com a exposição dos objetivos da ação, e apoia suas explicações sobre planejamento familiar em um álbum seriado sobre o corpo do homem, o corpo da mulher e os métodos contraceptivos, ao mesmo tempo em que faz circular alguns desses métodos. Assim, a palestra obedece sempre à mesma sequência. [...] Os profissionais de saúde são, sem dúvida, os professores nesta atividade e a linguagem professoral não deixa dúvidas acerca de quem detém os saberes e os métodos adequados da contracepção. [...] Não por acaso – apesar da

proposta da equipe de formar um grupo – os encontros são chamados pelas mulheres de *curso* ou de *palestra*, junto com muitas iniciativas similares (‘ensinar os que não sabem’) em suas intenções, pressupostos e formatos. Embora haja a percepção de alguns profissionais da equipe sobre a dificuldade de diálogo que a metodologia desencadeia e o interesse em tornar a atividade mais interativa, o modelo tradicional de ‘aula’ é recorrente, e nas suas explanações esperam que o saber científico anunciado, (sic) deva ser pelas mulheres assimilado, numa transferência passiva de conteúdo, desvinculada das experiências e saberes que cada uma carrega individual e coletivamente. [...] durante o ritual convencional desta ‘aula’ [...], supõe-se que todas aquelas mulheres não sabem quase nada de seus corpos e das dinâmicas postas em movimento diante do corpo masculino. A ‘aula’ está evidentemente pautada em pressupostos básicos da biomedicina ocidental [...] e em concepções malthusianas (de mulheres e homens que precisam controlar a prole para sair de uma vida miserável e promíscua). [...] Não imaginam, provavelmente, que por trás destes notórios silêncios, repousam concepções, práticas e representações bem densas e concretas acerca dos processos vitais, corporais, do sexo e dos relacionamentos. [...] Depois da primeira hora de exposições que acabamos de descrever, cabe às mulheres aguardar o tão esperado momento da entrega das receitas, o motivo real, para a maioria, de comparecer às falas e preleções e de as suportar. [...] os homens que procuram a vasectomia, que, ao que podemos observar, são bastante raros nestes contextos [...] dá a ostensiva saudação e aplausos para aqueles que se aventuram a correr os riscos decorrentes de uma intervenção. [...] chegada a sua vez de atendimento, senta-se em frente a uma mesa [...] e as consultas são feitas na presença de todas/os que estão na sala, em cerca de dois minutos cada, sem a privacidade que favoreceria a discrição ou o relato de alguma situação mais íntima. (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012, p.160-3).

Diante desses “raios-x” da atenção em anticoncepção, vigentes em alguns CSs, urge problematizar tais questões. Fundamentadas nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos, as eSFs precisam superar as dificuldades e, quiçá, transcender na busca da saúde sexual e da saúde

reprodutiva plena.

Tem-se como exemplo o aconselhamento, em que se enfatiza a ideia de troca, isto é, “[...] a promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivência da(s) pessoa(s) e na necessidade de participação ativa nesse processo” (BRASIL, 2002, p. 12). O processo de aconselhamento pressupõe: a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo; a avaliação do risco individual; o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta dos interlocutores (BRASIL, 2002).

Sobre as atividades clínicas (individualizadas), é necessário respeitar os preceitos da promoção, proteção e recuperação da saúde. Ter clareza que todo e qualquer contato com o serviço de saúde pode potencializar a atenção em anticoncepção. As chamadas consultas clínicas visam atendimento periódico para “[...] reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências” (BRASIL, 2002, p.12), além de fomentar a promoção à saúde.

O Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Florianópolis informa as atribuições dos profissionais ao que intitula Assistência ao Planejamento da Vida Sexual e Vida Reprodutiva:

- a) Captação da clientela - Multiprofissional (principalmente da ESF);
- b) Orientação sobre necessidade de uso dos métodos – Multiprofissional;
- c) Prescrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis) - Médico(a) e enfermeiro(a);
- d) Prescrição do anticoncepcional de emergência - Médico(a) e enfermeiro(a);
- e) Aplicação de anticoncepcionais injetáveis - Auxiliares, técnico(a) em enfermagem ou enfermeiro(a);
- f) Prescrição do DIU - Médico(a) e enfermeiro(a);
- g) Inserção e remoção de DIU - Médico(a) capacitado(a);
- h) 1ª Revisão do DIU - Médico(a) que realizou a inserção;
- i) Revisões subsequentes do DIU - Médico(a) e enfermeiro(a);
- j) Prescrição de Laqueadura ou Vasectomia - Médico(a) e enfermeiro(a);
- k) Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino – Multiprofissional;
- l) Aconselhamento e prescrição do Diafragma - Médico(a) e enfermeiro(a);
- m) Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e

- comportamentais - Médico(a) e enfermeiro(a);
- n) Consultas de rotina - Médico(a) e enfermeiro(a);
 - o) Consulta subsequente e acompanhamento da usuária que optou pela adesão ao contraceptivo hormonal oral e/ou injetável - Médico(a) ou enfermeiro(a);
 - p) Dispensação e orientação sobre efetividade e segurança dos métodos hormonais - Farmacêuticos(as) e equipe de enfermagem. (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Concernente à escolha do método anticoncepcional, é essencial considerar os seguintes aspectos: a preferência da mulher, do homem ou do casal; as características dos métodos; os fatores individuais e o contexto de vida relacionado aos usuários (BRASIL, 2002; 2010a).

Além disso, o CAB nº 26 enfatiza a importância de discutir o conceito de escolha livre e informada e denuncia que é comum observar nos serviços de saúde a oferta de liberdade de escolha não informada (BRASIL, 2010a).

Eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e infecção por HIV são características dos métodos anticoncepcionais que devem ser consideradas.

- a) **Eficácia** – todos os métodos anticoncepcionais apresentam taxa de falha. Essa taxa é calculada através do número de gestações não desejadas entre usuários(as) de determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso. Consideram-se dois tipos de taxas de eficácia para cada método: i) eficácia no uso rotineiro ou uso típico — que está relacionada com a taxa de falha entre usuários(as) de uma forma geral de uso, sem considerar todas as dificuldades que possam ter sido encontradas durante o uso; ii) eficácia em uso correto e consistente — essa taxa leva em conta somente usuários(as) que fizeram uso correto e consistente do método escolhido. Em suma, não existe método 100% eficaz (BRASIL, 2002; 2010a).
- b) **Efeitos secundários** – a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos seria condição ideal. Entretanto, ainda não se obteve a inocuidade na maioria dos métodos anticoncepcionais, de modo que alguns métodos ocasionam mais efeitos colaterais que outros. O profissional de saúde deve avaliar os riscos que o uso de determinados métodos pode causar à saúde, bem como prevenir e tratar tais efeitos.

- O(a) usuário(a) deve ser informado(a) que todo método tem vantagens e desvantagens (BRASIL, 2002; 2010a).
- c) **Aceitabilidade** – para o sucesso do método escolhido, deve ser considerada a aceitação dele, o grau de confiança depositada nele, a motivação para seu uso e a correta orientação do profissional de saúde. Como maior causa de fracasso ou mudança para outro método está a inadaptação psicológica e cultural para determinado método (BRASIL, 2002; 2010a).
 - d) **Disponibilidade** – considerando que grande parte da população não tem condições de pagar pelo método, o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é a condição ideal para que a escolha se realize livremente, sem restrições (BRASIL, 2002; 2010a).
 - e) **Facilidade de uso** – se a utilização do método for trabalhosa, complexa ou de difícil assimilação para a pessoa, de nada adiantará sua indicação. Entretanto, a orientação do profissional de saúde soluciona a maioria das dificuldades relacionadas ao uso do método (BRASIL, 2002; 2010a).
 - f) **Reversibilidade** – o ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis e que, uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade (BRASIL, 2002; 2010a).
 - g) **Proteção contra DST e infecção por HIV** – urge estimular a prática da dupla proteção (uso combinado do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional), isto é, a prevenção simultânea de DST/HIV/Aids e da gravidez indesejada (BRASIL, 2002; 2010a).

Por último, deve-se levar em conta as condições econômicas; o estado de saúde; as características da personalidade da mulher e/ou do homem; a fase da vida; o padrão de comportamento sexual; as aspirações reprodutivas; os fatores culturais e religiosos; além de outras causas, como medo, dúvidas e vergonha. Estes englobam os fatores individuais e o contexto de vida relacionado aos usuários que devem ser considerados no ato da escolha do método (BRASIL, 2002; 2010a).

E, ainda com objetivo de auxiliar profissionais de saúde, a OMS desenvolveu critérios clínicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. Estes devem ser considerados recomendações para uso e não devem ser norma estrita. Consistem numa lista de condições de usuários(as) que poderiam significar limitações para uso dos

diferentes métodos. Classificam-se em quatro categorias (BRASIL, 2002; 2010a):

- a) Categoria 1 – o método pode ser usado sem restrições;
- b) Categoria 2 – o método pode ser usado com restrições (são as situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar);
- c) Categoria 3 – os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Nesse caso é necessário acompanhamento rigoroso do(a) usuário(a);
- d) Categoria 4 – o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável (BRASIL, 2002; 2010a).

O MS brasileiro recomenda adaptar a classificação acima (nas situações que se enquadram na Categoria 3), por considerar que exigem acompanhamento rigoroso, essa categoria passa a ser equivalente à Categoria 4, ou seja, o método não deve ser usado (BRASIL, 2010a).

Quanto aos tipos de métodos e técnicas anticoncepcionais, sabe-se que se tem desenvolvido diferentes e novas tecnologias para este fim, contudo, de acordo com manuais nacionais, observa-se a seguinte divisão e subdivisões dos métodos e das técnicas disponíveis para usuários do SUS (BRASIL, 2002; 2010a):

a) Métodos Comportamentais:

- Método Ogino-Knaus (Ritmo, Calendário ou Tabela);
- Método da Temperatura Basal Corporal;
- Método do Muco Cervical ou Billings;
- Método do Sinto-Térmico;
- Método do Colar ou dos dias fixos;
- Outros métodos comportamentais (coito interrompido ou relação sexual sem penetração).

b) Método da Amenorreia Lactacional (LAM)

c) Métodos de Barreira:

- Preservativo Masculino (*Condon* ou Camisinha);
- Preservativo Feminino (*Condon* ou Camisinha);
- Diafragma;
- Espermatocidas (Geleia Espermatocida).

d) Métodos Hormonais:

- Anticoncepção hormonal oral:
 - Anticoncepcionais hormonais orais combinados;
 - Anticoncepcionais hormonais orais apenas de

progestogênio (Minipílulas).

- Anticoncepção hormonal injetável:

- Anticoncepcionais hormonais injetáveis com progestogênio isolado (Injetável Trimestral);
- Anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados mensal (Injetável Mensal).

e) Dispositivo Intrauterino (DIU):

- DIU de Cobre;
- DIU com Levonorgestrel - SIU-LNG-20.

f) Esterilização ou Métodos Cirúrgicos:

- Laqueadura Tubária;
- Vasectomia.

Em algumas situações, a atenção em anticoncepção exige atenção especial: anticoncepção pós-parto e pós-aborto; anticoncepção na adolescência; anticoncepção na pré-menopausa; anticoncepção e HIV; e anticoncepção de emergência (BRASIL, 2002; 2010a).

Cumpra salientar que os documentos trabalhados neste item também versam sobre outros tópicos: sexualidade, violência doméstica e sexual, saúde reprodutiva, atenção em concepção e atenção em infertilidade. Tais conteúdos são de suma importância e se revelam incipientes na APS. Entretanto, esses temas não integram o escopo desta pesquisa, em razão da focalização que se faz necessária num estudo de mestrado.

3.2 MANUSCRITO 1– ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

De acordo com a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), será apresentado, a seguir, o Manuscrito: **Atenção em anticoncepção pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.**

ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELOS
TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA¹

CONTRACEPTIVE CARE BY PRIMARY HEALTH CARE
AGENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN POR LOS
TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD:
UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Luciana Cristina dos Santos Maus²
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que pretendeu identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Pesquisou-se em cinco bases de dados: LILACS, BDNF, PubMed/MEDLINE, SciELO e CINAHL. A obtenção dos resultados das buscas deu-se via *software* de gerenciamento bibliográfico *on-line* gratuito (EndNote Web) — totalizando 1.599 títulos. Destes, 16 artigos que responderam aos critérios de inclusão desta revisão integrativa foram submetidos à análise. A operacionalização desta revisão integrativa seguiu as recomendações de Ganong. Além disso, para organização e codificação dos dados usou-se *software* webQDA. E, após leituras, confecção de fichas bibliográficas e análise crítica de cada estudo selecionado, foi possível elaborar as seguintes categorias:

¹ Manuscrito 1 da dissertação intitulada: Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com equipes de Saúde da Família, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), em fevereiro de 2016.

² Enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família. Especialista em Gestão da Saúde Pública (UFSC) e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPEMUR: Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: lucianamaus82@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPEMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

percepções e conhecimentos dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre aspectos relacionados com a atenção em anticoncepção; ações, intervenções e avaliações dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e serviços relacionados com a atenção em anticoncepção; e fragilidades e potencialidades dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e serviços relacionados com a atenção em anticoncepção. Os resultados desta revisão indicam que a Atenção Primária à Saúde é o lócus fundamental para que a atenção em anticoncepção ocorra de maneira efetiva, sendo os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (adequadamente capacitados) imprescindíveis na oferta desses serviços.

Palavras-chave: Anticoncepção. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Revisão Integrativa.

ABSTRACT: This is an integrative review of the literature developed in order to identify national and international research contributions between 2009 and 2014 related to the contraceptive care initiatives developed by Primary Health Care agents. Five databases underlined this review: LILACS, BDNF, PubMed/MEDLINE, SciELO and CINAHL. Results obtained were compiled using EndNote Web, an online free bibliography support platform totaling 1,599 publications out of which 16 corresponded to this review's selection criteria and were, thus, subject to further analysis. The methodology of this integrative review followed the recommendations of Ganong. After that, data was organized and coded using the qualitative analysis support software webQDA. After studying, documenting and analyzing critically each selected study, the following categories emerged: perceptions and knowledge of the Primary Health Care agents about aspects related to the contraceptive care; initiatives, interventions and evaluations of the Primary Health Care agents and services related to contraception; and weaknesses and potential of Primary Health Care agents and services related to contraceptive care. The results of this review indicate that the Primary Health Care is a decisive environment for the effectiveness of contraceptive care and that properly trained Primary Health Care agents are indispensable for these services.

Keywords: Contraception. Primary Health Attention. Health Care Agents. Integrative Review.

RESUMEN: Se trata de una revisión integradora de literatura que tuvo como propósito identificar el aporte de las investigaciones desarrolladas en el ámbito nacional e internacional (entre 2009 y 2014) acerca de la atención para la anticoncepción relacionada con los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud. Se consultaron cinco bases de datos: LILACS, BDNF, PubMed/MEDLINE, SciELO y CINAHL. Los resultados de las búsquedas se obtuvieron mediante un programa de gestión de referencias bibliográfica en línea gratis (EndNote Web). Con un total de 1.599 títulos. De estos, se sometieron al análisis 16 artículos que respondieron a los criterios de inclusión de la presente revisión integradora. La operacionalización de esta revisión integradora siguió las recomendaciones de Ganong. Además de eso, para organizary codificar los datos se utilizó el programa de apoyo al análisis de datos cualitativos webQDA. Y, tras la lectura, la elaboración de fichas bibliográficas yel análisis crítico de cada estudio seleccionado, fue posible elaborar las siguientes categorías: percepciones y conocimientos de los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud sobre aspectos relacionados a la atención para la anticoncepción; acciones, intervenciones y evaluaciones de los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud y servicios relacionados a la atención para la anticoncepción; así como debilidades y potencialidades de los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud y servicios relacionados a la atención para la anticoncepción. Los resultados de esta revisión indican que la Atención Primaria a la Salud es el locus fundamental para que la atención para la anticoncepción se lleve a cabo de manera efectiva, y que los trabajadores de la Atención Primaria a la Salud (adecuadamente capacitados) son imprescindibles a la oferta de esos servicios.

Palabras clave: Anticoncepción. Atención Primaria a la Salud. Trabajadores de la Salud. Revisión Integradora.

INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas empreendem-se (mundialmente) esforços — pautados na defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos — em busca da saúde sexual e da saúde reprodutiva das populações (NAÇÕES UNIDAS, 1994; ONU, 1995; BRASIL, 2009; 2010a). Um exemplo desses empreendimentos são os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) que consistem num compromisso

entre nações com vistas a atingir metas para superar iniquidades, reduzir a pobreza e garantir os direitos humanos (BRASIL, 2010b). Os resultados obtidos para a realidade brasileira, que constam no Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODMs, indicam que a meta de universalização do acesso à saúde sexual e à saúde reprodutiva — do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), que é melhorar a saúde materna — foi, em parte, atingida. Esta assertiva está pautada, basicamente, pela avaliação do aumento da taxa de prevalência de uso de anticoncepcionais e da diminuição da taxa de fecundidade entre as adolescentes. Análise esta feita com base nas considerações de que há mais acesso à educação sexual, a informações e serviços adequados de saúde, inclusive com a disponibilização gratuita de métodos anticoncepcionais pelo SUS (BRASIL, 2014). Apesar dessas conquistas, sabe-se que a discussão de todo o panorama que envolve a saúde sexual e a saúde reprodutiva, tanto na realidade nacional quanto na internacional, seguirá uma agenda pós-2015, em virtude dos inúmeros desafios que ainda precisam ser superados (BRASIL, 2014).

Um desses desafios está voltado à atenção em anticoncepção oferecida pelos serviços de saúde. Isso porque nessa “atenção” estão contidos elementos vinculados aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos que precisam, constantemente, ser garantidos. O direito de acesso às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas para gerar filhos trata-se de um direito reprodutivo básico. E, um dos direitos sexuais relacionado com a anticoncepção é o direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução (BRASIL, 2010a). Levando em conta um contexto que fomente a escolha livre e informada, a atenção em anticoncepção inclui a oferta (nas diferentes etapas da vida reprodutiva) de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 2010a).

Com base nesse conceito da atenção em anticoncepção e por ter ações predominantemente direcionadas às atividades educativas de aconselhamento e às atividades clínicas, acredita-se que a APS tem potencial para abarcar as atividades dessa atenção de maneira integrada e com participação de todos os membros da equipe de saúde, respeitando o nível de responsabilidade de cada um deles (BRASIL, 2002).

Segundo Starfield (2002), para que se tenha um sistema de saúde operativo é imprescindível uma APS competente. Em síntese, a APS tem quatro componentes fundamentais: primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação. Conceituados, respectivamente, como: o acesso à atenção (comumente citado como a “porta de entrada” ao sistema de saúde); a atenção orientada para a pessoa (não à enfermidade) e fornecida ao longo do tempo; a disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população (exceto as mais raras), o que inclui promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação; e a integração de todos os serviços relacionados à saúde, ou seja, a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos.

A Declaração de Alma-Ata, responsável por estabelecer consenso mundial sobre a APS, lista as características essenciais dos cuidados primários e frisa que estes incluem (entre outros) os cuidados materno-infantil e planejamento familiar, por exemplo (BRASIL, 1979; CONILL, 2008).

No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) equivale ao termo Atenção Primária à Saúde e, desde 1994, a Saúde da Família (SF) passou a ser a estratégia norteadora da APS, tendo nas figuras do médico generalista (ou especialista em SF ou médico de Família e Comunidade); do enfermeiro generalista (ou especialista em SF); do auxiliar (ou do técnico de enfermagem) e dos ACSs, os trabalhadores que compõem as eSFs (BRASIL, 2012).

No contexto mundial, a depender do país em voga, outros trabalhadores de saúde implementam a APS. Starfield (2002, p.134) amplia a discussão desse assunto ao questionar: “[...] a prática da atenção primária é igualmente efetiva, não importando o tipo de médico?”. Em países como Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, até pouco tempo atrás, os pediatras eram os médicos de APS para crianças e adolescentes e, em outros países, os obstetras são os responsáveis pelo seguimento do pré-natal. Já em contextos menos favorecidos, em que a oferta de médicos é exígua, os profissionais não médicos acabam assumindo a APS (STARFIELD, 2002).

Considerando o conceito da atenção em anticoncepção e sua imersão nas esferas da saúde sexual e da saúde reprodutiva, os princípios da APS e as breves caracterizações de seus possíveis trabalhadores emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento científico produzido (nacional e internacionalmente) sobre a atenção em anticoncepção relacionado aos trabalhadores da APS? Para responder a esse questionamento, optou-se por realizar revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e

internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da APS.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa de literatura (RI) que consiste num método de pesquisa que possibilita estabelecer síntese e conclusões gerais a respeito de determinada área de estudo, realizada de modo sistemático e ordenado, com o intento de contribuir para incorporar evidências na área estudada. A RI integra estudos, com propósito de responder determinada questão de pesquisa relevante para a área; pode abranger estudos desenhados nos mais diversos delineamentos metodológicos; e exige dos revisores (em todo o percurso de pesquisa) sistematização e rigor. É um trabalho árduo, por isso recomenda-se que o tema a ser pesquisado seja de interesse do pesquisador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES et al., 2014).

Nas últimas décadas, a enfermagem tem se destacado nesse tipo de revisão, tendo em vista expandir a divulgação de novas evidências para a saúde e enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES et al., 2014). A primeira autora da enfermagem que trabalhou o conceito de RI foi Ganong, nos anos 1980. De acordo com Soares et al. (2014, p.338), para Ganong, o “[...] conceito de RI é ampliado para outras finalidades, como: sugestões de novas questões teóricas, identificação de lacunas de pesquisa e busca de apoio para pesquisa de hipóteses conflitantes”. Esta RI ampara-se nesse conceito e segue seis etapas para sua operacionalização: identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa (apresentados na introdução deste Manuscrito); estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos com posterior busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos inclusos na revisão integrativa; discussão e interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento (GANONG, 1987).

Quanto à delimitação dos critérios de inclusão utilizados nesta revisão integrativa, segue: artigos de periódicos publicados entre 2009 e 2014, indexados nas bases de dados selecionadas LILACS, BDNF, PubMed/MEDLINE, SciELO e CINAHL, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, que contêm os descritores e/ou as palavras-chave definidas no resumo, no título ou assunto/descriptor e que versem, no resumo, sobre indicações que investiguem aspectos relacionados com a atenção em anticoncepção associados com os

trabalhadores da APS, e que possuam título e resumo indexados nessas bases de dados. Como critérios de exclusão, tem-se: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; dossiês; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; relatos de experiência; estudos de reflexão; estudos teóricos; teses; dissertações; trabalhos de conclusão de curso (TCC); boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; material publicado em outros idiomas que não seja em inglês, português e espanhol; e estudos que não contemplem o escopo desta revisão, além de estudos que abordem somente aspectos relacionados com anticoncepção (mas que não façam menção aos trabalhadores da APS) e os estudos que aparecem em duplicidade. Nessa fase, as pesquisadoras buscaram apoio e orientação de bibliotecária especialista em saúde para auxiliar na definição da estratégia de busca a ser adotada para cada base de dados.

As estratégias de buscas foram realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) (BIREME, 2014) e em palavras-chave (com variações singular/plural, de/da) listadas a seguir: saúde reprodutiva (*reproductive health, salud reproductiva*); planejamento familiar (*family planning, planificación familiar*); serviço(s) de planejamento familiar (*family planning services, servicios de planificación familiar*); anticoncepção (*contraception, anticoncepción*); comportamento contraceptivo (*contraception behavior, conducta anticonceptiva*); atenção primária à saúde (*primary health care, atención primaria de salud*); saúde da família (*family health, salud de la familia*); estratégia saúde da/de família (*family health strategy, estrategia de salud familiar*); pessoal de/da saúde (*health personnel, persona de salud*).

Com base na identificação dos títulos, todos os resumos foram acessados via internet e, em seguida, foram capturados e reunidos via *software* de gerenciamento bibliográfico *on-line* gratuito (EndNote Web), que, entre outros recursos, disponibiliza a exclusão de trabalhos duplicados e, após execução dessa tarefa, obtiveram-se 1.599 títulos. O procedimento de leitura para identificação dos critérios de inclusão foi realizado pelas pesquisadoras, que usaram planilhas de *Excel* para organizar os trabalhos reunidos, ao passo que, após duas revisões em todos os títulos e resumos, obtiveram-se 16 artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta revisão.

A definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados foi a terceira etapa desta RI. Ano de produção, título, autores, profissão e titulação dos autores, periódico, estado/país, descritores e palavras-chave, base de dados de localização dos autores,

categoria da pesquisa, natureza da pesquisa, referencial teórico, método de análise dos dados, população, cenário do estudo e temática do artigo foram as informações catalogadas em fichas bibliográficas. Acrescentou-se, nesses fichamentos, a identificação do conhecimento científico produzido sobre a atenção em anticoncepção relacionado aos trabalhadores da APS, de modo que, nesse passo de avaliação dos estudos, necessitou-se acesso ao texto completo dos estudos selecionados.

Com apoio dos recursos do *software* webQDA (SOUZA et al., 2013), todo o material dos artigos selecionados foi organizado e codificado (APÊNDICE C) e, após leitura, (re)leituras e análise crítica de cada estudo, foi possível elaborar as seguintes categorias para esta RI: percepções e conhecimentos dos trabalhadores da APS sobre aspectos relacionados com a atenção em anticoncepção; ações, intervenções e avaliações dos trabalhadores da APS e serviços relacionados com a atenção em anticoncepção; e fragilidades e potencialidades dos trabalhadores da APS e serviços relacionados com a atenção em anticoncepção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os estudos

O resultado da busca nas bases de dados e a captura dos títulos via o *software* de gerenciamento bibliográfico *on-line* gratuito (EndNote Web) permitiram encontrar 1.599 artigos, dos quais 16 foram selecionados para esta revisão integrativa por estarem de acordo com os critérios de inclusão e, consequentemente, por abordarem o objeto de estudo desta revisão integrativa. Entre os dezesseis estudos selecionados, dez foram realizados nas Américas. Destes, seis se concentraram na América do Sul. No Brasil, foram destacados cinco estudos: Pierre e Clapis (2010), Queiroz et al. (2010), Moura et al. (2011), Casarin e Siqueira (2014) e Spinelli et al. (2014). Na Nicarágua, Bolívia e no Equador tem-se o estudo de Jaruseviciene et al. (2013), que foi realizado simultaneamente nesses três países. Os EUA foram o país responsável pelos quatro estudos realizados na América do Norte: Rubin et al. (2011), Parisi et al. (2012), Rubin; Davis e McKee (2012) e Harper et al. (2013). Nos continentes africano e asiático desenvolveram-se dois estudos: Prata et al. (2011) e Tafese; Woldie e Megerssa (2013); e Sebastian et al. (2012) e Viswanathan et al. (2012), respectivamente. No

continente europeu encontrou-se somente um estudo: Dias et al. (2014). O estudo de Aksu et al. (2010) enquadra-se como transcontinental (Euroasiático), uma vez que foi desenvolvido na Turquia.

Os autores, em sua maioria, justificam seus estudos descrevendo os contextos sociais de cada realidade estudada e os indicadores de saúde afins à temática da anticoncepção. Por exemplo: Prata et al. (2011) e Tafese; Woldie e Megerssa (2013) versam sobre a realidade da Etiópia. O primeiro estudo sustenta que mulheres etíopes têm baixa taxa de utilização de contraceptivos e grande necessidade não atendida em relação aos métodos contraceptivos; o segundo sinaliza que o programa de planejamento familiar etíope, assim como em muitos países em desenvolvimento, concentra esforços para alcançar a redução das taxas de natalidade. O estudo de Sebastian et al. (2012) segue mesma linha, visto que apresenta as taxas de fecundidade em Uttar Pradesh, um dos estados mais pobres da Índia. Na época do estudo, o país apresentava taxa de fecundidade de 3,8 filho por mulher, com aumento para 4,1 filho por mulher nas áreas rurais. Viswanathan et al. (2012) caracterizam que, em 2002, o Afeganistão apresentava uma das mais altas taxas de mortalidade materna do mundo, consequência de muitos anos de instabilidade e conflitos naquele território.

A justificativa baseada no conceito de gravidez indesejada e suas derivações, como taxa de gravidez indesejada e gravidez indesejada e os desafios para saúde pública, foi adotada por três dos quatro estudos norte-americanos (RUBIN et al., 2011; PARISI et al., 2012; HARPER et al., 2013). Os autores mencionam que aproximadamente 50% das mulheres americanas em idade fértil iriam experimentar uma gravidez indesejada. Com pequena variação, Aksu et al. (2010) e Spinelli et al. (2014) contextualizam a gravidez indesejada com o desfecho do aborto para justificar seus estudos. O estudo brasileiro de Spinelli et al. (2014) informa que, de acordo com a OMS, cerca de 50% das 18 milhões de gestações anuais não são planejadas, de modo que 23% delas resultam em aborto. Complementa afirmando que são realizados anualmente no Brasil cerca de 1 milhão de abortos induzidos, fato que acarreta 250 mil internações no SUS para tratar as complicações decorrentes desse ato.

A gravidez na adolescência e suas consequências foram a fundamentação para Queiroz et al. (2010), Jaruseviciente et al. (2013) e Rubin, Davis e McKee (2012). Os demais estudos: Pierre e Clapis (2010), Moura et al. (2011), Casarin e Siqueira (2014) e Dias et al. (2014) adotam justificativas mais variadas, em sua maioria relacionadas aos serviços de saúde e/ou às atitudes dos trabalhadores de saúde em relação à atenção em anticoncepção. Esse variado leque de

contextualizações e justificativas para a realização dessas pesquisas relacionadas à atenção em anticoncepção e aos trabalhadores da APS denota, já na introdução dos artigos, a relevância do tema em análise.

A pertinência do tema dos estudos encontrados também pode ser validada com a diversidade de aspectos trabalhados no que concerne, propriamente, à atenção em anticoncepção. Dos 16 estudos, cinco têm delineamento mais direcionado ao que denominam assistência ao planejamento familiar. Entre esses estudos, estão os de Pierre e Clapis (2010) e Tafese; Woldie e Megerssa (2013). Queiroz et al. (2010) e Jarusevicene et al. (2013) continuam a pontuar o aspecto da assistência ao planejamento familiar, ampliando para o conceito de saúde sexual e saúde reprodutiva, entretanto, com maior foco aos adolescentes. Casarin e Siqueira (2014) direcionam seus estudos às ações de planejamento familiar voltadas para os homens.

Quatro estudos dão destaque aos contraceptivos reversíveis de longa-ação, comumente denominados pela sigla, em inglês, LARC (*Long-Acting Reversible Contraception*). Os estudos de Rubin et al. (2011), Rubin; Davis e McKee (2012), Harper et al. (2013) e Dias et al. (2014) incluem, em suas discussões, os aspectos relacionados com os dispositivos intrauterinos (DIU) e com os implantes subcutâneos.

Já os aspectos relacionados com o método LAM, contracepção de emergência (CE) e anticoncepcionais injetáveis foram abordados por dois estudos cada um. Tem-se, respectivamente: Moura et al. (2011) e Sebastian et al. (2012); Aksu et al. (2010) e Spinelli et al. (2014); e Prata et al. (2011) e Viswanathan et al. (2012). Cumpre salientar que alguns desses estudos discutem também métodos de espaçamento e contracepção pós-parto (SEBASTIAN et al., 2012) e cuidados pré-natais e assistência ao parto (VISWANATHAN et al., 2012). Por fim, Parisi et al. (2012) frisam as questões referentes às taxas de gravidez indesejada e às taxas de falha de uso típico de contracepção disponível.

Outra caracterização dos estudos diz respeito aos trabalhadores envolvidos em cada um deles, isso porque há diferenciação em relação à participação dos trabalhadores da APS em cada tipo de estudo.

- a) Estudos realizados com apoio dos trabalhadores da APS (estudos que precisaram dos trabalhadores para dar seguimento à pesquisa; estes não responderam às questões; suas ações foram usadas para que o estudo pudesse ser realizado; são estudos de intervenção/de prática): Sebastian et al. (2012) utilizaram os serviços de agentes comunitários (27 parteiras auxiliares de enfermagem, 108 ativistas sociais de saúde

credenciados, 117 trabalhadores Anganwadi⁴) para promover o método de espaçamento entre uma gravidez e outra; Prata et al. (2011) realizaram intervenção por meio de agentes de saúde reprodutiva de base comunitária e agentes de saúde para testar o fornecimento de anticoncepcionais injetáveis trimestrais; e Dias et al. (2014) optaram por realizar intervenção com 10 médicos de família, 8 enfermeiros e 6 secretárias clínicas para melhoria da obtenção de termos de consentimento para inserção de DIU e implantes;

- b) Estudos praticados com os trabalhadores da APS (realizados diretamente com estes; eles foram os sujeitos da pesquisa; responderam às questões e/ou foram observados): Parisi et al. (2012) utilizaram amostra inicial de 550 médicos de cuidados primários treinados em medicina interna geral ou medicina de família; somente 31% dos médicos de cuidados primários concluíram a pesquisa; Jaruseviciene et al. (2013) buscaram em 126 prestadores de cuidados primários (médicos, enfermeiros, outros prestadores, pessoal administrativo e estudantes de medicina) opiniões para melhorar a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes; Aksu et al. (2010) realizaram estudo com 120 profissionais de saúde, ou seja, trabalhadores em unidades de saúde de cuidados primários que concordaram em participar (71 parteiras, 21 enfermeiros, 28 médicos de clínica geral); Rubin et al. (2011) desenvolveram estudo com médicos de família dos EUA — o questionário foi respondido por 25% dos 3.500 participantes da amostra aleatória; Moura et al. (2011) entrevistaram 137 enfermeiros da ESF; No estudo de Queiroz et al., (2010) 8 enfermeiras de centros de SF foram entrevistadas; Spinelli et al. (2014) aplicaram questionário a 234 profissionais (154 enfermeiros e 80 médicos) de 117 unidades de SF; Pierre e Clapis (2010) realizaram estudo com 11 profissionais de saúde (1 médico generalista, 2 médicos residentes, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ACSs) de uma unidade de SF; Rubin, Davis e McKee (2012) trabalharam com 28 prestadores de cuidados primários, dos quais 9 são médicos de família, 10 pediatras e 9 obstetras/ginecologistas dos EUA; Harper et al. (2013)

⁴ Anganwadi — significa “abrigo pátio” em línguas indianas e faz parte do sistema público de saúde na Índia (WIKIPÉDIA, 2015).

- obtiveram de 584 profissionais de enfermagem elegíveis dos EUA respondidas ao estudo, incluindo 224 na atenção primária e 360 em saúde das mulheres; e Casarin e Siqueira (2014) elaboraram sua pesquisa com 22 enfermeiras coordenadoras do serviço de enfermagem da atenção básica e/ou coordenadoras de ações de planejamento familiar;
- c) Estudos realizados sobre os trabalhadores da APS (praticados indiretamente com eles; outros responderam sobre as ações de trabalhadores): Tafese; Woldie e Megerssa (2013) entrevistaram usuários sobre a satisfação dos serviços prestados pelos trabalhadores da APS sobre planejamento familiar, bem como observação das consultas de planejamento familiar realizadas pelos trabalhadores da APS (com preenchimento de *checklist* pelos pesquisadores); e Viswanathan et al. (2012) realizaram entrevista com 8.281 mulheres que nunca casaram (entre 10 e 49 anos). As questões estavam relacionadas com a presença de um ACS na comunidade e com o uso de métodos contraceptivos modernos, cuidados pré-natais e assistência aos partos.

Com base no detalhado acima, e considerando que um mesmo estudo comportou diferentes sujeitos de pesquisa, é possível visualizar que os trabalhadores de enfermagem (incluindo enfermeiros, auxiliares de enfermagem e parteiras) aparecem por dez vezes nos mais diversos tipos de estudos reunidos nesta revisão; a figura do médico (de família, pediatra, ginecologista ou obstetra) veio à baila por oito vezes; os ACSs (respeitando as peculiaridades de cada contexto estudado) são por quatro vezes apresentados nos estudos aqui reunidos, e a definição “outros trabalhadores da APS”, de modo geral, aparece por duas vezes nos estudos selecionados.

Em relação aos delineamentos e aspectos metodológicos dos estudos encontrados, observa-se que dez estudos utilizaram o delineamento quantitativo (AKSU et al., 2010; MOURA et al., 2011; PRATA et al., 2011; RUBIN et al., 2011; PARISI et al., 2012; VISWANATHAN et al., 2012; HARPER et al., 2013; TAFESE; WOLDIE; MEGERSSA, 2013; SPINELLI et al., 2014; DIAS et al., 2014); quatro estudos optaram pelo desenho qualitativo (QUEIROZ et al., 2010; RUBIN; DAVIS; McKEE, 2012; JARUSEVICIENE et al., 2013; CASARIN; SIQUEIRA, 2014); e somente dois estudos trabalharam de forma mista, isto é, quali-quantitativo (PIERRE; CLAPIS, 2010; SEBASTIAN et al., 2012). Independentemente do modelo de

delineamento escolhido, os instrumentos para coleta de dados mais utilizados foram as entrevistas e os questionários.

O Quadro 1 ilustra o que foi apresentado até o momento com foco nos objetivos e nos aspectos metodológicos de cada artigo selecionado.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura, de acordo com os objetivos e os aspectos metodológicos – Florianópolis (SC), 2016.

Referência	Objetivo(s)	Sujeitos/ Local do estudo	Delineamento/Tipo de estudo + Instrumentos de coleta de dados
Aksu et al. (2010)	Explorar a extensão de conhecimento que os prestadores de cuidados de saúde que trabalham em unidades de cuidados de saúde primários em Aydin, Turquia, tem sobre CE. Determinar se eles estavam focando aconselhamento em CE. Entender qual as barreiras e os equívocos nesse contexto.	120 profissionais de saúde que trabalham em unidades de cuidados de saúde primários em Aydin, Turquia, incluindo 71 parteras (59,2%), 21 enfermeiros (17,5%) e 28 médicos de clínica geral (23,3%).	Quantitativo/ Estudo descritivo e transversal + Questionário e Entrevista
Pierre e Chaps (2010)	Identificar a assistência oferecida pelos profissionais de saúde que atuam em planejamento familiar, numa unidade de SF, no município de Ribeirão Preto (SP).	1 médico generalista, 2 médicos residentes, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ACSs. Participaram da pesquisa 11 profissionais de uma unidade de SF, no município de Ribeirão Preto.	Quali-quantitativo/ Estudo descritivo, com corte transversal + Entrevista
Queiroz et al. (2010)	Conhecer o atendimento ao adolescente no serviço de planejamento familiar, sob a ótica dos enfermeiros.	8 enfermeiras de centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, do município de Fortaleza (CE).	Qualitativo/ Estudo descritivo + Entrevista semiestruturada
Monra et al. (2011)	Identificar experiências, pessoas de enfermagem com aleitamento materno e com o LAM. Conhecer motivos para a não adoção do aleitamento materno ou adoção do aleitamento misto. Estabelecer a relação entre a experiência pessoal de enfermagem com o LAM e a orientação dessa forma de anticoncepção à clientela da unidade básica de saúde.	137 enfermeiros da ESF de Fortaleza.	Quantitativo/ Estudo transversal de campo + Entrevista
Prata et al. (2011)	Determinar se os agentes de saúde reprodutiva de base comunitária numa região rural da Etiópia podem fornecer anticoncepcionais injetáveis para mulheres com níveis similares de segurança, eficácia e aceitabilidade como agentes de saúde. Testar o fornecimento de anticoncepcionais injetáveis por agentes de saúde reprodutiva de base comunitária.	30 agentes de saúde de base comunitária e 15 agentes de saúde das áreas-alvo. Estudo realizado com 1.062 mulheres da região de Tigray, Etiópia.	Quantitativo/ Estudo de intervenção comunitário não prospectivo randomizado + Formação de 10 dias para os dois tipos de agentes e questionários aplicados às mulheres que participaram da intervenção
Rubin et al. (2011)	Compreender potenciais facilitadores e barreiras para inserção de contraceptivo intramutero (IUC) por médicos de família. Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos de família que inserem IUC para aqueles que não o fazem. Descrever a prática de médicos de família com a inserção IUC. Avaliar a percepção de taxa de gravidez indesejada, de taxa de gravidez quando não se utilizam nenhum método contraceptivo e de taxa de falha de uso típico dos contraceptivos disponíveis.	Amostra nacional aleatória* de uma população de 95.000 médicos de família nos EUA (3.500). Taxa de respostas de 25%.	Quantitativo + Inquérito auto-administrado com 45 itens
Partsi et al. (2012)	Buscou-se identificar as características de médicos associados à percepção inadequada dessas taxas, a fim de identificar possíveis áreas de esforços educativos.	550 médicos de cuidados primários treinados em medicina geral interna ou medicina de família do oeste da Pensilvânia, Central Pensilvânia, Rhode Island ou Oregon (EUA). Apenas 172 (31%) concluíram a pesquisa.	Quantitativo + Questionário on-line
Rubin, Davis e McKeer (2012)	Explor o que os prestadores de cuidados primários pensam sobre as barreiras e facilidades para prescrição de LARC para adolescentes.	28 profissionais de saúde (9 médicos de família, 10 pediatras, 9 ginecologistas) dos EUA.	Qualitativo + Entrevistas

Continua...

Referência	Objetivo(s)	Sujeitos/ Local do estudo	Delimitação/ Tipo de estudo + Instrumentos de coleta de dados
Conclusão.			
Sebastian et al. (2012)	Aumentar o conhecimento e a adoção do método de espaçamento (LAM) e contracepção pós-parto através de aconselhamento por agentes comunitários. Testar uma abrangente intervenção de comunicação por agentes comunitários.	959 mulheres grávidas (entre 15 e 24 anos) que viviam em Uttar Pradesh, na Índia — grupos de intervenção (477 mulheres) por aconselhamento de agentes comunitários e grupos de comparação (482 mulheres), no quarto e nono mês subsequentes ao parto.	Estudo Misto (Quali/Quantit) + Acompanhamento por agente comunitário no grupo de intervenção/ 3 rodadas de entrevistas
Viswanathan et al. (2012)	Determinar se a presença de um ACS na comunidade está associada com o aumento do uso de contraceptivos modernos, assistência pré-natal qualificada e assistência aos partos. Análisa ainda se o efeito varia de acordo com o sexo do ACS.	8.320 famílias em 29 províncias do Afeganistão. Foram entrevistadas mulheres (entre 10 e 49 anos) que nunca casaram. Houve total de 8.659 mulheres elegíveis na amostra, das quais 8.281 foram entrevistadas.	Quantitativo/ modelo multinível adotando estudo transversal + Entrevistas
Harper et al. (2013)	Identificar o aconselhamento e a prestação de práticas de métodos LARC entre os enfermeiros que atendem mulheres em idade reprodutiva.	584 enfermeiros elegíveis dos EUA responderam à pesquisa, incluindo 224 na atenção primária e 360 em saúde das mulheres.	Quantitativo + Questionário
Janusvicdene et al. (2015)	Recolher opiniões dos prestadores de cuidados de saúde primários da Nicarágua, Bolívia e do Equador sobre como a saúde sexual e a saúde reprodutiva ao adolescente em suas comunidades podem ser aprimoradas.	126 profissionais de saúde (entre médicos, enfermeiros, outros prestadores de serviços, pessoal administrativo e estudantes de medicina) de 7 centros de saúde primários (2 na Bolívia, 3 no Equador e 2 na Nicarágua) que estão vinculados ao projeto CERCA (Assistência de Saúde Reprodutiva para adolescentes da América Latina), que consiste num projeto de pesquisa intervencionista financiado pela Comissão Europeia.	Qualitativo + Grupos de discussões, mas para o estudo somente as respostas das questões semiestruturadas foram analisadas
Tafese, Woldie e Megerssa (2013)	Avaliar a qualidade dos serviços de planeamento familiar nos centros de saúde de Jimma Zone, sudoeste da Etiópia. Identificar os problemas existentes no atendimento aos clientes (e buscar soluções), atrair clientes para o planeamento familiar e também garantir o uso contínuo do serviço.	301 clientes de planeamento familiar e 150 sessões de consultas realizadas nos centros de saúde de Jimma Zone, sudoeste da Etiópia, foram observadas por enfermeiros treinados (usando <i>checklists</i>).	Quantitativo + Entrevistas e observação de consultas
Spinelli et al. (2014)	Caracterizar a oferta de contracepção de emergência nas unidades de SF de Recife, sob a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros.	80 médicos e 154 enfermeiros, totalizando a amostra em 234 profissionais de saúde de 117 unidades de SF de Recife.	Quantitativo/ Observacional descritivo + Questionário com perguntas abertas e fechadas
Dias et al. (2014)	Realizar ciclo de melhoria de qualidade, a fim de aumentar a taxa de obtenção de consentimento informado para inserção do DIU e implante subcutâneo.	18 médicos, 10 médicos de família, 8 enfermeiros e 6 secretárias clínicas de Portugal.	Quantitativo/ + Estudo pré-experimental, pré-intervenção e pós-intervenção, sem grupo controle
Casarin e Siqueira (2014)	Conhecer a visão das enfermeiras sobre a busca das ações e dos serviços de planeamento familiar pelos homens nos municípios de uma região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.	22 enfermeiras coordenadoras do serviço de enfermagem da atenção básica e/ou coordenadoras de ações de planeamento familiar.	Intervenção Qualitativo + Entrevistas

Fonte: Elaboração da Autora, (2016).

Síntese dos estudos

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico que, em seus resultados, apresentam as percepções e conhecimentos dos trabalhadores da APS sobre os aspectos relacionados à atenção em anticoncepção; as ações, intervenções e avaliações dos trabalhadores da APS e serviços concernentes à atenção em anticoncepção; e as fragilidades e potencialidades dos trabalhadores da APS e serviços relacionados à atenção em anticoncepção.

I - Percepções e conhecimentos dos trabalhadores da APS sobre aspectos relacionados à atenção em anticoncepção

Três estudos abordam as percepções dos trabalhadores da APS referentes à atenção em anticoncepção oferecida aos adolescentes: Queiroz et al. (2010), Rubin, Davis, McKee (2012) e Jaruseviciene et al. (2013). No primeiro estudo, as percepções das enfermeiras sobre o atendimento de planejamento familiar aos adolescentes denotam que este é precário e pouco específico. Elas expõem a necessidade de serem implementadas estratégias de educação em saúde que envolvam mais esta clientela, assim como o estreitamento de vínculo entre usuários e profissionais (QUEIROZ et al., 2010). O segundo estudo apresenta discussão sobre a percepção do nível de conforto dos médicos em prescreverem, para adolescentes, contraceptivos reversíveis de longa-ação. Como exemplo, tem-se o DIU. Muitos dos entrevistados mencionaram que uma das principais barreiras em relação à prescrição de LARC para adolescentes está associada com o possível aumento de DSTs nessa faixa etária. O estudo conclui que a maneira como o médico percebe a gravidez na adolescência, as DSTs e a gravidez de risco é o que irá influenciar em sua atitude em relação à prescrição de DIU para adolescentes, ou seja, quanto maior a percepção de risco para DST, menor será o aconselhamento para DIU aos adolescentes (RUBIN; DAVIS; MCKEE, 2012). No terceiro estudo, os participantes enfatizaram a importância do nível gerencial para melhorar a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes; acreditam que para aumentar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde é necessária a diminuição das formalidades; sublinham a primazia da manutenção do sigilo e da privacidade para pacientes adolescentes; percebem a escola como promotora de serviços de saúde; veem os pais como parceiros potencialmente significativos para melhoria dos cuidados voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, mas sugerem que os próprios pais

precisam de educação sexual e demandam por amplo envolvimento da comunidade (líderes comunitários e organizações comunitárias) nas respostas à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos adolescentes (JARUSEVICIENE et al., 2013).

As percepções dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a oferta de contracepção de emergência (CE) nas unidades de SF de Recife são trabalhadas por Spinelli et al. (2014). Em linhas gerais, os resultados apontam que 90,6% dos participantes referiram que há disponibilidade de CE nas unidades; 98,7% afirmaram que a mulher recebe orientação em CE; 85% dos profissionais declararam que já prescreveram CE; somente 8,5% consideram a CE um direito da mulher; 67,5% dos médicos relataram que costumam informar sobre CE — entre os que não informam (10%), o principal motivo apontado é a falta de oportunidade; 82,5% dos enfermeiros referiram que costumam informar sobre CE — entre os que não informam (6,5%), o principal motivo apontado é para que não se torne rotina; 48,8% dos médicos e 50,6% dos enfermeiros informaram que já realizaram a prescrição de CE nas três situações preconizadas (relação sexual desprotegida, estupro e falha do método) (SPINELLI et al., 2014).

Pierre e Clapis (2010) buscaram saber qual é a percepção dos profissionais sobre o serviço de planejamento familiar oferecido. Os dados sugerem que as unidades de SF não se constituem num local de capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema de planejamento familiar. Os profissionais que participaram do estudo percebem como fatores para qualidade da assistência em planejamento familiar: a informação; a oferta de métodos anticoncepcionais; a eficácia do método e a pronta-entrega do preservativo masculino; o aconselhamento sobre as repercussões de uma gravidez não planejada; a sexualidade desvinculada da gestação; a inclusão do parceiro sexual nas decisões sobre planejamento familiar; e a realização de orientação em grupo para adolescentes, mulheres e casais, apesar de citarem que enfrentam dificuldades para implementar grupos (PIERRE; CLAPIS, 2010).

A visão de enfermeiros (de cuidados primários e da saúde da mulher) sobre aconselhamento e prestação de LARC é resgatada pelo estudo de Harper et al. (2013). Em relação à habilidade sobre inserção do DIU, os próprios enfermeiros de cuidados primários perceberam suas limitações nesse quesito, de modo que apenas 12% relataram que se sentem confortáveis para inserir o DIU, embora 92% acreditam que o DIU é um método seguro. Por sua vez, 72% dos enfermeiros da saúde da mulher informaram que se sentem confortáveis para inserir o DIU, e 98% julgam que ele é um método seguro; 73% dos enfermeiros

acreditam que o DIU é subutilizado (HARPER et al., 2013).

Outro estudo que mostra a percepção das enfermeiras sobre o serviço de planejamento familiar é o de Casarin e Siqueira (2014). Entretanto, agora o foco está direcionado aos serviços de planejamento familiar oferecido aos homens. As enfermeiras entrevistadas reportaram que os homens são clientela que dificilmente procura a unidade básica de saúde para questões de planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva. A vergonha, o preconceito e o medo de se sentirem vulneráveis foram apontados como possíveis fatores para o distanciamento dos homens em buscar o serviço de planejamento familiar. Já em relação à procura por esterilização (vasectomia), os maiores entraves percebidos são as ideias equivocadas e preconcebidas. A conclusão do estudo aponta que, apesar de as ações de planejamento familiar não estarem direcionadas para a saúde do homem, algumas enfermeiras procuram integrá-las às ações da unidade básica de saúde (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

Parisi et al. (2012) sinalizaram a percepção e o conhecimento de médicos de cuidados primários em relação à prevalência de gravidez indesejada nos EUA. A maioria (54% dos médicos de cuidados primários) subestimou a prevalência de gravidez indesejada nos EUA, ou seja, eles supunham que nesse país a maioria das gravidezes são desejadas, mas pesquisas revelaram que, por lá, aproximadamente 50% das gravidezes são indesejadas. Frequentemente, os médicos de cuidados primários subestimaram as taxas de insucesso de uso típico dos contraceptivos disponíveis como anticoncepcionais orais, preservativos e anticoncepcionais injetáveis, isto é, acreditavam que os métodos listados são mais eficazes do que realmente são. Além de ser evidenciada propensão para superestimar a taxa de falha do DIU, ou seja, eles atribuíram taxa de falha muitíssimo maior do que realmente o DIU apresenta (PARISI et al., 2012).

Levando em conta a percepção de enfermeiros da APS, Moura et al. (2011), em seu estudo, demonstraram que a experiência pessoal de enfermeiros com o LAM não influenciou na promoção deste método entre a clientela assistida por estes profissionais.

Alguns estudos apontaram défices de conhecimento dos trabalhadores da APS em relação ao tema da anticoncepção: nenhum deles conhecia o LAM antes do início da formação acadêmica (SEBASTIAN et al., 2012). Os profissionais de saúde que trabalhavam em unidades de cuidados de saúde primários tinham conhecimento insuficiente sobre CE, e 21,6% dos participantes viam a CE como método abortivo (AKSU et al., 2010). No estudo de Spinelli et al.

(2014), um participante afirmou que a CE é microabortiva, que há lacunas na formação e no conhecimento dos médicos de família dos EUA, bem como atitudes que resultam em perda de oportunidades para fornecer DIUs a todos as pacientes elegíveis e discutir a respeito. Apesar do fato de esses dispositivos serem opção para mulheres com histórico de gravidez ectópica, para mulheres e adolescentes nuligestas e para mulheres com histórico de doença inflamatória pélvica ou DST há mais de três meses da inserção, muitos inquiridos eram neutros ou improváveis de recomendar DIU para mulheres com qualquer dessas causas em seu histórico médico (RUBIN et al., 2011). Muitos dos enfermeiros não estavam cientes sobre o amplo leque de mulheres elegíveis para o DIU. De acordo com os critérios clínicos de elegibilidade para contracepção (abrangendo adolescentes e mulheres nulíparas), somente 29% dos enfermeiros de cuidados primários (e 51% na saúde da mulher) pensaram que as adolescentes eram elegíveis para a inserção do DIU. Em geral, os enfermeiros de cuidados primários têm menor conhecimento sobre elegibilidade do paciente para o DIU do que os de saúde da mulher. Poucos enfermeiros de cuidados primários estavam cientes dos benefícios não contraceptivos do DIU liberador de levonorgestrel, incluindo melhora na menorragia e dismenorreia. Entre os enfermeiros de cuidados primários constatou-se menor conhecimento acerca do método (e suas contraindicações), bem como percepções mais elevadas de riscos associados ao DIU, particularmente preocupações sobre DSTs, doença inflamatória pélvica e infertilidade (HARPER et al., 2013).

Em relação ao conhecimento satisfatório e/ou adequado dos trabalhadores da APS sobre os aspectos relacionados à atenção em anticoncepção, tem-se que os participantes, do estudo de Jarusevicene et al. (2013), estão cientes das barreiras enfrentadas pelos adolescentes no campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva. No estudo de Spinelli et al. (2014), 67,5% dos médicos e 87,7% dos enfermeiros alegaram conhecer o manual de planejamento familiar do MS, e 47,5% dos médicos e 53,2% dos enfermeiros disseram estar a par do manual de direitos reprodutivos do município; 67,5% dos médicos e 83,1% dos enfermeiros alegaram conhecer as três indicações para o uso de CE (relação sexual desprotegida, estupro e falha do método), e 41,3% dos médicos e 56,5% dos enfermeiros responderam que o mecanismo de ação da CE ocorre pelo impedimento ou atraso da ovulação e fecundação.

A respeito de demandas relacionadas à formação/capacitação dos trabalhadores da APS, tem-se, em Harper et al. (2013), que a maioria

dos enfermeiros (86%) foram treinados em planejamento familiar, incluindo quase todos os enfermeiros (97%) da saúde da mulher. Sobre formação e competência em inserção de implantes: 26% dos enfermeiros da saúde da mulher se disseram competentes quanto à inserção de implantes (contra apenas 6% dos de cuidados primários); 50% dos enfermeiros da saúde da mulher e 30% dos de cuidados primários desejavam ter formação em implantes; 20% dos enfermeiros profissionais da saúde da mulher e 35% dos de cuidados primários almejavam ter formação em DIU. No geral, metade dos participantes deseja ter formação em LARC, sem diferença significativa por especialidade. Enfermeiros da saúde da mulher tinham conhecimento mais preciso do método (e suas contra-indicações), mas alguns enfermeiros de cuidados primários sabiam que o DIU é apropriado para mulheres em condição comum (diabetes, obesidade, tabagismo). Entre os enfermeiros de cuidados primários, a formação relacionada com DIU e implantes é rara, embora muito desejada tanto pelos enfermeiros de cuidados primários como os da saúde da mulher (HARPER et al., 2013).

Com base no que foi detalhado acima, referente às **percepções e conhecimentos dos trabalhadores da APS sobre aspectos relacionados à atenção em anticoncepção**, desvela-se múltiplos fatores que interferem na qualidade da atenção em anticoncepção oferecida — a começar pelas próprias percepções e conhecimentos dos trabalhadores de saúde. Em alguns estudos, os trabalhadores da APS constataram precariedade do atendimento à saúde sexual e à saúde reprodutiva, em especial, aos adolescentes e aos homens. Não são raros os exemplos que mostraram percepções equivocadas que interferem diretamente na qualidade da atenção prestada, assim como experiências pessoais e crenças dos trabalhadores de saúde, em relação aos métodos anticoncepcionais, que também podem repercutir na atenção oferecida. Vinculado às percepções está o conhecimento sobre os aspectos da atenção em anticoncepção. As limitações quanto ao conhecimento dos trabalhadores da APS sobre os aspectos relacionados ao tema da anticoncepção, bem como as dificuldades em realizar formação no contexto da APS, implicam riscos à oferta de uma atenção em anticoncepção adequada. Entretanto, os trabalhadores da APS reivindicaram formação e capacitação para os temas que permeiam a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Além disso, defenderam estratégias de educação em saúde que envolvam toda a comunidade, incluindo parceira com escolas e pais de adolescentes, por exemplo. Preconizaram, ademais, o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, bem como o respeito aos direitos sexuais e aos direitos

reprodutivos para a efetivação da atenção em anticoncepção na APS.

II - Ações, intervenções e avaliações dos trabalhadores da APS e serviços concernentes à atenção em anticoncepção

Três estudos tratam de apontar ações dos trabalhadores da APS sobre os aspectos relacionados com a atenção em anticoncepção: ações para melhorar os serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva para adolescentes (JARUSEVICIENE et al., 2013); a ação relacionada à presença de agentes comunitários do sexo feminino na comunidade e sua relação com o aumento dos serviços de saúde reprodutiva (VISWANATHAN et al., 2012); e a ação de promoção do LAM após experiência pessoal com este, como método contraceptivo (MOURA et al., 2011).

Detalhadamente, Jarusevicene et al. (2013) sinalizaram que são necessários esforços (ações) de nível gerencial para melhorar os serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva para adolescentes. Fomentaram as ações em rede com escola, pais e comunidade, bem como políticas de apoio para melhorar a saúde sexual e saúde reprodutiva (JARUSEVICIENE et al., 2013). Viswanathan et al. (2012) abordaram o tema da presença de agentes comunitários do sexo feminino na comunidade. Os resultados indicaram que os ACSs do sexo feminino contribuem para o aumento da cobertura de serviços de saúde reprodutiva no contexto estudado (VISWANATHAN et al., 2012). Por fim, Moura et al. (2011) pesquisaram sobre a experiência de enfermeiros com o uso do LAM como método anticonceptivo, bem como a promoção do referido método no cotidiano dos serviços desses enfermeiros. Apenas 19,6% dos enfermeiros afirmaram ter usado LAM como método anticonceptivo. Os resultados revelaram que não houve significância estatística comparando-se o grupo que referiu experiência pessoal com LAM e os grupos de profissionais que haviam usado aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno misto, em relação à promoção do LAM às suas clientes (MOURA et al., 2011).

Em relação às intervenções realizadas com e/ou mediante trabalhadores da APS, encontraram-se três estudos. Dois deles com intervenções por meio de ACSs: Sebastian et al. (2012) e Prata et al. (2011). Sebastian et al. (2012) realizaram intervenção de comunicação por meio de agentes comunitários para promoção de métodos de espaçamento. O estudo de Prata et al. (2011) também realizou intervenção (após dez dias de formação) com agentes de saúde reprodutiva de base comunitária, para o fornecimento de

anticoncepcionais injetáveis trimestrais. Os resultados desse estudo reforçaram o papel desses agentes na ampliação do acesso aos métodos anticoncepcionais modernos (PRATA et al., 2011). Dias et al. (2014), cujo objetivo é aumentar a taxa de consentimento informado para DIU e implante subcutâneo, realizaram intervenção (por intermédio de grupos focais) com 15 profissionais de unidade de SF de Portugal. Assim definidas as seguintes estratégias de implementação: colocação dos DIUs e implantes dentro de uma caixa colorida na sala de planejamento familiar; criação de um dossiê com consentimentos por preencher (colocados em cima da caixa colorida); colocação de novas cópias de consentimento a preencher sempre que se retira a última; e colocação de recordatório na caixa colorida. Os resultados revelaram que essa simples intervenção oportunizou a obtenção dos consentimentos informados na totalidade dos procedimentos, comparativamente aos 62,5% da fase pré-intervenção (DIAS et al., 2014).

Em relação à avaliação dos serviços relacionados com a atenção em anticoncepção, dois estudos se destacam: Tafese; Woldie e Megerssa (2013) e Pierre e Clapis (2010). Tafese; Woldie e Megerssa (2013) determinaram que o escore médio de satisfação geral com os serviços de planejamento familiar foi de 8,64, ao passo que 93,7% dos clientes estavam satisfeitos com os serviços de planejamento familiar fornecidos. Assim pontuados como preditores de satisfação ao planejamento familiar: o tempo de consulta suficiente, as informações adequadas sobre método escolhido de planejamento familiar e nível de educação dos clientes. Todavia, concluiu-se que a maioria das clínicas de planejamento familiar não possuía equipamentos e material adequados para os serviços de planejamento familiar; que os prestadores de serviço de planejamento familiar não estavam cumprindo a orientação das diretrizes de planejamento familiar e que nenhuma das clínicas de planejamento familiar apresentava número suficiente de pessoal qualificado de acordo com essas mesmas diretrizes (TAFESE; WOLDIE; MEGERSSA, 2013). Pierre e Clapis (2010), em suas pesquisas avaliativas dos serviços relacionados com a atenção em anticoncepção, mostraram que os dados sugerem que a assistência em planejamento familiar (no serviço onde foi realizado o estudo) não possibilita às mulheres o conhecimento da diversidade dos anticoncepcionais. E, apesar de os profissionais entenderem que o planejamento familiar oferecido na unidade de SF é de qualidade e o serviço é modelo, reforçaram que pode ser melhorado (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Os achados da categoria apresentada: **ações, intervenções e**

avaliações dos trabalhadores da APS e serviços concernentes à atenção em anticoncepção oportunizaram conhecer algumas ações para melhoria dos serviços oferecidos, para melhoria da comunicação e para promoção de métodos anticoncepcionais, além de solicitações para efetivação de ações em nível gerencial e em rede, especialmente com as escolas. Em relação às intervenções realizadas por meio dos trabalhadores da atenção primária, ficam nítidos os esforços realizados para estudar o diferencial do ACS na atenção em anticoncepção, bem como o potencial do ACS para ampliar o acesso dos usuários aos serviços voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Ainda sobre as intervenções, viu-se que não se trata de nada muito sofisticado: simples intervenções podem fazer a diferença na qualidade da atenção em anticoncepção oferecida. A respeito das avaliações dos serviços relacionados com a atenção em anticoncepção, observa-se que, em determinados contextos, os serviços oferecidos estão muito aquém do que é preconizado; em outros, embora considerados adequados, os resultados apontaram que necessitam de constantes melhorias.

III - Fragilidades e potencialidades dos trabalhadores da APS e serviços relacionados à atenção em anticoncepção

As percepções imprecisas de risco de gravidez (o que pode levar à prestação menos frequente de serviços de planejamento familiar); os equívocos em relação às taxas de insucesso de contraceptivos disponíveis (o que também pode influenciar na escolha de métodos menos eficientes); o fato de que médicos de cuidados primários podem não se sentirem responsáveis por atender necessidades de planejamento familiar são apontados por Parisi et al. (2012) como fragilidades da atenção em anticoncepção. Jaruseviciene et al. (2013) destacaram a seguinte fragilidade: os participantes de seu estudo aparentemente não notam a necessidade de mudar suas próprias perspectivas pessoais em relação às questões de saúde sexual e de saúde reprodutiva dos adolescentes. O fato de as opções de CE não terem sido dadas a conhecer às mulheres como parte da rotina de aconselhamento sobre planejamento familiar e o déficit de conhecimento sobre CE por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários são sinalizados por Aksu et al. (2010) como fragilidades no que se refere à atenção em anticoncepção de emergência. Moura et al. (2011) evidenciaram a falta de confiança na eficácia do LAM como uma fragilidade, de modo que isso foi identificado como motivo para o não uso, e desse mesmo modo, para a não indicação do método às usuárias. O estudo de Viswanathan et

al. (2012) desvelou várias fragilidades: a relação entre a distância da residência dos entrevistados e o CS mais próximo com a utilização dos serviços de saúde, ou seja, os resultados apontaram que mulheres que vivem mais longe do CS também são mais propensas a terem características individuais associadas a não utilização de serviços de saúde reprodutiva (incluindo uso de contraceptivos). A heterogeneidade da comunidade também colaborou significativamente quanto à diferença na utilização de serviços de saúde reprodutiva no Afeganistão rural, em que o provedor é fator importante, já que as mulheres, em grande parte desse país, raramente interagem com homens fora do ciclo familiar (VISWANATHAN et al., 2012).

As potencialidades extraídas dos resultados dos estudos são: a conquista da cooperação de todos os trabalhadores da APS é uma possibilidade para a promoção de aspectos relacionados com a anticoncepção (SEBASTIAN et al., 2012); a articulação entre escola, pais, comunidade e prestadores de saúde de cuidados primários foi apontada como potencial para apoio aos adolescentes no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e a ênfase que os profissionais de saúde atribuíram à necessidade de influenciar os aspectos culturais que interferem no acesso dos adolescentes aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva (JARUSEVICIENE et al. 2013); talvez o fato de as mulheres não precisarem se deslocar até o CS permitiu que os clientes de agentes de saúde reprodutiva de base comunitária fossem menos propensos a interromper as injeções após três ciclos (PRATA et al., 2011); a disposição da maioria dos participantes em receber educação em CE e o fato de os participantes que receberam educação em pós-graduação terem sido mais bem informados sobre CE são as potencialidades apresentadas no estudo de Aksu et al. (2010); e o fato de que as diferenciações entre os médicos inseridores e os não inseridores de DIU são potencialmente modificáveis; de que a experiência de inserção de DIU na residência é um importante preditor para inserção de DIU durante a prática assistencial; e de que os recém-formados são mais propensos a inserir DIU são as potencialidades sublinhadas por Rubin et al. (2011).

Neste tópico não foram abordadas as fragilidades e potencialidades dos estudos, mas, sim, o que os resultados destes apontaram como **fragilidades e potencialidades dos trabalhadores da APS e serviços relacionados à atenção em anticoncepção**. Entretanto, deve-se considerar a diversidade dos contextos onde os estudos foram realizados e, conseqüentemente, os resultados obtidos. Didaticamente, primeiro foram apresentadas as fragilidades caracterizadas por

percepções imprecisas e/ou equivocadas sobre os aspectos da atenção em anticoncepção, como: não se sentir agente promotor da atenção em anticoncepção, não considerar a possibilidade de mudança das perspectivas pessoais por parte dos próprios trabalhadores da APS; o déficit de conhecimento dos trabalhadores da APS; e, conseqüentemente, comprometimento da atenção oferecida, resultando em falta de confiança em determinado método anticoncepcional, bem como dificuldade de acesso aos serviços. Em seguida, as potencialidades que foram fundamentadas, basicamente, na cooperação de todos os trabalhadores da APS em oferecer atenção em anticoncepção de qualidade; em articular estratégias em rede, envolvendo toda a comunidade para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos; em realizar ações mais próximas às pessoas (inclusive no domicílio); no fomento à formação dos trabalhadores da APS; e na consideração de que grande parte das fragilidades é modificável.

Interessa pontuar que a discussão sobre o conceito de gênero costuma ser uma constante quando se trata dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Entretanto, nos estudos selecionados para esta RI, o conceito de gênero mostrou-se incipiente. Somente três estudos apresentaram breve discussão e esparsos resultados que fazem interface com o conceito de gênero. Parisi et al. (2012) citaram possíveis diferenças de percepções dos médicos de família dos sexos masculino e feminino em relação ao risco de gravidez e às taxas de insucesso de contraceptivos disponíveis. Viswanathan et al. (2012) avaliaram se o efeito do uso de contraceptivos modernos, a assistência pré-natal qualificada e assistência ao parto têm relação com o sexo do ACS (feminino ou masculino). Casarin e Siqueira (2014), que trataram de estudar os serviços de planejamento familiar para os homens, fizeram solicitações para se considerar as questões sobre gênero ao longo da discussão do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta RI sobre a atenção em anticoncepção pelos trabalhadores da APS reafirma a importância de resgatar a temática da atenção em anticoncepção, com seus variados aspectos relacionados, no contexto da APS, considerando as diferentes realidades vivenciadas pelos trabalhadores de saúde.

Os resultados apresentados pela primeira categoria, que ressalta as percepções e os conhecimentos dos trabalhadores da APS sobre a

atenção em anticoncepção, indicam que, quando equivocadas, percepções e conhecimentos, assim como as experiências pessoais e as crenças dos trabalhadores da APS, em matéria de saúde sexual e de saúde reprodutiva, repercutem diretamente na atenção oferecida; que há certa precariedade do atendimento à saúde sexual e à saúde reprodutiva, em especial, aos adolescentes e aos homens; que há limitações quanto ao conhecimento dos trabalhadores da APS sobre os aspectos relacionados ao tema; e que há dificuldades em realizar formação no contexto da APS. Esses foram alguns dos itens apontados (nos resultados dos estudos selecionados) como fatores que implicam riscos à oferta de uma atenção em anticoncepção adequada.

Quanto à segunda categoria — que trata das ações, intervenções e avaliações de atenção em anticoncepção —, entende-se que os estudos envolvem, em diferentes medidas, os diversos trabalhadores da APS. Entretanto, evidencia-se o diferencial dado ao ACS na atenção em anticoncepção. Alguns resultados apontam para o potencial do ACS em ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Além disso, os estudos fomentam ações para melhoria dos serviços oferecidos; para melhoria da comunicação; para promoção de métodos anticoncepcionais; e para efetivação de ações em nível gerencial e em rede.

Na terceira categoria — que aponta as fragilidades e as potencialidades dos trabalhadores da APS no contexto da atenção em anticoncepção —, observou-se que as fragilidades estão relacionadas às percepções e aos conhecimentos dos trabalhadores da APS e às dificuldades que enfrentam ao exercer a profissão: não se sentir agente promotor da atenção em anticoncepção; não considerar a possibilidade de mudança de suas próprias perspectivas pessoais; o déficit de conhecimento dos trabalhadores da APS; a falta de confiança em determinado método anticoncepcional; e dificuldade de acesso aos serviços. Já as potencialidades indicadas nos resultados de alguns estudos relacionam-se com a cooperação de todos os trabalhadores da APS em oferecer atenção em anticoncepção de qualidade; em articular estratégias em rede envolvendo toda a comunidade, em especial, as escolas e os pais dos adolescentes, a fim de garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos; em realizar ações mais próximas às pessoas (inclusive no domicílio); e no fomento à formação dos trabalhadores da APS.

A síntese dos estudos analisados revela a produção de conhecimento científico que valida a assertiva de que a APS é o lócus fundamental para que a atenção em anticoncepção aconteça de maneira

efetiva, sendo os trabalhadores da APS (adequadamente capacitados) imprescindíveis na oferta desses serviços.

Como recomendações para a prática, os resultados obtidos nos estudos preconizam a formação e capacitação dos trabalhadores da APS sobre os temas que permeiam a saúde sexual e a saúde reprodutiva; o fomento de estratégias de educação em saúde, que envolvam toda a comunidade, incluindo as escolas e os pais de adolescentes; o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde; e o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Vislumbra-se, aqui, a gama de inter-relações que se faz necessária para efetivação da atenção em anticoncepção na APS, e que múltiplos são os fatores que interferem na qualidade da atenção em anticoncepção oferecida. Apesar de os estudos selecionados para esta revisão detalharem diferentes contextos e abordarem diferentes aspectos da atenção em anticoncepção, percebe-se lacuna de estudos diagnósticos da situação da atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da APS, sobretudo em relação à formação/capacitação desses trabalhadores referente à temática da anticoncepção, nos mais diversos contextos, até no Brasil.

Realizar esta revisão integrativa permitiu identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da APS, bem como sintetizar o conhecimento produzido e reafirmar a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar a prática assistencial; ao mesmo tempo que retrata a necessidade de que novos estudos sejam desenvolvidos, a fim de compreender melhor os aspectos multidimensionais que envolvem a atenção em anticoncepção pelos trabalhadores da APS.

REFERÊNCIAS

- AKSU, H. et al. Knowledge and attitudes of health care providers working in primary health care units concerning emergency contraception. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, v.70, n. 3, p. 179-85, out. 2010. Disponível em: <<http://www.karger.com/Article/Abstract/316267>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BIREME. DeCS - Descritores em ciências da saúde. [base de dados na Internet] São Paulo: Bireme. 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>.

Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Unicef. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata (URSS),1979.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento familiar**: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150p.

_____. Secretaria de Política para as Mulheres. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Oficina - **“Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: rumos para Cairo + 20.”**, 2009. Disponível em:
<<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>>. Acesso em:22 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015. Brasília/DF, 2008. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 131p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014.

CASARIN, S. T; SIQUEIRA, H. C. H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Pelotas, v. 18, n. 4, p. 662-68, out./dez. 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0662.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.

DIAS, M. P. et al. Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planejamento familiar. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, n. 30, p. 168-72, 2014. Disponível em: <http://www.danielpinto.net/trabalhos/qualidade_consentimento.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, Feb 1987.

HARPER, C. C. et al. Counseling and provision of long-acting reversible contraception in the US: national survey of nurse practitioners. **Prev. Med.**, v. 57, n. 6, p. 883-88, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890255/pdf/nihms535257.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

JARUSEVICIENE, L. et al. Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. V Journal Article Research Support, Non-U.S. Gov't Sweden **Glob .Health Action**, v. 15, n. 6, p. 204-44, May 2013. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/20444/pdf_1>. Acesso em: 22 mar. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 168-79, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

MOURA, E. R. F. et al. Lactação com amenorreia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 40-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n1/06.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** – Plataforma do Cairo, 1994.

Disponível em:

<<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

PARISI, S. M. et al. Primary care physicians' perceptions of rates of unintended pregnancy. **Contraception**, v. 86, n. 1, p. 48-54, Jul. 2012.

Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708967/pdf/nihms484986.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

PIERRE, L. A.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2015.

PRATA, N. et al. Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents. **Bull. World Health Organ.**, v. 89, p. 556-64, Apr. 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150764/pdf/BLT.11.086710.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

QUEIROZ, I. N. B. et al. Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**.

Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 103-13, jul./set.2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/401/pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

RUBIN, S. E. et al. Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: a national survey of knowledge, attitudes and practice. **Contraception**; v. 83, n. 5, p. 472-78, May. 2011. Disponível em:

Disponível em:

<[http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00596-2/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00596-2/pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

RUBIN, S. E.; DAVIS, K.; MCKEE, M. D. Providing Long-acting

Reversible Contraception to Adolescents: What are Urban Primary Care Providers Thinking? **Journal of Adolescent Health**, v. 50, n. 2, p. 14-15, Feb. 2012. Disponível em: <<https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

SEBASTIAN, M. P. et al. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behavior change communication intervention. **Int. Perspect. Sex. Reprod. Health**, v. 38, n. 2, p. 68-77, Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3806812.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 11 ago. 2014.

SOUZA, F. N. de et al. **webQDA** - Manual do utilizador. Universidade de Aveiro, 2013. Disponível em: <<https://www.webqda.com/suporte/tutoriais>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SPINELLI, M. B. A. S. et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00227.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAFESE, F.; WOLDIE, M.; MEGERSSA, B. Quality of family planning services in primary health centers of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. **Ethiop. J. Health Sci.**, v. 23, n. 3, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847534/pdf/EJHS2303-0245.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

VISWANATHAN, K. et al. Can community health workers increase coverage of reproductive health services? **J. Epidemiol. Community Health**, v. 66, n. 10, p. 894-900, Nov. 2011. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/66/10/894.long>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

WIKIMEDIA FOUNDATION, Inc. Anganwadi. In: Wikipédia: the free encyclopedia. 2015. Disponível em: <<https://en.wikipedia.org/wiki/Anganwadi>>. Acesso em: 15 maio 2015.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Trentini e Paim (2004), o referencial teórico é utilizado para dar sustentação à formulação do problema de pesquisa, à interpretação, análise e discussão dos achados. Metaforicamente, citam que “[...] o referencial teórico ou marco teórico de uma pesquisa está para o pesquisador como o mapa está para o viajante no lugar desconhecido” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 49). Acrescentam que, na descrição do referencial, devem-se estabelecer interligações entre o problema de pesquisa e as proposições do referencial. Alertam que, na PCA, o referencial teórico torna-se mais complexo em razão da convergência da pesquisa com a prática assistencial, das mudanças e das inovações no contexto assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, para dar sustentação a esta pesquisa, elegeram-se como referencial teórico os marcos referenciais (internacionais e nacionais) que abordam os marcos legais e políticos, voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, os quais serão apresentados neste capítulo.

4.1 MARCOS REFERENCIAIS INTERNACIONAIS

Nesta seção, serão apresentados os marcos referenciais internacionais escolhidos para dar sustentação a esta pesquisa, segue: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

4.1.1 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994

Um dos documentos internacionais, eleito como base fundamental deste estudo, é o relatório da CIPD, realizada no Cairo, em 1994. A Plataforma do Cairo e seu Programa de Ação (PoA) nutre as políticas e os programas dos países signatários.

Passadas pouco mais de duas décadas da Conferência do Cairo, pode-se dizer que seu PoA ainda é atual. A assertiva contida no preâmbulo do documento valida o aumento da “[...] tomada de

consciência de que população, pobreza, sistemas de produção e de consumo e o meio-ambiente (sic) estão [...] inter-relacionados e que nenhum desses aspectos pode ser analisado isoladamente” (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p.39). O PoA do Cairo, que versa sobre as inter-relações entre população, crescimento econômico sustentado e desenvolvimento sustentável, dispõe de uma série de 15 princípios que orientam países na formulação de suas políticas e seus programas. Entretanto, o cumprimento das recomendações do PoA deve respeitar os diferentes valores religiosos e éticos, bem como a formação cultural de cada nação, sempre respeitando os direitos humanos internacionais, universalmente reconhecidos (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

Entre as abordagens dadas no PoA aos problemas de população e desenvolvimento, destacam-se as relacionadas à saúde reprodutiva. O Capítulo VII, que versa sobre direitos de reprodução e saúde sexual, apresenta o conceito de saúde reprodutiva.

É um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem (sic) à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com 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. Isto 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. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p.62).

Importa salientar que “[...] a promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva” (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p.62).

Ventura (2009, p. 74) confirma que a CIPD de 1994 é um marco no que diz respeito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, e ressalta que “[...] o campo da saúde sexual e reprodutiva é fértil para identificarmos restrições abusivas de direitos e liberdades”.

4.1.2 IV Conferência Mundial sobre a Mulher

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher foi celebrada no momento em que o mundo se apressava a “[...] transpor o umbral de um novo milênio” (ONU, 1995, p.155). E foi realizada em Pequim, em setembro de 1995, com o título: “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz” (ONU, 1995).

A Plataforma de Ação de Pequim consagrou três inovações: o conceito de gênero (para superação dos padrões de desigualdade); a noção de empoderamento (para que a mulher adquira o controle sobre seu desenvolvimento); e o enfoque da transversalidade (para que a perspectiva de gênero integre todas as políticas públicas) (ONU, 1995).

As áreas prioritárias trabalhadas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher foram: a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza; a desigualdade no acesso à educação e aos serviços de saúde; a violência contra a mulher; os efeitos dos conflitos armados sobre a mulher; a desigualdade quanto à participação nas estruturas econômicas; a desigualdade em relação à participação no poder político; a insuficiência de mecanismos institucionais para a promoção do avanço da mulher; as deficiências na promoção e proteção dos direitos da mulher; o tratamento estereotipado dos temas relativos à mulher nos meios de comunicação e a desigualdade de acesso a esses meios; a desigualdade de participação nas decisões sobre o manejo dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente; e a necessidade de proteção e promoção voltadas especificamente para os direitos da menina (ONU, 1995).

Para este estudo, realizou-se recorte entre os inúmeros objetivos estratégicos listados na Plataforma de Ação, priorizando aqueles que apresentam interface com o tema da pesquisa. Promover o acesso da mulher, durante toda sua vida, aos serviços de atendimento à saúde, à informação e aos serviços conexos (de baixo custo e de boa qualidade)

foi um dos objetivos estratégicos usados para dar luz a este estudo. Esta finalidade estratégica está situada no item C — A mulher e a saúde — do relatório da IV Conferência (ONU, 1995).

Interessa observar que os conceitos trabalhados e as medidas a serem tomadas convergem com o adotado na CIPD do Cairo, sendo que no relatório da IV Conferência Mundial sobre a Mulher os direitos humanos, que incluem os seus direitos a terem controle sobre os pontos relativos à saúde sexual e à saúde reprodutiva, são evidenciados. O relatório fomenta a capacitação das mulheres para controlar sua própria fertilidade e a responsabilidade compartilhada entre mulher e homem. Prioriza a prevenção da gravidez não desejada e prescreve que o máximo esforço deve ser empregado para eliminar a necessidade de aborto (ONU, 1995).

Para Ventura (2009), o documento da Conferência de Pequim reitera as recomendações de Cairo e avança estabelecendo modelo de intervenção.

4.1.3 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Com o propósito de reduzir a pobreza no mundo e garantir os direitos humanos fundamentais, a ONU promoveu, nos anos 2000, na cidade de Nova York, a Conferência do Milênio, onde foram firmados os ODMs (BRASIL, 2010b).

A erradicação da pobreza e da fome; a universalização do acesso à educação básica; a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a redução da mortalidade infantil; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças; a promoção da sustentabilidade ambiental; e o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento foram os oito ODMs definidos. Destes, quatro apresentam interface direta com as questões da saúde sexual e da saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010b).

Num esforço de cooperação entre as nações e com as avaliações sistemáticas para o alcance das Metas do Milênio, previstas para serem alcançadas no ano de 2015, evidenciam-se as potencialidades e as barreiras para a consolidação dos ODMs (BRASIL, 2010b).

Levando em conta o recorte necessário para dar seguimento a esta pesquisa, destacaram-se, ao longo deste estudo, o primeiro e o segundo

indicador da Meta B do ODM 5, que consistem em melhorar a saúde materna. As suas duas metas globais são: a) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e b) universalizar o acesso à saúde sexual e à saúde reprodutiva. O primeiro indicador da Meta B é a taxa de prevalência do uso de anticoncepcionais; o segundo, a taxa de fecundidade das adolescentes (BRASIL, 2014a).

4.2 MARCOS REFERENCIAIS NACIONAIS

Nesta seção, serão apresentados os marcos referenciais nacionais escolhidos para dar sustentação a esta pesquisa, segue: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), o documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência, as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e a Rede Cegonha.

4.2.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Para sustentação da pesquisa, considerando o lócus deste estudo, tem-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) — aprovada em 21 de outubro de 2011, por meio da publicação da portaria nº 2.488 —, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB considera os termos “Atenção Básica à Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”⁵ equivalentes. E tem na SF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (BRASIL, 2012b).

A PNAB define a atenção primária

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de

⁵ Neste estudo opta-se por usar a terminologia APS.

desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2012b, p. 19).

Descentralização, capilaridade, resolutividade, coordenação e ordenação do cuidado em rede são algumas das funções que a APS deve buscar para contribuir para a Rede de Atenção em Saúde (RAS). As RASs são arranjos organizativos de serviços/ações de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2012b).

A APS tem como fundamentos e diretrizes: território adstrito; acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade e a ampliação da autonomia dos usuários e das coletividades, bem como estimular a participação destes (BRASIL, 2012b).

Para este estudo, torna-se imprescindível compreender o que é regulamentado para os serviços/ações da APS, visto que é neste contexto, mais especificamente, com as eSFs que se busca atingir os objetivos traçados.

4.2.2 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo

Outro documento que sustenta a construção deste estudo — Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo — foi elaborado pelo MS em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, publicado em 2005. Este documento apresenta as diretrizes do governo tendo em vista a garantia dos direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva — sobretudo o planejamento familiar — e destina-se a gestores de políticas públicas, a profissionais de saúde e à sociedade civil (BRASIL, 2005).

O governo brasileiro respeita a garantia aos direitos humanos — entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos — e repudia o controle de natalidade, considerando-o estratégia inadequada para erradicar a pobreza (BRASIL, 2005). O documento: 1 - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo - deflagra o processo da série de documentos — Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos —, elaborada pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do MS, atualmente com dez cadernos: 2 - Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais; 3 - Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde; 4 - Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica; 5 - Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada — manual técnico; 6 - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica; 7 - Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde; 8 - Conversando com a gestante; 9 - Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa; e 10 - Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico.

A Política do Planejamento Familiar — apesar de conter estratégias definidas somente para o triênio de 2005 a 2007, no primeiro documento da série — é desenvolvida em parceria com MS, estados, municípios e sociedade civil organizada, considerando o âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal de 1988 no art. 226, §7º rege: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 2012a).

E a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996) no art. 2º define planejamento familiar 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. Proíbe a utilização das ações de planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico. E, no art. 3º, valida que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

No intuito de normatizar a escrita deste projeto, optou-se por empregar a terminologia “planejamento reprodutivo” em vez de “planejamento familiar” (este último está sendo e/ou será adotado somente quando citação de outros autores e/ou documentos). Isso porque, segundo o CAB nº 26, “[...] planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade” (BRASIL, 2010a, p. 58).

4.2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A PNAISM, lançada em 2004, entre outros temas expõe a precariedade da assistência em anticoncepção no Brasil. Reforça que as ações do planejamento familiar integram a atenção básica, mas que muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas no que concerne a ações de planejamento familiar (BRASIL, 2004).

Os princípios que norteiam a PNAISM são humanização e qualidade — preconiza-se que ambos caminhem juntos. E o MS brasileiro alude que humanizar e qualificar a atenção em saúde é compartilhar saberes e reconhecer direitos (BRASIL, 2004).

Em suma, as diretrizes da PNAISM consideram que o SUS deve:

estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher; atingir as mulheres em todos os ciclos de vida (resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais); considerar a perspectiva de gênero, de raça e de etnia; estabelecer uma dinâmica inclusiva; exercer os direitos da mulher e os diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade); responder a três níveis gestores (de acordo com as competências de cada profissional); atender à mulher com base em percepção ampliada de seu contexto de vida e como sujeito capaz e responsável por suas escolhas; nortear o atendimento pelo respeito às diferenças (sem discriminação e imposição de valores e crenças pessoais); seguir o princípio da humanização; participar da sociedade civil organizada (em particular a do movimento de mulheres) e da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher; atuar mais abrangente e horizontalmente; e melhorar as condições de vida e saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

Os objetivos gerais da PNAISM consistem em: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. Como objetivo específico, relacionado com a temática deste estudo, tem-se: estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes. Seguido das estratégias de: ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; e estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (BRASIL, 2004).

Cumpre registrar que a PNAISM teve como precursor o PAISM — importante documento desenvolvido na década de 1980. O PAISM simbolizou (numa esfera maior, junto com outros esforços) a luta pelo retorno da democracia, além de fomentar a atenção integral à saúde da mulher através do acesso às informações e aos meios para o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (VENTURA, 2009).

4.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Outro seguimento a ser considerado neste estudo é a PNAISH, que entrou em vigor em 2008 e que visa qualificar a atenção à saúde da população masculina. Em suas linhas introdutórias, a PNAISH adverte que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada e, por isso, é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária. Avalia que essa característica da resistência masculina à atenção primária pode ser fruto dos serviços e das estratégias de comunicação que privilegiam as ações de saúde para a criança, para o adolescente, para a mulher e para o idoso (BRASIL, 2008b).

A PNAISH versa sobre três grandes eixos: violência; tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade; e saúde sexual e saúde reprodutiva. Sendo este último eixo (foco deste estudo) aprofundado. A PNAISH contribui com importante reflexão sobre a participação dos homens para o planejamento reprodutivo, ditando que a paternidade é um direito do homem e que este deve participar de todo o processo (BRASIL, 2008b).

Humanização e qualidade da atenção também são princípios da PNAISH. Como pontos desafiantes para tal política estão: a mudança de paradigma da própria percepção masculina em relação ao cuidado com a sua saúde, bem como a organização dos serviços públicos de saúde para o atendimento da população masculina (BRASIL, 2008b).

Em síntese, seguem algumas diretrizes da PNAISH: priorizar a APS, com foco na ESF (porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado); reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social; nortear a prática de saúde pela humanização, assim como a qualidade da assistência a ser prestada e os princípios que devem permear todas as ações; integrar a execução da PNAISH às demais políticas, aos programas, às estratégias e às ações do MS; promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir; reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva; integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais; incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas concernentes à Atenção Integral à Saúde do Homem; aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da PNAISH (BRASIL, 2008b).

Como objetivo geral tem-se: promover o aperfeiçoamento das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008b).

Como objetivos específicos tem-se: estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e saúde reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde, e ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos (BRASIL, 2008b).

E como estratégias para alcançar tais objetivos destacam-se: ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade; estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e vida reprodutiva, priorizando também a paternidade responsável; garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; promover, na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle de DSTs e de infecção por HIV; garantir a oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e de DST/Aids; estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores desses cuidados; promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, homossexuais, bissexuais, travestis, transexuais, em trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária; de modo a desenvolver estratégias voltadas à promoção da equidade para distintos grupos sociais; associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população heterogênea de homens; incluir o enfoque de gênero, a orientação sexual, a identidade de gênero e a condição étnico-racial nas ações educativas; estimular, na população masculina, mediante informação, educação e comunicação, o autocuidado com a saúde; solicitar parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas; e manter atenção cuidadosa e permanente com as

demais áreas governamentais, a fim de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos (BRASIL 2008b).

4.2.5 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência

Na introdução do documento — Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência — pontua-se a premissa de que as pessoas com deficiência são sujeitos de direitos, ou seja, o direito se sobrepõe à presença de deficiência. Contudo, reconhecer as especificidades e garantir condições para a vivência e expressão da sexualidade das pessoas com deficiência se faz urgente e necessário (BRASIL, 2009c).

O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2007. Entre os princípios da Convenção estão: o respeito pela dignidade inerente; a independência da pessoa (inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas); a autonomia individual; a não discriminação; a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; o respeito pela diferença; a igualdade de oportunidades; a acessibilidade; a igualdade entre homens e mulheres; e o respeito pelas capacidades em desenvolvimento de crianças com deficiência. O artigo 23 dessa Convenção garante o direito à constituição de família, à paternidade responsável, à informação adequada e ao planejamento familiar (BRASIL, 2009c).

Os valores sociais relativos à sexualidade da pessoa com deficiência vêm sendo construídos a partir de uma longa história de exclusão, quer real, quer simbólica, e que depende do momento histórico. Essas concepções, embora ultrapassadas nos planos legal e teórico, continuaram no imaginário coletivo, impregnadas ora com piedade, ora com rejeição, manifesta ou latente, ambivalência que continua até hoje. A partir da perspectiva da inclusão social, as pessoas com deficiência começaram a ampliar suas possibilidades de viver situações relativas à sua vida afetiva e sexual de forma mais natural e frequente. A ampliação destas novas possibilidades de experiências vem colaborar com a preocupação de oferecer, também a este segmento, educação preventiva. (BRASIL, 2009c, p.36).

Ainda permanece uma concepção duplamente errônea sobre a sexualidade das pessoas com deficiência e, no caso desse segmento populacional, a área da saúde sexual e da saúde reprodutiva é mais um campo a que a vulnerabilidade se sobrepõe (BRASIL, 2009c).

Tais diretrizes estão pautadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, cujos princípios gerais são: a busca pela qualidade de vida e a promoção da saúde; as articulações intersetoriais e intrasetoriais; e a ampliação do acesso e da acessibilidade.

As diretrizes nacionais, para promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas com deficiência, apresentam como eixos: promoção da qualidade de vida e prevenção de agravos; atenção integral à saúde da pessoa com deficiência (com destaque para as seguintes ações neste eixo: promover atenção equitativa à saúde sexual e à saúde reprodutiva da mulher e do homem com deficiência em todas as fases da vida; promover atenção integral às consequências indesejáveis ou implicações decorrentes do exercício da sexualidade de modo não consensual, abusivo ou não seguro, ou seja, maternidade/paternidade indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, bem como capacitar e possibilitar educação permanente para a força de trabalho em saúde pública, disponibilizar recursos tecnológicos e insumos, quando necessários, para atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva das pessoas com deficiência nos serviços e na saúde do SUS); organizar e efetivar serviços; ampliar e fortalecer os mecanismos de informação; capacitar recursos humanos; e gerar conhecimento (BRASIL, 2009c).

O presente documento dispõe de capítulo específico sobre a operacionalização das diretrizes, a saber: promoção da qualidade de vida e prevenção de agravos; intersetorialidade; atenção integral à saúde da pessoa com deficiência e organização de serviços; na atenção básica; na assistência especializada; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; informação para planejamento e avaliação; capacitação de recursos humanos; produção de conhecimento; e participação e controle social (BRASIL, 2009c).

Inúmeros e relevantes são os propósitos das ações para operacionalizar tais diretrizes, entretanto, para este estudo, optou-se por destacar os objetivos da diretriz *Na Atenção Básica*: garantir acesso ao planejamento reprodutivo, baseado na escolha individual e no risco reprodutivo, disponibilizando às pessoas com deficiência métodos contraceptivos existentes no SUS; garantir às mulheres com os diferentes tipos de deficiência assistência no pré-natal, parto e puerpério, de acordo com a classificação de risco; garantir acesso aos exames

preventivos em saúde sexual e saúde reprodutiva às mulheres e aos homens com diferentes tipos de deficiência; proporcionar orientação e informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, nas unidades básicas de saúde, às mulheres e às pessoas com deficiência; considerar as especificidades dos adolescentes e jovens com os diferentes tipos de deficiência (nas unidades básicas de saúde), por meio de ações de orientação, educação e informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo o pré-natal, parto e puerpério; disponibilizar apoio profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às eSFs, na assistência à saúde sexual e saúde reprodutiva das pessoas com deficiência; e desenvolver ações específicas para adolescentes e jovens com deficiência, em instituições socioeducativas de privação de liberdade (em saúde sexual e saúde reprodutiva), abordando, sobretudo, questões de violência e abuso (BRASIL, 2009c).

4.2.6 Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens

A faixa etária entre 10 e 24 anos abarca o conjunto de adolescentes e jovens; no Brasil, a população jovem corresponde a aproximadamente 30% da população (BRASIL, 2010a). Em 2010, o MS publicou as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. O documento (entre outros temas) apresenta discussão sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Expõe que a sexualidade é um componente intrínseco do indivíduo e, na adolescência e juventude, a sexualidade transcende o aspecto biológico, e que a taxa de fecundidade tem aumentado entre as adolescentes, principalmente as que pertencem às classes sociais menos favorecidas. Também relata que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de pessoas jovens não é valorizado nos serviços de saúde, bem como o acompanhamento de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo e o acompanhamento de agravos como os que são ocasionados pela violência urbana, por exemplo (BRASIL, 2010c).

Uma reflexão apontada por essas diretrizes nacionais consiste no fato de considerar a transição da adolescência e da juventude para a vida adulta período crítico em que a sociedade e a família passam a exigir do adolescente mais responsabilidades em relação a sua própria vida. Além disso, a enorme exposição dos adolescentes e da juventude aos riscos associados a toda classe de violência torne-os vulneráveis (BRASIL,

2010c).

Investir na saúde desse grupo populacional é potencializar o desenvolvimento do País, uma vez que garante o futuro das gerações. Quando os adolescentes e jovens se descobrem protagonistas de sua história passam a exercer plenamente a cidadania (BRASIL, 2010c).

O propósito geral dessas diretrizes é sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do SUS para integrar em ações, programas e políticas do SUS, bem como em outras políticas de governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Observa-se no discurso de todo o documento o enfoque dado à questão da intersectorialidade (BRASIL, 2010c).

Como objetivos específicos, considerando o escopo deste estudo, tem-se: cooperar tecnicamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde na elaboração dos termos de compromisso de gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos adolescentes e dos jovens, bem como para a elaboração de estratégias (passíveis de acompanhamento e avaliação) articuladas com as áreas e os programas de interface do setor saúde; e fortalecer com as três esferas de gestão do SUS a atenção integral à saúde na rede de saúde, buscando respeitar as especificidades do crescimento biológico, do desenvolvimento psicológico e social dessas pessoas (BRASIL, 2010c).

O MS brasileiro alerta que os profissionais de saúde não se sentem preparados para assistir a população jovem, principalmente por considerarem os aspectos legais e éticos. Outro sinal está no fato de que as ações de saúde para essa população devem levar em conta as desigualdades de orientação sexual, de gênero, de classe social e de raça/cor (BRASIL, 2010a).

4.2.7 Rede Cegonha

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC) que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

A RC tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a

promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados brasileiros (BRASIL, 2011a).

São objetivos da RC: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

A RC segue as seguintes diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e da segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

A RC organiza-se com base em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a).

Para este estudo evidenciou-se o Componente Puerpério, que visa (entre outras ações) à implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; à prevenção e tratamento de DSTs/HIV/Aids e Hepatites; e à orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011a).

Entretanto, cumpre destacar uma recente ação da RC: a implantação do Teste Rápido de Gravidez (TRG) nos CSs. Essa ação está inserida no Componente Pré-natal, cujo propósito é ampliar as ações das equipes quanto à saúde sexual e à saúde reprodutiva também. Isso porque permite detecção precoce da gestação, favorecendo a detecção de fatores de risco à saúde, bem como intervenções em tempo oportuno conforme o resultado do TRG. Exemplos: TRG negativo — não deseja a gravidez; TRG negativo — deseja a gravidez; TRG positivo — deseja a gravidez; e TRG positivo — não deseja a gravidez. Sendo, portanto, excelente oportunidade para a abordagem de adolescentes sobre a saúde sexual e da saúde reprodutiva (BRASIL, 2014b).

Logo, considerando o que foi destacado da PNAISM, da

PNAISH, do documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência, das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e da Rede Cegonha, é plausível assegurar que esses documentos, apesar das ramificações, reúnem aspectos e considerações que convergem aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. E que seus objetivos estão alinhados com base no que rege os Programas de Ação do Cairo e de Pequim, além dos ODMs e os documentos nacionais, como a PNAB e os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Portanto, para esta pesquisa, com base no recorte realizado no arcabouço dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (no âmbito internacional e nacional), focaliza-se a atenção em anticoncepção na APS.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa na modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que foi desenhada pelas enfermeiras doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, ambas com vasta experiência na prática assistencial, docente e de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A pesquisa qualitativa aborda o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011). Busca os produtos das interpretações que a espécie humana faz a respeito de como vive, sente e pensa (MINAYO, 2013). Os estudiosos do método qualitativo sinalizam que o “[...] *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (TURATO, 2005, p.509, grifo do autor).

Compreender é o verbo da pesquisa qualitativa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011). Outros autores corroboram esta assertiva quando discorrem sobre abordagem qualitativa. Para Bosi e Mercado-Martínez (2004, p. 38) “[...] o objetivo deste tipo de pesquisa é compreender e/ou transformar a realidade”, e para Polit e Beck (2011, p.290) “[...] o objetivo consiste em desenvolver uma rica compreensão do fenômeno da forma como existe e é construído pelos indivíduos”.

Logo, a subjetividade humana é a via principal nesse modelo de abordagem, que tem por matéria-prima as vivências, as experiências, o cotidiano (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011). Por isso, nos estudos qualitativos, comumente um mesmo fenômeno é entendido de maneira distinta pelos atores envolvidos (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

As tensões com os paradigmas conservadores favorecem convite à entrada no campo da investigação qualitativa, como afirmam os colaboradores de Denzin e Lincoln, pois esse campo está “[...] repleto de entusiasmo, criatividade, efervescência intelectual e ação” (GERGEN; GERGEN, 2006, p.367), e ainda acrescentam que o domínio desse tipo de investigação é uma rica e compensadora experiência na ciência social

contemporânea (GERGEN; GERGEN, 2006).

Como exemplo, tem-se a PCA, que consiste num *desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem* (TRENTINI; PAIM, 2004) configurando-se um *delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), tendo como principal característica a convergência com a prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

O conceito de convergência na Pesquisa Convergente Assistencial assemelha-se a uma *hélice* que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência como as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. Esse entrecruzamento da assistência com a pesquisa proporciona inúmeras possibilidades de descoberta de fenômenos que têm permanecido subjacentes na prática assistencial. O construto *convergência* é o núcleo regente dos demais conceitos que organizam a base teórico-filosófica do delineamento da PCA e se expressa pela essencialidade que significa o âmago da justaposição da prática assistencial com a pesquisa. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.23).

As autoras dessa modalidade de pesquisa indicam que “[...] quando um pesquisador decide desenvolver uma pesquisa de campo convergente-assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.25). O ato de assistir cabe como parte do processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004), sendo essa a máxima da PCA. Aqui, aparecem os conceitos da imersibilidade e simultaneidade, que contribuem para construção da convergência.

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), a imersão do pesquisador na assistência permitirá a construção do conhecimento de enfermagem. Equivale a uma coleta de dados posicionada no interior das situações apreendidas; e somente imergindo nas situações, e nelas agindo, é que o dado em PCA entra na apreensão do pesquisador. A simultaneidade, considerada pelas autoras o maior desafio da PCA, significa praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação.

Enfatizam que os temas de pesquisa emergem da prática (TRENTINI; PAIM, 2004). Nessa outra máxima, aparecem os conceitos de dialogicidade e expansibilidade, que também colaboram para construção da convergência. A dialogicidade consiste no processo de comunicação humana de alta complexidade. O diálogo é o instrumento

primordial para concretização de mudanças na prática assistencial. Já a expansibilidade é caracterizada pela flexibilidade do pesquisador que considera a possibilidade de tratar de temas emergentes e de interesses do contexto estudado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA tem como pressupostos:

- a) Inclusão da pesquisa nas práticas assistenciais unindo o *saber-pensar* ao *saber-fazer*; o contexto da prática assistencial não se caracteriza somente como ambiente do *fazer*, mas também como lugar do *pensar*;
- b) Prática assistencial como campo fértil para pesquisa; presença de potenciais questões de pesquisa; espaço onde se reúne e se manifesta um leque inesgotável de fenômenos a serem desvelados;
- c) Característica do trabalho vivo em virtude da relação entre pesquisa e assistência; espaço das relações entre pesquisa e assistência vitaliza a prática assistencial e a investigação científica;
- d) Compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante a pesquisa e, simultaneamente, ser beneficiada pelo acesso às informações; criar alternativas de solução para minimizar ou solucionar situações adversas;
- e) Potencialização da atitude crítica do profissional de saúde; requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa em suas atividades assistenciais (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Metaforicamente, Trentini e Paim (2004) discorrem sobre a “dança” da PCA que se revela pelos movimentos de aproximação, distanciamento e convergência com a prática. Tais movimentos permitem superposição da pesquisa com a assistência, ou seja, que o processo de pesquisa flua com o processo da prática. Reforça-se o significado da presença do pesquisador no campo assistencial para a construção do pensamento em prática viva da convergência assistencial da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Logo, por considerar que há uma lacuna no que concerne aos estudos relacionados com a atenção em anticoncepção envolvendo as eSFs, entende-se que a abordagem qualitativa na modalidade convergente-assistencial ajusta-se ao tema proposto, contribuindo para responder às questões de pesquisa deste estudo.

5.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Levando em conta a dinâmica dos encontros nas atividades e nos serviços de saúde, a PCA, por si só, é vista como espaço social. Portanto, o espaço físico, na PCA, pode englobar mais de uma área geográfica e depende, basicamente, de onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem efetuadas, isto é, depende do enfoque da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Na mesma perspectiva, as autoras indicam que a “PCA pode ser conduzida [...] em qualquer cenário onde cabe assistência à saúde da população em âmbito preventivo, curativo, restaurativo e promocional [...]” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 34).

Realizou-se esta pesquisa no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (SC). A cidade é conhecida mundialmente por suas belezas naturais e nomeada carinhosamente como “Ilha da Magia”. Segundo dados do IBGE (2015), Florianópolis tem população estimada de 469.690 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa de Santa Catarina. Nas duas últimas décadas, Florianópolis teve crescimento populacional aproximado de 66%, mas esse crescimento não tem relação direta com a taxa de fecundidade do município, que desde os anos 2000 está abaixo de percentual de reposição das gerações, que é 2,1 filho por mulher (IBGE, 2010). Deve-se, sobretudo, à migração de jovens entre 20 e 30 anos, atraídos por oportunidades de emprego, de estudo e pela qualidade de vida tão propagandeada. Florianópolis possui IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano — Municipal) de 0,847, o que significa padrão muito alto no quesito que avalia a longevidade, a educação e a renda de seus municípios (FLORIANÓPOLIS, 2015a; IBGE, 2010; 2015). Entretanto, o confronto entre o IDH-M com o alto custo de vida que a cidade tenciona, fornece retrato da segregação que há em Florianópolis. Tal fato também pode ser constatado pelas denúncias diárias, feitas através dos noticiários locais, das dificuldades que grande parcela da população enfrenta para acessar serviços básicos, por exemplo. Ou ainda, com olhar um pouco mais atento às periferias e aos morros da capital (TORNQUIST et al., 2012).

Corroborando a diminuição da segregação entre os moradores da cidade e a melhoria dos indicadores de saúde, pode-se dizer que, nos últimos anos, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis tem realizado grandes esforços para expandir a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A SMS tem, na APS, seu principal eixo norteador. Além disso, em consonância com o que é preconizado pelo MS brasileiro, a carteira de serviços do município dita que a APS é organizada segundo

o modelo da ESF, sendo formada por eSFs, que integram ACS, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeira(o) e médica(o). Cada eSF é responsável pelo acompanhamento e pela coordenação do cuidado da população de sua área de abrangência (FLORIANÓPOLIS, 2015b).

A organização da APS, em Florianópolis, é feita por linhas de cuidado na área de atenção à criança e ao adolescente, saúde do escolar, saúde do adulto (em que se insere saúde da mulher), saúde do idoso, saúde mental, saúde bucal, doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis. E as eSFs, considerando a lógica do apoio matricial, contam com os NASFs (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A SMS de Florianópolis utiliza o Plano de Saúde, que, além de ser um preceito legal, é instrumento indutor de cidadania e que fundamenta as programações anuais de saúde a cada quatro anos. O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 tem por missão: promover saúde com qualidade para todos. Apresenta como valores: comprometimento com o SUS; diálogo; compromisso com a qualidade; respeito e ética. Sua visão contempla: ser o melhor sistema de saúde público, gratuito, integrado e sustentável, para toda a população, com valorização do trabalhador, da gestão compartilhada e de qualidade (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Com todo esse delineamento e com a soma dos esforços da SMS, em especial das eSFs, em 2014, Florianópolis foi a capital mais bem colocada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), totalizando quase 90% das eSFs acima da média. Alcançou, em abril de 2015, 100% de cobertura da ESF, com suas 128 eSFs (DAB, 2015; FLORIANÓPOLIS, 2015a).

Sob esse cenário, para este estudo, os espaços físicos eleitos foram os CSs, de modo que foi escolhido um CS de cada DS do município. Os DSs são uma forma de organização territorial, cujas principais características são a regionalização e a descentralização das ações de saúde. Florianópolis dispõe de cinco DSs: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Como critério de inclusão, observou-se se o CS dispunha de, ao menos, três eSFs, com a justificativa de que a participação na pesquisa, por parte de alguns integrantes das eSFs, não interferisse (negativamente) no processo de trabalho. Por consequência, os espaços sociais foram as atividades desenvolvidas pelos integrantes das eSFs vinculados aos CSs escolhidos.

Quadro 2 - Distribuição dos 49 Centros de Saúde de Florianópolis por Distrito Sanitário, Florianópolis (SC), 2016.

Distritos Sanitários	Centros de Saúde
Centro	Agronômica, Centro, Monte Serrat, Prainha, Saco dos Limões e Trindade.
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Novo Continente, Vila Aparecida e Sapé.
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Córrego Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande.
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Rationes, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena.
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caieira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares e Tapera.

Fonte: Elaboração da Autora, 2016. Baseado em informações do *site* da Secretaria Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2015c).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na PCA, os participantes constituem parte integrante do estudo — não são meros informantes. Participam ativamente do processo apresentando sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados de outras formas. Em relação à amostra, esta deve considerar os sujeitos mais envolvidos no problema, ou seja, aqueles que apresentam mais condições para contribuir, por isso, a escolha da amostra valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na pesquisa qualitativa, geralmente se utiliza da saturação como modo de garantir amostragem significativa de adequação das informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Para Polit e Beck (2011, p. 356) “[...] se os participantes são bons informantes [...] a saturação pode ser alcançada com uma amostra relativamente pequena”. Acrescentando, na PCA “[...] os participantes serão os que atuam profissionalmente e/ou as pessoas que estão sendo cuidadas naquele espaço de pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 34).

Os participantes deste estudo, na primeira fase da coleta de dados

(entrevistas semiestruturadas) foram: 55 integrantes de eSFs, especificamente, 23 ACSs, 9 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiras e 9 médicos. Como critérios de inclusão dos participantes observaram-se três itens: ter, no mínimo, um ano de experiência na APS; ter vínculo profissional empregatício com a Prefeitura Municipal de Florianópolis/SMS; e atuação vinculada a uma eSF. Como critérios de exclusão: estar em afastamento ou férias no período da coleta de dados. Cada entrevista foi caracterizada pela letra (E), seguida do número correspondente à ordem em que a entrevista foi realizada e com a indicação da função exercida pelo entrevistado na eSF, exemplos: E1 – ACS, E2 – enfermeira; E3 – téc. de enfermagem; E17 – médica (APÊNDICE D).

Na segunda fase de coleta de dados (grupos de convergência), participaram 29 integrantes de eSFs, sendo 15 ACSs, 2 técnicas de enfermagem, 8 enfermeiras e 4 médicos. Deste total de participantes dos grupos de convergência, 7 não realizaram a entrevista, mas se enquadravam nos critérios de inclusão definidos anteriormente. Portanto, ao todo 62 integrantes de eSFs participaram deste estudo, distribuídos em 19 eSFs diferentes, em 5CSs, de todos os DSs do município de Florianópolis. Em tempo, cada grupo de convergência foi caracterizado pela letra (G), seguida do número correspondente à ordem em que o grupo foi realizado, exemplo: G1. No total, realizaram-se 5 grupos de convergência.

O Quadro 3 mostra os participantes da pesquisa, nas duas fases de coleta de dados, por CS.

Quadro 3 - Participantes do estudo por Centro de Saúde e fase de coleta de dados, Florianópolis (SC), 2016.

Distrito Sanitário	Centro de Saúde	Número de eSF por CS	Participantes 1ª Fase (entrevistas semiestruturadas)	Participantes 2ª Fase (grupos de convergência)
D1	CS1	3	5 ACSs 1 Téc. de Enfermagem 3 Enfermeiras 2 Médicas	5 ACSs 1 Téc. de Enfermagem 2 Enfermeiras 2 Médicas
D2	CS2	6	11 ACSs 2 Téc. De Enfermagem 4 Enfermeiras 4 Médicas	2 Enfermeiras
Continua...				

Distrito Sanitário	Centro de Saúde	Número de eSF por CS	Participantes 1ª Fase (entrevistas semiestruturadas)	Participantes 2ª Fase (grupos de convergência)
Conclusão				
D3	CS3	3	2 ACSs 3 Téc. de Enfermagem 2 Enfermeiras 1 Médico	1 ACS 1 Téc. de Enfermagem 1 Enfermeira 1 Médico
D4	CS4	3	3 ACSs 1 Téc. de Enfermagem 1 Enfermeira 2 Médicas	4 ACSs - 1 Enfermeira 1 Médica
D5	CS5	4	2 ACSs 2 Téc. de Enfermagem 4 Enfermeiras -	5 ACSs - 2 Enfermeiras -
5 DS	5 CS	19 eSFs	55 participantes	29 participantes (ao passo que 7 deles não participaram das entrevistas semiestruturadas)

Fonte: Elaboração da Autora, (2016).

5.4 LOGÍSTICA DE ENTRADA NO CAMPO

Para Trentini; Paim e Silva (2014), urge uma negociação da proposta de pesquisa com os participantes, de maneira que tal negociação exige do pesquisador alguns elementos, como tempo, paciência e persistência, mas exige, além de tudo, uma proposta bem elaborada e viável, porque, dessa forma, os participantes poderão comprometer-se com o projeto de mudança/inação da/na assistência.

A apresentação inicial, ainda como proposta de pesquisa, foi realizada para a direção da APS da SMS de Florianópolis com o intuito de alinhar o projeto às demandas da APS e firmar parceria para o desenvolvimento desta. Após este primeiro contato com o nível central, a proposta de pesquisa foi apresentada aos supervisores da APS dos DSs de Florianópolis, com intuito de receber a indicação dos CSs que estavam aptos ou em bom momento para receber a proposta da pesquisa. De posse da indicação, os coordenadores dos CSs foram contatados, inicialmente, por *e-mail* e telefone. Sendo, posteriormente, agendada visita em cada CS indicado para realizar a apresentação formal da

pesquisa ao coordenador do CS, assim como solicitação de apoio logístico para o desenvolvimento dela, exemplos: cessão de horário em possíveis reuniões de equipe; abertura do local de trabalho. A abordagem aos integrantes das eSFs ocorreu durante o expediente de trabalho, contato presencial, com a apresentação da pesquisadora de campo, apresentação da proposta de pesquisa, esclarecimento de possíveis dúvidas e convite para participar desta; uma vez aceito o convite, o melhor horário indicado pelo participante bem como o local para a entrevista eram acordados entre pesquisadora e participante.

5.5 COLETA DE DADOS

Primordialmente, o “[...] método convergente-assistencial se caracteriza pela triangulação de métodos e técnicas na obtenção e também na análise de informações [...]” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 78), por isso, os instrumentos para coleta de dados foram as entrevistas semiestruturadas e os grupos de convergência. Na PCA, os métodos e as técnicas de obtenção das informações têm “[...] dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde dos informantes pela prática assistencial de enfermagem [...]” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 76). Neste estudo, especificamente, por ter como participantes os trabalhadores de saúde que compõem as eSFs, o benefício da prática assistencial esteve voltado aos próprios trabalhadores de saúde, mediante processos educativos e de sensibilização acerca do tema da atenção em anticoncepção, durante os grupos de convergência, principalmente.

O período de coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2015; as entrevistas semiestruturadas, nos dois primeiros meses do período indicado (junho e julho); e os grupos de convergência, nas duas últimas semanas do último mês do período indicado (outubro).

5.5.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista traduz-se, basicamente, por uma conversa a dois, cujo objetivo é obter informações sobre determinado objeto de pesquisa. O investigador que adota a abordagem qualitativa não estuda um somatório de depoimentos (MINAYO, 2013).

Na PCA, a entrevista é utilizada de maneira diferenciada, isso porque a entrevista fechada deve ser empregada somente como

complemento a outros tipos de métodos, além de ser conduzida em contatos repetidos ao longo de determinado tempo (TRENTINI; PAIM, 2004). Outros estudiosos também citam o caráter complementar da entrevista, pois, quando analisada, ela precisa ser acompanhada e complementada pelas informações coletadas por outros métodos, como exemplo, a observação participante e/ou [dinâmicas] de grupo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011).

Ainda na PCA, a entrevista aberta é intitulada *entrevista conversação* e inclui informações relativas à pesquisa e à prática assistencial. Por ser uma atividade informal, não tem início e fim pré-estabelecidos. Permite obter informações durante todos os encontros com os participantes — tende a ter o caráter de profunda (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Contudo, neste estudo, as entrevistas seguiram roteiro semiestruturado (APÊNDICE E), mas pautado nesses princípios, sendo complementadas com base em outro método de coleta de dados, no caso, os grupos de convergência.

As entrevistas foram realizadas no espaço físico dos CSs, em horário de funcionamento do serviço. Antes de iniciar cada entrevista, a pesquisadora de campo (re)apresentava o título da pesquisa, bem como seu objetivo geral. Seguiu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e a assinatura das duas vias do termo. Para registros das entrevistas, utilizou-se, mediante autorização do participante, recurso de gravação de voz, com uso do aparelho SONY, IC Recorder, ICD-PX240. Precisou-se de dois dias e meio em cada CS para realizar as 55 entrevistas — todas integralmente transcritas pela pesquisadora de campo.

5.5.2 Grupos de convergência

Grupos de convergência têm dupla e simultânea finalidade: desenvolver tanto o crescimento pessoal e social de quem dele participa quanto o desenvolvimento da pesquisa. Essa técnica tem sido utilizada com o objetivo de implementar projetos de cunho participativo para a prática assistencial e para pesquisa, na busca constante pela construção do conhecimento (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

Para Trentini, Paim e Silva (2014), a discussão em grupo potencializa respostas a uma questão, que serão as respostas do grupo, antes (o grupo) pode mostrar divergências. É função do moderador do grupo provocar discussão para buscar consenso ou diferentes grupos de consenso. “Um grupo, quando formado para compor uma técnica de

investigação de PCA, deve alcançar a coesão, porque depende dele as mudanças e ou as inovações propostas no projeto [...]” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.42).

Polit e Beck (2011) classificam a interação em grupo como importante estratégia de coleta de dados na ação participativa, com a vantagem de ser muito eficiente por potencializar o diálogo entre os participantes. Minayo (2013) menciona duas condições básicas relacionadas com as dinâmicas de grupo: ter caráter provocador para oportunizar debate rico e potencializar o aprofundamento das questões debatidas. Acrescenta que os instrumentos para debate dos grupos necessitam ser delineados.

Neste estudo, os grupos de convergência foram a parte diferencial entre os métodos adotados, porque neles esteve contido o delineamento dual da PCA: de um lado, a PCA assemelha-se aos demais desenhos de pesquisa em relação a alguns aspectos técnicos; de outro, limita-se a um propósito específico destinado a desenvolver conhecimentos para minimização de problemas, para introdução de inovações e para mudanças na prática assistencial no contexto da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Como recurso teórico-metodológico, para o desenvolvimento dos grupos de convergência, adotaram-se alguns princípios do Apoio Paideia: criação de rodas; coprodução; função de apoiador; e observação para a tríade poder-conhecimento-afeto que permeia as relações (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Nos limites deste estudo, reconhece-se aqui que houve tímida aproximação ao Apoio Paideia, isso porque o método de formação em análise, para ser efetivado, exige outras (e profundas) apropriações por todos os envolvidos. Diante desta ressalva, cumpre pontuar que realizar os grupos de convergência com mentalidade voltada à busca do Efeito Paideia, que consiste num “[...] processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam a capacidade de compreensão de si mesmas, dos outros e do contexto, ampliando a possibilidade de agir sobre estas relações [...]” (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.46), fez a diferença nos encontros.

Por exemplo: ter tido como pressupostos que o momento em grupo seria uma reunião onde as pessoas teriam a oportunidade de (re)pensar sua prática e poderiam vislumbrar o fazer de outras formas, numa integração entre o sentir, o pensar e o agir, mobilizados para a mudança; que a função ao coordenar o grupo seria de apoiador, com noção de ofertar amparo ao grupo, assim como impulsioná-lo para o movimento, ou seja, à mudança mais uma vez. Além disso, a criação de

rodas, que é a primeira estratégia do Apoio Paideia, que simboliza os espaços de construção, foi oportunizada em todos os grupos; a própria noção de coprodução, que é o conceito-chave do Apoio Paideia, em que tudo é coproduzido, ficava a cada grupo de convergência mais clara e sedimentada para a pesquisadora de campo; e a tríade poder-conhecimento-afeto, que são as dimensões que existem e atuam simultaneamente nas relações, também foi percebida durante o desenvolvimento dos grupos de convergência (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Tudo isso permitiu que os grupos de convergência fossem pensados e orientados para lançar uma chispa para “[...] coprodução de sujeitos reflexivos e interventivos [...]” (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.382), conforme pode ser verificado nas instruções do roteiro dos grupos de convergência realizados com integrantes de eSFs (APÊNDICE G).

À luz desses direcionamentos, adotaram-se duas estratégias nos grupos de convergência: apresentação de encartes com as ações propostas pelas eSFs, para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção (APÊNDICE H); e o uso dos Bonecos Terapêuticos (BTs) (APÊNDICE I).

- a) Encartes com as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção: as ações que os integrantes das eSFs sugeriram durante as entrevistas foram reunidas em 11 temas centrais. Estas ações foram sugeridas, especialmente, quando os integrantes foram interrogados sobre quais os pontos fundamentais para que a atenção em anticoncepção ocorra de maneira efetiva e quando estimulados para proporem ações para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção (respostas das duas últimas questões da entrevista semiestruturada). A pesquisadora de campo, após análise das entrevistas, obteve as respostas que permitiram elaborar as ações. Todas as ações propostas foram inseridas nos encartes, tanto as ações que preservavam o mesmo sentido, mas que foram mencionadas por vários participantes, quanto as que somente um participante mencionou. As ações foram apresentadas em encartes e apresentadas ao grupo em leitura dinâmica realizada em conjunto. Foi oportunizado, após a leitura, um momento para que o grupo levantasse observações, sugestões, correções e críticas às ações propostas. Aqui, por não ter sido elaborado um instrumento de validação das ações para aplicar aos participantes nos grupos de convergência, observa-se uma fragilidade para análise dos dados em causa. Contudo, após a leitura das ações, os participantes empenhavam-se em fazer

reforços positivos ou negativos sobre as ações propostas. Em caso de concordarem com as ações ou validarem que já acontecem em suas práticas de atenção em anticoncepção, faziam reforços positivos referentes a elas. Entretanto, faziam, por vezes, reforços negativos caso discordassem. Nesses casos, na maioria das vezes, por não vislumbrarem a viabilidade da ação proposta ou por considerá-la insignificante no tocante ao aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. Interessa reforçar que as ações foram propostas por eles mesmos durante a fase da entrevista semiestruturada e/ou por seus pares, sofrendo ajustes de redação pela pesquisadora de campo, mas não de sentido, para serem apresentadas na forma como se encontram nos encartes. Pode-se dizer que, considerando a confecção dos encartes, com base na análise do material empírico das entrevistas, em especial, das duas últimas questões e, levando em conta as validações das ações propostas pelos integrantes das eSFs durante os grupos de convergência, o objetivo geral deste estudo, que consiste em construir ações de saúde em conjunto com eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, começava a ser alcançado.

- b) Bonecos Terapêuticos: considerados possíveis ferramentas para trabalhar questões relacionadas com sexualidade, planejamento reprodutivo e relações familiares, entre outros. Para os grupos de convergência foram utilizados 13 BTs — sete bonecos caracterizados com roupas comuns e seis caracterizados com roupas de trabalhadores de saúde — sendo proposto aos participantes dos grupos de convergência que desenvolvessem uma cena improvisada, utilizando os BTs, sobre o cotidiano dos serviços de saúde, no contexto da atenção em anticoncepção, com a peculiaridade de inserir na cena uma das ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Essa dinâmica efetivou-se em três dos cinco grupos de convergência realizados (G1, G3 e G5), resultando em sete cenas, que foram transcritas pela pesquisadora de campo: não na forma como os diálogos se consumaram, mas na mensagem que a cena transmitiu, isso porque como se trata de cenas improvisadas, em que as falas pareciam descontraídas (por vezes cômicas e até com troca do nome das personagens), optando-se por descrever a cena na sua essência somente, sem pormenores (APÊNDICE J).

A exclusão da dinâmica com os BTs em dois grupos de convergência (G2 e G4) ocorreu pela necessidade de adaptação do encontro, entre outros fatores, por considerar que o número de participantes nos grupos não lhe favoreceria a realização. No G2, que contou com duas participantes, a dinâmica de apresentação das ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção seguiu com profunda discussão direcionada aos aspectos relacionados com o processo de trabalho das eSFs. No G4, em especial, uma das ações propostas nos encartes foi naturalmente aplicada como modelo de capacitação (troca de saberes) entre os participantes do grupo sobre os diferentes tipos de métodos anticoncepcionais.

Enfim, foram oportunizados cinco grupos de convergência (um em cada CS pesquisado), em dias diferentes, conforme acordo prévio com os coordenadores dos CSs para cessão de um espaço no CS (sala de reuniões ou auditório), liberação dos funcionários para participarem do grupo e convite aos integrantes das eSFs. O tempo dispendido com cada grupo foi em média de 1h30min. No início de cada grupo de convergência, a pesquisadora de campo (re)apresentava o título da pesquisa, bem como seu objetivo geral. E para os sete participantes dessa fase da pesquisa que não participaram das entrevistas, solicitaram-se leitura e assinatura do TCLE. Com a autorização dos participantes, durante os grupos de convergência, o gravador SONY, IC Recorder, ICD-PX240 permaneceu ligado e foi realizada a filmagem com a câmera CANON Power Shot SX 400 IS de seis, das sete cenas apresentadas.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para Minayo (2013), a fase de análise do material qualitativo é vista como a parte mais crítica do processo de pesquisa, isso porque os pesquisadores podem encontrar grandes obstáculos ao iniciar a análise dos dados recolhidos no campo. A autora lista três deles: tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador; rendição do investigador às técnicas, pondo-as no lugar da essencialidade dos significados e das intencionalidades; e junção e síntese das teorias e dos achados em campo ou documentais.

Na PCA, pode-se presumir risco maior em relação ao primeiro obstáculo, em razão da familiaridade com o objeto e, aliado a isso, porque se presta a investigar fenômenos do contexto da prática assistencial que, em sua maioria, são complexos e multifacetados (TRENTINI; PAIM, 2004). Entretanto, a imersão gradativa do

pesquisador e a simultaneidade nos processos de assistência, de coleta e de análise de informações, permitirão ao pesquisador refletir sobre como conduzir as interpretações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Trentini e Paim (2004) caracterizam a PCA como de natureza versátil, pois abrange processos de assistência e de pesquisa como mencionado no próprio nome da abordagem. Contudo, a PCA vai além disso, porque é um tipo de investigação que permite o uso de métodos combinados não só para coleta, como também para análise de informações. Evidenciam que os métodos para análise de informações são múltiplos, mas optam por apontar quatro processos genéricos da fase de análise que qualquer modelo de pesquisa qualitativa apresenta: apreensão, síntese, teorização e transferência (MORSE; FIELD, 1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004).

As autoras dividem a fase de análise de informações em quatro processos: processo de apreensão, processo de síntese, processo de teorização e processo de transferência; de modo que os três últimos são caracterizados como fase de interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

O processo de apreensão consiste basicamente na coleta de todas as informações e, concomitantemente, início da análise (TRENTINI; PAIM, 2004). As autoras alertam para a dificuldade encontrada nessa fase, em virtude da quantidade de dados a serem analisados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste estudo, obteve-se material empírico por meio das entrevistas semiestruturadas e dos grupos de convergência. Pode-se afirmar que o processo de apreensão iniciava a cada entrevista transcrita, a cada grupo de convergência descrito e era reforçado durante a leitura e releitura do material obtido.

Essa apreensão inicial é de total relevância para o pesquisador, devendo ele ficar atento para a saturação dos dados. Na PCA, o quesito saturação dos dados é de fundamental importância, “[...] porque depende dela o alcance do propósito da investigação de introduzir mudanças e/ou inovações no contexto da pesquisa [...]” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.55). Nesta pesquisa, constatou-se a saturação dos dados já nas 25 primeiras entrevistas, entretanto, optou-se por seguir com mais entrevistas para oportunizar o contato com outros integrantes das eSFs, principalmente por considerar a possibilidade de ampliar e facilitar a participação destes na segunda fase de coleta de dados (grupos de convergência).

Ainda sobre o processo de apreensão, com base na organização do material empírico levantado, foi possível identificar códigos. E, após essa codificação, iniciou-se “[...] a formação de categorias, que consistem em um conjunto de expressões com características similares

[...]” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.94).

Para organização e codificação das entrevistas transcritas e dos grupos de convergência descritos, sobretudo a parte das cenas criadas pelos participantes de três dos cinco grupos de convergência realizados, adotaram-se, como ferramenta de apoio à análise dos dados, os recursos do *software* webQDA. Este é um *software* de análise de textos, vídeos, áudios e imagens que funciona num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet. É um produto desenvolvido pela Universidade de Aveiro/Portugal, pelo Centro de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) e pela Esfera Crítica (Entidade de formação credenciada e homologada) (SOUZA et al., 2013).

Trentini e Paim (2004) advertem que se deve atentar para não reduzir a análise dos dados ao processo de apreensão e, embora seja um processo importante e deflagrador de toda a análise dos dados, deve ser seguido pelos processos de síntese, teorização e transferência, isto é, pela fase de interpretação dos achados.

O processo de síntese analisa subjetivamente as associações e variações das informações, com intuito de sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho (MORSE; FIELD, 1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004). “É um processo que consiste em reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-los num todo coerente. [...] A síntese deve mostrar dados essenciais para o desvelamento do fenómeno [...]” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.55). Aqui, mediante esquemas e percursos ilustrativos realizados com os códigos obtidos, foi possível alcançar as categorias do estudo, resultando na síntese dos achados. Interessa observar que foi um processo cíclico sob os materiais apreendidos: no início, como um labirinto e com muitas interrogações, mas, ao fim, mostrou-se orgânico/natural, visto que o sentido estava posto.

O processo de teorização consiste em descobrir os valores contidos nas informações, para formular pressupostos e questionamentos. É um trabalho intelectual árduo e deve ser feito com base na fundamentação teórico-filosófica (TRENTINI; PAIM, 2004), que, neste estudo, são alguns documentos (internacionais e nacionais) que norteiam o tema. Para Trentini, Paim e Silva (2014, p. 57-58), o processo de teorização é:

[...] um processo de identificação, definição e de construção de relações entre um grupo de construtos de modo a possibilitar a produção de previsões do fenómeno investigado que leva a denominação de teoria. [...] Teorizar é um processo que envolve

construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos reais da vida cotidiana. [...] a teorização só será alcançada por meio de um trabalho intelectual rigoroso [...] que consiste em elevar as informações obtidas a um alto nível de abstração.

Nessa fase de elaboração de temas/conceitos diante dos achados (TRENTINI; PAIM, 2004), precisou-se fazer grande esforço de estranhamento ante o fenômeno encontrado e iluminar os dados com os referenciais teóricos selecionados para este estudo.

Por último, o processo de transferência, que é a socialização dos resultados da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Caracteriza-se como momento em que se pode validar todo o desenho da PCA, isso porque “[...] a PCA mostra um dos pontos complexos: investigar e assistir, assistir e investigar, construir o conhecimento, reconstruir o conhecimento, avaliar os resultados, transmigrar da prática para nova prática e inovar a prática” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.59).

5.7 QUESTÕES ÉTICAS

A ética da PCA, segundo Trentini e Paim (2004), exige postura de receptividade à discussão e está relacionada à socialização da ideia no âmbito interno da equipe de saúde. Por sua vez, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade são os referenciais da bioética que pautam os artigos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

O protocolo desta pesquisa foi submetido à revisão ética (via Plataforma BRASIL) do Sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) para avaliação nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Parecer 1.076.501, em 25 de maio de 2015 (ANEXO A).

A coleta de dados iniciou-se após liberação do ofício da SMS de Florianópolis, que foi emitido depois da aprovação do CEP/UFSC, autorizando a realização da pesquisa no período de 1/6/2015 a 1/12/2015 (ANEXO B).

O TCLE foi apresentado aos participantes da pesquisa e nele está explícito o objetivo, a justificativa e a forma de condução da pesquisa. O termo foi assinado em duas vias: uma da pesquisadora e outra do participante da pesquisa. Respeitou-se o direito de participar ou não da

pesquisa, bem como de desistir dela a qualquer momento; a oferta da disponibilização do trabalho sempre que solicitado e das informações acerca da divulgação dos dados obtidos da pesquisa também constam no documento, assim como a manutenção do sigilo da identidade do participante. Para isso foram previstos “[...] procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa [...]” (BRASIL, 2012c, p.12). As entrevistas semiestruturadas foram identificadas pela letra (E), seguida do número correspondente à ordem em que se realizou a entrevista e à denominação da função que o entrevistado exerce na eSF, exemplo: E1 – ACS. Os grupos de convergência foram denominados pela letra (G), seguida do número correspondente à ordem em que se realizou o grupo de convergência, exemplo: G1.

O material de áudio, as entrevistas transcritas, as imagens das cenas, assim como os TCLE estão arquivados com a pesquisadora de campo. Permanecerão sob seu domínio durante cinco anos, podendo ser destruídos e/ou apagados ao término desse prazo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões desta dissertação serão apresentados na forma de dois manuscritos, de acordo com a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e na forma de seções descritivas dos achados resultantes da pesquisa de campo.

Sendo que, o Manuscrito 1 intitulado **Atenção em anticoncepção pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa**, que pretendeu identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014) sobre a atenção em anticoncepção relacionada aos trabalhadores da APS, foi apresentado, anteriormente, no capítulo da revisão integrativa.

E, o Manuscrito 2 intitulado **Atenção em anticoncepção pelas equipes de Saúde da Família: convergência de práticas educativas e investigativas à luz do Apoio Paideia**, que desenvolve práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de eSFs, à luz do Apoio Paideia, será apresentado neste capítulo após a descrição dos achados que caracterizam os participantes da pesquisa, que identificam as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção e que, também, identificam as contribuições de eSFs para qualificar a atenção em anticoncepção, nos respectivas seções: **Caracterização dos participantes da pesquisa; Percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos; e Contribuições de equipes de Saúde da Família para qualificar a atenção em anticoncepção: facilidades e dificuldades.**

O conjunto dos achados e descritos nas seções e no manuscrito 2, cada qual a seu modo, contribui para o alcance do objetivo geral desta pesquisa, que consiste em construir ações de saúde em conjunto com eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A caracterização dos participantes da pesquisa está relacionada com os dados sócio-profissionais colhidos antes da realização de cada uma das 55 entrevistas semiestruturadas (1ª fase da coleta de dados).

Com relação ao vínculo empregatício, tem-se que dos 23 ACSs todos possuem vínculo com a SMS, denominado como emprego público. Por sua vez, constatou-se que os 9 técnicos de enfermagem, as 14 enfermeiras e os 9 médicos têm vínculo como estatutário com a SMS.

O tempo médio de atuação na APS é 14 anos para os ACSs, 5 anos para os técnicos de enfermagem, 8 anos para as enfermeiras e 6 anos e meio para os médicos.

Referente à caracterização dos participantes quanto ao sexo, apenas 6 deles são do sexo masculino, tendo, portanto, predomínio das mulheres (49 participantes) neste estudo.

Em relação à faixa etária, tem-se 10 participantes com idade entre 20 e 30 anos, 19 (entre 31 e 40 anos), 20 (entre 41 e 50 anos) e 6 (entre 51 e 60 anos).

Sobre a escolaridade dos ACSs e técnicos de enfermagem, constatou-se que 4 tinham completado o Ensino Fundamental, 25 o Ensino Médio e 3 o Ensino Superior. Entre os enfermeiros e médicos 4 têm a formação básica exigida (Ensino Superior) e 19 têm Pós-Graduação.

Importante registrar que não foi colhido os dados sócio-profissionais de 7 participantes que não realizaram as entrevistas semiestruturadas, pois apenas participaram da 2ª fase de coleta de dados (grupos de convergência), contudo todos os participantes da pesquisa estavam vinculados a uma eSF no ato da coleta de dados.

6.2 PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO: PONTOS E CONTRAPONOTOS

Com o objetivo de identificar as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção serão apresentados nesta seção um quadro (Quadro 4) com quatro categorias e subcategorias oriundas dos resultados obtidos a partir da análise das 55 entrevistas semiestruturadas, bem como a discussão dos achados, com destaque na descrição dos pontos e contrapontos que as eSFs apontaram sobre a

atenção em anticoncepção. Somente algumas subcategorias serão exemplificadas com extratos dos depoimentos dos participantes.

Quadro 4 - Categorias e subcategorias relacionadas com as percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos, Florianópolis (SC), 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – Percepções das equipes de Saúde da Família sobre atenção em anticoncepção	Percepções relacionadas com métodos anticoncepcionais para evitar gravidez/não ter filhos. Planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimo de atenção em anticoncepção. Percepções relacionadas com DST, sexualidade, serviços-profissionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos, autonomia das mulheres, condições econômico-sociais. Dificuldade de entendimento relacionada ao termo anticoncepção.
II – Ações da atenção em anticoncepção realizadas pelas equipes de Saúde da Família	Essência das ações (orientação, informação, aconselhamento e vigilância). Formas das ações (consultas, grupos educativos, procedimentos e/ou técnicas, visitas domiciliares, atividades nas escolas, reuniões de equipe e discussão de casos). Formas de acesso (acolhimento à demanda espontânea e agendamento). Não atua ou percebe limites na atuação.
III – Perfil das pessoas que demandam por atenção em anticoncepção através das equipes de Saúde da Família	Perfil mais comum (mulheres jovens, adolescentes, baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, nuligesta ou multigesta). Perfil pouco comum (homens).
IV – Sensações vivenciadas pelas equipes de Saúde da Família ao atuarem na atenção em anticoncepção	Sensações positivas (bem-estar, parceria, dever cumprido, prazer, segurança). Sensações negativas (insegurança, frustração, impotência, mal-estar).

Fonte: Elaboração da Autora, (2016).

Da Categoria 1 - **Percepções de equipes de Saúde da Família sobre atenção em anticoncepção** - emergiram quatro subcategorias: a) percepções relacionadas com métodos anticoncepcionais para evitar gravidez/não ter filhos; b) planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimo de atenção em anticoncepção; c) percepções relacionadas com DST, sexualidade, serviços-profissionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos, autonomia das mulheres, condições

econômico-sociais; e d) dificuldade de entendimento relacionada ao termo anticoncepção.

Predominantemente, as eSFs têm **percepções relacionadas com métodos anticoncepcionais para evitar gravidez/não ter filhos**. O enfoque dado aos métodos anticoncepcionais e a indicação de sua finalidade básica para “evitar gravidez/não ter filhos” denota visão objetiva da atenção em anticoncepção, que está tão somente voltada aos aspectos fisiológicos e individuais. Para ilustrar:

[...] quando a gente fala em anticoncepção sempre vem o método anticoncepcional, o oral, o injetável (E7 – enfermeira); Com anticoncepcionais [...] como camisinha, diafragma, anticoncepcional, DIU (E11 – ACS); Eu acho que é a contracepção medicamentosa, a questão maior são os métodos contraceptivos [...] (E32 – médica). (Informação verbal).⁶

Os métodos anticoncepcionais são classificados, didaticamente, em dois grandes grupos: os temporários e os definitivos. Dentro do grupo dos métodos temporários estão os métodos hormonais, os de barreira, os intrauterinos, os comportamentais ou naturais e as duchas vaginais. A ligadura tubária e a vasectomia estão no grupo dos definitivos, comumente chamados de esterilização. Não é intenção deste estudo caracterizar, detalhadamente, os diferentes tipos de métodos anticoncepcionais existentes, contudo, cabe pontuar que todo o método anticoncepcional tem suas vantagens e desvantagens (ALDRIGHI, SAUERBRONN, PETTA, 2005; BRASIL, 2010a).

Os termos “**não ter filhos/evitar a gravidez**” também fundamentaram as falas iniciais sobre atenção em anticoncepção:

Atenção em anticoncepção eu relaciono com a vontade de não ter filhos (E31 – ACS); Justamente, quando eu ouço, eu tenho a impressão que é pra se evitar que se tenha filhos, a maioria das vezes indesejados (E55 – ACS); Maneiras de evitar gravidez (E17 – médica); Ah, geralmente a gente relaciona com uma forma de prevenir a gravidez, não consigo ver esse termo anticoncepção como outra forma de prevenção e sim relacionada com a gestação mesmo (E40 – enfermeira). (Informação verbal).⁷

⁶Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

⁷Idem.

Obviamente que a indicação dos métodos anticoncepcionais, com intuito de “evitar gravidez/não ter filhos”, é uma associação lógica e pertinente ao enfoque dado neste estudo. Entretanto, interessa pontuar que há outras indicações terapêuticas ao se considerar o uso de métodos anticoncepcionais, especialmente, o uso dos métodos hormonais: controle de sangramento uterino disfuncional, tensão pré-menstrual, endometriose, hirsutismo e acne, entre outros (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005). O conhecimento das possibilidades terapêuticas dos métodos anticoncepcionais hormonais (sobretudo quando indicados) pode contribuir para desmitificar alguns conceitos pré-estabelecidos relacionados ao uso de hormônios, facilitando, inclusive, a adesão a esses tipos de métodos por parte das usuárias.

Nas falas dos entrevistados foi possível observar o uso corrente dos termos **planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimo de atenção em anticoncepção**. A seguir, exemplos relacionados com planejamento familiar:

[...] vem com a questão do planejamento familiar, vem com coisas relacionadas com estrutura de família, mais ou menos isso, a primeira coisa que vem na minha cabeça é isso (E12 – ACS); Eu relaciono com planejamento familiar e com prevenção de possíveis gravidezes, principalmente na adolescência, em épocas consideradas, em teoria, inadequadas (E24 – médico); Como se fosse um planejamento familiar (E48 – enfermeira). (Informação verbal).⁸

O termo planejamento familiar, embora comumente adotado, inclusive para nomear a lei que o regulamenta no País (Lei nº 9.263/96), vem sendo questionado, por se considerar que o planejamento pode ser idealizado mesmo sem a intenção de se instituir uma família, por exemplo. Com esse entendimento, o MS brasileiro sugere a substituição do termo planejamento familiar por planejamento reprodutivo. Trata-se de adequação de nomenclatura, embora o conceito seja o mesmo: conjunto de ações de regulação da fecundidade com garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (BRASIL, 1996; 2010a).

O termo controle de natalidade está associado com as imposições de leis e políticas de Estado sobre a vida reprodutiva das pessoas, com a finalidade de controle demográfico. No Brasil, configura crime agir

⁸Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

nessa direção (BRASIL, 1996; 2010a). Mais exemplos de falas associadas ao controle de natalidade:

*Anticoncepção, na minha mente a primeira coisa que vem é o controle da natalidade (E12 – ACS); Controle de natalidade, talvez (E25 – téc. de enfermagem); [...] pessoas que tão iniciando [vida sexual], como pessoas que já tem filhos e querem fazer o controle de natalidade (E33 - enfermeira); Para controle de natalidade, mais ou menos (E48 – enfermeira); [...] então, a gente brinca, às vezes, vamos botar anticoncepcional na caixa d'água, quando aparece bastante gestante a gente faz essa brincadeira (E11 – ACS). (Informação verbal).*⁹

Excetuando essa última fala (E11 – ACS) — de teor regulatório que o termo controle de natalidade carrega —, os outros apenas citam o termo, sem desenvolver o que realmente significa.

A confusão conceitual parece não ser aleatória: talvez seja em virtude do que está impregnado no imaginário dos participantes. Gomes (2005, p.129) — em seu estudo que analisa o tema durante três décadas no contexto nacional — afirma que, no Brasil, as ações de planejamento reprodutivo foram “[...] uma clara política de controle de natalidade disfarçada sob o eufemismo de planejamento familiar, sendo, portanto uma manobra [...]”. Segue alertando que agências internacionais investem milhões de dólares em programas que consideram o planejamento familiar política demografista. E que, entre as ações previstas, estão o estabelecimento de controle de fertilidade não voluntária com financiamento de pesquisas para incluir nos suprimentos de água das áreas urbanas substâncias anticoncepcionais, *lobby* para mudança da legislação para tornar a prática do aborto legal e para incentivar a união de casais do mesmo sexo (homossexualismo), entre outras ações (GOMES, 2005). Ventura (2009) também relata a existência de várias denúncias sobre o elevado número de laqueaduras, voltadas às mulheres brasileiras pobres e negras, realizadas inadequadamente por instituições assistenciais financiadas por capital externo. Foi o que constatou a PNDS, realizada em 2006, quando evidenciou a persistência de desigualdades sociais relacionadas com o planejamento reprodutivo, exemplo: o risco de uma mulher residente na região nordeste ser esterilizada é 52% maior do que o de uma mulher da

⁹Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

região sul (BRASIL, 2009b).

De outro lado, alguns participantes apresentam **percepções relacionadas com doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, serviços-profissionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos, autonomia das mulheres, condições econômico-sociais**, interligando o conceito da atenção em anticoncepção com outras esferas que permeiam o tema. Por exemplo, as falas relacionadas com as DSTs:

Evitar doenças sexualmente transmissíveis (E5 – ACS); Por isso que eu relaciono DST, porque, pelo menos eu [...] eu tenho o hábito de prescrever o anticoncepcional com o uso do método de prevenção de doença, que é o uso do preservativo. Então eu não descarto [...] eu sempre deixo bem claro para o paciente (E7 – enfermeira). (Informação verbal).¹⁰

É de suma importância constatar que os integrantes das eSFs traçam esse paralelo com as questões da saúde sexual, especialmente as relacionadas à prevenção das DSTs (inclusive ao HIV) com a atenção em anticoncepção. Em razão da feminização, juvenização e pauperização da epidemia de Aids, o MS brasileiro fomenta que as ações sejam (sempre) trabalhadas em conjunto (BRASIL, 2010a). Segundo Simões; Magalhães e Camargo (2005), os métodos anticoncepcionais com menor taxa de falha para gravidez são aqueles que menos protegem contra as DSTs, portanto, a percepção do risco para DST afeta a escolha do método anticoncepcional. Um conceito muito difundido é o da dupla proteção, ou seja, uso de métodos anticoncepcionais que promovam simultaneamente a proteção contra as DSTs, bem como a prevenção de uma gravidez. Estimular o uso de preservativo (masculino ou feminino), associado ao uso de outro método anticoncepcional parece ser a opção mais adequada, considerando, principalmente, as implicações de uma gravidez não desejada e a incidência de DST/HIV (SIMÕES; MAGALHÃES; CAMARGO, 2005).

Em relação à sexualidade: “Relaciono com a vida sexual da mulher, do casal também, a princípio relaciono sobre a vida sexual mesmo assim (E52 – enfermeira), (informação verbal).”¹¹

Dialogar sobre sexualidade ainda é considerado tabu. Muitos

¹⁰Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

¹¹Idem.

profissionais sentem dificuldades de abordar esse tema durante os atendimentos (BRASIL, 2010a). Cumpre observar que, ao tratar de aspectos da anticoncepção, permite-se, em certa medida, acessar as questões relacionadas com a sexualidade (e vice-versa).

Com pouco predomínio, entretanto com profundidade, algumas falas foram relacionadas com os direitos sexuais e os direitos reprodutivos:

[...] bom é um tema complexo, acho que tem duas coisas, tem direitos sexuais e tem direitos reprodutivos, são duas coisas separadas. Tu podes exercer a tua sexualidade sem necessariamente ter filho. É um direito. É um direito conquistado inclusive, não é um direito dado. Então acho que tem a ver com isso. E claro, nem sempre pessoas que tem filhos estão necessariamente desejando constituir uma família. A expressão planejamento familiar também é rasa, acho que não diz exatamente da questão. Mas acho que anticoncepção tem a ver com isso, tem a ver com o fato de tu poder fazer sexo sem necessariamente ter filho (E18 – médica); [...] ao direito da pessoa de ter ou não filhos (E43 – enfermeira). (Informação verbal).¹²

Entender a atenção em anticoncepção pela ótica dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é uma das visões mais abrangentes, pois considera que as pessoas têm o direito de decidirem se querem ou não ter filhos, de modo que essa decisão deve ocorrer de maneira livre e responsável, assim como o direito de viver e expressar livremente sua sexualidade (BRASIL, 2010a). Foi na CIPD de 1994 (realizada no Cairo) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995 (realizada em Pequim) que as noções dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, bem como o conceito de empoderamento da mulher, entraram em pauta (NAÇÕES UNIDAS, 1994; ONU, 1995). Apesar disso, de acordo com Ventura (2009), no contexto da saúde sexual e da saúde reprodutiva, é comum identificar direitos sendo cerceados. Por isso, todas essas percepções ampliadas e relacionadas com temas que permeiam a atenção em anticoncepção, que foram pontuadas pelos participantes desta pesquisa, têm potencial para oportunizar o aperfeiçoamento da atenção ofertada.

Ainda sobre a percepção, emergiu certa **dificuldade de**

¹²Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

entendimento relacionada ao termo anticoncepção. Observou-se que, na maior parte das falas desta subcategoria, a dificuldade estava em assimilar o termo anticoncepção: “*Eu não sei explicar isso (E1 – ACS); Primeiro me diz bem o que que é. Porque eu estou bem em dúvida do que que é anticoncepção (E4 – ACS), (informação verbal).*”¹³

Na fala seguinte, uma participante exemplifica o porquê da dificuldade de entendimento relacionada ao termo anticoncepção:

*[...] eu atendia as pessoas, então eu tenho muita experiência com saúde pública e eu vi coisas absurdas assim, vi mulheres que colocavam anticoncepcional dentro da vagina achando que não iam ficar grávidas desta forma, pela falta de informação, pela falta de conhecimento, até pelos termos mesmo, que às vezes é um pouco difícil de entender, a gente que já estuda um pouquinho, já acha que é um nome meio [...] “anticoncepção” sei lá, ninguém entende que concepção seria ter ou não ter, eu acho meio difícil. Vem na minha mente a dificuldade da população de entender o que significa (E20 – téc. de enfermagem). (Informação verbal).*¹⁴

Apesar dessa dificuldade inicial enfrentada por alguns participantes em conceituar ou relacionar a atenção em anticoncepção, foi possível, no curso das entrevistas, constatar que os integrantes das eSFs se apropriam do fazer que envolve a atenção em anticoncepção, como pode ser constatado através da segunda categoria apresentada a seguir.

A Categoria 2 - Ações da atenção em anticoncepção realizadas pelas equipes de Saúde da Família - possibilitou a derivação de quatro subcategorias: a) essência das ações; b) formas das ações; c) formas de acesso; e d) não atua e/ou percebe limites na atuação.

Na subcategoria **essência das ações**, tem-se compreendido a questão da orientação, da informação, do aconselhamento e da vigilância. Seguem ilustrações das três primeiras:

Eu quando estou trabalhando e quando vem à baila esse tema eu sempre procuro orientar que é muito importante pensar numa nova vida no mundo, das dificuldades que é pra criar um filho, quando é adolescente, que é jovem eu alerta muito bem sobre

¹³Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

¹⁴Idem.

a participação do pai da criança (E35 – ACS); Quando existe essa demanda, ou até mesmo quando não existe o meu papel é fornecer informação, em fornecer [...] tirar dúvidas, em fornecer dados que possam ajudar a mulher a decidir o que mais se encaixa para ela, qual é o melhor método que poderia servir para ela, é mais nesse sentido. Com relação à anticoncepção, acho que seria isso: fornecer informação e ajudar na decisão dela de que método utilizar (E17 – médica); Aconselhamento em matéria de sexualidade a gente trabalha bastante, é porque a gente está em área de vulnerabilidade social, então a gente busca fazer bastante essa questão do aconselhamento. É saber a história de vida da pessoa, daquela mulher, com quem ela se relaciona (E27 – enfermeira). (Informação verbal).¹⁵

Em essência, trata-se de aconselhamento, em diferentes medidas. Segundo o MS brasileiro,

[...] a atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescente, num contexto de escolha livre e informada. (BRASIL, 2010a, p.111).

E recomenda a consideração de alguns pontos durante o aconselhamento na atenção em anticoncepção: a preferência da mulher, do homem ou do casal; a característica dos métodos (eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção contra DST e infecção por HIV); os fatores individuais e o contexto de vida relacionado aos usuários que devem ser considerados no momento da escolha dos métodos (condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, fatores culturais e religiosos; outros fatores, como medo, dúvida e vergonha) (BRASIL, 2010a). Percebe-se que são muitas e variadas as considerações que precisam ser levadas em conta ao aconselhar quanto aos métodos e às técnicas anticoncepcionais, assim como também são variadas as formas das ações oferecidas.

¹⁵Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

Na subcategoria **formas das ações**, a consulta individual foi o modelo predominante. Exemplos:

Mais em nível de consultório, totalmente nível de consultório, demanda da pessoa. Ela chega: “Quero tomar o anticoncepcional”. A gente faz a consulta e prescreve. (E48 – enfermeira); Então, questões de orientação com relação as cirurgias, a vasectomia ou a laqueadura tubária, uso de condon então, isso permeia as nossas consultas no dia a dia (E49 – médica). (Informação verbal).¹⁶

Em relação à realização de grupos educativos, muitas falas pontuam essa forma de atuar como uma possibilidade, entretanto, trazem ressalvas em relação a essa estratégia de atuação. Exemplos:

Antes a gente fazia o grupo, mas agora que eu voltei ainda não me organizei pra fazer o grupo. Não estava dando muito certo o grupo, não sei se era por causa do horário (E6 – enfermeira); Por conta da aderência do grupo e por conta da demanda de consulta que a gente tem [...] é [...] tu dispensar o profissional do período para o grupo às vezes causa transtorno junto à agenda e é um pouco mais complicado (E24 – médico). (Informação verbal).¹⁷

Os procedimentos e/ou as técnicas propriamente ditas também simbolizam uma forma de fazer a atenção em anticoncepção na APS:

Coloco, coloco o DIU aqui (E17 – médica); Eu fazia muito anticoncepcional, muito. E a maioria deles é injetável, a procura é bem grande porque elas esquecem, daí elas não tomam direitinho. Aí acabam querendo fazer mesmo a anticoncepção injetável que é mais fácil, acabam achando mais fácil, é isso. Essa é a minha ação (E20 – téc. de enfermagem). (Informação verbal).¹⁸

Apesar de pouco pontuadas, também surgiram falas relacionadas às atividades nas escolas, assim como as falas relacionadas aos grupos educativos, as atividades nas escolas foram apontadas como uma

¹⁶Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

¹⁷Idem.

¹⁸Idem.

possibilidade para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção: “A gente já fez um trabalho no colégio também (E45 – ACS); É [...] e, aí PSE (Programa Saúde na Escola) também que é raro, mas quando a gente vai lá, na escola, falar sobre sexualidade a gente aborda também (E46 – enfermeira), (informação verbal).”¹⁹

As diferentes maneiras de atuar na atenção em anticoncepção (consultas, grupos educativos, procedimentos e/ou técnicas, visitas domiciliares, atividades nas escolas, reuniões de equipe e discussão de casos) mostram que há inúmeras estratégias para efetivar essa atenção na APS. Além disso, esses distintos modos de atuação oportunizam que todos integrantes das eSFs, dentro de suas atribuições, possam contribuir continuamente para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. E, ao relacionar as falas, percebe-se que se estabelece elo entre as formas de atuar, isto é, há forte ligação entre as ações de todos os integrantes das eSFs, por consequência, a depender de como se age, há repercussão na cadeia de ações (oferecidas e realizadas) à atenção em anticoncepção. Aqui aparece um dos fundamentos da APS, que fomenta o trabalho em equipe de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também que a capacidade de cuidado de toda a equipe seja ampliada (BRASIL, 2012b). As ressalvas feitas pelos participantes em relação às atividades nas escolas denotam que as ações de promoção e prevenção que articulam práticas de formação, de educação e de saúde, sobretudo à educação para saúde sexual e para saúde reprodutiva preconizadas através do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2012b), não estão sendo realizadas de maneira sistemática pelas eSFs.

Ao mencionar as diferentes formas de ações, também emergiram as **formas de acesso**, com predomínio significativo ao acolhimento à demanda espontânea. Muito se tem discutido sobre o conceito e as maneiras de acolhimento, entretanto, para o MS brasileiro o acolhimento se revela em práticas concretas, para além do discurso, das relações de cuidado (BRASIL, 2011b):

Por exemplo, paciente quer renovar a receita e ele chega ao acolhimento. É aquele horário que ele tem pra estar aqui. É claro que eu vou fazer as perguntas se está fazendo o método certo. Se ele está fazendo conforme foi orientado e sempre reforçando o uso do preservativo. Mas no acolhimento, por exemplo, chegou e eu estou naquele horário de acolhimento ou então eu estou disponível, então vou chamar a

¹⁹Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

pessoa [...] (E7 – enfermeira); Às vezes a pessoa ela vem com a demanda, mas às vezes só no fato de tu acolher, sabe [...] acolher a pessoa, conversar, deixar a pessoa explicar a situação, que às vezes é tão fácil, que tu não [...] eu não mando a pessoa embora (E16 – ACS). (Informação verbal).²⁰

Em sua essência, para além das diferentes formas de como é oferecido, o acolhimento à demanda espontânea possibilita, entre outras coisas, o que de mais elementar pode ser oferecido aos usuários dos serviços de saúde — o acesso. E esse acesso universal é uma das diretrizes da APS, que consiste em ser a “porta de entrada” preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RASs), com capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade nas questões de atenção à saúde (BRASIL, 2012b), conseqüentemente, quando pertinente também para as questões da atenção em anticoncepção.

Ainda, a subcategoria **não atua ou percebe limites na atuação**:

Não tem, especificamente [...] digamos no dia a dia, me transportando para o dia a dia [...] é depende muito, porque a gente não faz uma atenção digamos voltada especificamente pra anticoncepção, digamos que vou lá e o foco seja esse, não faço isso, no dia a dia não acontece. Em situações pontuais até talvez aconteça, até colocaria assim (E12 – ACS); Enquanto técnica (de enfermagem) a gente tem um pouco de limite, porque não é tão fácil chegar pra uma pessoa e dizer “Ah, tu toma anticoncepcional?” (E20 – téc. de enfermagem); Não vejo muita coisa em parte de atuação (E26 – téc. de enfermagem). (Informação verbal).²¹

Nessa subcategoria, constata-se que alguns integrantes das eSFs não se percebem agentes de atuação da/na atenção em anticoncepção. Entretanto, as formas de atuação são inúmeras e têm potencial para envolver toda a equipe. A própria PNAB enumera 18 atribuições comuns a todos os profissionais da APS, entre as quais está a garantia da atenção à saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos com vistas à integralidade, à garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações

²⁰Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

²¹Idem.

programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012b). Entre essas atribuições cabe a atenção em anticoncepção, por isso o questionamento: os integrantes das eSFs que não atuam ou percebem limites na sua atuação relacionada com a atenção em anticoncepção se comportam (se percebem) dessa maneira por que não são estimulados/monitorados para tal ou por que a atenção em anticoncepção fica à margem no contexto da APS?

Considerando as percepções que as eSFs têm sobre a atenção em anticoncepção, bem como as ações operadas das diferentes maneiras apresentadas, os participantes descreveram que a atenção em anticoncepção, oferecida pelas eSFs, é demandada, predominantemente, por mulheres jovens, especialmente as adolescentes, com variação entre as nuligestas (ou as multigestas) de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade. Com base nessas caracterizações emergiu a subcategoria **perfil mais comum**. Para ilustrar:

São mulheres jovens (E2 – enfermeira); Quem procura mais é a mulher (E4 – ACS); Então, o que que eu vejo assim, a minha preocupação, no meu dia a dia [...] com as mulheres, as meninas que estão muito cedo com vida sexual ativa [...] a nossa preocupação é com os adolescentes, mas também com as outras mães, com as outras mulheres que já tem filhos e se descuidam (E10 – ACS); É que assim, a maioria das que solicita anticoncepcional são meninas que não tem filhos ou que tem um filho [...] uma gravidez não desejada [...] ou as bem novinhas do tipo dezesseis, dezessete anos que não tem filho (E2 – enfermeira); Geralmente são mães de família, com dois ou mais filhos que querem evitar uma nova gravidez (E24 – médico); Mulheres que já tem alguns filhos, mais que dois, três (E54 – téc. de enfermagem); A gente diz que tem duas áreas de interesse social no nosso território de abrangência, mas na verdade é uma grande área de interesse social, é difícil. Eu diria que não tem áreas que não são de interesse, microáreas bem específicas que não são de interesse social, a grande maioria são pessoas que vivem numa situação de bastante pobreza e aí em virtude disso o nosso perfil socioeconômico é um pouco esse: de uma população jovem, em idade economicamente ativa, mas muitos não estão inseridos no mercado de trabalho (E18 – médica); Com pouco estudo. Que daí tem que ficar bastante tempo conversando, explicando que não

pode esquecer nenhum dia, tomar a injeção, explicar, explicar o uso da camisinha também, mas muita [...] muita adolescente, muita (E6 – enfermeira). (Informação verbal).²²

E a subcategoria **perfil pouco comum**, que tem, na figura masculina, a fala mais pontuada:

Bem menor, geralmente eles nos procuram quando eles têm alguma lesão no pênis ou com problema de ereção. Acabou de procurar um agora, com disfunção, então [...] é geralmente quando os homens nos procuram é porque tem problema (E27 – enfermeira); *Os homens geralmente não procuram, então acho que fica muito na responsabilidade da mulher* (E32 – médica). (Informação verbal).²³

As falas dessas duas subcategorias — a) perfil mais comum e b) perfil pouco comum — ajudam a compor a Categoria 3 - **Perfil das pessoas que demandam por atenção em anticoncepção através das equipes de Saúde da Família**. Opta-se, neste momento, por fazer a discussão sobre o que foi apresentado nessa categoria no tocante à relação mulher/homem, buscando problematizar quanto o tema da anticoncepção ainda é uma atribuição quase que exclusiva das mulheres. Essa discussão será pautada levando em conta o contexto político-legal do cenário brasileiro. No início da década de 1980, tem-se PAISM e o movimento feminista como precursores na luta para uma atenção à saúde da mulher voltada à saúde sexual e à saúde reprodutiva (VENTURA, 2009), ou seja, movimentos de mulheres que, com atos legítimos, chamavam para si a responsabilidade e o domínio de seus corpos. Em contrapartida, apesar desses esforços, imperava, até a Constituição de 1988, perversa forma social de paternidade — a ilegal, que correspondia a filhos nascidos fora do casamento. Aos bastardos, a lei não obrigava o reconhecimento. A negação (pura e simples) da paternidade era permitida se o “homem” desejasse (BERQUÓ, 2003). Com essas divergências, imagina-se que uma mesma geração fizesse a seguinte leitura: as mulheres estão chamando a responsabilidade para a questão da anticoncepção, enquanto os homens seguem protegidos por uma lei que os exime de qualquer responsabilidade sobre o assunto.

O fato é que as discussões se aprofundam ao longo do tempo e,

²²Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

²³Idem.

em alguma medida, há o aperfeiçoamento das leis que protegem as crianças fruto da irresponsabilidade de seus genitores (BRASIL, 1992). Então, sob as novas normativas e entendimentos surgem as adequações em nível de políticas públicas, exemplos: PNAISM e PNAISH. A primeira surgiu em 2004 e, entre outros pontos, traz como um de seus objetivos o estímulo à implantação e implementação do que denomina assistência em planejamento familiar. Interessa observar que esse é o único objetivo, entre os demais dessa política, que estimula a participação de homens e mulheres, adultos e adolescentes nas ações concernentes ao tema (BRASIL, 2004). Nessa mesma perspectiva (quatro anos depois), a PNAISH vem para assegurar aos homens o direito à participação para aquilo que agora denomina planejamento reprodutivo e a mesma política dita, que urge superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres (BRASIL, 2008b).

Apesar da força de direcionamento que as políticas têm, nesse sentido reflete-se pouco quanto à prática dos serviços de saúde — como se observou no estudo de Pinheiro e Couto (2013), que explora essa (des)articulação entre a assistência prestada aos homens e às mulheres em serviços da APS. Os autores concluíram que há iniquidades e uma polarização na estrutura organizacional dos serviços de saúde: mulher-reprodução *versus* homem-sexualidade. E, para vencer essa lógica, apostam na integralidade dos serviços para (re)articular as questões de sexualidade e reprodução para homens e mulheres (PINHEIRO; COUTO, 2013). Do estudo de Casarin e Siqueira (2014), que através da percepção das enfermeiras sobre o serviço de planejamento familiar voltado à população masculina, emergiram os resultados que mostram que a vergonha, o preconceito e o medo de se sentirem vulneráveis como os possíveis motivos para o afastamento dos homens dos serviços de saúde, conseqüentemente, das ações de saúde sexual e de saúde reprodutiva. Em relação à procura por esterilização (vasectomia), os maiores obstáculos são as ideias preconcebidas e equivocadas que os homens ainda têm sobre o tema (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

A Categoria 4 - **Sensações vivenciadas pelas equipes de Saúde da Família ao atuarem na atenção em anticoncepção** - resultou em duas subcategorias: a) sensações positivas; e b) sensações negativas.

Na primeira subcategoria, as falas ilustram sentimentos de bem-estar, dever cumprido, prazer, segurança:

Dever cumprido, que já consegui passar para o paciente o ciclo normal, que é vir ao posto, se consultar, então me sinto alegre, feliz por ter, por

estar nessa posição de poder ajudar no esclarecimento dessa menina, desse rapaz, me sinto alegre (E19 – ACS); Sinto-me no meu papel, sinto-me no meu papel de enfermeira. Ótima. Se pudesse fazer só isso, estava bom. Só isso não, mas fomenta isso em todos os momentos. Acho que o papel é meu mesmo, não tem outro (E46 – enfermeira); Bem confortável. Eu acho que me sinto bem confortável. É muito raro dar alguma coisa de errado, tentar colocar um DIU e não conseguir. É [...] ou enfim, quando a pessoa não se adapta eu me sinto segura de oferecer outros métodos, outras opções. Sinto-me bem segura com relação a isso (E17 – médica). (Informação verbal).²⁴

Mas alguns integrantes das eSFs, a depender de algumas situações vivenciadas, pontuam que sentem insegurança, frustração, impotência e mal-estar, sentimentos esses que compõem a segunda subcategoria:

Eu fico angustiada. Eu me sinto angustiada porque a pessoa ela usa o anticoncepcional e deixa de usar a camisinha e, aí não é só a gravidez. Eu me sinto angustiada porque as pessoas acham que o método anticoncepcional é a solução. E não entendem que [...] tudo bem é a solução pra gravidez, mas e todas as outras coisas envolvidas (E48 – enfermeira); É claro que depende de cada caso, então tem situações de vida que me chateiam muito, porque a gente fica pensando se essa mulher já tivesse feito a laqueadura que era o desejo dela. Então, impotente. Porque poxa, porque a gente sabe que essa pessoa precisa, a gente sabe que foi encaminhada, a gente sabe que [...] e cadê? O que foi? Cadê? O que aconteceu? E, ninguém está aí depois para vida dela, ninguém está aí para [...] Como é que vai ser? (E10 – ACS); Sinto-me muito mal, muito. É frustração. Vê as meninas perderem. Imagina a menina com quinze anos, com dois, três filhos como é que vai fazer? Complicado. Estudar e adquirir alguma coisa mais tarde e criar estes filhos. É difícil (E3 – téc. de enfermagem). (Informação verbal).²⁵

²⁴Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

²⁵Idem.

Sabe-se que a relação terapêutica, entre o profissional de saúde e o(a) usuário(a), é de suma importância para condução do processo de saúde. E dessa relação emergem sentimentos, por vezes não favoráveis para o estabelecimento do vínculo tão necessário para a manutenção dessa relação. Por isso, identificar essas sensações, por parte dos integrantes das eSFs, quando da atuação na atenção em anticoncepção (inclusive), permitirá considerar todos esses sentimentos para compreensão e não julgamento das dinâmicas de vida dos usuários (BRASIL, 2010a). Ao (re)visitar as sensações que afloram quando atuam na atenção em anticoncepção, sejam elas positivas, sejam negativas, as eSFs podem, num movimento constante para mudança, aperfeiçoar essa atenção. Isso porque ao se sentirem seguras, experimentando sensação de dever cumprido e felizes com sua atuação, as eSFs poderão manter e aperfeiçoar o padrão da atenção oferecida. Em sentido oposto, ao sentirem frustração, impotência ou insegurança poderão se mobilizar (ainda mais) em busca de novas alternativas para efetivação e aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção.

Logo, os pontos e contrapontos da atenção em anticoncepção pelas eSFs apresentados nesta seção permitem identificar as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção.

Os resultados apontam que as percepções relacionadas com a atenção em anticoncepção estão voltadas, predominantemente, aos aspectos fisiológicos e individuais, a respeito do uso de métodos anticoncepcionais para evitar gravidez/não ter filhos, o que logicamente faz sentido e se mostra pertinente ao objeto deste estudo. Entretanto, alguns participantes apontam em outra direção quando relacionam a atenção em anticoncepção com outras esferas, como a prevenção de DST/HIV/Aids, a sexualidade, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, indicando uma percepção ampliada da atenção em anticoncepção.

O emprego dos termos planejamento familiar e controle de natalidade como sinônimos de atenção em anticoncepção e a dificuldade de entendimento relacionada ao termo anticoncepção trazem um alerta para a confusão conceitual que permeia o tema. E que, a depender do enfoque dado, pode acarretar implicações na atenção oferecida pelas eSFs, principalmente na garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

A diversidade das formas como as ações da atenção em anticoncepção podem ser oferecidas pelas eSFs, com predomínio das consultas e dos procedimentos ou técnicas propriamente ditas, em detrimento dos grupos educativos e das atividades nas escolas, indica

que as ações da atenção em anticoncepção estão voltadas aos atendimentos individuais, o que permite aproximação entre o profissional e o(a) usuário(a) para o seguimento das demandas relacionadas com a anticoncepção e particularização de cada caso. Contudo, as atividades coletivas com potencial para um fazer crítico-criativo, em especial, nas escolas, estão sendo escamoteadas pelas eSFs.

Apesar disso, o acesso (via acolhimento) à demanda espontânea e a essência da ação, voltada para o aconselhamento em anticoncepção, evidencia quanto a APS, por meio das eSFs, tem potencial para emplacar a atenção em anticoncepção.

Percebe-se que as eSFs ainda precisam atentar para o perfil das pessoas que demandam atenção em anticoncepção, ofertando, com qualidade e de forma sistemática, ações que incluam os homens na atenção em anticoncepção, bem como ações para atrair todas as mulheres em idade fértil, independentemente da condição social, escolaridade e paridade.

Espera-se, nessa lógica, que as eSFs possam se sentir cada vez mais aptas e cientes de sua relevância no contexto da atenção em anticoncepção, contribuindo para redução das gravidezes não desejadas e suas implicações.

6.3 CONTRIBUIÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO: FACILIDADES E DIFICULDADES

Com o objetivo de identificar as contribuições de eSFs para qualificar a atenção em anticoncepção serão apresentados nesta seção os resultados obtidos das entrevistas semiestruturadas, onde emergiram duas categorias relacionadas com as facilidades e dificuldades da atenção em anticoncepção (Quadro 5).

Considerando a gama de informações apreendidas, opta-se por exemplificar com as falas dos participantes as subcategorias que foram mais evidenciadas.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias referentes as contribuições de equipes de Saúde da Família para qualificar a atenção em anticoncepção: facilidades e dificuldades, Florianópolis (SC), 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – Facilidades apontadas pelas equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção	Aspectos relacionados ao que os serviços/profissionais oferecem (acesso, vínculo, ter os insumos, trabalho em equipe, enfermeira prescreve, processo de trabalho, parceria com escolas, médico insere o DIU). Aspectos relacionados ao usuário (entendimento, interesse do usuário).
II – Dificuldades apontadas pelas equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção	Aspectos relacionados ao usuário e ao contexto de vida (desinteresse e entendimento inadequado do usuário em relação ao tema, condições econômico-sociais, falta de informação, igreja, mídia). Aspectos relacionados ao serviço (falta de insumos, oferta restrita de métodos anticoncepcionais, burocratização do acesso, condições de trabalho, infraestrutura precária); Défice de formação das equipes de Saúde da Família e suas variações. Falta de apoio do nível central (Secretaria Municipal de Saúde e Distritos Sanitários) e suas variações.

Fonte: Elaboração da Autora, (2016).

I - Facilidades apontadas pelas equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção

Opta-se por ilustrar a subcategoria - Aspectos relacionados ao que os serviços/profissionais oferecem.

Para os integrantes das eSFs (participantes deste estudo), a grande facilidade apontada está voltada para a garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para eles, o acesso aos usuários com demandas relacionadas com anticoncepção é ampliado, sendo essa demanda acolhida com mais prontidão em comparação a outras demandas, por exemplo.

Então, que tem aqui na unidade, que funciona é o nosso acesso a essas mulheres. É amplo, assim. A gente abre muito, para esse acesso, então, raramente elas vão sair barradas, então elas chegam com essa demanda a gente já se prontifica a orientar, a primeira consulta ou o que seja lá qualquer dúvida, então é [...] eu acho que é amplo, a gente tem. Elas não têm

*dificuldade (E10 – ACS); Acho que a grande potencialidade do CS é o acesso. Eu acho que isso, qualquer pessoa que chega aqui qualquer horário e: “Bom eu quero isso”. A gente é um grande balcão de eu quero. E, tem isso muito fácil. Acho que acesso é uma coisa que ajuda bastante (E18 – médica); Eu acho que uma grande facilidade é o acesso. Eu acho que o acesso é bem facilitado nesse sentido. É, às vezes, por um outro motivo o paciente tem muito mais dificuldade de conseguir uma consulta, de conseguir um atendimento do que quando ele procura por esse atendimento. Então, eu acho que o acesso é facilitado nesse sentido (E39 – enfermeira). (Informação verbal).*²⁶

O vínculo estabelecido entre equipe e usuários também é apontado pelas eSFs como grande fator facilitador na atenção em anticoncepção. Destacam, sobretudo, a questão da confiança construída ao longo da relação profissional-usuário.

*Porque elas têm, porque como elas nos conhecem há muito tempo, a gente está na área há muito tempo então, elas já têm. Elas nos conhecem desde muito pequenininhas, então elas sabem que elas podem ter essa conversa. Porque a gente sempre tenta deixar muito claro para elas que o que a gente fala com elas, a gente não fala pra mãe. Mas sempre com o cuidado de a mãe saber que a gente não vai fazer nada que não seja permitido (E10 – ACS); Eu acho [que] aqui, aqui o que mais me facilita não só anticoncepção, mas qualquer outra coisa é o vínculo que a gente tem com os pacientes. O vínculo de confiança. Eles sabem que podem contar, eles sabem que se um método não tiver bom ela vai poder vir aqui e me falar: “Oh, não estou adaptada. Vamos tentar outra coisa?”. Já coloquei e tirei DIU em meses de diferença. Por quê? “Não me adaptei, não gostei, enfim vou tirar”. É, eu acho que é mais isso (E17 – médica); Olha, o que eu acho como ponto positivo é que assim apesar de eu ter voltado para o CS (Centro de Saúde) há pouco tempo eu acho que a questão do vínculo é muito importante, tu trabalhar a questão do vínculo e confiança do profissional (E27 – enfermeira). (Informação verbal).*²⁷

²⁶Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

²⁷Idem.

Para complementar os fatores facilitadores apontados pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção, os participantes mencionam sobre a disponibilidade dos insumos. Citam a variedade de métodos e técnicas anticoncepcionais oferecidas: orais, injetáveis, de barreira, DIU, vasectomia, por exemplo. Além de pontuarem sua gratuidade.

*O injetável, tem o comprimido, tem o preservativo, tu consegue o encaminhamento. Eu não acho difícil fazer o encaminhamento para a vasectomia e até o tempo de espera não tem sido os dois mais longos, o DIU também, entendeu? É só questão do interesse da pessoa vir procurar informação e querer. Eu acho que para Florianópolis em comparação [...] claro que a gente sempre pode melhorar, mas acho que está querendo, está conseguindo, digamos assim (E6 – enfermeira); Ah, o posto oferece, tem vários métodos, tem as camisinhas femininas que temos aqui no posto, a masculina, tem as injeções é [...] comprimidos anticoncepcionais, tem tudo (E37 – ACS); Ah, eu acredito assim no fornecimento. As mulheres hoje elas têm acesso aos anticoncepcionais sejam eles injetáveis ou via oral. É [...] tem mais de [...] elas podem escolher, tem variedades, entende (E42 – téc. de enfermagem); Tem medicação gratuita. Isso facilita bastante (E51 – médica).*²⁸
(Informação verbal).

Apesar de não exemplificadas, algumas falas dos participantes demonstram que as facilidades apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção também incluem: o trabalho em equipe; o fato de a enfermeira poder prescrever alguns métodos anticoncepcionais, conforme o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher do município (FLORIANÓPOLIS, 2010); a dinâmica do processo de trabalho; a parceria com escolas; e o fato de alguns médicos inserirem o DIU no próprio CS. Entretanto, há um predomínio em apontar, de maneira mais genérica, as facilidades através do conceito do acesso, do vínculo e da garantia dos insumos.

Starfield (2002, p.9-10) dita que “[...] em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o lócus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo [...]”. Acesso e vínculo

²⁸Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

são dois dos princípios que orientam a APS, juntamente com a universalidade, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012b). E, sobre a disponibilidade dos métodos e das técnicas anticoncepcionais nos serviços de saúde, entendendo-a como gratuidade, deve ser sempre considerada durante o aconselhamento em anticoncepção para que a escolha do método ou da técnica ocorra livre de restrições (BRASIL, 2002; 2010a).

A subcategoria - Aspectos relacionados ao usuário (entendimento, interesse do usuário) - foi incipiente, em comparação da subcategoria anterior, embora para alguns dos participantes da pesquisa, quando o usuário é esclarecido e informado a respeito do tema da anticoncepção, pode se constituir uma facilidade para a efetivação dessa atenção. Contudo, os aspectos relacionados aos usuários mostram-se com maior ênfase na categoria a seguir.

II - Dificuldades apontadas pelas equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção

A subcategoria - Aspectos relacionados ao usuário e ao contexto de vida (desinteresse e entendimento inadequado do usuário com relação ao tema, condições econômico-sociais, falta de informação, igreja, mídia) - apresenta as seguintes falas:

Olha [...] eu acho que é o próprio interesse dos pacientes, mesmo. Porque a gente oferece. É [...] a enfermeira está sempre disposta a falar sobre o assunto. Eu acho que a gente está sempre dando informação. Mais é interesse do paciente querer usar ou não (E5 – ACS); Baixo entendimento. Tem umas que não, eles não entendem, sabe? A gente fala, fala (E9 – ACS); É o comprometimento das pessoas, que acho que tem uma corresponsabilidade de quem usa, de quem faz o uso do serviço. Então, às vezes tu tens que fazer, está fazendo uma procura pela falta de interesse ou sei lá ou porque não entende como que é a dinâmica do nosso trabalho. Então a gente tem que estar sempre ligando, sempre falando, orientando. Então, esse entendimento é difícil (E25 – téc. de enfermagem); O nível de escolaridade também, do entendimento e também assim eu acho que dificulta um pouquinho (E38 – médica); A gente percebe que o nível delas é bem [...] o cognitivo, com relação a isso é bem

rebaixado, porque elas não se importam. Porque aqui para elas o que acontece [...] engravidar para elas é status, aqui. Porque engravidou do fulano, do ciclano. Então, não sei depois como elas lidam com a questão da maternidade, mas para elas engravidar é bom e eu não sei aonde elas aprendem isso. Da rua de certo. Mas, então eu tenho muita adolescente grávida (E33 – enfermeira); E, às vezes também a questão da própria questão social, porque parece assim que para as meninas assim que a gente atende, que são meninas de baixa renda, parece que é um status engravidar. Então, existe assim, é um desejo, então, a gente observa assim eu pego meninas adolescentes que engravidaram: “Foi desejada a gravidez?” “Não.” “Mas, tu tomava anticoncepcional?” “Não.” “Não?”. Então, bom. Aí tu fica assim [...] “Então, não entendo”, porque na verdade existe um desejo. Parece que é um status, tu engravidar e, aí tu sai da casa dos teus pais e, até, porque elas ainda tem um crença de que vão prender os namorados dessa forma. Então, rola muito [...] e, aí rola uma barreira no sentido de que elas não usam (E49 – médica). (Informação verbal).²⁹

A falta de interesse, e o entendimento equivocado acerca dos próprios cuidados voltados à saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como o contexto social entorno dos(as) usuários(as) atendidos pelas eSFs, além da banalização de uma gravidez, considerada, por muitas adolescentes, segundo os participantes desta pesquisa, *status*, são as grandes barreiras apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção.

Diante desse cenário, e com personagens como os apresentados nas falas acima, os integrantes das eSFs têm o desafio de considerar o sujeito em sua singularidade, assim como a inserção sociocultural, de maneira a produzir a atenção integral (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012b). O estudo de Tafese; Woldie e Megerssa (2013) também determinou que o nível de educação dos clientes de clínicas de planejamento familiar é um preditor de satisfação ao que chama de assistência em planejamento familiar. Relacionando o resultado do estudo citado com os achados desta pesquisa, pode-se considerar que a capacidade de entendimento e o interesse dos usuários referente à

²⁹Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

atenção em anticoncepção têm relação direta com o desenvolvimento desta.

Alguns integrantes das eSFs pontuaram como dificuldades para a efetivação da atenção em anticoncepção os aspectos relacionados ao serviço: a falta de insumos; a oferta restrita de métodos anticoncepcionais; a burocratização do acesso, em especial, para realização de esterilizações (vasectomia e laqueadura tubária); as condições de trabalho; e a infraestrutura precária. Sendo esta uma subcategoria que não será ilustrada com as falas dos participantes, visto que, com pequenas variações, são, basicamente, o contrário das falas apresentadas na primeira subcategoria da Categoria 1. Entretanto, será discutida após a apresentação das subcategorias: déficit de formação das eSFs e suas variações, e falta de apoio do nível central (SMS e DSs) e suas variações.

A subcategoria - Déficit de formação das eSFs e suas variações - mostra que os profissionais de nível superior (enfermeiras e médicos) tiveram formação em anticoncepção durante a graduação. Os médicos que fizeram residência em SF atribuem um reforço à formação, relacionada com a atenção em anticoncepção, durante a residência, principalmente no que se refere ao aprendizado para a inserção do DIU:

Eu acho que na graduação teoria, mas na prática mesmo, na pós-graduação, na residência, foi quando a gente começa a atender os pacientes e começa a colocar o DIU. Começa a realmente atender e vê as dificuldades. Porque uma coisa é tu estudar bonitinho não sei o quê, outra coisa é tu atender o paciente e tu ter toda esta discussão a respeito deste tema assim. Que eu tenho mais segurança, que hoje eu sei colocar. Saí da graduação não sabia colocar DIU. Acho que foi isso: a graduação na teoria e a pós na prática (E17 – médica). (Informação verbal).³⁰

O estudo de Rubin et al. (2011) indica, como um de seus resultados, que a experiência de inserção de DIU na residência médica é um importante preditor para inserção de DIU nos serviços de APS.

Os demais participantes (especialmente os ACSs), que informaram ter recebido orientação sobre o tema, não especificaram com detalhes em que momento aconteceu a formação: “*Faz tanto tempo, eu acho que a gente já teve isso (E16 – ACS); Tivemos curso aqui.*

³⁰Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

*Tivemos. Só que faz muito tempo (E37 – ACS), (informação verbal).*³¹

A respeito das formações e/ou das capacitações sobre atenção em anticoncepção oferecidas durante o serviço predominam as falas que caracterizam o déficit de formação/capacitação dos integrantes das eSFs:

*Meu Deus! Pela prefeitura não. Não nesta temática. A gente teve capacitação de vacina, redução de danos, vigilância, mas isso, não (E3 – téc. de enfermagem); É assim, que mais eu lembro que a gente teve. As formações foram amamentação, é de preservativo, por causa das doenças em si, mas não de anticoncepção, não (E14 – ACS); Não, dá Rede (Rede de Atenção à Saúde) não, nesses dois anos e meio, não (E24 – médico); Mas assim, depois de estar na prefeitura (de Florianópolis) aqui eu nunca fiz nenhum curso, nenhum (E39 – enfermeira). (Informação verbal).*³²

Como variações, na tentativa de minimizar esse déficit de formação e em busca de apoio, tendo em vista, atualizarem-se em relação ao tema da anticoncepção, os integrantes das eSFs se ajudam reciprocamente, sobretudo na figura da enfermeira e do médico; apoio via internet, por meio de outros materiais, como artigos e livros, e suporte no Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher do município de Florianópolis:

Eu converso geralmente com os colegas aqui da unidade, se eu tenho alguma dúvida até da interpretação do Protocolo, converso com o meu colega enfermeiro, com meu colega médico. Tento tirar as dúvidas por aqui (E43 – enfermeira); Eu tiro dúvidas com as enfermeiras daqui. Tem uma enfermeira que eu vejo muito como referência, ela é muito experiente, quando ela tem oportunidade ela me orienta (E54 – téc. de enfermagem); Internet. A gente que tem que se virar praticamente, a prefeitura (de Florianópolis) não dá nada (E22 – enfermeira); Eu vou atrás do que está na internet, vou atrás de artigo científico, para ver o que tem de novidade (E24 – médico); Ah, vou lá no doutor Google. Hoje em dia é tudo tão fácil (E3 – téc. de enfermagem); A gente vai estudando, vai lendo, tem o Protocolo que

³¹Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

³²Idem.

ajuda bastante (E53 – enfermeira); *Protocolo. Mais Protocolo, internet. Vou procurando artigo, mas é bem raro, bem raro, mais é Protocolo* (E6 – enfermeira). (Informação verbal).³³

São escassos os estudos que tratam sobre a formação dos profissionais de saúde da APS sobre atenção em anticoncepção. Indiretamente, tem-se um estudo brasileiro, cuja finalidade era caracterizar a oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, que apontou que: 67,5% dos médicos e 87,7% dos enfermeiros referiram conhecer o manual de planejamento familiar do MS brasileiro; 67,5% dos médicos e 83,1% dos enfermeiros referiram conhecer as três indicações para o uso de CE (relação sexual desprotegida, estupro e falha do método); e 41,3% dos médicos e 56,5% dos enfermeiros responderam que o mecanismo de ação da CE dá-se pelo impedimento ou atraso da ovulação e fecundação (SPINELLI et al., 2014).

Outro estudo (no contexto internacional), que buscava identificar o aconselhamento e a prestação de práticas de LARC entre os enfermeiros de saúde da mulher e da atenção primária, constatou que a maioria dos enfermeiros (86%) foi treinada em planejamento familiar. Mesmo assim, 50% dos enfermeiros da saúde da mulher e 30% dos de cuidados primários desejam formação em implantes; 20% dos enfermeiros da saúde da mulher e 35% dos de cuidados primários desejam formação em DIU; no geral, metade dos participantes deseja formação em LARC, sem diferença significativa por especialidade (HARPER et al., 2013).

A falta de apoio do nível central (SMS e DSs) e suas variações é a última subcategoria da categoria sobre as dificuldades apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção. A maioria dos participantes não percebe incentivo, monitoramento e/ou estímulo do nível central em relação, especificamente, à atenção em anticoncepção. Os que vislumbram algum apoio do nível central exemplificam com um suporte mais geral para que as atividades se desenvolvam. Alguns não se sentiram aptos a responder esse questionamento sobre o amparo dado pelo nível central às ações da atenção em anticoncepção desenvolvidas pelas eSFs:

Eu nunca parei pra pensar nisso, mas acho [...] mas, ainda eu não parei pra pensar nisso [...] não observo nenhum tipo de ação específica hoje em dia

³³Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

em relação a isso. Engraçado a tua pergunta. Não. Acho que eu não teria muita coisa a comentar a esse respeito, nunca parei para pensar nisso. Não vejo nenhuma cobrança no sentido de monitorar, de ver quantas mulheres usam DIU, quantas mulheres [...] não vejo uma vigilância neste sentido. Tem a vigilância dos frutos daquilo ali, ou da falta daquilo ali, pré-natal, RN (recém-nascido), os marcadores, mas antes não. Não vejo (E17 – médica); Não, acho que não. Acho que teve uma iniciativa do Distrito (Distrito Sanitário) ano passado de capacitar os médicos para inserção de DIU e não deu certo, foi feito todo um esquema para fazer o negócio e não rolou. E também ninguém foi atrás, ninguém falou nada sobre isso. Ficou por isso mesmo. Acho que tem algumas atitudes isoladas de algumas pessoas que estão envolvidas com a gestão que tentam fazer o negócio acontecer, mas não acho que é uma política institucional de fazer um negócio acontecer (E18 – médica); Não percebo, nem estímulo, nem a monitorização direta. Pode ser que eles façam indiretamente, por alguma coisa que a gente não tenha (acesso) (E24 – médico); Eu acho que as prefeituras têm bastante autonomia para trabalhar, acho que é uma questão de interesse pela temática. A gente acaba repetindo “Ah, verão [...] dengue [...] oh dengue.” Outra onda: “Oh, H1N1” (risos) e, contracepção? Eu acho que é um grande problema (E27 – enfermeira); Ainda não percebi um incentivo muito grande em relação a essa temática. Talvez, talvez exista, mas não chega até mim, mas eu não, não percebo muito (E39 – enfermeira). (Informação verbal).³⁴

Ao vincular os aspectos relacionados ao serviço, especialmente a falta de insumos, oferta restrita de métodos anticoncepcionais, burocratização do acesso, sobretudo para realização da laqueadura e vasectomia, o déficit de formação/capacitação dos integrantes das eSFs e a falta de apoio do nível central, no que concerne às ações da atenção em anticoncepção, abre-se para discussão do quanto a atenção em anticoncepção pode estar sendo escamoteada no contexto da APS do município pesquisado. E ainda: ao se relacionar os achados, em especial os que embasam a subcategoria falta de apoio do nível central e ampliar

³⁴Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

o foco para esfera federal, pode-se formalizar inúmeras críticas ao considerar as políticas públicas nacionais referentes ao tema específico da anticoncepção, que, apesar de todo um direcionamento teórico, pouco refletem na prática assistencial.

Um exemplo recente, dentro do arcabouço das políticas públicas e/ou estratégias nacionais relacionadas com atenção em anticoncepção, é a chamada Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011a). Tal estratégia tem no Componente Puerpério ações voltadas ao planejamento reprodutivo, entretanto, em nenhum momento os integrantes das eSFs que participaram deste estudo fizeram menção a essa estratégia, relacionando-a com a atenção em anticoncepção oferecida. Aqui cabe uma reflexão/interrogação: levando em conta a relevância do tema do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção e suas implicações, especialmente na presença de inadequações e/ou falta dessa atenção, poderia uma estratégia nacional, cujo um de seus princípios é a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e por ações a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos concernentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva, chamar-se, ingenuamente, Rede Cegonha? Ou esse emblema (nome e símbolo) foi pensando propositalmente para manter fora de foco as ações do planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção?

Quando questionados sobre os **pontos fundamentais para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção pelas eSFs**, os participantes da pesquisa consideraram, basicamente, que os pontos fundamentais são o fomento das facilidades apontadas *versus* a exclusão das dificuldades encontradas — ambas foram apresentadas nas duas categorias anteriores. Entretanto, há ênfase nos pontos fundamentais — profissionais capacitados e esclarecimento do usuário. Segue ilustração com algumas falas:

Então, eu acho que tem que ter primeiro esclarecimento. Tem que o usuário [...] tem que entender que método é e pra que é. Por quê? “Ah, não vou tomar injeção, porque engorda”. “Ah, esse anticoncepcional a minha amiga tomou e [...]”. Então assim, o profissional tem que estar capacitado realmente para fazer toda a abordagem sobre anticoncepcional, o paciente ele tem que estar entendendo, porque é muito da maneira como a gente fala para ele entender, isso eu levanto sempre (E10 – ACS); Eu acho que a informação é muito importante e a formação também. Assim, das

... pessoas estejam prontas para receber quando alguém vem nos perguntar, de você saber o que falar, onde que a pessoa tem que ir, o que tem que fazer e, também a pessoa em si, de ela ter esse apoio, de que a pessoa que for dar essa informação, de se fazer entender. E também de conseguir entender o que a pessoa quer. Então, isso é muito importante assim (E14 – ACS); Capacitação dos profissionais, atualização clínica, envolvimento de todos os profissionais da equipe, aquilo que a gente tava falando. Então é o papel de cada um, dos técnicos, dos ACSs, dos médicos, dos enfermeiros. Eu acho que médico a fim. Tem que está a fim de querer colocar o DIU (E18 – médica); Acho que precisa ter primeiro de tudo um bom relacionamento entre a equipe e o usuário, o entendimento claro das informações corretas, porque eu não consigo tipo fazer todo o meu trabalho bonitinho se o usuário não for fazer a parte dele. Então acho que precisa apoiar. Apoio das duas partes, na verdade compartilhando as informações (E20 – téc. de enfermagem); Eu acho que tem que ter o profissional é [...] devidamente capacitado, tendo as orientações, sabendo o que ele está falando, saber o que está falando, para poder orientar da melhor forma possível e escolher o melhor método para a pessoa também. Junto com a própria pessoa vê o que é melhor, eu acho que é isso. Isso é fundamental (E33 – enfermeira); Eu acho que os profissionais estejam incentivando mais e a população aberta a receber (E53 – enfermeira). (Informação verbal).³⁵

Percebe-se, ao considerar essas falas, que os pontos fundamentais para que a atenção em anticoncepção seja desenvolvida são os mesmos citados ainda no século 20 por Stephan-Souza (1995, p.413) “[...] o quadro real da fragilidade, da fragmentação, da desinformação, onde ações profissionais, conjugadas às semelhantes dificuldades por parte das usuárias, convivem juntas no trabalho contraceptivo [...]”, como um embate entre profissionais de saúde *versus* usuários(as).

Para Starfield (2002), o sucesso da APS depende dos mecanismos para melhorá-la, entre os quais, pode-se citar o treinamento de seus profissionais. Os integrantes das eSFs clamam por adequações

³⁵Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

relacionadas com a sua formação/capacitação, que, por consequência, tem potencial para favorecer continuamente o esclarecimento dos usuários. Entre os objetivos da PNAISM, da PNAISH e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (PNAISAJ) consta o objetivo de qualificar os serviços oferecidos pelo SUS a essas populações (BRASIL, 2004; 2008b; 2010c). Ao entender que qualificar a atenção oferecida (entre outras coisas) também permeia a formação/capacitação adequada dos profissionais de saúde, pode-se questionar se o direcionamento das políticas está sendo seguido.

Para corroborar as assertivas acima, encontram-se, em dois estudos (um nacional e um internacional), resultados que apontam sobre a avaliação dos serviços relacionados com a atenção em anticoncepção. Tafese, Woldie e Megerssa (2013) determinaram (entre outros aspectos) que os prestadores de serviço de planejamento familiar não estavam cumprindo a orientação das diretrizes de planejamento familiar e que nenhuma das clínicas de planejamento familiar dispunha de contingente suficiente qualificado de acordo com essas mesmas diretrizes. Pierre e Clapis (2010) buscaram saber qual é a percepção dos profissionais sobre o serviço de planejamento familiar oferecido. Os resultados sugerem que as unidades de SF não se constituem num local de capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema de planejamento familiar e não possibilita às mulheres o conhecimento da diversidade dos anticoncepcionais.

Por fim, os participantes foram convidados a realizar um exercício - **propor ações para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção**. Mais uma vez, as facilidades e as dificuldades indicadas serviram de referência para elaboração da proposta, assim como a consideração dos pontos fundamentais apresentados, ou seja, reforçavam ações dentro do fomento das facilidades e propunham ações para combater as dificuldades apontadas. Exemplos a seguir.

Fomento ao acesso do usuário: *“Ações assim, eu achava assim que o Posto (Centro de Saúde) a gente, Agente de Saúde, pudesse marcar para quem precisa. ‘Oh fulano de tal precisa de receita’. Daí a gente já marcava (E1 – ACS), (informação verbal).”*³⁶

Fomento à capacitação dos profissionais: *“Acho que seria interessante que a gente também parasse para discutir sobre isso, sabe. Que a gente fizesse momentos de educação permanente sobre o tema. Acho que isso é importante, porque às vezes a gente tem dúvida (E28 –*

³⁶Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

enfermeira), (informação verbal).³⁷

Fomento às atividades em grupo: “É eu acho, que seria interessante fazer grupos, tipo uma vez na semana ou duas, fazer aqueles grupos de casais, para poder se integrar bem disso, para eles. Eu achava legal isso (E29 – téc. de enfermagem), (informação verbal).³⁸

Solicitação de apoio do nível central:

Ações? Eu acho que ter mais atenção é [...] eu acho muito importante vir essa questão da gerência, dela incentivar o profissional. Mandar nem que seja assim, mandar materiais para gente ler: “Olha foi atualizado tal coisa”. Mandar por e-mail, atualização por e-mail, por e-mail da equipe do profissional. Eu acho que isso é uma coisa fácil de se fazer (E33 – enfermeira). (Informação verbal).³⁹

Fomento à divulgação/informação: “Ah, se a gente tivesse informativos para os pacientes, a gente tem um monte de informativo para um monte de coisa, mas a gente não tem de anticoncepcional (E10 – ACS), (informação verbal).⁴⁰

Fomento à parceria com as escolas: “Então, estratégias nas escolas com os adolescentes, mas estratégias mais diferenciadas, para que eles fixem mais (E11 – ACS), (informação verbal).⁴¹

Fomento para criar um programa:

Começar por uniformizar o programa. Suponhamos que já tem esse programa, penso que já existe esse programa, que deve ter coisa escrita mais que ninguém faz, então vamos implementar esse programa. De forma uniforme para todas as unidades, é obviamente cada unidade vai ter a sua autonomia de trabalhar da maneira que achar melhor, mas dentro daquelas diretrizes e que se isso fosse via de regra, tem que seguir. Começa por aí (E3 – téc. de enfermagem). (Informação verbal).⁴²

³⁷Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

³⁸Idem.

³⁹Idem.

⁴⁰Idem.

⁴¹Idem.

⁴²Idem.

Fomento à vigilância:

Acho que talvez esse foco tivesse que mudar, talvez fosse uma forma mais efetiva. Esse é o primeiro conceito. Talvez torná-lo, não sei se é possível, se é correto ou não, torná-lo é [...] não sei, trazendo para prática: marcador. Porque daí muda, porque muda o enfoque, muda a questão, já vira marcador, já vira algo que tu trabalhas de uma forma mais incisiva, já enfim. Já olho para ele de outra forma, não sei. Foi algo que me surgiu agora de momento (E12 – ACS). (Informação verbal).⁴³

Fomento à participação dos homens:

É porque outras coisas que eu acho que seria interessante fazer não dizem respeito somente à ação minha enquanto profissional de saúde, sabe? Mas é todo um contexto sociocultural, da cultura de que a gente está inserida, que é o que eu falei anteriormente, que o ideal é que seria que o homem compreendesse que isso, que essa decisão ela deve ser do casal, que o casal tem que pensar em possibilidades do que é melhor (E28 – enfermeira). (Informação verbal).⁴⁴

Ao proporem ações como as listadas acima, os integrantes das eSFs vislumbraram inúmeras e diferentes possibilidades para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção na APS. Cumpre observar que os participantes, que também são integrantes da ESF, do estudo de Pierre e Clapis (2010), apontaram como fatores para qualidade daquilo que denominam assistência em planejamento familiar aspectos semelhantes aos apontados pelos participantes deste estudo, a saber: a informação e a oferta de métodos anticoncepcionais; o acesso fácil aos insumos, exemplo do preservativo masculino; o aconselhamento adequado em matéria de saúde sexual e de saúde reprodutiva; a inclusão do parceiro sexual (homem) nas decisões sobre planejamento familiar, e a realização de orientação em grupo para adolescentes, mulheres e casais.

Entre as ações propostas, as que visavam parceria com escolas

⁴³Falas extraídas das entrevistas semiestruturadas.

⁴⁴Idem.

predominaram nas falas dos integrantes das eSFs, participantes desta pesquisa. As Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens busca essa intersetorialidade (BRASIL, 2010c). Um exemplo é o PSE, cuja uma das ações previstas é a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva (BRASIL, 2007).

Em tempo, importa registrar que uma única participante (técnica de enfermagem) fez uma reflexão/uma proposta relacionada com a atenção em anticoncepção voltada às pessoas portadoras de necessidades especiais. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência instituída há mais de uma década, dita os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na integralidade das pessoas com deficiência, em diretrizes contidas nessa política (BRASIL, 2009c).

Como visto, as facilidades e as dificuldades apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção apresentadas neste estudo cumprem o objetivo de identificar as contribuições de eSFs para qualificar a atenção em anticoncepção.

Na perspectiva dos integrantes das eSFs, as facilidades estão concentradas ao lado do que os serviços/profissionais oferecem, sendo os exemplos do acesso dos usuários aos serviços; do vínculo entre profissionais e usuários; e da disponibilidade dos insumos a base para a efetivação da atenção em anticoncepção.

As dificuldades evidenciadas pelas eSFs estão direcionadas, predominantemente, ao que depende dos usuários, em especial, ao desinteresse e entendimento inadequado dos usuários em relação à própria saúde sexual e saúde reprodutiva. Também compõem as dificuldades apontadas pelas eSFs, o déficit de formação das eSFs em relação ao tema da anticoncepção, bem como a falta de apoio do nível central para o desenvolvimento das ações da atenção em anticoncepção, sendo que estas duas últimas dificuldades encontradas quando aliadas à falta de insumos, a oferta restrita de métodos anticoncepcionais, a burocratização do acesso (sobretudo para realização de esterilização) retrata quanto o tema da atenção em anticoncepção pode estar sendo escamoteado no município pesquisado.

Nessa lógica, os pontos fundamentais destacados para que a atenção em anticoncepção se desenvolva culminaram na capacitação dos profissionais e no esclarecimento dos usuários em relação ao tema da atenção em anticoncepção, de modo que ambos se complementam quando adequadamente apresentados.

Quanto às ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, as eSFs apostam nas ações desenvolvidas em parceria com as escolas como alternativa para aperfeiçoar e efetivar a atenção em

anticoncepção, apesar de reconhecerem que essas ações não estão sendo realizadas de maneira sistemática pelas eSFs.

E, timidamente, lembram em propor ações para atenção em anticoncepção voltadas às pessoas com deficiência — o que denota enorme lacuna dos serviços oferecidos na APS para tal público.

As reflexões realizadas com base nas categorias apresentadas incitam a uma inovação da atenção em anticoncepção, a começar por mudança na intencionalidade no que diz respeito ao contexto da saúde sexual e da saúde reprodutiva na APS.

6.2 MANUSCRITO 2 – ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS EDUCATIVAS E INVESTIGATIVAS À LUZ DO APOIO PAIDEIA

ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS EDUCATIVAS E INVESTIGATIVAS À LUZ DO APOIO PAIDEIA⁴⁵

CONTRACEPTION CARE BY FAMILY HEALTH TEAMS: CONVERGENT EDUCATIONAL AND INVESTIGATIVE INITIATIVES UNDER THE LIGHT OF PAIDEIA SUPPORT

ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN POR LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA: CONVERGENCIA DE PRÁCTICAS EDUCATIVAS Y DE INVESTIGACIÓN A LA LUZ DEL APOYO PAIDEIA

Luciana Cristina dos Santos Maus⁴⁶
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos⁴⁷

RESUMO: Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, de natureza qualitativa, que pretendeu desenvolver práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de equipes de Saúde da Família, à luz do Apoio Paideia. Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas (entre junho e julho de 2015) e por meio de grupos de convergência (em outubro de 2015). Contou com a participação de 55 integrantes de

⁴⁵Manuscrito 2 da dissertação intitulada: Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com equipes de Saúde da Família, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), em fevereiro de 2016.

⁴⁶Enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família. Especialista em Gestão da Saúde Pública e Mestranda do PEN/UFSC. Membro do GRUPESMUR: Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: lucianamaus82@gmail.com

⁴⁷Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

equipes de Saúde da Família durante as entrevistas semiestruturadas e com 29 integrantes de equipes de Saúde da Família durante os grupos de convergência. Sendo que, os participantes da pesquisa pertenciam a cinco Centros de Saúde do município de Florianópolis, Brasil. O material empírico oriundo das entrevistas semiestruturadas e dos grupos de convergência foi organizado e codificado por meio do *software* webQDA. Para a análise de dados, seguiram-se os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados das análises das entrevistas semiestruturadas permitiram a elaboração de propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção pelas equipes de Saúde da Família. E, os grupos de convergência oportunizaram a confluência entre pesquisa e assistência, que neste caso deu-se por meio de dinâmicas de educação e sensibilização sobre o tema da atenção em anticoncepção, com integrantes de equipes de Saúde da Família. A primeira estratégia utilizada nos grupos de convergência foi a apresentação de encartes com as ações propostas pelas equipes de Saúde da Família para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, permitindo aos participantes dos grupos de convergência validarem, através de reforços positivos ou não, as ações propostas. A segunda estratégia utilizou Bonecos Terapêuticos para criação de cenas que contextualizam a atenção em anticoncepção no cotidiano dos serviços das equipes de Saúde da Família, oportunizando o exercício de uma técnica, criação de cenas com os Bonecos Terapêuticos, para realizar atividades em grupos, além do reconhecimento de duas categorias para análise: o perfil de vulnerabilidade dos(as) usuários(as) que demandam por atenção em anticoncepção pelas equipes de Saúde da Família, com foco direcionado aos adolescentes; e as possibilidades para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção pelas equipes de Saúde da Família, com ênfase em ações voltadas para garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Espera-se que este estudo, por meio deste recorte teórico-metodológico, contribua para semear mudança na intencionalidade das equipes de Saúde da Família que atuam na atenção em anticoncepção.

Palavras-chave: Anticoncepção. Saúde da Família. Pesquisa Convergente Assistencial. Grupos de Convergência. Apoio Paideia.

ABSTRACT: This is a qualitative Convergent Care Research that intended to develop education and awareness group interventions on contraception care with members of Family Health Teams under the light of the Paideia Support. Data collection was carried out between

June and July 2015 through semistructured interviews and through focus groups carried out in October 2015. Participated in the process 55 Family Health Teams agents during the semistructured interviews and 29 Family Health Teams members during the focus groups. The research participants were from five Health Care of the city of Florianópolis, Brazil. The empirical results from the semistructured interviews and from the focus groups were organized and coded using webQDA software tools. For the data analysis, four generic processes were carried out: apprehension, synthesis, theorization and transference. The results of the analysis of semistructured interviews allowed the preparation of proposals to improve contraceptive care by the Family Health Teams. And, the focus groups allowed for the convergence of research and practice, which in this case developed through education and awareness contraception exercises with Family Health Teams agents. The first strategy used in the focus groups was the presentation of inserts with the initiatives proposed by the Family Health Teams to improve on contraceptive care, allowing participants to validate proposals. The second strategy used Therapeutic Dolls to simulate the environment in which contraceptive care is normally required in daily Family Health Teams agents, stimulating the exercise of different approaches and creating scenes with the Therapeutic Dolls, as well as creating two analytical categories: the vulnerability profile of users that demand contraceptive cares by the Family Health Teams, focused specially on teenagers and the opportunities to improve the contraceptive care, specially looking into affirmative actions to ensure user access to health care services. Through this methodology framework, this research is expected to contribute to stimulate the change of the strategies and objectives of the Family Health Teams that develop contraceptive care.

Keywords: Contraception. Family Healthcare. Convergent Care Research. Focus Groups. Paideia Support.

RESUMEN: Se trata de una Investigación Convergente-Asistencial, de naturaleza cualitativa, que tuvo como propósito desarrollar prácticas educativas y de sensibilización (en grupos) sobre la atención para la anticoncepción con integrantes de equipos de Salud de la Familia, a la luz del Apoyo Paideia. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas (entre junio y julio de 2015) y por medio de grupos de convergencia (en octubre de 2015). Se contó con la

participación de 55 integrantes de equipos de Salud de la Familia durante las entrevistas semiestructuradas y con 29 integrantes de equipos de Salud de la Familia durante los grupos de convergencia. Y los participantes de la investigación pertenecían a cinco Centros de Salud del municipio de Florianópolis, Brasil. El material empírico originado de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos de convergencia se organizó y se codificó por medio de las herramientas del programa webQDA. Para analizar los datos, se siguieron los cuatro procesos generales: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. Los resultados de los análisis de las entrevistas semiestructuradas permitieron la elaboración de propuestas para perfeccionar la atención para la anticoncepción por los equipos de Salud de la Familia. Y, los grupos de convergencia favorecieron la confluencia entre investigación y asistencia, que en este caso se dio mediante dinámicas de educación y sensibilización acerca del tema de la atención para la anticoncepción, con integrantes de equipos de Salud de la Familia. La primera estrategia utilizada en los grupos de convergencia fue la presentación de encartes con las acciones propuestas por los equipos de Salud de la Familia para perfeccionar la atención para la anticoncepción, permitiendo a los participantes de los grupos de convergencia validar, por medio de refuerzos positivos o no, las acciones propuestas. La segunda estrategia utilizó Muñecos Terapéuticos para la representación de escenas que contextualizan la atención para la anticoncepción en el cotidiano de los servicios de los equipos de Salud de la Familia, favoreciendo el ejercicio de una técnica, elaboración de escenas con los Muñecos Terapéuticos, para realizar actividades en grupos, además del reconocimiento de dos categorías para el análisis: el perfil de vulnerabilidad de los(as) usuarios(as) que demandan atención para la anticoncepción por los equipos de Salud de la Familia, centrado en los adolescentes; y, las posibilidades para el perfeccionamiento de la atención para la anticoncepción por los equipos de Salud de la Familia, con énfasis en acciones centradas en garantizar a los usuarios el acceso a los servicios de salud. Se espera que el presente estudio, mediante este recorte teórico-metodológico, contribuya a sembrar cambios en la intencionalidad de los equipos de Salud de la Familia que actúan en la atención para la anticoncepción.

Palabras clave: Anticoncepción. Salud de la Familia. Investigación Convergente-Asistencial. Grupos de Convergencia. Apoyo Paideia.

INTRODUÇÃO

No contexto nacional, a Saúde da Família (SF) é a estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS). Há pouco mais de duas décadas, as equipes de Saúde da Família (eSFs), pautadas nos fundamentos da APS, como descentralização, capilaridade, resolutividade, coordenação e ordenação do cuidado em rede (CONILL, 2008; BRASIL, 2012a), apresentam, em sua gama de serviços, ações referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo a atenção em anticoncepção.

Atenção essa entendida como a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de métodos e técnicas anticoncepcionais às pessoas em idade reprodutiva (BRASIL, 2002; 2010), e que está inserida no arcabouço dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (VENTURA, 2009). Em vista disso, políticas públicas direcionam as ações em saúde sexual e em saúde reprodutiva da população brasileira articulando a garantia desses direitos pelo Estado através do trabalho dos profissionais de saúde, em especial, os da APS (LEMOS, 2014), de modo que estes precisam estar constantemente sensibilizados e aptos para atuarem de maneira efetiva nessa direção.

Segundo Figueiredo e Campos (2014), a busca por visão ampliada do processo saúde-doença-intervenção faz-se necessária. Para isso, os autores discorrem que é preciso fomentar a formação permanente dos profissionais do SUS, qualificando-os para compreender a prática clínica como prática inter-relacional. O objetivo deste estudo é desenvolver práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção realizadas com integrantes de eSFs, à luz do Apoio Paideia.

MÉTODO

De cunho qualitativo, este estudo encontrou na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) *desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem* em busca de *delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (TRENTINI; PAIM; 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). De acordo com as autoras da PCA, essa modalidade de pesquisa tem o compromisso de criar alternativas para minimizar ou solucionar situações adversas pelo fomento das relações entre a pesquisa e a assistência (TRENTINI; PAIM; 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esta pesquisa foi desenvolvida com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, Santa Catarina (SC), que é a primeira capital brasileira com 100% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (DAB, 2015; FLORIANÓPOLIS, 2015), mais especificamente em cinco Centros de Saúde (CSs) com os integrantes das eSFs. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos de convergência. Realizaram as entrevistas semiestruturadas: 23 ACSs, 9 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiras e 9 médicos, de modo que todos os participantes estavam, no momento da pesquisa, vinculados a uma eSF. O período de coleta de dados, realização das entrevistas semiestruturadas, ocorreu entre junho e julho de 2015. As entrevistas foram concebidas no espaço físico dos CSs, em horário de funcionamento do serviço. Para registros das entrevistas, utilizou-se, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização do participante, recurso de gravação de voz, com uso do aparelho SONY, IC Recorder, ICD-PX240. Precisou-se de dois dias e meio em cada CS para realizar as 55 entrevistas — todas integralmente transcritas pela pesquisadora de campo.

Por sua vez, para os grupos de convergência, cujo propósito consiste em desenvolver, simultaneamente, pesquisa e crescimento social e pessoal (TRENTINI; GONÇALVES, 2000), reuniram-se cinco grupos de convergência (um em cada CS pesquisado) de todos os Distritos Sanitários (DSs) do município. Participaram dos grupos de convergência 15 ACSs, 2 técnicas de enfermagem, 8 enfermeiras e 4 médicos. Com a autorização dos participantes, durante os grupos de convergência, o gravador SONY, IC Recorder, ICD-PX240 manteve-se acionado e realizou-se a filmagem com a câmera CANON Power Shot SX 400 IS de seis, das sete cenas apresentadas.

Como recurso teórico-metodológico aos grupos de convergência, buscou-se o Efeito Paideia que visa ampliação de possibilidades de agir sobre as relações, em que as pessoas, através de um processo social e subjetivo, ampliam a capacidade de compreensão do contexto, dos outros e de si mesmas (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Considerando os limites deste estudo, utilizaram-se alguns princípios do Apoio Paideia: criação de rodas; coprodução; função de apoiador; e a observação da tríade poder-conhecimento-afeto durante as relações (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Os grupos de convergência foram divididos em duas partes: a primeira estratégia utilizada foi a apresentação de encartes com as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção (resultado obtido após análise das entrevistas semiestruturadas), cujo

objetivo é validar as ações propostas pelos integrantes das eSFs, através dos grupos de convergência; e a segunda estratégia foi a apresentação das ferramentas Bonecos Terapêuticos (BTs), bem como a criação de cenas, no contexto da atenção em anticoncepção, inserindo (na cena) uma das ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção escolhida após leitura dos encartes.

Para análise dos dados oriundos das duas fases de coleta de dados — entrevistas semiestruturadas e grupos de convergência — os materiais empíricos utilizados foram as transcrições de todas as entrevistas semiestruturadas e as descrições dos momentos em grupo, em especial, a descrição das cenas. Os dados foram organizados e codificados com apoio dos recursos do *software* webQDA (SOUZA et al., 2013). A apreensão e a síntese dos achados dos grupos de convergência, em especial, foram facilitadas pela imersão da pesquisadora de campo na prática assistencial, por meio dos grupos, com finalidade educativa e de sensibilização referente ao tema da atenção em anticoncepção. Além disso, a descrição detalhada das dinâmicas realizadas nos grupos de convergência oportunizou o desvelar do fenômeno para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção pelas eSFs. Aqui, nos grupos de convergência, encontrou-se a “surpresa” que a PCA reserva a quem se aventura por essa modalidade de pesquisa — a vivência da convergência (TRENTINI; PAIM, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Após essa constatação, seguiu-se com as duas últimas fases do processo de análise citadas por Morse e Field (1995) apud Trentini e Paim (2004): teorização e transferência.

O Parecer 1.076.501, emitido em 25 de maio de 2015, através do Sistema CEP/CONEP, foi favorável para a realização desta pesquisa, que atende aos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

RESULTADOS

Os resultados emergiram das reflexões realizadas através das entrevistas semiestruturadas e dos cinco grupos de convergência. Na fase das entrevistas semiestruturadas participaram 55 integrantes de eSFs e na fase dos grupos de convergência 29 integrantes de eSFs, estes últimos, especificamente, divididos da seguinte forma: no G1 participaram 5 ACSs e 2 enfermeiras; no G2, 2 enfermeiras; no G3, 5 ACSs, 1 técnica de enfermagem, 2 enfermeiras e 2 médicas; no G4, 1 ACS, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira e 1 médico; e no G5, 4

ACSs, 1 enfermeira e 1 médica.

A primeira estratégia, realizada nos cinco grupos de convergência, foi a apresentação de encartes com as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Para ilustrar, os resultados dessa primeira parte serão apresentados através das ações que tiveram mais reforços positivos (caracterizados por falas, durante o grupo de convergência, que evidenciavam a importância da ação e/ou possibilidade de efetivação da ação para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção) por parte dos participantes de cada grupo de convergência. E as ações que tiveram mais reforços negativos (caracterizados por falas, durante o grupo de convergência, que não percebiam, na ação proposta, potencial para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção e/ou percepção de impossibilidade de efetivação). Aqui, salienta-se que as falas são do grupo, ou seja, o que predominou do grupo será apresentado.

Importa ressaltar que as ações propostas foram uma construção coletiva entre os integrantes das eSFs que participaram de uma fase da pesquisa anterior aos grupos de convergência e a pesquisadora de campo, construção esta baseada nas respostas das duas últimas questões da entrevista semiestruturada: quais os pontos fundamentais para que a atenção em anticoncepção aconteça de maneira efetiva? E, levando em conta os pontos fundamentais citados, proponha ações para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. O que resultou num rol de ações distribuídas em 11 temas centrais, apresentados a seguir.

As ações inseridas no tema central - **Ampliação do acesso aos usuários** - que receberam reforços positivos durante os grupos de convergência foram: ampliar o acesso aos usuários à eSF (G2 e G3) e facilitar os fluxos relacionados com a atenção à anticoncepção (G2 e G4). A ação: oportunizar que o ACS realizem o agendamento de consultas para os(as) usuários(as) com a eSF foi validada pelo G1, mas recebeu ponderações pelo G3 e não foi aprovada pelo G4. Ainda, a ação: possibilitar a abertura dos CSs aos sábados não foi aprovada no G2, G4 e G5.

As ações do tema central - **Necessidade de sensibilização e capacitação da equipe de Saúde da Família** - obtiveram somente reforços positivos durante os grupos de convergência (G1, G2, G4 e G5). Ao passo que as ações: sensibilizar e capacitar a eSF para a temática da atenção em anticoncepção; oferecer curso introdutório para enfermeiros da rede municipal de saúde; criar grupo de discussão com enfermeiros que realizem a prescrição de anticoncepcionais na rede municipal de saúde; e treinar os médicos que atuam na ESF para

inserção do DIU foram as ações, inseridas neste tema central, que mais receberam reforços positivos pelos participantes dos referidos grupos de convergência.

As ações: realizar atividades educativas em grupo sobre a atenção em anticoncepção para mulheres, homens e casais nos CSs e/ou em outros dispositivos da comunidade, oferecendo diferentes alternativas de dias e horários, bem como garantia de justificativa quanto à ausência no trabalho do(a) usuário(a) para participação no grupo; e criar grupos de adolescentes no CS que compõem o tema central - **Fomento às atividades em grupos** - receberam reforços negativos dos participantes de todos os grupos de convergência. Entretanto, alguns participantes do G1 e G3 mencionaram que a primeira ação desse tema poderia contribuir para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção, mas acreditam ser de difícil realização, principalmente ao que se refere à aderência do(a) usuário(a) e a logística para realização do grupo.

Todas as ações do tema central - **Apoio do nível central** - receberam reforços positivos dos participantes dos grupos de convergência, com destaque para as ações: garantir os insumos necessários para oferta da atenção em anticoncepção, em especial, dos métodos anticoncepcionais hormonais, de barreira e o DIU; realizar estudo com a assistência farmacêutica sobre métodos anticoncepcionais modernos (incluindo os hormonais de baixa dosagem) e verificar a possibilidade de oferta desses métodos pela Rede Municipal de Saúde; atualizar o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher do município, buscando as unidades de ações referentes à atenção em anticoncepção em toda a Rede Municipal de Saúde; e, realizar um estudo diagnóstico/levantamento sobre como está a atenção em anticoncepção no município.

Sobre o tema central - **Mecanismos de divulgação** -, todas as ações propostas receberam reforços positivos pelos participantes dos grupos de convergência, exemplos: criar informativos (panfletos, *folders*, encartes) sobre o tema da atenção em anticoncepção, utilizando linguagem simples e jovial; distribuir informativos (panfletos, *folders*, encartes) sobre o tema da atenção em anticoncepção durante as visitas domiciliares dos ACSs. Entretanto, a ação: realizar campanhas e/ou semanas temáticas sobre o tema da atenção em anticoncepção recebeu ressalva feita pelas participantes do G2, pois consideram que as ações referentes à atenção em anticoncepção devem ser diárias e não estanques a períodos de campanhas e/ou semanas temáticas, por exemplo.

As ações: realizar ações educativas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas, através do Programa Saúde na Escola, de

maneira sistemática e planejada; realizar ações educativas de saúde sexual e de saúde reprodutiva nas séries iniciais, adaptando o conteúdo e a abordagem de acordo com a faixa etária; realizar ações educativas de saúde sexual e de saúde reprodutiva de forma lúdica e interativa, vencendo a lógica das palestras; e envolver os pais dos alunos nas ações educativas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva; foram as ações do tema central - **Parceria com escolas** - que obtiveram muitos reforços positivos pelos participantes de todos os grupos de convergência. Cabe salientar que esse tema central se destacou em detrimento dos outros temas centrais apresentados nos encartes das ações propostas pelas validações pontuadas em todos os cinco grupos de convergência.

Sobre o tema central - **Estratégias para criação de políticas e/ou programas** - não se obteve considerações referentes às ações propostas nesse item, cujo exemplo como ações propostas são: criar programa municipal que comporte o tema da atenção em anticoncepção e implementar o programa na Rede Municipal de Saúde.

Já algumas ações do tema central - **Condições de infraestrutura e recursos materiais** - destacaram-se por receber vários reforços negativos dos participantes dos grupos de convergência, são elas: criar centro de referência que comporte os serviços da atenção em anticoncepção (G2, G3 e G4); oportunizar a entrega de anticoncepcionais hormonais, em casos especiais (para mulheres que comprovem a dificuldade de recolher o insumo ou puérperas) por meio do Programa Remédio em Casa (G2, G3, G4 e G5); e oferecer “vales”, a fim de que as mulheres possam aplicar o anticoncepcional injetável mensal e trimestral nas redes da Farmácia Popular (G3 e G4).

Sobre o tema central - **Melhoria do processo de trabalho** -, praticamente todas as ações foram validadas, exemplos: gerar e/ou trabalhar com indicadores/marcadores que comporte a questão da atenção em anticoncepção; realizar vigilância em saúde no âmbito da atenção em anticoncepção, sobretudo em casos especiais (mulheres com dificuldade para aderir ao método anticoncepcional escolhido/prescrito; situações de risco para gravidez não planejada/não desejada); e fomentar a interdisciplinaridade nas ações da equipe de saúde no que concerne à atenção em anticoncepção. Entretanto, a ação: ampliar as vagas nas agendas dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) para o atendimento que comporte a atenção em anticoncepção, com opção de horário estendido quando consulta para inserção do DIU, obteve reforços negativos por parte dos participantes dos grupos de convergência G2 e G4.

Favorecimento do vínculo - como tema central teve, em

algumas de suas ações, vários reforços negativos por parte dos integrantes dos grupos de convergência. As ações não validadas foram: realizar visitas domiciliares para gestantes e puérperas, com abordagem voltada à saúde sexual e à saúde reprodutiva (G3 e G4); realizar visitas domiciliares para adolescentes, com abordagem voltada à saúde sexual e à saúde reprodutiva (G2, G3, G4 e G5); reduzir a validade da receita do anticoncepcional hormonal de um ano para seis meses (G2, G4 e G5); e evitar a rotatividade entre os profissionais das eSFs (G1, G3 e G4).

Por último, as ações do tema central - **Aspectos filosóficos, socioculturais e educacionais** - receberam reforços positivos pelos participantes dos grupos de convergência, com destaque para as ações: transmitir de maneira clara e objetiva as informações relacionadas com a temática da atenção em anticoncepção, buscando certificar-se do entendimento do(a) usuário(a) (G5); fomentar o senso de corresponsabilidade (homens/mulheres) dos resultados ou não da anticoncepção/paternidade responsável (G5); fomentar a corresponsabilidade dos homens nas questões da saúde sexual e da saúde reprodutiva, bem como nas ações específicas que comportem a atenção em anticoncepção (G4 e G5); e atentar para as demandas de saúde sexual e de saúde reprodutiva das pessoas portadoras de necessidades especiais (G4).

A segunda dinâmica dos grupos de convergência foi a apresentação das ferramentas dos BTs às eSFs, sendo o recurso dos BTs entendido como possibilidade para trabalhar em grupos temas como: sexualidade, planejamento reprodutivo, relações familiares, entre outros. E a elaboração de cenas com os BTs, com vista a representar o contexto dos serviços de saúde voltados à atenção em anticoncepção, com a escolha e inserção de uma das ações propostas, contidas nos encartes, para aperfeiçoar essa atenção. Essa segunda dinâmica foi realizada em três grupos de convergência (G1, G3 e G5), resultando em sete cenas. A descrição das cenas serviu como material empírico para análise dos dados, resultando em duas categorias principais: o perfil de vulnerabilidade dos(as) usuários(as) que demandam por atenção em anticoncepção pelas eSFs, com foco direcionado aos adolescentes; e possibilidades para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção pelas eSFs, com ênfase em ações voltadas para garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Quanto ao contexto criado nas cenas, evidenciou-se nelas o perfil de vulnerabilidade dos(as) usuários(as) que demandam por atenção em anticoncepção pelas eSFs, segue: no **G1 - Cena A** retratou-se a questão da preocupação de uma avó com sua neta de 14 anos que não concluiu

os estudos e que está num relacionamento com um jovem que trabalha pouco e tem poucos recursos financeiros; no **G1 - Cena B** contextualiza-se a cena sobre a personagem de uma gestante, sem acompanhamento pré-natal, que diz estar na sua sexta gestação e que não aguenta mais ter filhos; no **G3 - Cena A** os participantes introduzem uma adolescente com muitas dúvidas e inquietações; no **G3 - Cena B** apresentam a história de uma puérpera com problemas cognitivos, com relato de vários abortos (sete) e mais cinco gestações, e com um marido que não responde ao processo (não acompanha/não se mobiliza) e uma mãe que está sobrecarregada com toda essa situação; no **G3 - Cena C** a personagem de um professor mostra apreensão pelo comportamento relacionado com demandas sexuais de seus alunos adolescentes, em especial, de alguns alunos com deficiência; no **G5 - Cena A** um jovem casal, que se diz usuário de drogas, demanda atenção em anticoncepção; e no **G5 - Cena B** uma puérpera de 14 anos com seu filho recém-nascido é acompanhada por sua mãe que está bastante aflita com a situação da filha e por sua irmã de 12 anos, no acolhimento à demanda espontânea.

Ao desenvolver as cenas, os integrantes das eSFs, (re)significam o cotidiano de suas ações de saúde voltadas à atenção em anticoncepção e inserem, na cena, ação proposta para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Com isso, vislumbram possibilidades para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção pelas eSFs. As ações propostas escolhidas que foram inseridas nas cenas estão, predominantemente, voltadas à oferta de acesso aos serviços de saúde, exemplos: no **G1 - Cena A** e no **G1 - Cena B** a ação proposta escolhida foi oportunizar que o ACS agende consultas para os(as) usuários(as) com a eSF. No **G3 - Cena A**, ainda que indiretamente, também tratam do acesso ao fomentar a criação de sala especial no CS, a fim de que os adolescentes tenham livre acesso à sala e aos profissionais de saúde para dirimir qualquer dúvida em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, bem como anticoncepção; no **G3 - Cena B** oportunizam a representação da facilidade de acesso para inserir o DIU no CS em prazo de até sete dias; no **G3 - Cena C** representam o acesso, intermediado via atividade na escola, quando um médico da eSF vai realizar atividade educativa sobre saúde sexual e saúde reprodutiva com os alunos, além de garantir atendimento individual no CS, se necessário; no **G5 - Cena A** representam o acesso através de consulta a um jovem casal que demanda por orientação voltada à anticoncepção, que, inclusive, recebe oferta para realização de exames; e no **G5 - Cena B** há representação de acesso ampliado para toda a família, quando mostram a enfermeira

acolhendo a demanda da puérpera e da família que a acompanha.

DISCUSSÃO

A validação das ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, apesar de não ter sido realizada com instrumento específico para tal, deu-se por meio dos reforços positivos e dos reforços negativos sob as ações propostas apresentadas. As ações inseridas nos temas centrais ampliação do acesso aos usuários; necessidade de sensibilização e capacitação da equipe de saúde; apoio do nível central; mecanismos de divulgação; parceria com escolas; melhoria do processo de trabalho; e aspectos filosóficos, socioculturais e educacionais, foram as que mais reforços positivos receberam, isso significa consonância com os princípios da APS.

Já as ações contidas nos temas centrais: fomento às atividades em grupos; estratégias para criação de políticas ou programas; condições de infraestrutura e recursos materiais; e favorecimento do vínculo receberam algumas ressalvas ou reforços negativos por parte dos integrantes dos grupos de convergência, e grande parte das ações que não foram validadas são aquelas que rompem, em essência, com o que é preconizado pela APS.

Para preparação das cenas precisou-se elaborar, de forma improvisada, roteiro e, conseqüentemente, decidir pela criação das personagens. Interessa observar que todas as sete cenas pontuam aspectos de vulnerabilidade das personagens que representam os usuários, com destaque para a figura do(a) adolescente, que foi representada em quatro das sete cenas criadas. As demandas explícitas ou veladas dos adolescentes aos serviços de saúde necessitam ser compreendidas para que esse público seja atendido, em toda a sua singularidade, de maneira integral também na atenção em anticoncepção.

Um estudo, que avaliou a participação de adolescentes na ESF, com base no referencial da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora, ajuda a dimensionar a complexidade do atendimento a essa clientela pelas eSFs. Constatou-se que a participação dos adolescentes estava, predominantemente, voltada ao primeiro nível do referencial que indica a participação normativa em que o usuário mostra-se, tão somente, apto a cuidar de si. Os participantes do estudo que atuavam na ESF observavam que os adolescentes procuravam a equipe em busca de aspectos relacionados à doença, quando

demandavam consultas, por exemplo. Identificou-se, também, que os adolescentes demandavam atendimentos relacionados com o acompanhamento pré-natal e referentes ao planejamento reprodutivo. Aqui, o segundo nível do referencial indica participação normativa + independência, por ser um momento caracterizado não só pelo cuidar de si, como também ampliando para um cuidar na família. Ainda que as atividades desenvolvidas nas escolas revelaram-se incipientes no contexto estudado, quando os adolescentes apresentavam um processo participativo nas atividades de educação em saúde viabilizavam o terceiro nível do referencial — participação emancipatória. O ideal de uma participação transformadora que perpassa o cuidar de si até o controle social e está representado no quarto nível do referencial não foi observado através dos resultados do estudo (VIEIRA et al., 2014).

Viera et al. (2014) ilustram que a participação habilitadora dá-se na intersecção do segundo (participação normativa + independência) e do terceiro nível (participação emancipatória) do referencial, por meio do processo de educação em saúde. Lança-se um desafio: não basta oferecer ao adolescente (ou a qualquer outro(a) usuário(a)) ações de atenção em anticoncepção; urge promover o protagonismo desse(a) usuário(a) através de processos educativos em saúde que promovam participação para além do que está posto.

Para o desfecho das cenas, houve a inserção da ação proposta escolhida. Com pequenas variações, observou-se que os esforços das eSFs para realizar de maneira efetiva e aperfeiçoar a atenção em anticoncepção estavam voltados à garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Recente estudo de revisão integrativa da literatura, que se propôs a analisar a produção científica acerca das evidências, potencialidades, dos desafios e das perspectivas da APS na coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), mostra, entre outros aspectos, que as discussões sobre o acesso, entre os estudos da revisão, transitam entre as fragilidades da APS quando o acolhimento se mostra incipiente na ESF; entre as potencialidades ao se considerar o aumento da oferta de APS com diminuição das barreiras de acesso; e como desafios para o fortalecimento da ESF como porta de entrada no sistema de saúde (RODRIGUES et al., 2014).

Sabe-se que o conjunto de ações de saúde que fomentam a promoção à saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde na esfera individual e coletiva é denominado APS. E que esta tem, no acesso universal, comumente designado “porta de entrada” aos serviços de saúde, um de seus fundamentos básicos. Entretanto, o acesso não é o

único fundamento da APS, visto que tem no território adstrito, no desenvolvimento das relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adstrita, na longitudinalidade do cuidado, na coordenação do cuidado, na integralidade, na ampliação da autonomia dos usuários e das coletividades e no estímulo à participação dos usuários, desafios a serem vencidos (STARFIELD, 2002; CONILL, 2008; BRASIL, 2012a).

Contudo, as ações propostas e validadas pelas eSFs e as representações feitas por meio das cenas com os BTs nos grupos de convergência pelos integrantes das eSFs mostram o acesso como potencialidade de primeira ordem ao aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos de convergência realizados à luz do Apoio Paideia contribuíram para o desenvolvimento de práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de eSFs. Aqui, a convergência, máxima da PCA, foi vivenciada. As estratégias de encartes com as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção e dos BTs, em especial, colaboraram para um exercício de (re)significar o contexto da atenção em anticoncepção na APS.

Os resultados, pautados nas validações das ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção e obtidos através de reforços positivos às ações aprovadas pelos participantes dos grupos de convergência, expõem as inúmeras contribuições e possibilidades da atenção em anticoncepção nesse contexto, a saber: a ampliação do acesso aos usuários; a necessidade de sensibilização e capacitação das eSFs; o apoio do nível central; os mecanismos de divulgação; a parceria com as escolas; as condições de infraestrutura e recursos materiais; a melhoria do processo de trabalho; e o fomento aos aspectos filosóficos, socioculturais e educacionais. Cumpre salientar que as ações propostas relacionadas com a efetivação de parceria com as escolas foram as que receberam inúmeras validações positivas pelos integrantes das eSFs que participaram dos grupos de convergência — o que denota que a temática da saúde sexual e da saúde reprodutiva deve ser trabalhada buscando a intersetorialidade entre saúde e educação.

As cenas com os BTs enfatizaram a representação de ações voltadas ao acesso dos usuários aos serviços de saúde — o que

evidencia a potencialidade desse fundamento da APS como de primeira ordem, na visão dos integrantes das eSFs, para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção.

O enfoque dado à personagem do(a) adolescente, inserido em contextos de vulnerabilidade, demonstra realidade enfrentada pelas eSFs no cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, forte direcionamento para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção para esse público.

Os princípios do Apoio Paideia permearam os grupos de convergência, desde a preparação dos encontros até a efetivação deles. A criação de rodas, a coprodução, a função de apoiador e a observação da tríade poder-conhecimento-afeto, presente nas relações, oportunizaram convivência em grupo (processo social) e no grupo (processo subjetivo), atingindo, em alguma medida, o Efeito Paideia, que culminou com o desvelar do fenômeno para o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção na APS pelos integrantes das eSFs.

Espera-se que este estudo, através deste recorte teórico-metodológico, contribua para semear mudança na intencionalidade das eSFs que atuam na atenção em anticoncepção. Além disso, encoraja estudiosos, sobretudo os voltados à pesquisa prática/pesquisa viva a se aventurarem pelo rol de ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, aplicando e pesquisando (ou pesquisando e aplicando) essas ações em suas práticas de atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento familiar**: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 26** - Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012b.

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 420p.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 out. 2015.

FIGUEIREDO M. D.; CAMPOS G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde, **Interface** (Botucatu), v. 18, supl. 1, p. 931-43, 2014.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21_05_2015_13.39.14.245d6a6350d79e4d7be4ef2b2c4592ba.pdf>. Acesso em: 28 out.2015.

LEMONS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr./jun. 2014.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-52, 2014.

SOUZA, F. N. de. et al. **webQDA** - Manual do utilizador. Universidade de Aveiro, 2013. Disponível em: <<https://www.webqda.com/suporte/tutoriais>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de

convergência: um método de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, jan./abr. 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular: 2004. 144p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. da (Org.). **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176p.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009. 292p.

VIEIRA, R. P. et al. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 309-16, mar./abr. 2014 Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 29 nov. 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para a realização deste estudo emergiu de minha experiência como enfermeira da ESF, em que inúmeras situações vivenciadas mostram que a falta ou as inadequações da atenção em anticoncepção compõem traço dramático na vida e na saúde de mulheres que iniciam o pré-natal de gravidez não desejada. Além disso, há inúmeras lacunas relacionadas com a saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da APS, sendo que minhas inquietações e reflexões em relação aos aspectos relacionados com a atenção em anticoncepção, a saber: sexualidade, paternidade responsável, direitos sexuais e direitos reprodutivos, entre outros, serviram como incentivo à edificação deste estudo.

O referencial teórico escolhido, que engloba os marcos referenciais (nacionais e internacionais), que teve por base os marcos legais e políticos, voltados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, garantiu, por meio de todo o direcionamento normativo, a sustentação dos resultados deste estudo.

A complexidade do tema da atenção em anticoncepção permitiu que o objetivo geral de construir ações de saúde em conjunto com eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção ganhasse contornos práticos, o que foi de grande valia, considerando, principalmente, que a temática da atenção em anticoncepção ainda é incipiente na APS. Só foi possível alcançar o objetivo em virtude dos recursos metodológicos da PCA, que, entre outros aspectos, permitiu manter o entusiasmo durante todo o processo, oportunizou abertura de espaço para a criatividade e possibilitou, por meio da ação e da investigação, o desvelar do fenômeno pesquisado. A experiência da convergência, entre pesquisa e prática (e vice-versa), vivenciada através dos grupos de convergência, ampliou, de maneira clara e orgânica, o entendimento dos conceitos da imersibilidade, simultaneidade, dialogicidade e expansibilidade.

Em relação à revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi o de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional (entre 2009 e 2014), sobre a atenção em anticoncepção relacionada com os trabalhadores da APS, que compreende o Manuscrito 1, intitulado: **Atenção em anticoncepção pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: uma revisão**

integrativa em síntese, mostra a gama de inter-relações que se faz necessária para efetivação da atenção em anticoncepção na APS, além de validar a APS como locus fundamental para que a atenção em anticoncepção aconteça de maneira efetiva, desde que haja trabalhadores adequadamente capacitados.

Os resultados apresentados na seção **Percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos**, cujo objetivo foi identificar as percepções de eSFs sobre a atenção em anticoncepção dá a dimensão de como o tema é percebido pelas eSFs, com o predomínio do entendimento da atenção em anticoncepção por meio de conceitos básicos, voltados aos métodos anticoncepcionais para evitar gravidez/não ter filhos, bem como entendimento por meio de conceitos inter-relacionados, como a prevenção de DST, sexualidade e direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Além disso, evidencia-se confusão conceitual entre os termos do planejamento familiar e do controle da natalidade, tratados, por vezes, como sinônimos de atenção em anticoncepção. Os resultados expõem o aconselhamento em anticoncepção como a ação essencial dessa atenção e apresentam diversas e possíveis formas de ação de atenção em anticoncepção pelas eSFs, como as consultas individuais, os grupos educativos, os procedimentos ou técnicas propriamente ditas, as visitas domiciliares, as atividades nas escolas, as reuniões de equipe e as discussões de caso. Os grupos educativos e as atividades nas escolas foram citados como possibilidade da atenção em anticoncepção, apesar de as eSFs apontarem dificuldades para realizá-los.

Outro apontamento realizado pelas eSFs, ainda nos resultados apresentados na seção **Percepções de equipes de Saúde da Família sobre a atenção em anticoncepção: pontos e contrapontos**, revela perfil, ainda restrito, das pessoas que demandam essa atenção através das eSFs. O perfil mais comum está representado por mulheres jovens e adolescentes, de baixo poder aquisitivo, de baixa escolaridade e com variação relacionada com a paridade. Os homens são vistos, pelas eSFs, como pouco demandantes da atenção em anticoncepção, comparecendo aos serviços, em grande medida, apenas em caso de disfunção sexual. Os achados relacionados com as sensações vivenciadas pelas eSFs, ao atuarem no contexto da atenção em anticoncepção, denotam que os integrantes das eSFs, a depender das situações testemunhadas, experimentam sensações de bem-estar e dever cumprido quando percebem que as situações foram encaminhadas de maneira favorável às necessidades do(a) usuário(a) e, por outras vezes, experimentam

sensações de insegurança e frustração quando as situações fogem à atuação das eSFs, em especial, situações que têm, no contexto sociocultural, as implicações pertinentes às demandas por anticoncepção.

Com objetivo de identificar quais as contribuições de eSFs para qualificar a atenção em anticoncepção, a seção **Contribuições de equipes de Saúde da Família para qualificar a atenção em anticoncepção: facilidades e dificuldades**, mostra que as facilidades apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção são os aspectos relacionados com o que os serviços e os profissionais oferecem em relação à atenção em anticoncepção, sendo a base de facilidades: acesso dos usuários aos serviços, fomento do vínculo entre profissionais e usuários e disponibilização dos insumos anticoncepcionais. E as dificuldades apontadas pelas eSFs para o desenvolvimento da atenção em anticoncepção relacionam-se com o desinteresse e o entendimento inadequado dos usuários em relação a sua própria saúde sexual e saúde reprodutiva, além do déficit de formação das eSFs em relação ao tema e a falta de apoio do nível central para o desenvolvimento das ações da atenção em anticoncepção. Sendo, portanto, a relação — profissionais capacitados e usuários esclarecidos — o ponto fundamental para o desenvolvimento e para a efetivação da atenção em anticoncepção, pela ótica das eSFs.

O Manuscrito 2, **Atenção em anticoncepção pelas equipes de Saúde da Família: convergência de práticas educativas e investigativas à luz do Apoio Paideia**, que teve por objetivo desenvolver práticas educativas e de sensibilização (em grupos) sobre a atenção em anticoncepção com integrantes de eSFs, à luz do Apoio Paideia, aponta que os principais resultados obtidos através desse manuscrito estão relacionados com as ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, em que as eSFs apostam nas ações voltadas para garantia do acesso dos usuários aos serviços. E, em especial, na validação das ações desenvolvidas em parceira com as escolas como alternativa para efetivar e aperfeiçoar a atenção em anticoncepção, especialmente, quando dirigidas aos adolescentes, visto que os resultados também trazem considerações importantes quanto ao perfil de vulnerabilidade vivenciado pelos adolescentes que utilizam os serviços da APS, sobretudo quando se trata das necessidades de saúde sexual e de saúde reprodutiva.

O alcance e o somatório de cada um dos objetivos específicos, levando em conta o contexto da saúde sexual e da saúde reprodutiva, desde o reconhecimento das percepções e ações das eSFs em relação à

temática da atenção em anticoncepção, do perfil dos usuários que demandam essa atenção, assim como das sensações vivenciadas no cotidiano dos serviços, das facilidades e das potencialidades da APS, das dificuldades e dos entraves do percurso, tudo isso, aliado ao fator criativo das eSFs, possibilitou a construção de ações de saúde em conjunto com eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção.

Cabe registrar que o desenvolvimento e a construção deste estudo foi uma rica e compensadora experiência que, entre outros aspectos, oportunizou aproximação entre pares, ao todo 62 integrantes de eSFs, entre ACSs, técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos, que, diante de inúmeras demandas e desafios, tiveram a capacidade de vislumbrar possibilidades para a efetivação e o aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção no contexto da APS.

Interessa observar que o caminho para construção deste estudo foi prazeroso, especialmente pelo tema em si. Embora o termo anticoncepção remeta à adversidade (considerando o prefixo anti), estudar e discorrer sobre ele reforça elementos positivos, como os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, o empoderamento da mulher, a necessidade de prevenção da gravidez não desejada, a eliminação da necessidade de aborto, o fomento da responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres, a melhoria da saúde materna e neonatal, a paternidade responsável, a garantia de possibilidades para adolescentes e jovens, para além da reprodução precoce, o combate às DSTs/HIV/Aids, entre outros.

Espero que esta dissertação possa, com base nas reflexões geradas, contribuir para a mudança na intencionalidade ao atuar na atenção em anticoncepção, dado que as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção têm potencial para romper com o teor regulatório que permeia o tema da anticoncepção, isso porque o vínculo, a corresponsabilidade, a capilaridade, entre outras características da APS, dão às eSFs a possibilidade de ofertar atenção em anticoncepção dentro das recomendações, de normas e leis vigentes, garantido direitos e oportunizando às famílias e à comunidade mais cidadania, rompendo com o ciclo de reprodução de padrões de discriminação, pobreza, doença, abandono e morte.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (Ed.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 224p.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, A. V. D.; PETTA, C. A. Introdução e classificação dos métodos contraceptivos. In: ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (Ed.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.1-12.

ÁVILA, M. B. de M.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Ed.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BARBOSA, L. F.; LEITE, I. C.; NORONHA, M. F. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2013.

BERQUÓ, E (Org.). **Sexo & Vida**: um panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Ed. UNICAMP, 2003.

BONAN, C. et al. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2013.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.09-110.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.

_____. Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília: DF, 30, dez. 1992.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília: DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento familiar**: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24p.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 100p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria de Política para as Mulheres. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Oficina - **“Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: rumos para Cairo + 20.”**, 2009a.

Disponível em:

<<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015. Brasília/DF, 2008. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 131p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 132p.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília: DF, 2011a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Edições Câmara, 35 ed., 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012c.

_____. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na atenção básica**: guia técnico. Ministério da Saúde, 2014b. 16p.

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 420p.

CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 662-68, mar./abr. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0662.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

DAB (Departamento de Atenção Básica). **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 out. 2015.

DIAZ, M. A Participação da/o enfermeira/o nos serviços de anticoncepção. In: ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (Ed.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p.197-207.

DINIZ, C. S. G.; FRANÇA JUNIOR, I. Anticoncepção e Direitos Humanos. In: ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (Ed.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p.209-216.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral à saúde da mulher**. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. 128p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Memória institucional 2005 a 2012**. Florianópolis, 2012.

_____. Diário Oficial do Município. **Resolução nº 004/CMS/2014**. Plano municipal de saúde 2014 – 2017. Florianópolis, 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão** - período de janeiro a dezembro de 2014. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/21_05_2015_13.39.14.245d6a6350d79e4d7be4ef2b2c4592ba.pdf> . Acesso em: 28 out.2015a.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços: Atenção Primária à Saúde**. Disponível em:

<<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbyweVlIYUtpMWRZZHM/edit?pli=1>>. Acesso em: 27 out. 2015b.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>> . Acesso em: 28 out. 2015c.

GERGEN, M. M.; GERGEN, J. K. Investigação qualitativa. Tensões e transformações. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, L. S. **Planejamento familiar**: do controle da natalidade à reprodução humana, três décadas de contradições e avanços. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

HARPER, C. C. et al. Counseling and provision of long-acting

reversible contraception in the US: national survey of nurse practitioners. **Prev. Med.**; v. 57, n. 6, p. 883-88. Oct 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890255/pdf/nihms535257.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. S269-s278, 2009. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csp/v25s2/09.pdf>. Acesso em: 20 mar. de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**. Nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra. Rio de Janeiro, p.1- 349, 2010.

_____. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: 30 out. 2015.

MINAYO, M. C.de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 108p.

MINAYO, M. C.de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec: 2013. 407p.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** – Plataforma do Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>>. Acesso em: 22 de jun. 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública. Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento familiar**: um manual

global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

PIERRE, L. A.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2015.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 73-92, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

RUBIN, S. E. et al. Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: a national survey of knowledge, attitudes and practice. **Contraception**; v. 83, n. 5, p. 472-78, May. 2011. Disponível em: <[http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00596-2/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00596-2/pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

SCHEEREN, H. B. **Educação e saúde**: diálogo com “elas” e “eles” sobre planejamento familiar. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SIMÕES, J. A.; MAGALHÃES, J. CAMARGO, R. P. S. Anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. In: ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (Ed.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.163-170.

SOUZA, F. N. de. et al. **webQDA** - Manual do utilizador. Universidade de Aveiro, 2013. Disponível em: <<https://www.webqda.com/suporte/tutoriais>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SPINELLI, M. B. A. S. et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, vol. 23, n.1, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01->

00227.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 2002. 726p.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a Política de Contracepção: O Olhar de um Profissional Sobre o Cotidiano das Unidades Públicas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 408-424, jul./ set, 1995.

TAFESE, F.; WOLDIE, M.; MEGERSSA, B. Quality of family planning services in primary health centers of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. **Ethiop. J. Health Sci.**, v. 23, n. 3, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847534/pdf/EJHS2303-0245.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

TAVARES, L. S. **Demanda total por anticoncepcional no Brasil: uso e necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais**. 95 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

TORNQUIST, C. S.; MIGUEL, D. S.; PORTO, R. M. Receitas, filhos e injeções: sexualidade e contracepção em uma unidade de saúde. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. de O.; MOTTA, F. de M. (Org.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Editora Insular, 2012.

TORNQUIST, C. S. et al., Delicadas escolhas: as razões, o universo e os métodos de uma pesquisa. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. de O.; MOTTA, F. de M. (Org.). **Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Editora Insular, 2012.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan./abr. 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. da (Org.). **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde. Definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 06 de out. 2013.




UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Planejamento familiar no Brasil 50 anos de história**. UNFPA, 2008.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009. 292p.

WIKIMEDIA FOUNDATION, Inc. Anganwadi. In: Wikipédia: the free encyclopedia. 2015. Disponível em: <<https://en.wikipedia.org/wiki/Anganwadi>>. Acesso em: 15 maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo para revisão integrativa da literatura

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	  <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
<p>RECURSOS HUMANOS Pesquisadora responsável: Mestranda Luciana Cristina dos Santos Maus(1) Pesquisadora orientadora: Prof.^a Dr.^a Evangelia Kotzias Atherino dos Santos(2) Pesquisadora colaboradora: Maria Gorete Monteguti Savi(3)</p>	
<p>PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2 - Avaliação do protocolo: 3 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2 e 3 - Revisão final fundamentada nas sugestões da orientadora: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2 e 3 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>	
<p>VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Maria Bernadete Martins Alves, Bibliotecária da Biblioteca Central – UFSC</p>	
<p>PERGUNTA Qual o conhecimento científico produzido sobre a atenção em anticoncepção relacionado com os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde?</p>	
<p>OBJETIVO Geral: Realizar revisão integrativa da literatura sobre as contribuições das pesquisas realizadas sobre a atenção em anticoncepção relacionada com os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.</p>	
<p>DESENHO DO ESTUDO Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização desta revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seleção da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; 5) Discussão e interpretação dos resultados; 6) Apresentação de forma clara da evidência encontrada. 	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Artigos de periódicos publicados entre 2009 e 2014, indexados nas bases de dados selecionadas (LILACS, BDNF, MEDLINE/PubMed, SciELO e CINAHL) que estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol, e português, que contenham descritores e/ou palavras-chave listadas neste protocolo, no resumo, no título ou assunto/descritor.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Dossiês; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência; Estudos de reflexão; Estudos teóricos; Teses; Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chave (com variações singular/plural, de/da) listadas abaixo:

- SAÚDE REPRODUTIVA / REPRODUCTIVE HEALTH / SALUD REPRODUCTIVA
- PLANEJAMENTO FAMILIAR / FAMILY PLANNING / PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- SERVIÇO(S) DE PLANEJAMENTO FAMILIAR / FAMILY PLANNING SERVICES / SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- ANTICONCEPÇÃO / CONTRACEPTION / ANTICONCEPCIÓN
- COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO / CONTRACEPTION BEHAVIOUR / CONDUCTA ANTICONCEPTIVA
- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / PRIMARY HEALTH CARE / ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
- SAÚDE DA FAMÍLIA / FAMILY HEALTH / SALUD DE LA FAMILIA
- ESTRATÉGIA SAÚDE DA (DE) FAMÍLIA / FAMILY HEALTH STRATEGY / ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR
- PESSOAL DE (DA) SAÚDE / HEALTH PERSONNEL / PERSONA DE SALUD

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde: é uma base cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

BDNF - Base de Dados de Enfermagem: fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

MEDLINE/PubMed -Medical Literature Analysis and Retrieval System Online:

é um Sistema *On-line* de Busca e Análise de Literatura Médica que consiste numa base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine (NLM), que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Odontologia, Veterinária e Ciências afins. A atualização das bases de dados é mensal.

SciELO - Scientific Electronic Library Online: é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), em parceria com a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature: indexa periódicos científicos sobre a enfermagem e áreas correlatas de saúde desde 1981. É o recurso mais abrangente para a enfermagem, sendo uma das plataformas de pesquisa mais usadas disponíveis. Pertence à EBSCO Publishing, e também é operada por ela.

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse para a Revisão Integrativa da Literatura.

- **Período de realização de busca:** dezembro/2015 a maio/2016

SELEÇÃO DOS ESTUDOS: Com base em leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como no que se refere ao escopo deste protocolo, denominada de primeira seleção. Como sugere a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e, posteriormente, será realizada leitura criteriosa, considerando-se o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, designada de segunda seleção. Os trabalhos que atenderem aos objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada releitura dos trabalhos pré-selecionados com avaliação crítica sistemática dos dados em categorias. Esta avaliação está baseada no modelo analítico Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. A avaliação e discussão dos artigos selecionados serão feitas de acordo com a literatura.

INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção
- Título
- Autor(es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Categoria da pesquisa
- Natureza da pesquisa
- Referencial teórico

APÊNDICE B – Estratégias de busca para revisão integrativa de literatura

LILACS e BDeInf – Portal da BVStw:(tw:(concepção OR anticoncepção OR "saúde reprodutiva" OR "planejamento reprodutivo" OR "Planejamento Familiar" OR "serviços de planejamento familiar" OR "serviço de planejamento familiar" OR "Comportamento contraceptivo") AND tw:(“Saúde da Família” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Estratégia de Saúde da Família” OR “Atenção Primária à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção básica à Saúde” or “Atenção básica” OR psf OR esf OR “programa saúde da família” OR “programa de saúde familiar” OR “programa de saúde da família” OR “programa da saúde da família” OR “profissionais da saúde” OR “pessoal de saúde” OR “profissional da saúde” OR “profissional de saúde” OR “profissionais de saúde”)) AND (instance:"regional") AND (db:(“LILACS” OR “BDEFN”) AND year_cluster:(“2011” OR “2009” OR “2010” OR “2012” OR “2013” OR “2014”)).

Medline/Pubmed www.pubmed.gov ("reproduction"[All Fields] OR "reproductive planning"[All Fields] OR "family planning services"[MeSH Terms] OR "family planning services"[All Fields] OR "family planning"[All Fields] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[All Fields] OR "contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields] OR "contraception behaviour"[All Fields] OR "contraception behavior"[MeSH Terms] OR "contraception behavior"[All Fields]) AND ("family health"[MeSH Terms] OR "family health"[All Fields] OR "family health Strategy"[All Fields] OR "family health Program"[All Fields] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "primary health care"[All Fields] OR "primary health"[All Fields] OR "health personnel"[MeSH Terms] OR "health personnel"[All Fields]) AND (("2009/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])).

SciELO – www.scielo.org Usar busca avançada / restrição de ano e língua fazer após resultado da busca

(concepção OR anticoncepção OR "saúde reprodutiva" OR "planejamento reprodutivo" OR "Planejamento Familiar" OR "serviços de planejamento familiar" OR "serviço de planejamento familiar" OR "Comportamento contraceptivo" OR "reprodução" OR "reproductive planning" OR "family planning services" OR "family planning" OR "reproductive health" OR "contraception" OR "contraception behaviour" OR "contraception behavior") AND ("Saúde da Família" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção básica à Saúde" or "Atenção básica" OR psf OR esf OR "programa saúde da família" OR "programa de saúde familiar" OR "programa de saúde da família" OR "programa da saúde da família" OR "profissionais da saúde" OR "pessoal de saúde" OR "profissional da saúde" OR "profissional de saúde" OR "profissionais de saúde" OR "family health" OR "family health Strategy" OR "family health Program" OR "primary health care" OR "primary health" OR "health personnel").

CINAHL acesso através do Portal CAPES – Usar pesquisa avançada e limitar ano e língua no momento da pesquisa "reproduction" OR "reproductive planning" OR "family planning services" OR "family planning" OR "reproductive health" OR "contraception" OR "contraception behaviour" OR "contraception behavior" AND "family health" OR "family health Strategy" OR "family health Program" OR "primary health care" OR "primary health" OR "health personnel".

APÊNDICE D – Participantes da pesquisa

Entrevista	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de atuação na ESF
E1 – ACS	F	55	Ensino Fundamental	13 anos
E2 – Enfermeira	F	27	Pós-Graduação	4 anos
E3 – Téc. de Enfermagem	F	46	Ensino Médio	16 anos
E4 – ACS	M	43	Ensino Fundamental	15 anos
E5 – ACS	F	49	Ensino Médio	10 anos
E6 – Enfermeira	F	29	Ensino Superior	2 anos
E7 – Enfermeira	F	33	Ensino Superior	4 anos
E8 – ACS	F	37	Ensino Médio	15 anos
E9 – ACS	F	47	Ensino Médio	13 anos
E10 – ACS	F	45	Ensino Médio	16 anos
E11 – ACS	F	41	Ensino Médio	17 anos
E12 – ACS	M	39	Ensino Superior	13 anos
E13 – ACS	F	35	Ensino Médio	17 anos
E14 – ACS	F	49	Ensino Fundamental	14 anos
E15 – ACS	F	32	Ensino Médio	12 anos
E16 – ACS	F	46	Ensino Médio	15 anos
E17 – Médica	F	30	Pós-Graduação	2 anos
E18 – Médica	F	31	Pós-Graduação	6 anos
E19 – ACS	M	29	Ensino Médio	9 anos
E20 – Téc. de Enfermagem	F	35	Ensino Médio	1 ano
E21 – ACS	F	48	Ensino Médio	11 anos
E22 – Enfermeira	F	37	Pós-Graduação	8 anos
E23 – Téc. de Enfermagem	F	36	Ensino Superior	7 anos
E24 – Médico	M	35	Pós-Graduação	5 anos
E25 – Téc. de Enfermagem	M	44	Ensino Médio	12 anos
E26 – Téc. de Enfermagem	M	41	Ensino Médio	1 ano
E27 – Enfermeira	F	41	Pós-Graduação	10 anos
E28 – Enfermeira	F	31	Pós-Graduação	7 anos
E29 – Téc. de Enfermagem	F	42	Ensino Médio	3 anos
E30 – Médica	F	59	Pós-Graduação	18 anos
E31 – ACS	F	49	Ensino Médio	10 anos
E32 – Médica	F	31	Pós-Graduação	3 anos
E33 Enfermeira	F	28	Ensino Superior	5 anos
E34 – Téc. de Enfermagem	F	40	Ensino Médio	1 ano
E35 – ACS	F	45	Ensino Médio	16 anos
E36 – ACS	F	57	Ensino Médio	12 anos
E37 – ACS	F	54	Ensino Médio	14 anos
E38 – Médica	F	56	Pós-Graduação	8 anos
E39 – Enfermeira	F	29	Pós-Graduação	1 ano

Continua...

Entrevista	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de atuação na ESF
Conclusão				
E40 – Enfermeira	F	50	Pós-Graduação	18 anos
E41 – ACS	F	44	Ensino Médio	15 anos
E42 – Téc. de Enfermagem	F	43	Ensino Médio	1 ano
E43 – Enfermeira	F	33	Pós-Graduação	15 anos
E44 – ACS	F	48	Ensino Fundamental	15 anos
E45 – ACS	F	35	Ensino Médio	16 anos
E46 – Enfermeira	F	35	Pós-Graduação	8 anos
E47 – ACS	F	52	Ensino Médio	16 anos
E48 – Enfermeira	F	30	Pós-Graduação	6 anos
E49 – Médica	F	35	Pós-Graduação	7 anos
E50 – Médica	F	28	Pós-Graduação	3 anos
E51 – Médica	F	30	Ensino Superior	7 anos
E52 – Enfermeira	F	38	Pós-Graduação	10 anos
E53 – Enfermeira	F	30	Pós-Graduação	7 anos
E54 – Téc. de Enfermagem	F	33	Ensino Médio	1 ano
E55 – ACS	F	50	Ensino Superior	13 anos

APÊNDICE E – Roteiro semiestruturado para entrevista**Entrevista nº:****Idade:****Sexo:****Estado Civil:****Número de filhos:****Naturalidade/Procedência:****Formação:****Categoria profissional/ocupacional:****Vínculo empregatício:****Tempo de atuação na APS/ESF:****Tempo de atuação na eSF atual:****Como você percebe a atenção em anticoncepção?**

(O que entende por esta temática - atenção em anticoncepção? Com que relaciona? No que você pensa quando ouve esta expressão?)

Fale-me o que você pensa sobre seu trabalho relacionado com a atenção em anticoncepção. Quais as ações que você desenvolve na atenção em anticoncepção? Desenvolva.

(Do que ele entende por atenção em anticoncepção, como relaciona com sua prática profissional? Pedir que cite as práticas que envolvem atenção em anticoncepção e, se possível, ilustrar como acontece a atenção em anticoncepção no cotidiano de suas atividades.)

Considerando sua área de abrangência (seu território), qual o perfil das pessoas que demandam por serviços relacionados com anticoncepção? Detalhe:

(Verificar quais são as pessoas que, na visão dos integrantes das eSFs, solicitam atendimento relacionado com anticoncepção. Quem procura o CS para conversar sobre anticoncepção?)

De acordo com sua experiência, quais aspectos são mais fáceis (as potencialidades) no desenvolvimento deste trabalho relacionado com a atenção em anticoncepção? Desenvolva.**De acordo com sua experiência, quais aspectos são mais difíceis (os obstáculos) no desenvolvimento deste trabalho relacionado com a atenção em anticoncepção? Desenvolva.**

Você recebeu formação para atuar na atenção em anticoncepção? Qual(is)? Onde? Quando?

Como você se atualiza em relação à temática da atenção em anticoncepção? Detalhe:

Fale-me como você percebe as coordenadas dadas pelo nível central (Secretaria Municipal de Saúde e/ou Distritos Sanitários) em relação às ações referentes à anticoncepção. Em sua avaliação, há incentivo/estímulo/monitoramento por parte do nível central para realizar ações relacionadas com esta temática? Se sim, quais? Desenvolva. Se não, por que você acha que isso acontece?

Como você se sente ao atuar na atenção em anticoncepção?

(Considerando o que foi respondido até o momento: entendimento sobre atenção em anticoncepção de maneira ampla e depois relacionada com seu trabalho; as indicações de quais usuários demandam por esses serviços; as facilidades e as dificuldades encontradas na efetivação da atenção em anticoncepção; as questões relacionadas com a formação, atualização e com o incentivo em relação à temática da atenção em anticoncepção... pretendo identificar como o integrante da eSF se sente quando atua na atenção em anticoncepção.)

Quais aspectos você considera necessários (pontos fundamentais) para realizar as ações relacionadas com a anticoncepção de maneira efetiva?

Levando em conta os aspectos citados, liste ações ou proponha novas ações que você considera importante para a efetivação e/ou aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. Desenvolva.

(Informar que as respostas deste item e do anterior irão deflagrar um segundo momento da pesquisa, que é a construção de proposta em conjunto com as eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Estratégia que será desenvolvida em grupos.)

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



1ª Via Participante
2ª Via Pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como título “Atenção em anticoncepção: construção de uma proposta em conjunto com equipes de Saúde da Família”, cujo objetivo é construir ações de saúde em conjunto com eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Luciana Cristina dos Santos Maus, orientada pela Prof.ª Dr.ª Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. O estudo justifica-se pela necessidade de (re)pensarmos, como profissionais de saúde, as ações relacionadas com o planejamento reprodutivo/atenção em anticoncepção, de maneira a buscar, sempre, o fomento dos direitos relacionados com a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

A coleta de dados será por meio de entrevista e dois encontros para as dinâmicas de grupo, o que será necessário com sua prévia autorização, o uso de um gravador durante a entrevista e os encontros para as dinâmicas de grupo, bem como filmagem dos encontros para as dinâmicas de grupo.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos (tais como desconforto emocional), mas espero que tragam benefícios relacionados com a melhoria da atenção em saúde, mediante maior reflexão e sensibilização em relação ao assunto. Entretanto, se algum dano for causado em decorrência da pesquisa, a pesquisadora de campo indicará serviços públicos de apoio.

No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso acarrete prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões, caso não se sinta à vontade. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou à interrupção da pesquisa.

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo você estará contribuindo para a discussão e para o desenvolvimento desta temática na Atenção Primária à Saúde. Contribuindo também para compreensão das estratégias utilizadas para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, permitindo reflexões aos profissionais de saúde, à comunidade científica e aos gestores das políticas públicas. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas, e seu nome não será identificado em nenhum momento. Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a pesquisa, por período de até cinco anos. Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado ao final.

INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESTA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

Pesquisadora: Mestranda Luciana Cristina dos Santos Maus - RG 4.038.987/SSP/SC

Endereço: Av. Amaro Antônio Vieira, n.1.820, apto 306, Itacorubi, Florianópolis (SC)

CEP: 88.034-101. Tel.: (48) 96569561(celular) Tel.: (48) 32333262 (residencial)

E-mail: lucianamaus82@gmail.com

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª.Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro, Florianópolis (SC)

CEP:88.015-230.Tel.: (48) 99690135 (celular) Tel./FAX: (48) 37219480 (residencial)

E-mail: gregos@matrix.com.br

Consentimento após informações

Eu, (nome completo do(a) participante) -----, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e aceito participar desde que respeitadas as condições previamente referidas.

Florianópolis(SC), _____ de _____ de 201__.

Ass. do Participante

Ass. da Pesquisadora

APÊNDICE G – Roteiro para a dinâmica dos grupos de convergência

ROTEIRO –

DINÂMICA DE EDUCAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO* SOBRE A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Buscando a convergência da PCA, fundamentada em alguns princípios do Apoio Paideia

Objetivos: Validar as ações propostas pelas eSFs para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção.

Público alvo: integrantes das eSFs (ACSSs, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) que tenham pelo menos 1 ano de experiência na ESF e vínculo empregatício com a SMS/PMF. Com possibilidade de participação dos integrantes das eSFs que não realizaram as entrevistas.

Dinâmica: Grupo de convergência, baseado em alguns princípios do **Apoio Paideia**, em que serão apresentadas as ações propostas pelos integrantes das eSFs que participaram das entrevistas. Como estratégias de validação serão realizadas duas atividades: apresentação através de **Encartes com as ações propostas** e uma atividade lúdica e interativa com uso de **Bonecos Terapêuticos (BTs)** (com possibilidade de filmagem e gravação durante esse momento, desde que autorizado pelos participantes do encontro).

Tempo previsto: 1h30min.

Ordenação da sala e materiais necessários: cadeiras dispostas em roda; mesa num dos cantos da sala; TCLE (para os participantes que não realizaram as entrevistas); 3 envelopes que contêm os encartes com as ações propostas; 3 encartes em branco; 3 canetas pretas; 13BTs (7 bonecos comuns e 6 bonecos da saúde); filmadora; gravador.

Apresentação inicial: da pesquisadora de campo/apoiadora; dos integrantes da dinâmica (checar TCLE dos que estão participando da primeira vez e validar possibilidade de uso do gravador e da filmagem); explicar, brevemente, a metodologia adotada. Informar objetivo do encontro: validar as ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção. Relembrar que as ações propostas foram elaboradas conforme as respostas das duas últimas questões das entrevistas individuais: quais aspectos você considera necessários para realizar a atenção em anticoncepção de maneira efetiva? E, considerando os

aspectos citados, liste ações ou proponha novas ações que você considere importante, para efetivação e/ou aperfeiçoamento da atenção em anticoncepção. Enfatizar que, para além da dinâmica de educação e sensibilização, o momento em grupo é considerado a segunda fase de coleta de dados para a pesquisa.

ENCARTES COM AS AÇÕES PROPOSTAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA APERFEIÇOAR A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO

Distribuir encartes com as ações propostas para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção; realizar leitura cuidadosa de cada item central, com possibilidade de correções e sugestões na formulação das ações propostas e ajustes no enquadramento das ações nos temas centrais definidos. Realizar discussão das impressões que os participantes tiveram sobre as ações propostas.

BONECOS TERAPÊUTICOS

Divididos em pequenos grupos, cada integrante do grupo poderá escolher um BT das respectivas sacolas. Intercalando a sacola com os **BTs comuns** e a sacola com os **BTs da saúde**, até que todos da equipe estejam com seus bonecos. Criar uma cena com os BTs contextualizando a atenção em anticoncepção e inserir na cena pelo menos uma das ações propostas contida nos encartes. O tempo estimado para a apresentação da cena deverá estar compreendido entre 5 minutos. Após a retirada dos BTs, e as coordenadas para construção da cena, será dado 5 minutos para que cada grupo discuta sobre a construção da cena (escolher local onde acontecerá a cena, definir as personagens, criar sucinto roteiro com possível desfecho). Lembrar que é um exercício de improvisação (sem certo ou errado). Apresentar as cenas para todos do grupo. Abrir para reflexão sobre as cenas e questionar sobre o possível potencial para mudança da prática assistencial relacionada com a atenção em anticoncepção.

APÊNDICE H – Encartes com as ações propostas pelas equipes de Saúde da Família para aperfeiçoar a atenção em anticoncepção

AÇÕES PROPOSTAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA APERFEIÇOAR A ATENÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO

1. AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS USUÁRIOS

- 1.1 Ampliar o acesso aos usuários com a eSF;
- 1.2 Oportunizar que o ACS agende consultas para os(as) usuários(as) com a eSF;
- 1.3 Garantir acesso aos insumos anticoncepcionais;
- 1.4 Facilitar os fluxos relacionados com a atenção em anticoncepção;
- 1.5 Ampliar oferta para inserção do DIU, conseqüentemente diminuir tempo de espera para realizar o procedimento;
- 1.6 Ampliar oferta para realização de esterilização (vasectomia e laqueadura tubária), conseqüentemente diminuir tempo de espera para realizar os procedimentos;
- 1.7 Facilitar o livre acesso ao método anticoncepcional de barreira (preservativos masculinos e femininos) no CS;
- 1.8 Possibilitar a abertura dos CSs aos sábados.

2. NECESSIDADE DE SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

- 2.1 Sensibilizar a eSF para a temática da atenção em anticoncepção;
- 2.2 Capacitar a eSF para a temática da atenção em anticoncepção;
- 2.3 Realizar treinamento da eSF sobre a temática da atenção em anticoncepção com a assistência farmacêutica;
- 2.4 Oferecer curso introdutório para os enfermeiros da rede municipal de saúde;
- 2.5 Criar grupo de estudo sobre a temática da atenção em anticoncepção na rede municipal de saúde;
- 2.6 Criar grupo de discussão com enfermeiros que realizam a prescrição de anticoncepcionais na rede municipal de saúde;
- 2.7 Criar grupo de trabalho, que comporte a questão da atenção em anticoncepção, com profissionais da rede municipal de saúde;

2.8 Treinar os médicos que atuam na ESF para inserção do DIU.

3. FOMENTO ÀS ATIVIDADES EM GRUPOS

- 3.1 Realizar atividades educativas em grupo sobre atenção em anticoncepção para mulheres, homens e casais nos CSs e/ou em outros dispositivos da comunidade (igrejas, pastoral, associação de moradores), oferecendo diferentes alternativas de dias e horários (inclusive à noite), bem como garantia de justificativa quanto à ausência no trabalho do(a) usuário(a) para participação no grupo;
- 3.2 Criar grupos de adolescentes no CS.

4. APOIO DO NÍVEL CENTRAL

- 4.1 Fomentar o preenchimento das vagas com médicos e enfermeiros com residência em SF em todas as equipes;
- 4.2 Monitorar a implantação da carteira de serviços, especialmente das ações que comportem a atenção em anticoncepção;
- 4.3 Apoiar as eSFs que realizam ações que comportem a atenção em anticoncepção;
- 4.4 Enviar materiais atualizados sobre atenção em anticoncepção para o e-mail das equipes;
- 4.5 Criar estratégias de monitoramento/controle das ações que comportem a atenção em anticoncepção;
- 4.6 Garantir os insumos necessários para oferta da atenção em anticoncepção, em especial, dos métodos anticoncepcionais hormonais, de barreira e o DIU;
- 4.7 Realizar estudo com a assistência farmacêutica sobre métodos anticoncepcionais modernos e verificar possibilidade de oferta pela rede municipal de saúde;
- 4.8 Solicitar à assistência farmacêutica pedido de renovação dos métodos anticoncepcionais disponíveis na rede municipal de saúde, sobretudo anticoncepcionais hormonais de baixa dosagem;
- 4.9 Atualizar o Protocolo Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher do município, buscando as unidades de ações referentes à atenção em anticoncepção em toda a rede municipal de saúde;
- 4.10 Realizar estudo diagnóstico/levantamento sobre como está a atenção em anticoncepção no município.

5. MECANISMOS DE DIVULGAÇÃO

- 5.1 Divulgar o tema da atenção em anticoncepção nos vários dispositivos da comunidade;
- 5.2 Informar sobre anticoncepção nas diferentes mídias (TV, rádio, *outdoor*);
- 5.3 Informar aos usuários os direitos relacionados com a temática da anticoncepção;
- 5.4 Criar informativos (panfletos, *folders*, encartes) sobre o tema da atenção em anticoncepção, utilizando linguagem simples e jovial;
- 5.5 Distribuir informativos (panfletos, *folders*, encartes) sobre o tema da atenção em anticoncepção durante as visitas domiciliares dos ACSs;
- 5.6 Realizar campanhas e/ou semanas temáticas sobre o tema da atenção em anticoncepção.

6. PARCERIA COM ESCOLAS

- 6.1 Realizar ações educativas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas, através do Programa Saúde na Escola, de maneira sistemática e planejada;
- 6.2 Realizar as ações educativas de saúde sexual e saúde reprodutiva nas séries iniciais, adaptando o conteúdo e a abordagem de acordo com a faixa etária;
- 6.3 Realizar as ações educativas de saúde sexual e saúde reprodutiva de forma lúdica e interativa, superando a lógica das palestras, por exemplo;
- 6.4 Realizar parceria com professores, especialmente os de áreas afins, para que os temas da saúde sexual e da saúde reprodutiva possam ser trabalhados de maneira transversal nas disciplinas;
- 6.5 Realizar formação para os professores sobre o tema da saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 6.6 Formar multiplicadores sobre o tema da saúde sexual e saúde reprodutiva entre os adolescentes das escolas;
- 6.7 Envolver os pais dos alunos nas ações educativas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva.

7. ESTRATÉGIAS PARA CRIAÇÃO DE POLÍTICAS E/OU PROGRAMAS

- 7.1 Criar programa municipal que comporte o tema da atenção em anticoncepção;
- 7.2 Implementar o programa na rede municipal de saúde;

- 7.3 Realizar projetos sobre o tema da atenção em anticoncepção na rede municipal de saúde;
- 7.4 Designar profissional responsável por unidade de saúde para monitoramento das ações do programa;
- 7.5 Elaborar materiais sobre o tema da atenção em anticoncepção;
- 7.6 Fomentar políticas que abordem a intersetorialidade entre saúde, educação e trabalho.

8. CONDIÇÕES DE INFRAESTRUTURA E RECURSOS MATERIAIS

- 8.1 Permitir condições de trabalho mínimas e adequadas às equipes de saúde: ambiente adequado/capacidade instalada, equipamentos necessários (com acesso à internet), suficiente número de profissionais por território/equipes completas;
- 8.2 Criar centro de referência que comporte os serviços da atenção em anticoncepção;
- 8.3 Criar espaço nos CSs para acolher os adolescentes nas suas demandas relacionadas com saúde sexual e saúde reprodutiva. Exemplo: sala equipada e com disponibilidade de profissional de saúde para o acolhimento das demandas;
- 8.4 Aperfeiçoamento do sistema de informação (INFOSAÚDE); criar alerta no prontuário da usuária em idade fértil para verificação do uso ou não de método anticoncepcional; disponibilizar dados que comportem a atenção em anticoncepção do território (exemplo: dados populacionais; nascidos vivos);
- 8.5 Oportunizar a entrega de anticoncepcionais hormonais, em casos especiais (mulheres que comprovem dificuldade em recolher o insumo ou puérperas), através do Programa Remédio em Casa;
- 8.6 Oferecer “vales” para que as mulheres possam aplicar o anticoncepcional injetável mensal e trimestral nas redes da Farmácia Popular.

9. MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO

- 9.1 Gerar e/ou trabalhar com indicadores/marcadores que comportem a questão da atenção em anticoncepção;
- 9.2 Realizar vigilância em saúde (monitoramento/busca ativa) no âmbito da atenção em anticoncepção, sobretudo em casos especiais: mulheres com dificuldade para aderir ao método anticoncepcional escolhido/prescrito; situações de risco para gravidez não planejada/indesejada;

- 9.3 Fomentar a interdisciplinaridade nas ações da equipe de saúde no que concerne à atenção em anticoncepção;
- 9.4 Discutir e planejar ações que comportem a atenção em anticoncepção de maneira sistemática durante as reuniões de equipe;
- 9.5 Ampliar vagas na agenda dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) para o atendimento que comporte a atenção em anticoncepção, com opção de horário estendido quando consulta para inserção do DIU;
- 9.6 Garantir e efetivar as consultas do puerpério do 10º dia e do 45º dia;
- 9.7 Inserir os residentes da ESF nas ações que comporte a atenção em anticoncepção;
- 9.8 Verificar o processo de implantação das ações relacionadas com a atenção em anticoncepção que constam na carteira de serviços, com o apoio dos residentes da ESF;
- 9.9 Manter supervisão dos técnicos de enfermagem nas ações que comportem a atenção em anticoncepção.

10. FAVORECIMENTO DO VÍNCULO

- 10.1 Aproveitar todo e qualquer contato com o(a) usuário(a) para realizar rastreamento e abordagem mínima relacionada com a atenção em anticoncepção;
- 10.2 Realizar visitas domiciliares para gestantes e puérperas, com abordagem voltada à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- 10.3 Realizar visitas domiciliares para adolescentes, com abordagem voltada à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- 10.4 Reduzir a validade da receita do anticoncepcional hormonal de 1 ano para 6 meses;
- 10.5 Estimular a realização dos exames preventivos das mamas e do colo de útero por mulheres da faixa etária indicada, mas não impedir a prescrição e/ou renovação da receita do anticoncepcional com a justificativa da não realização dos exames preventivos;
- 10.6 Acolher toda a família (pai/mãe, filho(a), marido/mulher) com demandas que comportem a atenção em anticoncepção;
- 10.7 Criar estratégias para construção e manutenção do vínculo entre os(as) usuários(as) e a eSF;
- 10.8 Evitar rotatividade entre os profissionais das eSFs.

11. ASPECTOS FILOSÓFICOS, SOCIOCULTURAIS E EDUCACIONAIS

- 11.1 Realizar ações de promoção da saúde que comportem a atenção em anticoncepção;
- 11.2 Orientar os(as) usuários(as), nos diferentes contextos (adolescência, pré-natal, puerpério), sobre o tema da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- 11.3 Transmitir de maneira clara e objetiva as informações relacionadas com a temática da atenção à anticoncepção, buscando certificar-se do entendimento do(a) usuário(a);
- 11.4 Fomentar o senso de corresponsabilidade (homens/mulheres) dos resultados ou não da anticoncepção/paternidade responsável;
- 11.5 Articular estratégias em conjunto com os diferentes dispositivos da comunidade (igreja, associação de moradores) que aborde o tema da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- 11.6 Estimular a participação de pais/mães nas ações que comportem a atenção em anticoncepção de seus/suas filhos(as);
- 11.7 Garantir atendimento individual da criança e do adolescente, respeitando as diretrizes legais;
- 11.8 Corresponsabilizar o(a) usuário(a) pela aderência e pelos cuidados relacionados com a sua saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 11.9 Fomentar a reflexão sobre as perspectivas de vida do(a) usuário(a), para além da reprodução;
- 11.10 Estimular o desenvolvimento das potencialidades do ser humano, para além da reprodução;
- 11.11 Fomentar a corresponsabilidade dos homens nas questões da saúde sexual e da saúde reprodutiva, bem como nas ações específicas que comportem a atenção em anticoncepção;
- 11.12 Atentar para as demandas de saúde sexual e de saúde reprodutiva das pessoas portadoras de necessidades especiais.

APÊNDICE I – Bonecos Terapêuticos



Foto 1: Bonecos Terapêuticos comuns.



Foto 2: Bonecos terapêuticos da saúde.

APÊNDICE J – Descrição das cenas com o uso dos Bonecos Terapêuticos

G 1 - Cena A

Ação proposta escolhida: Oportunizar que o ACS agende consultas para os(as) usuários(as) com a eSF.

Agente Comunitária de Saúde durante visita domiciliar a uma idosa. A idosa relata à ACS preocupação com a neta de 14 anos que casou. Preocupação essa justificada pelo fato da pouca idade da neta, por seu companheiro ganhar pouco por trabalhar pouco e também porque a neta ainda não concluiu os estudos. A ACS valida os motivos da preocupação da idosa e diz que vai conversar com a adolescente, uma vez que considera ter bom vínculo com ela, pois a conhece desde pequena. Menciona que irá aconselhá-la a procurar o CS. Ao sair da casa da idosa, a ACS encontra a adolescente com o companheiro na rua. Cumprimenta-os e diz que está a par de seu casamento. A adolescente corrige a ACS dizendo que eles não casaram, mas que estão morando juntos. Então, a ACS questiona se ela está feliz com a nova condição. A adolescente responde que sim, que está muito feliz com o companheiro. Em seguida, a ACS questiona a adolescente se ela já foi até o CS conversar com algum profissional para ser aconselhada sobre questões de anticoncepção. Ela informa que não, que é muito difícil ir até o CS. Acrescenta que se sente envergonhada para fazer isso, porque é muito nova. A ACS chama sua atenção para que esta se dirija até o CS para receber conselhos, a fim de evitar gravidez. Ao fazer isso, reforça as mesmas preocupações que ouviu da avó da adolescente: “você é muito nova, ainda não terminou os estudos”. A ACS também quis saber por que é tão difícil ir ao CS. A adolescente respondeu: porque é preciso enfrentar fila; porque não há grupo de adolescentes para conversar, para ficar mais à vontade; porque é preciso chegar à recepção do CS e explicar na frente das pessoas o que ela quer fazer e isso é muito incômodo. Então, a adolescente sugere que seria bom se ela (a ACS) marcasse consulta com a enfermeira, porque se não fosse assim ela não iria ao CS, e então iria engravidar. Logo, a ACS se oferece para tentar agendar consulta com a enfermeira por considerar as justificativas dadas pela adolescente. A adolescente então reforça que se for assim, com a consulta agendada, ela irá ao CS, porque se for necessário ir até a recepção, ela não irá, pois tem vergonha. A adolescente questiona se o companheiro poderá ir junto à consulta. A ACS diz que sim, que os dois poderão ir à consulta para decidirem qual melhor método anticoncepcional para evitar gravidez. Após o combinado, a ACS se despede do casal, e vai até o CS conversar com a enfermeira da área. Já no

CS, a ACS relata toda a situação da adolescente para a enfermeira e solicita agendamento da consulta. A enfermeira apoia a ideia e verifica horário na agenda para oferecer para adolescente. Além disso, a enfermeira explica para ACS que sempre que acontecer caso semelhante, ela pode oferecer também o grupo de planejamento familiar que acontece no CS.



Foto 3: Avó, companheiro da adolescente de 14 anos, adolescente de 14 anos, ACS e Enfermeira.

G1 - Cena B

Ação proposta escolhida: Oportunizar que o ACS agende consultas para os(as) usuários(as) com a eSF.

Agente Comunitária de Saúde visita nova família no bairro. Na casa da nova família, a ACS se apresenta, fala um pouco sobre seu trabalho e questiona a mulher que a atende se há algum marcador (hipertenso, diabético, gestante) na casa. Então, a mulher diz que é gestante e que este será o sexto filho. A ACS questiona se a mulher está fazendo o pré-natal. Recebe “não” como resposta, pois acabou de mudar. A ACS reformula a pergunta, questionando se a mulher estava fazendo o pré-natal no lugar de onde veio. Recebe outro “não” como resposta, que não estava realizando o pré-natal, além disso, a mulher acrescenta que quer saber de um jeito de não engravidar mais, porque não aguenta mais ter filhos. Logo, a ACS reforça a importância de realizar o pré-natal, orienta como é o acesso aos serviços do CS, enfatizando que gestante não precisa pegar fila. Diz que irá agendar consulta no CS para a mulher. Finaliza a visita solicitando o número do telefone, porque vai ligar para informar a data da consulta e o dia do grupo de planejamento familiar.



Foto 4: ACS e gestante.

G3 - Cena A

Ação proposta escolhida: Criar espaço nos CSs para acolher os adolescentes em suas demandas relacionadas com saúde sexual e saúde reprodutiva. Exemplo: sala equipada e com disponibilidade de um profissional de saúde para o acolhimento das demandas dos adolescentes.

Antes da cena, o grupo fez introdução sobre a ação escolhida: seria uma sala para o atendimento de adolescentes, equipada com livros, filmes, caderneta do(a) adolescente e outros materiais. O(a) adolescente teria livre acesso à sala, não precisando passar pela recepção ou pegar ficha para tal. E por essa sala transitariam ACSs, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, de modo que cada integrante das eSFs, dentro de sua competência, poderia acolher e orientar os adolescentes.

Uma ACS, durante visita domiciliar, informa a uma adolescente sobre a nova sala no CS. Estimula que a adolescente dirija-se até o CS para conhecer a sala, para receber orientações acerca de suas dúvidas. Acrescenta que haverá sempre um profissional na sala e que se quiser falar com a médica ela também poderá falar (nesse momento, uma das integrantes do grupo, que é médica, interrompe a cena e diz que ela (a adolescente) poderá falar com quem estiver na sala ou, se preferir, não precisará falar com ninguém, podendo usar as ferramentas disponíveis na sala). A adolescente agradece ao convite feito pela ACS e diz que pode ser que apareça por lá. Sozinha, a adolescente reflete sobre a nova sala para os adolescentes no CS. Pensando alto ela diz que: “Eles pensam que eu não sei nada, que eu não entendo das coisas”. No banho, a adolescente se surpreende com o tamanho de seus seios, começa a observar seu corpo e percebe que seu corpo está mudando. Então, lembra-se do que a ACS falou e resolve ir até o CS conhecer a sala para adolescentes. Já no CS, a adolescente se assusta com a quantidade de pessoas que aguardam na recepção. Então, vai procurar a sala. Ao encontrar a sala, ela entra e acha tudo muito legal (TV, vídeos, livros...) e começa a mexer nas coisas. A ACS entra e fica contente porque a adolescente atendeu ao convite e reforça a orientação do que a adolescente pode fazer na sala e que também pode conversar com alguém se quiser. A ACS sai, e a adolescente fica observando as coisas da sala, fica surpresa com a imagem do corpo humano e com os equipamentos/recursos da sala. Nesse instante, um enfermeiro entra na sala e reforça que a sala é para os(as) adolescentes e que se ela tiver alguma dúvida os profissionais estão disponíveis. A adolescente fica surpresa e feliz com a acolhida da equipe.



Foto 5: ACS, adolescente e enfermeiro.

G3 - Cena B

Ações propostas escolhidas: Treinar os médicos que atuam na ESF para inserção do DIU; Ampliar vagas na agenda dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) para o atendimento que comporte a atenção em anticoncepção, com opção de horário estendido quando consulta para inserção do DIU.

Antes da cena, o grupo faz breve contextualização: trata-se de uma puérpera, com histórico de vários abortos (sete) e mais cinco gestações, tendo, portanto, cinco filhos vivos. Informam que a puérpera em questão tem problemas cognitivos e que o marido não responde ao processo (não acompanha/não se mobiliza). E ela (a puérpera) na cena está sendo levada por sua mãe até o CS. A médica chama a puérpera para o atendimento. A puérpera, acompanhada de seu bebê e de sua mãe, entra no consultório. Todas se cumprimentam. A mãe da puérpera começa a falar com a médica. Diz que sua filha é uma desmiolada, que está no quinto filho, que toda a responsabilidade está sobre seus ombros, porque tem que cuidar de todo o mundo, além disso, diz que o genro não ajuda e que ela tem de fazer tudo sozinha. Então pede para médica alguma coisa para que a filha pare de ter filhos. A puérpera diz para a médica que a mãe é exagerada, que as coisas não são bem assim. A médica escuta com atenção e a questiona sobre o que aconteceu. A puérpera diz que gosta de ter filhos e que está tudo bem com ela e com as crianças. Então, a médica oferece comprimidos anticoncepcionais. A puérpera não aceita porque fica enjoada. Quando a médica oferece anticoncepcional injetável, a puérpera não aceita porque tem medo de injeção. A puérpera a informa que já recebeu o papel da laqueadura para ir ao cartório umas três vezes, mas que o perdeu, que não foi, que foi deixando passar. A médica questiona sobre a vasectomia para o marido. A puérpera responde que o pessoal do CS nunca agenda. A mãe da puérpera interfere dizendo que o genro tem medo de ficar brocha. A puérpera retruca que é mentira, que é porque eles (do CS) nunca agendam. A médica resolve oferecer o DIU. Explica sobre o método, diz que já foi capacitada e que se ela quiser pode inserir o DIU no próprio CS. A mãe da puérpera fica animada com a possibilidade de realizar o procedimento no CS. A puérpera também se mostra interessada pelo método, e aceita. A médica então agenda o procedimento para um prazo de sete dias. A mãe da puérpera agradece à médica e todas se despedem.



Foto 6: Médica, puérpera com seu bebê e mãe da puerperal.

G3 - Cena C

Ações propostas: Realizar ações educativas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas; Realizar parceria com professores, especialmente os de áreas afins, para que os temas da saúde sexual e da saúde reprodutiva possam ser trabalhados de maneira transversal nas disciplinas.

Um professor fica pensativo porque está preocupado com o comportamento, relacionado com questões de sexualidade de seus alunos, principalmente de uma aluna que é deficiente. Então, decide procurar um profissional de saúde para orientá-lo. Vai ao CS perto da escola procurar o médico e relata sua preocupação sobre o comportamento dos alunos (de 14 a 15 anos), que dizem ter iniciado vida sexual. O professor também pontua sua preocupação com os alunos especiais. Diz que precisa de orientação e pede ajuda. O médico então sugere que se crie um grupo com os pré-adolescentes e adolescentes na escola para falar sobre saúde sexual. Combinam sobre a dinâmica que irão aplicar. Na escola, o médico inicia a atividade programada, quando uma adolescente de 13 anos faz uma pergunta “cabeluda”. O médico fica surpreso (neste momento, a integrante da eSF que está fazendo a personagem do médico fica surpresa e não consegue responder a questão). Enquanto isso, a outra integrante que estava conduzindo a personagem do professor pega o BT que simboliza o médico e responde-lhe e, posteriormente, segue com as explicações. Por fim, encaminham a adolescente para o CS para orientá-la com mais detalhes.



Foto 7: Médico, aluna e professor.

G5 - Cena A

Ação proposta: Fomentar a corresponsabilidade dos homens nas questões da saúde sexual e da saúde reprodutiva, bem como nas ações específicas que comporte a atenção em anticoncepção.

Um casal de adolescentes entra no consultório da médica pedindo anticoncepcional. A médica questiona qual tipo de anticoncepcional eles querem. Os adolescentes dizem que não conhecem nada sobre anticoncepcional, por isso foram pedir ajuda. A médica interroga sobre o relacionamento do casal. O rapaz diz que os dois já estão há um mês juntos e que já tiveram relação sexual, mas que eles têm medo de gravidez, porque ele não quer filho agora. A médica diz que ele tem que ajudar a namorada. O rapaz retruca dizendo que não quer que ela engravide, mas que isso é uma responsabilidade da mulher. A médica rebate dizendo que não é só a adolescente que é responsável, mas que ele precisa tomar parte no processo também. Mas o adolescente continua retrucando: mas é a mulher que carrega o bebê, que amamenta, então é ela que tem que cuidar dessa parte também. A médica mais uma vez fomenta que não é só ela que tem que cuidar, mas segue a consulta perguntando qual a preferência da adolescente. A adolescente diz que é o comprimido, mas pede a opinião do namorado, que retruca não saber e que é ela que tem que saber. A médica começa a listar para o casal as opções de métodos anticoncepcionais, mas antes quer saber um pouco do histórico do casal. Questiona se já fizeram exames tipo sorologias. Eles dizem que não. O garoto questiona se realmente precisa fazer os exames. A médica questiona se eles fumam. Eles respondem que sim, que fumam maconha. Negam que tenham doenças. Então, a médica diz que vai ajudá-los a escolher um método anticoncepcional, mas que antes solicitará alguns exames. Os adolescentes concordam e dizem que vão realizar os exames.



Foto 8: Jovem casal e médica.

G5 - Cena B

Ação proposta escolhida: Ampliar acesso aos usuários com a eSF.

Durante um acolhimento à demanda espontânea, a enfermeira recebe uma puérpera de 14 anos com seu filho recém-nascido, acompanhada pela mãe e irmã de 12 anos. A enfermeira a questiona sobre a ausência à consulta do décimo dia. A mãe da puérpera se justifica pela filha dizendo que esta não compareceu porque ela (a mãe) não pode trazê-la, visto que trabalha o dia todo e que só agora conseguiu licença do trabalho e por isso trouxe a filha ao acolhimento. A mãe da puérpera continua se queixando: diz que o pai da criança não assumiu a filha e que ela teve de assumir tudo dentro de casa e que, apesar disso, a filha só tem tempo para continuar correndo atrás do rapaz. Tentando mudar o foco da consulta, a enfermeira questiona quem é a menina que a está acompanhando à consulta. A mãe diz que é sua filha caçula de 12 anos. Diz que a filha fala pouco, mas mesmo assim já está de olho nela também, que está preocupada, porque não quer que ela repita o que a irmã mais velha fez. Então, a enfermeira questiona o motivo da consulta. A mãe da puérpera pede que a enfermeira dê uma olhada no bebê que não está mamando direito e diz que a filha quer dar mamadeira para o filho, porque está com rachaduras no peito, de modo que foi aconselhada pelas colegas para dar mamadeira. Mas a mãe da puérpera não aceita que isso aconteça. Segue reclamando que não queria que a filha engravidasse e que está preocupada com outra possível gravidez, uma vez que ela continua interessada no rapaz. Acrescenta que está muito nervosa com toda essa situação. A enfermeira diz que está percebendo que ela está muito nervosa mesmo. Diz que vai avaliar as mamas da puérpera e vai orientá-la no manejo da amamentação e que ela não precisará usar a mamadeira. Mas antes a enfermeira também menciona preocupação com uma nova gravidez e diz que vai prescrever um método anticoncepcional e que, inclusive, vai aplicar o método após a prescrição. Reforça que é um método para evitar a gravidez, mas que não evita doenças. A enfermeira também se oferece para realizar consulta à filha de 12 anos, após a consulta da puérpera.



Foto 9: Puérpera com seu bebê, sua mãe, sua irmã de 12 anos e enfermeira.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À ANTICONCEPÇÃO: CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EM CONJUNTO COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43381415.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.076.501

Data da Relatoria: 25/05/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada, "ATENÇÃO À ANTICONCEPÇÃO: CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EM CONJUNTO COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA", se refere a um estudo que tem como objetivo geral: Construir ações de saúde em conjunto com equipes de saúde da família para aperfeiçoar a atenção à anticoncepção. Por tanto será desenvolvida uma pesquisa qualitativa, na modalidade convergente-assistencial, tendo como participantes 30 integrantes das equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir ações de saúde em conjunto com equipes de saúde da família para aperfeiçoar a atenção à anticoncepção.

Objetivo Secundário:

Identificar as percepções de equipes de saúde da família acerca da atenção à anticoncepção. Identificar as contribuições de equipes de saúde da família para qualificar a atenção à anticoncepção. Desenvolver práticas educativas em grupos sobre a atenção à anticoncepção com equipes de saúde da família.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.076.501

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Entende-se que para este estudo os benefícios superam os riscos, entretanto, se algum dano for causado aos participantes do estudo a pesquisadora indicará serviços públicos (de saúde e/ou jurídicos) para resolução dos mesmos. Exemplo de um possível risco: desconforto emocional durante a coleta de dados.

Benefícios:

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, o participante estará contribuindo para a discussão e desenvolvimento desta temática na Atenção Primária à Saúde. Contribuindo também na compreensão das estratégias utilizadas para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, permitindo reflexões aos profissionais de saúde, à comunidade científica e aos gestores das políticas públicas. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, pertinência, clareza em seus objetivos, fluência na exposição de cada um dos tópicos que compõe o projeto e uma vez obtido os dados conclusivos, proporcionará as pesquisadoras subsídios que poderão gerar em novas políticas públicas beneficiando os membros que compõe as equipes de saúde da família, bem como os que tem sido assistido por estes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPESH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram constatadas as alterações no TCLE, satisfazendo pontualmente as solicitações do CEPESH, não havendo impedimentos a realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.076.501

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 242 /SMS/GAB/RH/2015

Florianópolis, 25 de maio de 2015

Prezado(a),

Informamos que a pesquisa *“Atenção à anticoncepção: construção de uma proposta em conjunto com equipes de saúde da família”* foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs/SMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e está **aprovada** para execução nesta Secretaria. A pesquisadora fará entrevistas de dinâmicas de grupo com integrantes de Equipes de Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) que têm desenvolvido ações na atenção à anticoncepção e que tenham disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

O período autorizado para a realização da pesquisa é de 01/06/2015 a 01/12/2015. Caso seja necessária a prorrogação do período, o pesquisador deve contatar a Comissão para a emissão de novo ofício e contato com os serviços.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9
SMS - PMF

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas
Setor de Educação em Saúde

Ilustríssima Senhora
Luciana Cristina dos Santos Maus
Nesta