



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

VANESSA NUNES VASCONCELOS

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

São Luís

2019

VANESSA NUNES VASCONCELOS

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Vasconcelos, Vanessa Nunes.
Conhecimento de Mulheres sobre Planejamento
Reprodutivo

/ Vanessa Nunes Vasconcelos. - 2019.

74 f.

Orientador(a): Luzinéa de Maria Pastor Santos
Frias. Curso de Enfermagem, Universidade
Federal do Maranhão,
São Luís - MA, 2019.

1. Ações educativas em saúde. 2. Métodos
contraceptivos. 3. Planejamento Reprodutivo.
I. Frias, Luzinéa de Maria Pastor Santos. II.
Título.

VANESSA NUNES VASCONCELOS

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias (Orientadora)

Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca

Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que me deu força e coragem para chegar até aqui e que sempre foi meu porto seguro.

À Universidade Federal do Maranhão pelo ensino de qualidade e gratuito.

Ao curso de Enfermagem e todos os professores que contribuíram ao longo da minha formação profissional.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, pela oportunidade de entrada no projeto de pesquisa, pelos ensinamentos e orientações ao longo da realização desse estudo.

À banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios e Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca por terem aceitado participar, pelas contribuições neste estudo e por serem referência de excelentes profissionais.

Aos meus pais, João Ancelmo Feitosa Vasconcelos e Vera Lucia Nunes Vasconcelos, por todo o investimento em minha educação e por ter sonhado por mim e comigo. Obrigada mãe por me inspirar todos os dias com a sua determinação e força de vontade de vencer. Pai sou privilegiada por ter tido você como referência de pessoa em minha vida. E minha irmã, Andressa Nunes Vasconcelos, sou agradecida por ter-me ensinado o significado de compartilhar e pelos conselhos mais verdadeiros.

Ao meu noivo, Rodrigo Vale, por todas as palavras de ânimo, conforto e amor, além de suas contribuições neste estudo nas áreas de matemática e informática.

A todas as mulheres que aceitaram contribuir com a pesquisa e profissionais das unidades que me receberam muito bem.

Aos meus amigos que contribuíram na minha formação, o meu muito obrigada.

*Entregue o seu caminho ao Senhor; confie
Nele e Ele agirá.*

Salmo 37:5

RESUMO

Introdução: O planejamento reprodutivo é o conjunto de ações que permite aos indivíduos a decisão quanto a concepção e contracepção, além de escolher a quantidade de filhos e o intervalo de tempo entre eles. É garantido por lei, porém várias problemáticas como número elevado de gravidez na adolescência e abortos frutos da gravidez indesejada, fazem-nos refletir se as mulheres estão tendo uma adequada assistência, através das atividades educativas, aconselhamentos e clínicas prestadas pela atenção básica. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de mulheres sobre o tema Planejamento Reprodutivo. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem quantiqualitativa. Foram entrevistadas 35 mulheres através de instrumento semiestruturado. Os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha construída por meio do software Excel e os qualitativos analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** As participantes do estudo têm entre 18 e 48 anos, a maioria com companheiro fixo (87,5%), renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e escolaridade ensino médio completo. Em relação ao planejamento das gestações 74,3% afirmaram não ser planejadas e 17,1% já teve algum tipo de aborto. Os dados quantitativos evidenciaram que mulheres conhecem mais os métodos contraceptivos não comportamentais, se destacando o condom masculino e feminino e a pílula de emergência. Sobre a análise qualitativa emergiram dois temas: planejamento reprodutivo sob a dimensão do planejamento financeiro e pessoal; associação do planejamento reprodutivo com métodos contraceptivos e gravidez indesejada. **Considerações Finais:** As mulheres ainda não possuem um conhecimento aprofundado sobre o tema, que lhes permita tomar decisões adequadas sobre seu corpo e sua vida. Quanto ao conhecimento sobre tipos de métodos contraceptivos, foi percebido que desconhecem todos os contraceptivos ofertados pelo SUS. Além disso, identificou-se que nem sempre é o profissional de saúde responsável pela apresentação dos métodos contraceptivos para as usuárias.

Palavras-chaves: Métodos contraceptivos. Ações educativas em saúde. Planejamento Reprodutivo.

ABSTRACT

Introduction: Reproductive planning is the set of actions that allows individuals to make decisions about conception and contraception, as well as to choose the number of children and the time interval between them. It is guaranteed by law, but several problems such as high numbers of teenage pregnancies and abortions resulting from unwanted pregnancies make us reflect on whether women are receiving adequate care through educational activities, counseling and clinics provided by primary care.

Objective: To evaluate the knowledge of women on the topic of Reproductive Planning. **Methods:** Descriptive study of a quantitative approach. Thirty-five women were interviewed through a semi-structured instrument. The quantitative data were tabulated in a spreadsheet constructed using the Excel software and the qualitative ones analyzed according to the Bardin content analysis.

Results and discussion: The study participants are between 18 and 48 years old, the majority with fixed companion (87.5%), family income between 1 and 2 minimum wages and complete high school education. Regarding the planning of pregnancies, 74.3% stated that they were not planned and 17.1% had already had some type of abortion. The quantitative data showed that women are more familiar with non-behavioral contraceptive methods, especially the male and female condom and the emergency pill. On the qualitative analysis two themes emerged: reproductive planning under the dimension of financial and personal planning; association of reproductive planning with contraceptive methods and unwanted pregnancy. **Final Thoughts:** Women do not yet have an in-depth knowledge of the subject that allows them to make appropriate decisions about their body and their life. Regarding the knowledge about types of contraceptive methods, it was noticed that they do not know all the contraceptives offered by SUS. In addition, it was identified that it is not always the health professional responsible for the presentation of contraceptive methods for the users.

Keywords: Contraceptive methods. Educational actions in health. Reproductive Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação dos métodos contraceptivos segundo manual técnico do Ministério da Saúde, Brasil, 2010.....	23
Tabela 1 – Perfil socioeconômico das mulheres participantes do Planejamento Reprodutivo em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019	36
Tabela 2 – Perfil obstétrico das mulheres participantes do Planejamento Reprodutivo em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019	37
Tabela 3 – Métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do Planejamento Reprodutivo, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.....	39
Tabela 4 – Meios de informações sobre métodos contraceptivos identificados pelas participantes do Planejamento Reprodutivo, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.....	44

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AE	Anticoncepcional de emergência
APS	Atenção Primária em Saúde
BEMFAM	Sociedade Civil e Bem-estar Familiar no Maranhã
CIDD	Conferência Internacional de Direitos e Desenvolvimento
CPAIME	Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NEPSM	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PR	Planejamento Reprodutivo
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
MS	Ministério da Saúde
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde pelo Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	Geral	15
3.2	Específicos	15
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	Marcos históricos, políticos e legais do Planejamento Reprodutivo brasileiro	16
4.2	Práticas do Planejamento Reprodutivo	19
4.3	Métodos Contraceptivos	22
4.3.1	Métodos de barreira	24
4.3.2	Métodos comportamentais.....	24
4.3.3	Métodos Hormonais.....	24
4.3.4	Métodos Hormonais Injetáveis.....	25
4.3.5	Métodos Definitivos.....	26
4.3.6	Dispositivo Intrauterino (DIU).....	26
4.3.7	Método de Lactação e Amenorréia (lam)	27
5	METODOLOGIA	28
5.1	Tipo de estudo	28
5.2	Local de realização do estudo	28
5.3	Participantes do estudo	28
5.4	Coleta de dados e período de estudo	29
5.5	Análise dos dados	29
5.6	Aspectos éticos e legais	32
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33

6.1	Conhecimento sobre métodos contraceptivos	36
6.2	Conhecimento sobre o tema Planejamento Reprodutivo	43
6.2.1	Tema 1: Planejamento Reprodutivo sob a dimensão do planejamento financeiro e pessoal	43
6.2.2	Tema 2: Associação do Planejamento Reprodutivo com métodos contraceptivos e gravidez indesejada	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE	60
	APÊNDICE A - PRÉ-ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO, SÃO LUÍS – MA, BRASIL, 2019	61
	APÊNDICE B - UNIDADES DE REGISTRO ENCONTRADAS NAS FALAS DAS PARTICIPANTES DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRASIL, 2019	63
	ANEXOS	64
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) USUÁRIOS	65
	ANEXO B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	67
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	69
	ANEXO D – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM	73

1 INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo é o conjunto de ações que permite aos indivíduos a decisão quanto a concepção e contracepção, além de escolher a quantidade de filhos e o intervalo de tempo entre eles. Tudo de acordo com seus anseios, saúde, fatores econômicos e sociais (ROCHA *et al.*, 2017).

No Brasil vem sendo construído por meio de inúmeras políticas públicas de saúde e faz parte dos direitos sexuais e reprodutivos da população. Desse modo, para que se tornasse realidade, foram necessários anos de construções, visto que o cenário do Planejamento reprodutivo começou a ser discutido logo na época colonial, na qual a visão da igreja dominava, por isso a mulher era vista apenas como reprodutora (COSTA *et al.*, 2013).

Antes, o termo utilizado era planejamento familiar, o qual passava a ideia de que só se poderia exercer os direitos reprodutivos dentro do contexto familiar, assim, o termo foi alterado para planejamento reprodutivo, obtendo um sentido mais amplo, que abrangia indivíduos os quais não seriam definidos juridicamente como família (HUNDLER; TANNURI, 2014; BRASIL, 2013).

A maternidade vista como primordial função da mulher na sociedade atravessou séculos, porém alguns fatores romperam com esse conceito, entre eles foram críticas sobre a construção biológica da mulher e a concepção que o pessoal é político. Ou seja, a politização e a publicização do tema reprodução contribuiu para o fortalecimento dos direitos reprodutivos (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Apenas na década de 80 que as brasileiras influenciadas pelo cenário global de movimentos feministas, começaram a romper a sociedade patriarcal e machista brasileira para conquistar sua visibilidade e seu espaço no mercado de trabalho, e conseqüentemente, desenvolveram autonomia social para exercer cada vez mais a sua cidadania. Desse modo, com a participação dos movimentos sociais, os programas voltados para a saúde das mulheres começaram a ser criados. Exemplo disso, foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, baseado principalmente em desenvolver uma assistência nos princípios da integralidade do corpo, da mente e da sexualidade de cada mulher (FAHS, 2018).

Nessa nova visão global acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, os arranjos familiares foram se realinhando com os novos, devido aos novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade (ALVES, 2014).

Logo, o Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, deve garantir a atenção integral à saúde para a população, incluindo também a assistência à concepção e à contracepção (ROCHA *et al.*, 2017).

É importante acentuar que apesar das conquistas, isso não garantiu a sua efetivação. No Brasil, no ano de 2016, a Pesquisa Nacional de Aborto estimou que 4,7 milhões de mulheres com idade entre 18 e 39 anos já realizaram um aborto. O que demonstra que apesar das conquistas, tanto no plano internacional como no nacional, isso não está concretizado, uma vez que vemos em nossa sociedade abortos sendo realizados ilegalmente, culminando na morte materna ou mulheres jovens recorrendo a laqueadura para que a sua fertilidade seja interrompida. Assim, os direitos sexuais estão ligados aos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais de nossa sociedade (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

No país, a Estratégia Saúde da Família desenvolve as principais ações de PR, nesse sentido as diretrizes definem que, os profissionais devem atuar nas atividades educativas, nos aconselhamentos e nas atividades clínicas dos usuários. (BRASIL, 2013). No entanto, pesquisas com mulheres que participam do Planejamento Reprodutivo em unidades básicas mostram que a realidade é preocupante. A pesquisa de Luiz, Bornan e Nakano (2014) realizada uma unidade básica no rio de janeiro, caracteriza o serviço como insatisfatório, pois o serviço não promove a discussão da realidade vivenciada pelas usuárias e assim não promove a autonomia das mulheres para as suas escolhas reprodutivas.

O estudo de Freitas e Giotto (2018), aponta que a falta de informação no Planejamento Reprodutivo bem como uma prevalência altíssima do uso de anticoncepcional sem indicação adequada do profissional e anamnese bem elaborada. Com isso, culmina-se em uso exagerado e o aumento de doenças, como Trombose Venosa Profunda, acarretando Tromboembolismo Pulmonar e aumentando a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Outra pesquisa realizada no Ceará por Santos *et al.*, (2016) indicou que as mulheres não conseguiam compreender e identificar seu próprio método, pois o seu

conhecimento era limitado. A pesquisa mostra que isso se deve ao atendimento breve com informações superficiais por profissionais a usuárias.

Assim, a qualidade do planejamento reprodutivo depende de uma estrutura que é determinada também pela equipe de profissionais e a qualidade das ações educativas, além de uma boa rede de serviços e relação interpessoais adequadas entre usuários e profissionais. Tendo como foco principal a atenção integral às mulheres e aos homens, retirando o foco pontual e isolado à contracepção (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A partir dessas afirmativas surge o seguinte questionamento: qual o conhecimento das mulheres sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos?

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema Planejamento Reprodutivo veio com a minha participação no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPSM) e a inserção no projeto de pesquisa “Planejamento Reprodutivo: ações e assistências em Unidades Básicas de Saúde de São Luís”, durante disciplina de Saúde da Mulher.

As práticas realizadas durante a disciplina Saúde da Mulher possibilitaram a percepção de algumas questões vivenciadas pelas mulheres que buscam a atenção em Planejamento Reprodutivo, entre elas, o acesso a todos os métodos, uso de métodos sem acompanhamento, conhecimento nem sempre adequado de métodos em uso, entre outros.

Frente à realidade, este estudo poderá contribuir com os gestores no sentido de realinhar as informações ofertadas no Planejamento Reprodutivo, a partir de uma perspectiva de ação educativa, a fim de que as mulheres possam efetivamente exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

Constitui-se, pois, em tema de extrema relevância tanto para a sociedade, quanto para profissionais de saúde e gestores desse serviço, que através da caracterização do perfil de sua população alvo conseguem dispensar uma assistência com maior qualidade, atingindo as necessidades específicas desses sujeitos e conseqüentemente mudanças favoráveis nos indicadores de saúde reprodutiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Avaliar o conhecimento de mulheres sobre o Planejamento Reprodutivo.

3.2 Específicos

- ✓ Caracterizar as mulheres sobre perfil socioeconômico e obstétrico
- ✓ Identificar métodos contraceptivos conhecidos pelas mulheres
- ✓ Verificar como as mulheres adquirem informação sobre métodos contraceptivos

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Marcos históricos, políticos e legais do Planejamento Reprodutivo brasileiro

O Planejamento Reprodutivo foi instituído para que mulheres e homens pudessem ter as informações necessárias com o intuito de decidirem questões relevantes da vida. Porém até que se tornasse um direito de todos, foram necessários longos anos de construção (ROCHA *et al.*, 2017).

No Brasil desde o Período Colonial até a República foram adotadas as práticas e as tendências do natalismo. Já na década de 60, os estudos demográficos estavam totalmente ligados a questões numéricas, contudo as características da população e os seus direitos não eram levados em consideração. Portanto, o entendimento geral era que se tratava de um assunto individual e exclusivo da vida privada das pessoas, por isso a saúde sexual reprodutiva não era debatida na sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016; CALDAS, 2017).

Historicamente as questões relacionadas a reprodução sempre estiveram voltadas às mulheres, estando em suas responsabilidades a maternidade, cuidados com o lar e família. Nessa perspectiva, o Planejamento Reprodutivo foi alicerçado na visão de que é responsabilidade da mulher a contracepção, logo, estabeleceu-se um controle sobre o corpo feminino, sendo assim, Lima (2010, p. 4) apud Chagas (2005) aduz:

(...) pode-se dizer que o tema planejamento familiar no Brasil, em outros países periféricos e até em países de primeiro mundo, sempre esteve muito mais ligado ao controle populacional, ou seja, a programas de contracepção, do que a uma visão global de assistência e amparo à família em todas as fases de seu desenvolvimento, que era o seu objetivo inicial.

A saúde da mulher, especificamente a saúde reprodutiva, só foi incorporada às Políticas Nacionais de saúde apenas na década do século XX, antes disso nas décadas de 30, 50 e 70 as ideias eram restritas, exploravam a especificidade da mulher biológica e aumentavam cada vez mais a lacuna de direitos entre homens e mulheres (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2013).

Na década de 50, a saúde foi influenciada por conceitos europeus, os quais se direcionam as pessoas em situação de vulnerabilidade, o chamado “Estado de Bem-estar”. Já no Brasil, o “objetivo” da sociedade era tornar as mulheres boas mães, portanto, a maternidade e a criação dos filhos seriam os únicos papéis de importância a se desempenhar. Deste modo, nesse período as medidas adotadas foram as de combate a desnutrição e o início de planejamento reprodutivo, porém eram medidas simples e voltadas para a natalidade (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Moraes (2007, p.132), as décadas de 60 e 70 eram intensamente controladas pelas ideias conservadoras cristãs de tal modo que “[...] as pílulas anticoncepcionais e as bombas molotov constituíam, com o mesmo status, prova incriminadora”.

Tendo em vista a existência desse vácuo nas políticas públicas de saúde reprodutiva em 1965, a Sociedade Bem-estar da Família (BEMFAM) e o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMEC) começaram a oferecer serviços de Planejamento Reprodutivo, juntamente com outras organizações sem fins lucrativos. Contudo, o serviço era limitado e desorganizado, pois faziam a distribuição de métodos contraceptivos sem acompanhamento correto da equipe de saúde, o que resultava em riscos para as mulheres, além do serviço não alcançar toda a população (PORTELLA *et al.*, 2015).

Somente em 1975 com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI) é que houve um melhoramento das políticas de assistência à mulher. Já em 1977 foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que teve recepção negativa dos movimentos sociais, pois “os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa, encaminhavam um controle de nascimentos entre pobres, negros e outras populações “descartáveis” (COSTA, 2006).

No Brasil a partir de 1980, as mulheres começaram a se questionar acerca dos seus direitos reprodutivos, e conseqüentemente, passaram a exigir o conhecimento de práticas adotadas no âmbito do Planejamento Reprodutivo. Assim, as informações foram difundidas mais facilmente e a perspectiva da mulher do ponto de vista somente biológico começou a ser derrubada (PORTELLA *et al.*, 2015).

Como aponta Costa (2009: p. 04), o controle demográfico durante a ditadura militar contribuiu para que movimentos feministas surgissem, a autora ressalta:

Desde 1960, as brasileiras vinham processando a ruptura com o papel social que lhes era atribuído, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passa a ser aspiração das 30 mulheres. A sexualidade plena e os novos padrões de comportamento sexual desvinculam a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura implicou a necessidade de políticas de acesso aos métodos contraceptivos.

Dessa maneira, como fruto dos movimentos sociais e da reforma sanitária em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), visando principalmente a integralidade da saúde feminina e a sua apropriação reprodutiva.

Os avanços realmente foram significativos na saúde reprodutiva, visto que o PAISM tem uma configuração diferenciada, a qual reuniu não só ações voltadas a cuidados curativos, mas também a inserção de atividade de planejamento reprodutivo, as ações educativas e a clínica ampliada. Portanto, a população começou a ter acesso aos meios de contracepção com informação e livre iniciativa (FLORES; LANDERDAHL; CORTES, 2017).

Em 1994, na Conferência Internacional de Direitos e Desenvolvimento (CIDD) realizada no Cairo, foram discutidas várias questões sociais, raciais e de gênero. Por consequência disso, o Brasil por ser um país signatário de Tratados e Acordos Internacionais de atenção à mulher, buscou responder às demandas representadas pelas organizações civis e entidades internacionais, além de criar mecanismos para concretização desses direitos (XAVIER; ROSATO 2016).

Então, o Planejamento Reprodutivo começa a ocupar um lugar de destaque no Brasil de forma legalizada a partir do ano de 1996 com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que também está disposta no artigo 226º, §7 da Constituição Federal Brasileira. No parágrafo único do artigo 2º prevê-se: “é proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico” (BRASIL, 1996, p. 1), reiterando o direito do cidadão de escolher o contraceptivo adequado para a sua situação. Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

A elaboração da Norma Operacional de Assistência à Saúde pelo Sistema Único de Saúde (NOAS-SUS), em 2001, insere o Planejamento Reprodutivo nas ações Atenção à Saúde da Mulher, sendo de responsabilidade da Atenção Básica com um elenco de ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios. Contudo, de acordo com o próprio Ministério da Saúde, o planejamento reprodutivo ainda não atingiu os reais objetivos a que se propôs inclusive os determinados na lei nº 9.263 (BRASIL, 2011).

Em 2011, com o advento da Rede Cegonhas, o Planejamento Reprodutivo assume um lugar de destaque como princípio da Política de Estado, haja vista a necessidade de cumprir o Objetivo de número 5(cinco) do milênio, melhorar a saúde materna, com a meta de reduzir em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015 a mortalidade materna. A referida meta ainda não foi alcançada (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de atenção à saúde do homem criada em 2009, pela portaria nº 1.944, ressalta a importância da inclusão do homem nas atividades de PR e enfatiza que para que isso ocorra é importante a mudança de padrões estereótipos de gênero na sociedade. Estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável [...] (Brasil, 2009).

4.2 Práticas do Planejamento Reprodutivo

O conceito de saúde reprodutiva é recente, visto que foi constituído na Conferência de População do Cairo em 1994, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e seus processos” (NACIONES UNIDAS, 1995). Então é de suma importância a integralidade no serviço, garantindo, assim, que as questões reprodutivas dos indivíduos de diferentes contextos de ciclos de vida, sócias e econômicas sejam a prioridade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Em seu art. 9º, a Lei assegura que “para o exercício do direito ao Planejamento Reprodutivo, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”. De acordo com o Ministério da Saúde, estes métodos são classificados em: comportamentais (Billings, tabela, temperatura e cintotérmico); de barreira (camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida e dispositivo intra-uterino (DIU)); hormonais (orais e injetáveis); cirúrgicos (laqueadura e vasectomia) utilizados para a esterilização definitiva (BRASIL, 2010).

Porém, o programa vai além da oferta desses métodos, pois deverá oferecer a livre informação e dar a oportunidade de escolha para o usuário a partir da assistência dos profissionais, envolvendo, principalmente, atividades educativas e o aconselhamento, além de promover na população o empoderamento de informações acerca de seus direitos reprodutivos. A educação em saúde, portanto, deve ser empregada como ferramenta de trabalho (ROCHA *et al.*, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, o planejamento reprodutivo deve ser desenvolvido em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada. Deve prestar assistência a mulher, homem e adolescente (BRASIL, 2011).

O PR é oferecido atualmente pelas equipes de Atenção Básica de cada município, composta pelas UBS e ESF, levando em consideração o trabalho em equipe dos profissionais (enfermeiros, médicos, assistentes sócias, odontologistas, psicólogos etc.) dando continuidade em cada segmento da assistência e se aproximando cada vez mais da comunidade, além de valorizar e incentivar a participação da mesma, desse modo, visa o atendimento integral da população (BEZERRA *et al.*, 2018).

O profissional de Enfermagem na equipe multiprofissional algumas vezes por estar em contato direto com a comunidade nas UBS, assume o papel de coordenador do PR e desenvolve os três tipos de atividades que segundo o Ministério da Saúde é primordial para que o programa seja de fato efetivado: atividades educativas, clínicas e de aconselhamento (BRASIL, 2002).

Segundo o MS, o programa deve seguir em duas linhas de serviço, as quais são ações para a anticoncepção e ações para a assistência à infertilidade conjugal. As ações de anticoncepção são as mais procuradas nos postos de saúde, elas devem envolver as atividades educativas com o objetivo de oferecer conhecimento para o

usuário a respeito da escolha e utilização do método anticoncepcional, adequando-o para sua realidade, além de levar o indivíduo a ter um olhar mais crítico sobre a prática da anticoncepção sexual (BRASIL, 2013).

Segundo Bezerra *et al.*, (2018), um dos obstáculos enfrentados por muitos profissionais em educar e informar a população através das atividades educativas é o nível de escolaridade dos indivíduos, o qual dificulta o grau de compreensão sobre temas importantes, como por exemplo, o correto uso da pílula oral, bem como cita a pesquisa.

Por isso, nas atividades educativas o Enfermeiro deve levantar as demandas da comunidade, observando as questões sociais e culturais dos usuários, com o intuito de ofertar as informações através de metodologias adequadas, desse modo, exige-se o envolvimento de outros profissionais para que os usuários sejam bem atendidos em suas necessidades (BRASIL, 2013).

Ainda, a equipe deve realizar ações de identificação do casal: homem, mulher ou adolescente, que procura o serviço, para que haja uma identificação da triagem de possíveis riscos, por exemplo, contrair IST's-Infecções Sexualmente Transmissíveis. Também deve fazer com que o sujeito se sinta amparado acerca de seus medos, seus anseios e suas dúvidas em relação ao tema. Para isso, é necessário a realização da escuta ativa individualizada e centrada no indivíduo. Essa ação é a segunda atividade que o MS preconiza, o aconselhamento, realizado geralmente pelos enfermeiros durante a consulta (BRASIL 2002, 2013).

Além das atividades individuais, alguns profissionais trabalham com atividades grupais, fazendo com que os usuários se conheçam, troquem experiências e conhecimentos sobre as temáticas abordadas. Outro ponto positivo é a otimização do tempo dos enfermeiros e a diminuição na demanda do acolhimento, uma vez que a abordagem grupal consegue abranger um número maior de pessoas. Essa temática fortalece todo o grupo, pois as mulheres se reconhecem nas dúvidas uma das outras e descobrem que não estão sozinhas na mesma situação, visto que compartilham dos mesmos temores (FLORES, 2017).

Já as ações clínicas, englobam não só a questão da anamnese; exame físico geral ginecológico, mas também a orientação quanto ao câncer de mama e o autoexame da mama, além da coleta de colpocitologia oncótica, análise do resultado e a prescrição de métodos anticoncepcionais (se for anticoncepcional oral deve passar

primeiro pelo profissional médico). Todas essas atividades devem objetivar a proteção, a promoção e a recuperação da saúde. As consultas de retorno devem ser periódicas para serem avaliados e reavaliados constantemente os métodos e suas eficácias (CALDAS, 2017).

O profissional de saúde deve sempre dar a oportunidade de livre escolha do indivíduo, sendo assim, deve efetuar o encaminhamento quando necessário a outros serviços de saúde no caso da unidade não ter a oferta, como por exemplo, quando há a escolha ou o encaminhamento a vasectomia ou ligação tubária (CASTRO, 2018).

No que diz respeito ao tratamento de infertilidade, o serviço é oferecido principalmente em hospitais universitários e conveniados com o SUS, seguindo a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, porém serviços de baixo custo podem ser feitos na Unidade Básica de Saúde, como a orientação acerca das relações sexuais durante o período fértil e exame físico completo onde podem ser identificadas possíveis causas da infertilidade (BEZERRA, *et al.*, 2018).

Algumas fragilidades podem ser citadas no serviço, como a distribuição irregular e restrita dos contraceptivos, falta de informação da população sobre a distribuição dos contraceptivos e o encaminhamento apenas de mulheres, sendo quase inexistente o incentivo dos homens para o serviço, o que acaba aumentando ainda mais a desigualdade de gênero. Mesmo quando o foco são as mulheres nas unidades de saúde, estudos comprovam que o foco da assistência são as mulheres no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2013; FLORES *et al.*, 2017).

Portanto, ainda que o PR seja um instrumento para a promoção da saúde da população, na prática ainda não ocorre de forma como é preconizada pelo PAISM, política e legislações atuais (GREIN *et al.*, 2017).

4.3 Métodos Contraceptivos

Segundo o Ministério da Saúde métodos contraceptivos podem ser maneiras, medicamentos, objetos ou cirurgias para se evitar uma gravidez. Os métodos femininos e masculinos podem ser considerados reversíveis, que são aqueles que após pará-los de usar a pessoa volta a ter capacidade de engravidar ou

irreversíveis, métodos definitivos com a vasectomia, por exemplo. Nenhum método contraceptivo é totalmente eficaz, todos tem desvantagens e vantagens e possuem porcentagens de falhas (BRASIL, 2010).

A qualidade de informação e as alternativas de métodos contraceptivos são aspectos importantes do planejamento reprodutivo, visto que é importante oferecer métodos anticoncepcionais para todas as etapas e faixas etárias. A falta de conhecimento sobre todos os métodos ofertados pelo SUS pode levar a resistência à aceitabilidade e seu uso. Outro fato é que não basta apenas ter alto nível de conhecimento se estes não forem acessíveis para a população, portanto é necessário tanto o conhecimento quanto a disponibilidade para que o uso seja significativo e eficaz (BONUTTI, 2018).

É dispensável para o profissional oferecer ao usuário a escolha não informada. Muitos profissionais acabam por fazer isso ao repassar informações superficiais sobre os métodos disponíveis, sem analisar se o usuário realmente conhece todos os métodos e principalmente o de sua escolha (BRASIL, 2010).

Para enfatizar o assunto a quadro 1 mostra a classificação dos métodos contraceptivos segundo Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Classificação dos métodos contraceptivos segundo manual técnico do Ministério da Saúde, Brasil, 2010.

Métodos de barreira	Camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida.
Métodos comportamentais	Billings, tabela, temperatura e cintotérmico.
Métodos hormonais e injetáveis	Orais: Pílulas monofásicas, bifásicos, trifásicas, combinados, minipílulas Injetáveis: mensais e trimestrais, implantes subcutâneos.
Métodos definitivos ou cirúrgicos	Laqueadura e vasectomia.
Dispositivo Intrauterino (DIU)	DIU de Cobre e DIU de Levonorgestrel.
Método de amenorréia e lactação	Aleitamento exclusivo

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

4.3.1 Métodos de barreira

É definido como todo método anticoncepcional que impeça a passagem do espermatozoide sentido óvulo. São utilizados obstáculos que impedem a penetração dos espermatozoides no canal cervical (MARTINS, 2011).

4.3.2 Métodos comportamentais

Os métodos comportamentais também conhecidos como naturais, métodos de abstinência periódica ou percepção da fertilidade. Essas técnicas são usadas tanto para a concepção como contracepção através da identificação do período fértil da mulher, sendo que o sucesso dependerá do conhecimento da pessoa em observar os sinais da ovulação, que ocorrem aproximadamente em 14 dias do ciclo (BRASIL, 2010).

4.3.3 Métodos Hormonais

A anticoncepção hormonal oral é composta à base de estrogênio e progesterona e inibe a ovulação pelo bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. Também pode modificar o muco cervical, tornando-o hostil aos espermatozoides. Altera as condições endometriais e modifica a contratilidade das tubas, interferindo no transporte ovular. Podem ser chamados de pílulas anticoncepcionais são esteroides (BRASIL, 2010).

Anticoncepcionais orais combinados são definidos assim por conter um componente estrogênio combinado com progestina (progestogênio) sendo que o componente estrogênio dos contraceptivos inibe a liberação de hormônio folículo estimulante (FSH) impedindo a maturidade folicular. São eficazes quando o uso é feito de maneira correta, sua taxa de falha é de 0,1%, no primeiro ano de uso. Em uso habitual, atinge valores de 6 a 8%. As minipílulas são anticoncepcionais hormonais orais apenas de progestogênio, as suas doses diárias são baixas e por isso a sua ingestão deve ser feita sempre no mesmo dia (BRANDT; OLIVEIRA; BURC, 2018).

A anticoncepção de emergência conforme o Ministério da Saúde, é a utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio (método de Yuzpe) ou

apenas o progestogênio (método do levonorgestrel). Deve ser usado após relação sexual desprotegida. É utilizado apenas como método de emergência e não de forma regular, como substituto de outro método (BRASIL, 2010).

4.3.4 Métodos Hormonais Injetáveis

Geralmente as mulheres que utilizam esse tipo de método são àquelas que não se adaptam à utilização do contraceptivo oral, devido a esquecimento ou algum desconforto gastrointestinal, por exemplo. Os hormonais injetáveis combinados contêm um éster de estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético. Se difere dos demais contraceptivos orais combinados, pois possui os dois hormônios sintéticos. É indicado no 5º ao 7º dia após o ciclo por via intramuscular a cada 30 dias, a partir da 1ª injeção. A taxa de falha varia de 0,1 a 0,6%, durante um ano de uso, com injeções mensais e costuma não demorar após a interrupção a volta da fertilidade. É contraindicado nos casos de hipertensão, doenças tromboembólicas, cardiopatias valvulares, antecedentes familiares de Acidente Vascular Cerebral não sendo recomendado o seu uso após os 35 anos de idade. Os efeitos colaterais mais frequentes são as cefaleias e ganho de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O injetável só de progestogênio ou injetável trimestral, é considerado bastante seguro e seu uso é simples. O seu mecanismo de ação é através da inibição da ovulação devido aumento da viscosidade do muco cervical. A sua taxa de falha é de 0,3 aproximadamente no primeiro ano de uso. O retorno da fertilidade em média pode levar 7 meses após a última injeção (BRASIL, 2013).

Os implantes subcutâneos são métodos constituídos de um sistema de silicone polimerizado com hormônio no seu interior, que é responsável pelo efeito anticoncepcional liberado na corrente sanguínea da mulher. A sua colocação e a retirada são procedimentos que dependem do aparato do consultório médico ou do sistema de saúde. Possui taxa de 99%, sendo um dos métodos mais eficazes que existem (BRASIL, 2010).

4.3.5 Métodos Definitivos

São cirurgias realizadas que tem como finalidade evitar definitivamente a gravidez. Na mulher o procedimento é a oclusão da trompa de Falópio para interromper a sua permeabilidade e por consequência a função do órgão. No homem procedimento é a vasectomia, onde é realizado cortes nos canais deferentes, impedindo a presença de espermatozóides no líquido ejaculatório. A vasectomia deve ser incentivada, pois é segura, eficaz e mais fácil de ser realizado do que a laqueadura tubária e pode servir na relação como uma divisão de responsabilidade sexual e reprodutiva. Para o seu maior incentivo entre os homens, a oferta deve aumentar e os profissionais de saúde devem informá-los sobre benefícios para serem quebrados os tabus que alguns homens ainda possuem através do conhecimento (MARTINS, 2011).

Esses métodos não protegem contra IST's ou vírus HIV. O profissional de saúde deve aconselhar e enfatizar para os candidatos que os métodos são irreversíveis e assim evitar arrependimentos futuros, pelo fato de a reversão cirúrgica ser cara, complexa e não estar disponível no SUS (BRASIL, 2010).

4.3.6 Dispositivo Intrauterino (DIU)

Os dispositivos intrauterinos possuem em sua composição polietileno, podendo ser de cobre ou com hormônios, na cavidade uterina agem como contraceptivos. Para o DIU ser inserido, o profissional de saúde deve ter certeza que a mulher não estar grávida, não possui infecções e não tenha malformação uterina. É preferível que ela esteja no período menstrual quando for instalado, mas pode ser inserido em qualquer momento do ciclo. É importante lembrar que não causa aborto porque age antes da fecundação (BRANDT; OLIVEIRA; BURC, 2018).

O DIU de cobre altera a bioquímica do útero, por isso impede a fecundação, dificultando a livre passagem do espermatozóide pelo órgão reprodutor da mulher. A sua eficácia é alta, os efeitos colaterais são poucos, é de longa duração e não possui efeitos metabólicos. Porém existem algumas desvantagens que são: o aumento do fluxo menstrual, dismenorreia e uma possibilidade de expulsão. O modelo de DIU TCU 380 tem a duração de dez anos após a sua colocação no útero, mas pode ser retirado

a qualquer momento, se a mulher assim solicitar ou se apresentar algum efeito colateral (BRASIL, 2018).

O DIU com levonorgestrel é constituído por polidimetilsiloxano contém 52 mg de levonorgestrel e libera 20 µg de levonorgestrel no dia, o que equivale a ação que o DIU de cobre faz quando o organismo recolhesse o corpo estranho, mecanismo chamado de ação progestogênica. É bastante utilizado na menopausa durante a reposição hormonal, também pode tratar a menorragia, pois promove a atrofia endometrial. A sua duração de uso recomendada é de cinco a sete anos (BRASIL, 2010).

4.3.7 Método de Lactação e Amenorréia (lam)

É um método de contracepção temporário, consiste no uso de amamentação exclusiva para evitar gravidez através da sucção frequente que permite a promoção intensa da prolactina e o consequente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise. É um importante aliado do Planejamento Reprodutivo devido ser de fácil acesso (BRASIL, 2010).

A sua ação vai em média até os 6 meses pós-parto. Mas, a amamentação deve ser realmente a única fonte de alimentação do bebê, em livre demanda preferencialmente, sem a utilização de chás, sucos ou água. A mulher deve permanecer em amenorreia, pois o retorno do fluxo menstrual normal indica que os níveis de prolactinas estão baixos e pouco suficiente para evitar a ovulação. A escolha de outro método pode ser necessária se a menstruação retornar, o bebê completar seis meses ou se a mulher preferir outro método por não se sentir totalmente segura com este (DIAS, 2018).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantiquantitativa, recorte de uma pesquisa maior, intitulada como: Planejamento Reprodutivo: ações e assistências em Unidades de Saúde de São Luís – MA, que busca avaliar as ações e assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública municipal de São Luís- MA. Realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPSM) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

5.2 Local de realização do estudo

A pesquisa Planejamento Reprodutivo: ações e assistências em Unidades de Saúde de São Luís- MA, foi realizada em Unidades Básicas de Saúde do município que estão cadastradas pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES como realizadoras de Planejamento Reprodutivo.

O município está dividido em sete distritos de saúde, a saber: Distrito Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaquí Bacanga, Tirirical e Vila-Esperança. Tais distritos, contam com 48 unidades na sua totalidade, com 122 equipes da ESF (SMS, 2016).

Para este estudo os distritos de saúde selecionados que oferecem o serviço de Planejamento Reprodutivo, tais foram: o Distrito Centro (CS Bezerra de Menezes, USF São Francisco, CS Liberdade e CS Paulo Ramos) e o Distrito do Coroadinho (UM Coroadinho, USF João Paulo, CS Carlos Macieira e CS Dr. Antônio Guanaré).

5.3 Participantes do estudo

Este estudo foi desenvolvido com 35 usuárias que frequentam as atividades do Planejamento Reprodutivo das quatro Unidades Básicas de Saúde citadas acima.

Participaram deste estudo 7 mulheres oriundas da UM Coroadinho, 10 mulheres CS Paulo Ramos, 11 mulheres CS Bezerra de Menezes e 8 mulheres do CS Paulo Ramos.

Para a seleção das participantes foram usados os seguintes critérios de inclusão: usuárias em idade fértil, que buscam por atendimento em Planejamento Reprodutivo e estejam cadastradas no serviço. Não serão incluídas as usuárias com o diagnóstico definitivo e irreversível de esterilidade confirmado.

5.4 Coleta de dados e período de estudo

A coleta de dados foi realizada através de depoimentos por meio da de instrumento de entrevista semiestruturada. Porém, os dados para este trabalho incluíram apenas os itens relacionados ao objetivo deste estudo (Anexo A).

A entrevista semiestruturada passa pela busca da expressão do sujeito através da fala. Neste processo o pensamento do entrevistado sobre o tema em questão se estabelece através de um discurso, o qual propiciará respostas às perguntas da pesquisa.

As informações fornecidas pelos sujeitos são extremamente ricas, pois “constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2010. p.262)”. Foi realizado a gravação das falas com a autorização das usuárias. Os encontros aconteceram nas Unidades após o atendimento das participantes. As mulheres abordadas foram orientadas sobre o trabalho pela pesquisadora. Os dados deste estudo foram coletados a partir do mês de novembro até a primeira quinzena de março de 2019.

5.5 Análise dos dados

A abordagem quantiqualitativa permitirá maior amplitude de ação, pois se buscará não só os dados de frequência, cobertura; como também as crenças, percepções, comportamentos, valores, e subjetividades dos sujeitos envolvidos.

Quanto aos dados quantitativos, foram analisados através da estatística descritiva, sendo digitados e tabulados em uma planilha construída por meio do

software Excel (Microsoft, 2010). A análise quantitativa dos dados foram feitas por meio de cálculos das frequências absolutas e percentuais, apresentadas em tabelas.

Na abordagem qualitativa, as falas foram agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo (AC).

A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimento (BARDIN, 2011).

Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a **análise temática** foi a opção deste estudo por ser categorizada por meio de uma palavra, uma frase. Fazer essa análise é descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo tem três critérios de organização: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e o 3) tratamento dos resultados.

1) Na pré-análise deve ser estabelecida uma organização do material, para torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Para isso, deve ser escolhido informações relevantes, permitindo-se uma “leitura flutuante” do material até que se decida sobre quais informações devem ser consideradas na análise.

Porém, essa primeira fase possui algumas regras: (i) exaustividade, para se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, preocupa-se com amostras que representem o universo inicial de dados; (iii) homogeneidade, os dados devem se ater ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, os dados devem ser adaptados aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

Nesta etapa foram selecionadas as entrevistas para o corpus de análise. O corpus é um conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2011). No total foram realizadas 35 entrevistas. Para a definição do corpus levou-se em consideração a regra da representatividade (universo heterogêneo dada as diferentes características das participantes e, ao mesmo tempo

homogêneo, em função do fenômeno pesquisado); e por último a regra da pertinência (o conteúdo das entrevistas foi adequado enquanto fonte de informação para o alcance do objetivo da pesquisa. E por isso, apenas 28 das entrevistas foram selecionadas para esta parte da pesquisa, pois responderam à pergunta norteadora.

2) A exploração do material, os dados devem ser codificados, ou seja, são transformados e sistematicamente e agregados em unidades. Para Bardin (2011), uma unidade de registro significa uma unidade a ser codificada, podendo esta ser um tema, uma palavra, uma frase, um contexto etc., até se chegar à categorização.

As unidades de registro foram agrupadas em cores para se poder visualizar melhor todo o processo. Foi atribuída a cor vermelha a unidade de registro **método contraceptivo**, a cor verde a unidade de registro **planejamento pessoal e financeiro** e a cor azul a unidade de registro **evitar gravidez indesejada**.

Essa organização referente a construção das unidades de registro consta no apêndice A.

A quantidades de unidades de registros foram contabilizadas, facilitando assim posteriormente a categorização e a construção dos temas. Essa estratégia pode ser visualizada no apêndice B.

3) O tratamento dos resultados e interpretação é realizada e orientada por diversos polos de comunicação, sendo o emissor, receptor, mensagem e canal. Assim, deve ser comparado enunciados e ações para se averiguar possíveis unificações, ou se tiver casos de temas diferentes o pesquisador deve encontrar semelhanças que possam existir entre eles. Outro ponto que é discutido é a sobre a temática proposição, ou seja, um enunciado geral baseado em dados (BARDIN, 2011). A análise sobre as categorias exige um olhar mais profundo, onde serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido. Essa última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

As categorias percebidas foram: Planejamento Reprodutivo e o financeiro e pessoal; planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos; planejamento reprodutivo para se evitar uma nova gravidez. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

Para nomear cada tema utilizou-se as unidades de registro aliadas as categorias encontradas. Foi compreendido como tema uma simplificação ou uma forma de capturar a essência de cada fala, a partir de uma visão global do que foi expresso pelas participantes da pesquisa.

5.6 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa Planejamento Reprodutivo: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís/MA foi registrado na Plataforma Brasil, possuindo o número do certificado de Apresentação para Avaliação Ética (CAAE) 68689417.8.0000.5087. E aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 2.249.389.

O estudo foi desenvolvido, respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução CNS nº 466/12 e aprovação na Secretaria do Colegiado da Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Todos os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa foram esclarecidos sobre o contexto da pesquisa, assim como da sua autonomia para fazer parte e para retirar-se da mesma, quando se sentir prejudicado ou por qualquer motivo que julgar conveniente. Também esclarecemos sobre os possíveis benefícios individuais e coletivos que poderiam advir com a pesquisa, comunicação dos resultados às autoridades de saúde, à equipe de saúde e aos participantes da pesquisa, os quais, representativos da sociedade. Todos as participantes que concordaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou uma amostra composta por 35 mulheres, as suas características socioeconômicas serão apresentadas a seguir na tabela 1.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das mulheres participantes do Planejamento Reprodutivo em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N	(%)
Idade		
18 a 21	11	31,4
22 a 25	8	22,9
27 a 31	7	20
32 a 36	6	17,1
40 a 48	3	8,6
Total	35	100
Condição de união		
Com companheiro fixo	30	87,5
Sem companheiro fixo	5	12,5
Total	35	100
Renda Familiar mensal		
< que 1 salário mínimo	7	20
1 a 2 salários mínimos	27	77,1
> que 2 salários mínimos	1	2,9
Total	35	100
Escolaridade		
Fundamental	6	17,1
Médio	24	68,6
Universitário	5	14,3
Total	35	100

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

Em relação a faixa etária a tabela 1 mostrou que as mulheres possuem idades entre 18 e 48 anos, sendo que 31,4 % corresponde a faixa etária de 18 a 21 anos. Silva (2014) afirma que os jovens necessitam de atenção diferenciada principalmente no tocante à saúde sexual e reprodutiva, pois apresentam comportamentos de riscos como o não uso de preservativos culminando em maior número de gravidez indesejada.

Quanto a condição de união, predominou as que possuíam companheiro fixo (87,5 %). Em pesquisa realizada por Silva (2013) a respeito do conhecimento sobre métodos reversíveis, utilizou-se amostra de 25 mulheres, identificou que 40% das entrevistadas tinham união estável. Outra pesquisa realizada com puérperas por Lopes (2014), para descrever a experiência de mulheres com anemia falciforme com PR, evidenciou uma predominância de mulheres com companheiro fixo. Esses dados sugerem que as mulheres com companheiro fixo são as que procuram mais por serviço de PR.

Quanto a renda mensal familiar das participantes a maioria (77,1%) afirmou receber 1 a 2 salários mínimos e apenas 2,9% recebem mais que 2 salários mínimos e as demais mulheres vivem com menos de 1 salário mínimo, o que mostra a desigualdade social e econômica do nosso estado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018a), a renda brasileira familiar per capita é de R\$ 1.373, porém o estado do Maranhão aparece com o menor índice entre os estados brasileiros com a renda per capita de R\$ 605. Esse dado reforça a importância de Políticas Públicas efetivas que possam ampliar a oferta de serviços de saúde, uma vez que um menor poder aquisitivo representa um menor acesso aos serviços de saúde, principalmente aos recursos de prevenção (TEXEIRA, *et al.*, 2010)

A variável escolaridade, evidenciou que 17,1 % possuem nível fundamental, 68,6 % médio e apenas 14,3 % nível superior. A escolaridade das entrevistadas é um item importante na pesquisa, pois é um forte fator por influenciar nas tomadas de decisões e no conhecimento agregado a respeito do uso de métodos contraceptivos, por exemplo, o melhor nível de conhecimento pode determinar o maior acesso e procura aos serviços de saúde (GREIN *et al.*, 2017).

Os resultados do histórico obstétrico foram descritos na tabela 2, logo a seguir:

Tabela 2 – Perfil obstétrico das mulheres participantes do Planejamento Reprodutivo em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (continua).

VARIÁVEIS	N	(%)
Número de gestações		
0	2	5,7

Tabela 2– Perfil obstétrico das mulheres participantes do Planejamento Reprodutivo em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (conclusão).

VARIÁVEIS	N	(%)
Número de gestações		
1	13	37
2	10	28,6
3	4	11,4
4	5	14,3
6	1	2,9
Total	35	100
Número de partos		
0	8	27,6
1	11	37,9
2	3	10,4
3	4	13,8
4	2	6,9
6	1	3,4
Total	29	100
Número de abortos		
Nenhum Aborto	29	82,9
Provocados	1	2,9
Espontâneos	5	14,2
Total	35	100
Intervalo Gestacional		
<2 anos	21	60
>2 anos	14	40
Total	35	100
Planejamento Gestacional		
Sim	9	25,7
Não	26	74,3
Total	35	100

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

Segundo a tabela 2, as primigestas correspondem a 37,9% das mulheres, no entanto teve relato de até 6 gestações. Entre as entrevistadas apenas 5,7% são nuligestas. É importante ressaltar que segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2015) a taxa de fecundidade do nordeste é de 1,96, estando condizente

com este estudo em que a maioria relatou ter entre um (37,9%) ou dois (10,4%) partos.

Ao compararmos com o número de partos, pode-se ver que as gestações nem sempre evolui, isso pode ser explicado pelo percentual de abortos que foram referidos, pois 14,2% afirmaram ter tido abortos espontâneos e 2,9% abortos provocados. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013), obteve dados por meio de entrevistas face-a-face com entrevistadores de ambos os sexos e concluiu que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões: em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um processo de abortamento. O intervalo gestacional demonstrou que 60% das mulheres possuem um período menor que 2 anos.

Quanto ao planejamento das gestações, 74,3% das mulheres entrevistadas afirmaram que não planejaram. Esse dado está próximo ao da pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, da Fundação Oswaldo Cruz que ouviu 24 mil mulheres, das quais 55,4% informaram que não pretendiam engravidar. O relatório do Fundo Nacional de População das Nações Unidas (UNFPA, 2018), informa que do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos no Brasil, apenas 54% foram planejados para aquele momento. Esse é um dado significativo que remete a questões como: demanda não-atendida por contraceptivos, vulnerabilidade social, acesso a serviços e bens de saúde para mulheres adultas e adolescentes.

6.1 Conhecimento sobre métodos contraceptivos

As mulheres entrevistadas foram questionadas sobre todos os métodos contraceptivos, incluindo os comportamentais, de barreira e o hormonal que conheciam. A tabela 3 mostra os resultados.

Tabela 3 - Métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do Planejamento Reprodutivo, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (continua).

VARIÁVEL	N	(%)
Preservativo Masculino	30	85,7

Tabela 3 - Métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do Planejamento Reprodutivo, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (conclusão).

VARIÁVEL	N	(%)
Preservativo Feminino	30	85,7
Pílula de Emergência	29	82,8
Anticoncepcional oral	23	65,7
Injetável	23	65,7
DIU	23	65,7
Coito Interrompido	21	60
Tabela	16	45,7
Diafragma	12	34,2
Temperatura	11	31,4
Aleitamento	10	28,5
Muco	9	25,7
Espermicida	2	5,7
Adesivo	1	2,8

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

Várias iniciativas na última década ocorreram para ampliar a divulgação e utilização de métodos contraceptivos, principalmente, naqueles no grupo dos não comportamentais. A indústria farmacêutica sofreu modificações com a sua expansão e ampliou a distribuição dos métodos na rede pública, realizando a inclusão dos contraceptivos hormonais injetáveis na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) no programa de Farmácia Popular do Brasil, quando incluiu os anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis (COSTA, 2013).

Outros avanços ocorreram com a obrigatoriedade da realização pelos órgãos públicos do procedimento para a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) e a esterilização masculina e feminina através de resoluções da agência nacional em saúde no SUS. Além disso, alguns métodos chegaram ao Brasil, porém ainda que não são disponibilizados no SUS, por exemplo, o adesivo intradérmico (patch), o anel vaginal e o implante subcutâneo (OSLEN, 2018).

Essas questões influenciaram o padrão da anticoncepção na sociedade. Nesse sentido, o conhecimento sobre os métodos é de grande importância para compreender outros fatores, como a queda da fecundidade e gravidez indesejadas, por exemplo.

Ao analisarmos a tabela 3 identificou-se que o condom (masculino e feminino) é o método contraceptivo mais conhecido pelas mulheres entrevistadas (85,7%). Resultado similar teve a pesquisa de Delatorre; Dias (2015) na qual 98,5% das pessoas citaram conhecer o método de barreira (condom) como método contraceptivo, assim como estudo de Ramos *et al.*, (2018) com adolescentes entre 14 e 19 anos, no qual a camisinha masculina foi apontada como o método contraceptivo mais conhecido entre 184 (92,5%) adolescentes.

A maioria das entrevistadas deste estudo têm entre 18 e 21 anos como analisado anteriormente, portanto, são jovens e segundo pesquisas as que mais utilizam o condom para evitar gravidez, principalmente na primeira relação sexual, além disso, o método é amplamente divulgado na sociedade, por ser barato e distribuído gratuitamente em postos de saúde.

O condom é um método que não só previne a gravidez indesejada, mas também é um importante aliado na prevenção das IST's incluindo o HIV, portanto, possui dupla funcionalidade. Um estudo realizado por Krabbe *et al.*, (2017) para identificar o conhecimento sobre o preservativo feminino e masculino entre pessoas de 13 a 41 anos, obteve como resultado que 45% (n=275) sabem que ele é de grande valor no auxílio à prevenção de doenças e gravidez indesejada.

O conhecimento e o uso do preservativo são amplamente estudados entre adolescentes e jovens, mas em faixas etárias maiores o seu uso cai, segundo pesquisa de Nascimento; Cavalcanti; Alchier (2017) ao questionar acerca da adesão ao preservativo masculino, 82,2 % não fez uso da camisinha na última relação sexual, sendo que os principais motivos apontados foi o uso de outro método contraceptivo (41,0%) e conhecer o parceiro, com 28,1 % da amostra.

Após os preservativos masculino e feminino, o contraceptivo de emergência (82,8%) aparece com uma grande porcentagem de mulheres que o conhecem. Este resultado também foi encontrado em pesquisa realizada com jovens de escolas públicas e privadas do município de Bacabal – MA (VIEIRA *et al.*, 2016).

O Anticoncepcional de emergência (AE) é um recurso oportuno para aqueles que tiverem uma relação sexual desprotegida, seja por um relacionamento consensual ou até mesmo por abuso sexual. Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (2006) no Brasil 12% das mulheres de 15 a 49 anos,

sexualmente ativas, que já haviam utilizado um método contraceptivo moderno alguma vez na vida, afirmaram ter usado a contracepção de emergência.

Estudo realizado na área da sexualidade aponta que muitos casais têm dificuldades na gestão da contracepção e o uso regular de métodos contraceptivos, ocorrendo gravidez indesejadas e abortos (BRANDÃO *et al.*, 2017). O que leva a várias mulheres procurem o contraceptivo de emergência vendido em farmácias geralmente por balconistas com poucas informações, apesar da lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973, que estabelece a obrigatoriedade da figura do farmacêutico para o processo de dispensação de medicamentos nas farmácias.

É importante ressaltar que o AE não protege contra infecções sexualmente transmissíveis ou contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Contudo, não é uma condição específica da AE, e sim dos demais métodos anticoncepcionais, com exceção do preservativo (BRASIL, 2011).

Ademais, pode trazer danos como: inchaço, sensação de falta de ar, elevação da pressão arterial e perturbação do ciclo menstrual. E quando existe uso crônico desta substância, o efeito é diminuído, podendo ocasionar uma gravidez indesejada, portanto ele não pode ser utilizado frequentemente. Por isso, é essencial que os profissionais tenham o conhecimento e repassem para os usuários dos riscos do uso contínuo do AE (BRASIL, 2011).

Os contraceptivos hormonais (oral e injetável) e o Dispositivo intrauterino - DIU apresentaram o mesmo percentual como resultado (65,7%). São utilizados amplamente por mulheres em nosso país, especialmente por aquelas com maior escolaridade e parceiro fixo (OSLEN, 2018). Em pesquisa realizada com puérperas por Parreira, Silva e Miranzi (2011), os métodos mais citados foram o anticoncepcional oral (31,4%); injetável hormonal (18,2%); e o DIU (11,2%). Os dados desta pesquisa, no entanto, o códon e a pílula de emergência foram os mais conhecidos.

Durante a entrevista muitas mulheres apontaram a utilização do anticoncepcional oral e injetável. Segundo o fundo de População das Nações Unidas (2018), no ano de 2013 a pílula (44,1%) foi o método mais utilizado e junto com os injetáveis e hormonais (6,7%) representavam, portanto, mais de 50% do uso de contracepção no país.

Quanto ao DIU (65,7%) em várias pesquisas ele é indicado pelas mulheres como conhecido, mas pouco utilizado, exemplo disso é a pesquisa de Sirqueira; Sato;

Santiago (2017), em que foram entrevistadas 205 mulheres e apenas 4% afirmaram utilizar o DIU. O procedimento de colocação do DIU pelo SUS no município de São Luís ainda não é realizado nas Unidades Básicas. As mulheres são encaminhadas para a Atenção secundária ou para a terciária, essa realidade é condizente com outros municípios do país, estudo de Gonzaga (2017) afirma que uma das barreiras da disponibilização do DIU é que mais da metade dos municípios não disponibilizam o DIU nas UBS/ ESF (53,7%).

O coito interrompido teve 60% de afirmativas das mulheres deste estudo. É um método conhecido e praticado pelos homens desde o século I A.C e, portanto, é praticado desde a antiguidade. Porém, os profissionais de saúde não o estimulam por se tratar de um método falho (EVANGELISTA, 2012). Esta é uma orientação inclusive do MS em seu manual técnico.

É necessário um autocontrole por parte do homem para que ele possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Esse fato traz alta possibilidade de falha, fazendo com que o seu uso não deva ser estimulado. Devendo, portanto, ser tratado como último recurso, que deverá ser prontamente substituído por outro método contraceptivo mais eficaz (BRASIL, 2002, p. 36).

Os métodos tabela (45,7%), temperatura corporal basal (31,4%), e muco cervical - Billing (25,7%), métodos comportamentais, obtiveram índices baixos, assim como o diafragma (34,2%). Durante a aplicação do questionário várias mulheres interrogavam sobre estes métodos, o seu funcionamento e outras curiosidades. O mesmo ocorreu com o método da amenorréia lactacional (28,5%), onde muitas ficavam surpresas ao descobrirem que amamentação exclusiva combinada com a amenorreia diminui as chances de uma nova gravidez, ou seja, hoje o PR prioriza contraceptivos que possuem menores índices de falha como os do grupo hormonais com 0,1 a 0,6 de insucesso em média (BRASIL, 2011). Esse é um dado importante para profissionais de saúde e gestores, pois desde o PAISM que os grupos de mulheres vem lutando para que haja mais valorização do corpo feminino, que os trabalhos não se detenham apenas no conteúdo técnico, mas que vise a saúde integral da mulher como é instituído e que haja um empoderamento das usuárias para que tomem decisões informadas sobre a sua saúde sexual e vida reprodutiva.

O espermicida (5,7%) e adesivo (2,8%), obtiveram os menores índices de conhecimento entre as mulheres desta pesquisa. Podemos sugerir que a pouca

divulgação das mídias e Ministério da Saúde contribui para o desconhecimento destes pela população, além de que são métodos caros, com índices de falhas altos se comparados com outros e não disponíveis em UBS.

A alta prevalência neste estudo de conhecimento de métodos como o condom (feminino e masculino) e anticoncepcional de emergência nos traz a preocupação da falha na educação dada pelo PR. Educação está capaz de oportunizar para ao casal ou a mulher a segurança de uma gravidez planejada. Outrossim, esses métodos são descritos pela literatura sendo os mais utilizados e conhecidos por adolescentes, perfil este diferente encontrado nesta pesquisa, pois trata-se de mulheres adultas e a maioria com companheiros fixos.

O resultado de conhecimento pelos contraceptivos oral e injetável (65,7%) reflete a realidade da alta divulgação e utilização, podendo indicar uma deficiência do programa, visto que existe um vasto acervo de métodos a serem escolhidos e apresentados para os usuários do sistema de saúde. Portanto, segundo os dados da tabela 3 pode-se sugerir que exista um baixo nível de conhecimento sobre os tipos de métodos contraceptivos, sobretudo dos métodos naturais e comportamentais. Além disso, fica evidente que os mais citados pelas mulheres são aqueles nos quais há um trabalho de informação maior especialmente pela mídia e Ministério da Saúde, como por exemplo, o uso de camisinha masculina (PENAFORTE *et al.*, 2010).

Quanto a obtenção dessas informações, a tabela 4 evidencia os resultados das maiores fontes de orientações sobre métodos contraceptivos indicados pelas mulheres entrevistadas.

Tabela 4 – Meios de informações sobre métodos contraceptivos identificados pelas participantes do Planejamento Reprodutivo, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N	(%)
Médico	21	60
Amigos/vizinhos	18	51,4
Enfermeiro	16	45,7
Pessoa da família	16	45,7
Professores	7	20
Auxiliar de Enfermagem	6	17,1
Agente comunitário de saúde	1	2,8
Outros	1	2,8

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

O médico (60%) foi o profissional no qual as mulheres mais obtiveram informações acerca dos métodos contraceptivos, segundo a tabela 4. A pesquisa de Parreira, Silva e Miranzi (2011) para descrever as orientações sobre métodos contraceptivos as puérperas no pré-natal e no puerpério, teve um resultado semelhante, uma vez que a principal fonte de orientação seria o profissional médico e apenas 1,2% citam a figura do enfermeiro. Entretanto, o resultado dessa pesquisa não condiz com a realidade encontrada em algumas unidades de saúde do município de São Luís, por Guterres (2017) em estudo descritivo, exploratório e quantitativo para estudar a realização de laqueadura/vasectomia, pois o profissional que mais atua nas ações de planejamento reprodutivo, segundo a pesquisa, foi o enfermeiro e logo após o médico.

Amigos/vizinhos (51,4%) obtiveram um número mais expressivo de afirmativas do que os enfermeiros (45,7%). Esse dado revela a necessidade de ações educativas mais eficientes e é preocupante no que tange a qualidade de informação recebidas por essas mulheres, já que o enfermeiro é o profissional indicado e qualificado para estar na linha de frente desse serviço. Outras classes da área da saúde como o auxiliar de enfermagem (17,1%) e agente comunitário de saúde (2,8%) tiveram resultado menor se comparado a figura do professor (20%). Contudo, por causa da sua função principal, que é educar ele acaba se responsabilizando sobre o ensino sobre métodos contraceptivos e outros temas da área sexual, especialmente para tentar reduzir o número de gravidez na adolescência. Porém, é preciso que o educador tenha conhecimento adequado para tal tarefa e que em seu currículo de formação exista a inclusão de conteúdos sobre a sexualidade (LIMA, 2014).

Dessa maneira ao verificar o resultado da tabela 4 e ao comparar com os dados do histórico obstétrico das usuárias, em que a maioria (74,3%) afirmam não ter as suas gestações planejadas, pode-se sugerir que qualidade de informações prestada sobre métodos contraceptivos a essas mulheres é baixa e, portanto, pode-se existir uma falha nas ações educativas, pois um dos seus objetivos é empoderar mulheres, dando-lhes condições de exercer conscientemente o seu direito à saúde reprodutiva e sexual.

6.2 Conhecimento sobre o tema Planejamento Reprodutivo

A partir desse subitem inicia-se a descrição dos resultados referente a pesquisa qualitativa.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) as mulheres são as que mais procuram serviço público de saúde, visto que as que estão em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. Por isso, é de importância compreender o que entendem por Planejamento Reprodutivo.

6.2.1 Tema 1: Planejamento Reprodutivo sob a dimensão do planejamento financeiro e pessoal

O planejamento financeiro e pessoal são duas temáticas que estão interligadas em seus sentidos e fazem parte da compreensão sobre o tema da maioria das participantes. Assim, a busca por estabilidade financeira é um fator recente na sociedade atual, partindo principalmente dos mais jovens, os quais demandam mais tempo para atingir um perfil econômico estável (BERNARDI; CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018).

“É uma maneira de se prevenir, a não ter um filho agora, quando não se tá planejando na parte física e principalmente financeira” (M13)

“É, eu acho que é assim né, pra ter um filho primeiro tem que ver a sua situação financeira, entendeu? Até a idade, porque eu, por exemplo, engravidei com 28 anos, porque eu achei que já era o tempo né, já era a hora (...)” (M16)

Observa-se nas falas acima que as usuárias colocam a estabilidade financeira como fator antecessor à maternidade, sendo, portanto, uma condição essencial para tal realização. Pesquisa realizada por Caetano; Martins; Motta (2016) com o objetivo de analisar os motivos que levam os casais heterossexuais a optar por não ter filhos, identificou que a busca por estabilidade financeira juntamente com a idealização de um ambiente seguro para a chegada de um filho é um fator de grande relevância, o qual contribui para o adiamento do projeto parental.

O planejamento reprodutivo é uma ferramenta também para se determinar

o número e a quantidade de filhos, entretanto parece que os critérios utilizados para o definir são subjetivos, pois é uma decisão individual ou do casal, sendo que alguns estudos evidenciam que o critério econômico e de realização pessoal é bastante utilizado (SANTOS; FREITAS, 2011). Isso é percebido nas falas a seguir ao se destacar que o critério das mulheres para a chegada de um filho é determinado por aquisições pessoais de caráter econômico.

“Eu acho assim que pra tu ter uma família hoje, tu precisa primeiro te conhecer, conhecer o que é cuidar de uma criança e ter uma boa estabilidade financeira, de preferência um imóvel próprio, essas coisas.” (M19)

“Planejamento Familiar ele é importante é...porque a gente evita tá se precipitando com criança e planejando a gente tem como se planejar tanto na vida financeira...é...é...mas é no financeiro mesmo.” (M27)

Cabe ressaltar que com a crescente atuação feminina na sociedade e o rompimento de diversos paradigmas instituídos, a decisão da concepção incluindo a quantidade de filhos é um dos questionamentos da mulher moderna. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018b) 93% das mulheres que são assalariadas e ainda realizam algum serviço doméstico, o que pode ser uma das explicações para a falta de tempo de muitas e um fator que as levam também ao planejamento mais minucioso, como pode ser evidenciado no relato a seguir:

“Planejamento pra mim, é você se preparar pra algo que você quer pro futuro, no meu caso, foi pra mim ter meu filho, eu planejei, devido como eu sou estudante universitária, pra mim não me atrapalhar no meus estudos, então por isso que eu vou ter o meu filho no meu período de férias, vou ter mais tranquilo, não vou trancar minha faculdade, vou seguir minha vida normal.” (M20)

Essa fala só denota que hodiernamente muitas mulheres planejam a maternidade no momento que as convém. Nesse caso foi no período da vida universitária, no entanto uma parcela das mulheres prefere adiar para depois da faculdade. Contudo, um dos benefícios da boa educação reprodutiva é o poder de decidir de forma livre e consciente o melhor momento, visto que para planejar de maneira correta, é necessário ter conhecimentos de assuntos como, por exemplo, período fértil, tempo gestacional etc., além de um bom acompanhamento profissional.

Algumas entrevistas expressam que o PR é para o planejamento de quando, quantos ou se terão filhos, ou seja, colocando-o na perspectiva do planejamento pessoal, como mostram as falas a seguir:

“É planejar quando ter um filho.” (M 22)

“É quando a pessoa se planeja pra ter ou não filhos, né.” (M 11)

“Pra mim não engravidar, para eu decidir de quando ou não ter um filho.” (M4)

“Na minha concepção é planejar uma família, é quando tu vai engravidar, se tu realmente quer engravidar, quantos filhos tu vai querer ter.” (M9)

Vimos de um aspecto histórico social no qual ter uma família com muitos filhos era sinal de prosperidade, ou pelo viés religioso se uma mulher não conseguisse gerar um filho ela estaria sendo punida por seus pecados. Por isso, dos tempos bíblicos até meados do século passado o termo encontrado nas escrituras sagradas “crescer e multiplicar”, estava no dia a dia da sociedade e no subconsciente das pessoas. Portanto, ter filhos faz parte da dinâmica natural humana, mas o controle da prole principalmente por desejo próprio da mulher é um conceito moderno (SANCHES; SILVA, 2016)

Escolher ter filhos é algo pessoal e desejável para uma parcela considerável da população, mas a quantidade de filhos sempre foi algo discutido. Seguindo essa linha, a medicina tem intensamente avançado desde o início do primeiro método contraceptivo com Gregory Pincus em 1951 e da descoberta que a progesterona inibe a ovulação, passando pela reprodução humana assistida no final da década de 1970 para aqueles casais que não conseguiam conceber. Assim, é um misto de possibilidades em nossa sociedade que impactam no PR e contribuem com a decisão de ter ou não filhos (SANTANA; WAISSE, 2016).

Na fala a seguir percebe-se que a usuária faz um *link* entre o planejamento reprodutivo e o casamento. Quando se tem um relacionamento estável e saudável o desejo da concepção é um fator implícito, uma vez que existe a alegria do anúncio da gravidez e todos os preparativos que o antecedem.

“Eu acho que é quando a mulher se prepara junto com seu esposo né? Pra planejar, para dar até um futuro melhor para a criança mesmo e ter o acompanhamento melhor em relação a unidade de consulta. Eu acho que é isso.” (M 24)

Analisa-se, que quando se planeja o matrimônio, também há previamente o planejamento reprodutivo, já que o ritual do casamento, pode implicar na possibilidade do futuro casal se tornarem pai ou mãe. Portanto, a discussão no que

tange o planejamento de se ter ou não filhos, permeia vários campos de realizações pessoais para o casal e começam a ser construídos geralmente no início do relacionamento, sendo o PR um contribuidor para esse processo (SANCHES; SILVA, 2016).

6.2.2 Tema 2: Associação do Planejamento Reprodutivo com métodos contraceptivos e gravidez indesejada

Entendendo a unicidade e singularidade de cada pessoa, o conceito de planejamento reprodutivo para cada uma das entrevistadas emergiu em suas falas como sendo algo apreendido e interpretado de maneira única. Um dos significados entre as entrevistadas foi associação do PR ao uso de métodos contraceptivos.

“Sobre planejar né, é evitar mesmo, evitar com alguns métodos contraceptivos.” (M18)

“É planejar uma gravidez, principalmente pra começar a tomar os remédios, antes de ficar grávida, né.” (M10)

As falas curtas acima sugerem a pouca informação sobre o assunto, pois os métodos contraceptivos são uma parte importante do programa, porém não configura todo o seu significado, uma vez que se baseia no respeito ao direito reprodutivo e sexual e para a garantia desse direito, algumas linhas de cuidados ligam-se como o pré-natal de alto e baixo risco, parto e puerpério, prevenção de câncer de mama, colo de útero e violência sexual (BRASIL, 2013).

Além disso, as temáticas ofertadas pelos profissionais de saúde das unidades que segundo os manuais elaborados pelo Ministério da saúde versam sobre a saúde sexual e reprodutiva, devem abordar de forma clara e reflexiva, os temas: noções de fisiologia e anatomia da reprodução; conceito de planejamento reprodutivo, informações sobre IST/HIV, câncer de mama precoce sua detecção, crenças e valores sobre a sexualidade. Ainda as ações devem ser voltadas para a infertilidade (PAIVA *et al.*, 2016).

Saber expressar o conceito e os seus significados ficou apenas para uma pequena parcela das entrevistadas e apesar da oferta dos serviços na unidade, a falta de informação e compreensão sobre o assunto ainda é discrepante. Algumas entrevistadas, não conseguiram conceituar o assunto, forneceram informações sem

fundamentação e imprecisas.

A usuária M10 faz menção a medicamento utilizado por mulheres que preveni a má formação do tubo neural do embrião, fazendo uma confusão de ideias e conceituando de maneira errada o planejamento reprodutivo. Todas as fontes de informação repassada para as mulheres são captadas, porém podem ser parcialmente aprendidas, tornando importante a reflexão sobre como esse conhecimento é transmitido e como é interpretado, pois são diversos fatores que podem influenciá-las, seja a falta de interesse, baixa compreensão atrelada com pouca escolaridade, pouco convívio com tema ou comunicação do emissor inadequada, utilizando palavras rebuscadas e tecnicistas (SILVA, 2014).

Dessa forma, as ações educativas devem ser concedentes com a realidade de cada clientela, sendo primordiais para que o usuário seja o protagonista do seu autocuidado, pois se forem educados corretamente tomarão melhores atitudes e práticas que não comprometerão a sua saúde. Mas para que se torne realidade precisa-se da atitude e da prática dos profissionais e da consciência coletiva sobre a relevância da educação em saúde na atenção primária. Em pesquisa de conteúdo qualitativa com enfermeiros da atenção primária de Juazeiro na Bahia, foi colocado vários fatores que contribuem para a não realização de grupos focais educativos, como por exemplo, a infraestrutura da unidade, falta de materiais educativos e profissionais suficientes (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Os benefícios de uma boa educação em saúde refletirão nas escolhas das usuárias e traz vários benefícios como o bem-estar consigo mesma, além de prevenir a mortalidade materna no caso, especialmente, de gravidez precoce, auxilia também na redução da mortalidade infantil, pois previne gravidez inoportunas e partos com pouco período entre eles. Ao mesmo tempo, diminui as taxas de abortos e gravidez na adolescência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Contudo, no Brasil o que é observado na prática de muitos profissionais é o atendimento mecanizado focando apenas em “passar receitas” e todas essas práticas refletem no modo de pensar e agir das mulheres, o qual acabam por reduzir os seus direitos e a sua importância a apenas ao ato de utilizar contraceptivos como visto nas falas das usuárias M2, M3 e M17.

“Se planejar e vim e tomar toda vez a pílula anticoncepcional que no caso é a injeção né?” (M2)

“Pra mim é se prevenir, usar injeções, pílula e etc...” (M3)

“Eu acho que é para tomar remédio para não ter filhos.” (M17)

As entrevistadas de uma unidade onde havia as reuniões do PR quinzenalmente, sabiam discorrer bem sobre o assunto e utilizaram palavras como “saúde sexual”, “ciclo reprodutivo” e associaram o PR a busca de informações, evidenciando um maior conhecimento sobre o tema. Por isso, fica evidente que quando existe nos postos de saúde uma qualidade no acompanhamento dos profissionais juntamente com o comprometimento para educar a população, o nível de compreensão sobre o assunto é maior.

“Para mim é, planejamento familiar é onde encontramos informações é, de como começar é, o ciclo reprodutivo, de como eu posso começar uma gestação ou então de quais são os métodos que eu posso usar pra evitar uma gestação ou então de como, é, de que forma eu posso iniciar uma gestação né, quais são os procedimentos que eu devo saber antes de iniciar uma gestação.” (M29)

“É um local onde a gente se reúne com profissionais onde eles vão tirar as nossas dúvidas a respeito da saúde sexual e outras coisas.” (M28)

A associação do PR a somente ao uso dos contraceptivos, pode ser referente ao alto índice de divulgação e uso na nossa sociedade. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2014), 72,3% das mulheres de 18 a 49 anos casadas ou em união estável, as que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e não estavam na menopausa, utilizavam algum método para evitar a gravidez, ou seja, mais de ¼ das mulheres nesse grupo não utilizavam qualquer método contraceptivo. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram percentuais abaixo da média nacional (68,4% e 71,5%, respectivamente).

Convém lembrar que em uma parcela considerável dos casos, é de responsabilidade da mulher a busca por informações e a escolha do método. E isso se evidencia ao analisarmos que das 29 entrevistadas apenas uma mulher coloca a figura do companheiro como coautor de sua decisão.

“Assim que eu entendo por planejamento é reuniões que se fazem com o parceiro, com a esposa e um médico, pra planejar se ainda querem ter filhos ou se querem continuar com o anticoncepcional é isso que eu entendo.” (M5)

Durante a pesquisa a falta de participação masculina foi nítida, sendo somente evidenciada nos dias de consulta pré-natal nas unidades e mesmo assim

com pouca representatividade. Durante as reuniões ou consultas não foi observado nenhuma figura masculina como espectador e participante.

Em estudo realizado com puérperas no município da região Médio Norte de Mato Grosso com 28 ESF, o pesquisador evidenciou nos relatos que as mulheres escolhiam o método de maneira individual sem a participação do parceiro e o aconselhamento de um profissional de saúde (GREIN *et al.*, 2017).

O PR é uma ferramenta de saúde pública, portanto, toda a população deve ter o pleno conhecimento de suas ações em sua totalidade. Um estudo elaborada depois de ter uma expressiva quantidade de mulheres que solicitaram auxílio maternidade, trouxe reflexões que ajudam a entender que o atual modelo de PR em várias unidades está restrito ao uso de métodos contraceptivos para se escolher principalmente a quantidade de filhos, quando na verdade deveria abranger a educação dos filhos. A renda familiar e os aspectos afetivos do lar, entre outras causas sociais, as quais são de grande relevância na saúde da família (SANTOS; FREITAS, 2011).

Ao conceituaram o PR na perspectiva de evitar uma gravidez indesejada, as falas das mulheres mostram uma aversão a maternidade e tal tendência pode estar intimamente relacionada à queda de natalidade no nosso país juntamente com o crescente número de mulheres que recorrem ao uso dos métodos contraceptivos modernos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2018).

“É para não ter mais filhos né? Só as minhas duas filhas já ‘tá’ bom demais.”
(M14)

“É eu acho que é importante né, porque eu tenho um filho de 5 meses e vai que eu engravide de novo, aí do jeito que as coisas ‘tá,’ entendeu?” (M2)

“Planejamento Familiar ele é importante é porque a gente evita tá se precipitando com criança (...).” (M27)

Costa (2016) associa a necessidade de se evitar a maternidade à angústia de várias mulheres não saberem controlar a sua própria fecundidade e o medo do futuro. Muitas delas, nessa busca acabam utilizando métodos contraceptivos erroneamente, sem o acompanhamento e informações necessárias, com essa atitude acabam por engravidar ou podem até mesmo sofrer com efeitos colaterais advindos dessa automedicação. Essa preocupação e angústia de conceber é percebida no relato acima e fica evidente que para essas mulheres uma nova gravidez traria para a

sua vida pessoal algumas consequências.

Em estudo realizado em Fortaleza por Silva *et al.*, (2011) para compreender os significados das mulheres em relação ao PR, também evidenciou essa preocupação em conceber, fazendo com que o programa seja uma ponte para uma vida melhor, sem gestações indesejadas. Mas muitas mulheres não conseguem realizar esse planejamento e acabam por adquirir uma gravidez indesejada, o que pode levar a uma frustração intensa e nos piores casos colaborar para uma depressão pós-parto, por exemplo.

A gravidez desejada planejada geralmente é fruto de um relacionamento estável e saudável, mas as indesejadas geralmente são dramáticas e podem levar a uma série de situações, as quais afetam a saúde mental da mulher e podem fazer com que ela decida pela a realização de um aborto, o que pode levar a complicações e risco de vida. Além disso, cabe observar em que situação ela foi gerada, se foi em relacionamento abusivo ou consensual, prazeroso ou não prazeroso ou fruto de uma violência sexual (SHANCES; SILVA, 2016).

O Fundo de População das Nações Unidas (2018) afirma que as gestações não desejadas ou importunas podem ser um indicativo da violação dos direitos reprodutivos, principalmente pela falta de acesso, acesso inadequado ou inexistente de programas de planejamento da vida reprodutiva e pouca disponibilidade de educação integral em sexualidade.

O controle da fecundidade é então um exercício de poder da mulher sobre o seu próprio corpo, regulando não só o biológico, mas seu próprio destino e é dever do estado e da sociedade como um todo a garantia desse direito para toda a população. Nessa perspectiva assegurar os direitos é um dever do Estado, mas só poderá ser efetivo se os profissionais nos seus processos de trabalho estejam capacitados e comprometidos, além de possuir uma boa postura no atendimento ao usuário, não comprometendo tal garantia efetivada por lei (PAIVA *et al.*, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar o conhecimento de mulheres sobre o Planejamento Reprodutivo, identificou-se, portanto, que as mulheres ainda não possuem um conhecimento aprofundado sobre o tema que lhes permita tomar decisões adequadas sobre seu corpo e sua vida, pois, quanto a compreensão sobre tipos de métodos contraceptivos, foi percebido que elas desconhecem todos disponíveis pelo SUS, o que impede a sua escolha livre e informada como é instituído. Além disso, nem sempre é o profissional de saúde responsável pela apresentação e educação sobre os métodos contraceptivos para as usuárias. O pouco conhecimento é um fator agravante para que as mulheres exerçam os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Durante a pesquisa foram enfrentados alguns obstáculos para que as pesquisadas aceitassem falar sobre o assunto. Muitas ao serem questionadas ficavam inibidas e com receio, demonstrando que ainda há mulheres que não se sentem à vontade ao falar sobre temas que remontam a sua sexualidade. Além disso, houve dificuldade de se encontrar reuniões agendadas do PR nas unidades de saúde.

Tal resultado pressupõe a mudança de postura primeiro dos governantes e secretarias no que tange melhores condições de trabalho e incentivo profissional, além de maior investimento na qualificação profissional. Para maior conhecimento dos temas desenvolvido pelo Planejamento Reprodutivo é necessário sair do modelo mecanicista e realizar o que a política de planejamento reprodutivo institui, priorizando a escolha livre e consciente da população para que possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. Isso só será possível com maiores investimentos em grupos de reuniões que permitam o aumento da adesão de todos os grupos de usuários, além de ser dispensável a passagem de informações fragmentadas.

Este estudo serve de base para que os profissionais tenham um feedback do entendimento das usuárias sobre os conhecimentos repassados seja no consultório, em grupos de reuniões ou nas atividades educativas. Além disso, abre caminho para novas pesquisas no município de São Luís/MA, para a descrição das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no Planejamento Reprodutivo, para estudar as suas práticas e condutas frente as atividades educativas da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. P. et al. Atenção em saúde no planejamento reprodutivo: atitudes e práticas de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 2, p.270-280, 30 jun. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20490>>. Acesso em 20 de Agosto. 2018.

ALVES, A. M. A trajetória do centro de pesquisas e atenção Integrada à mulher e à criança (1975-1992). **Revista de Ciências Sociais**, [s.l], v.4, n. 2, p.180-216, dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/17042>> Acesso em: 24 de Agosto. 2018.

BONAN, M.S; NAKANO, A.R; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde debate**, v. 39, n.106, p. 171-182, Jul-Sep. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5.pdf> >. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

BRADT, G.P; OLIVEIRA, A.P.R; BURCI, L.M. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista gestão & saúde**, v.18, n.1, p. 54-62, 2018. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf> >. Acesso em: 15 de maio.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N° 9 .263, de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm >. Acesso em: 22 de dezembro. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

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

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 26)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf > . Acesso em 03 de maio. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. 1ª edição. Brasília-DF.2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf> Acesso em: 20 de Agosto. 2018.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico para profissionais de saúde – diu com cobre t cu 380 a. Brasília**, 2019. 72 p. Disponível em<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf>. Acesso em: 01 de maio. 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNADI, D.; CARNEIRO, T, F.; MAGALHÃES, A.S. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. **Contextos Clínicos**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-13, agosto, 2018. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2018.112.02> >. Acesso em: 02 de abril. 2019.

BEZERRA *et al.* Planejamento Reprodutivo na Estratégia Saúde da Família: Estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 2, p, 99-108, maio/ago. 2018.

BRANDÃO, E. R *et al.* Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. **Horizontes Antropológicos**. n. 47, p. 131-161, jan./abr. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0131.pdf>>. Acesso em: 03 de maio. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100005>

CAETANO, C; MARTINS, M.S, MOTTA, R.C. Família contemporânea: estudo de casais sem filhos por opção. **Pensando Famílias**. v. 1, n. 20, p. 43-56. Junho. São Paulo. 2016. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n1/v20n1a04.pdf> >. Acesso em: 08 de abril. 2019.

CALDAS, S. P.; Planejamento Reprodutivo: A construção de uma Tecnologia Educacional para homens e mulheres. 2017. 147f. Tese (Mestrado em Enfermagem). UEPA, 2017.

CASTRO, A. R. B. Participação do enfermeiro no planejamento familiar. 2018. Monografia (Especialização). Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2018.

CHAGAS, Márcia Correia. Tecnologias Médico Reprodutivas e Direito Fundamental ao Planejamento Familiar: pressupostos conceituais e normativos para uma reflexão bioética. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Fortaleza.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (BR). Art. 226, parágrafo 7, Cap 7: Da Família, Da Criança, Do Adolescente e do Idoso. Brasília (DF); Senado Federal; 1988.

COSTA, A. et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.1, p.74-86 jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>>. Acesso em: 01 de Setembro. 2018.

COSTA, A.M. Planejamento Familiar no Brasil. Disponível em: revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/416/379.

_____. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. vol.14.n.4.p.1037-1083. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014 >. Acesso em: 27 de janeiro de 2019.

COSTA, D. M. Inconstitucionalidade do art. 10, § 5º, da lei 9.263/96: crítica à anuência do cônjuge como requisito legal para a realização da esterilização voluntária. 2016. 51f. Monografia. Universidade Federal Do Rio Grande, Rio Grande, 2016. Disponível em: < http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7615/Desire%C3%A9%20Marquetotti%20Costa_4309471_assignsubmission_file_Costa%2C%20Desire%C3%A9%20Marquetotti.%20Trabalho%20Conclusao%20Curso.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 02 de Abril. 2019.

COSTA, C.C. A esterilização masculina: perfil e percepção de homens que optaram pela vasectomia. **O social em questão**. 2019. n. 36, p. 425-446, 2016. Disponível em: < http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_36_Se%C3%A7%C3%A3o_livre_2%20_Costa.pdf >. Acesso em: 06 de maio. 2019.

DELATORRE, M. Z; DIAS, A.C. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Revista da SPAGESP**. v. 16, n.1, p. 60-63, janeiro, 2015. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a06.pdf> >. Acesso em: 02 de maio.2019.

DIAS, A.R.D. As práticas de enfermagem na promoção da autoeficácia materna na amamentação no período pós-parto. 2018. 116f. Mestrado (relatório de estágio). Escola superior de enfermagem do porto de Saúde Materna e Obstetrícia. Porto, 2018. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27966/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Ana%20Rita%20Dias.pdf>>. Acesso em: 12 de maio. 2019.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

EVANGELISTA, D.R. Análise do líquido pré-ejaculatório e sua relação com a eficácia do coito interrompido. 2012. 88f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7001/1/2012_tese_drevangelista.pdf>. Acesso em: 02 de Maio. 2019.

FASH. C. S. Movimento feminista, 2018. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/movimento-feminista-historia-no-brasil/>>. Acesso em: 12 de Setembro. 2018.

FERREIRA, R. V.; COSTA, M.R.; MELO, D. C.S.; Planejamento Familiar: gênero e significado. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**. v. 13, n. 2, p. 387 - 397, dez. 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/17277>>. Acesso em: 25 de agosto. 2018.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 116, p. 20-39, jul.2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200002 >. Acesso em: 14 de Maio.2019.

FREITAS, F. S.; GIOTTO, A. C. Conhecimento sobre as consequência do uso de anticoncepcional hormonal. **RevlnicCient e Ext**. v.1, n. 2, p. 91-95, Dezembro. 2018. Disponível em: <<http://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/download/56/21/>>. Acesso em: 24 de Agosto. 2018.

FLORES, G. T; LANDERDAHL, M.C; CORTES, L, P. Ações de enfermeiras em planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde. **Ver Enferm**. Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 643-655. Out/Dez. 2017.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Fecundidade e Dinâmica da População Brasileira. Brasil, 2018. Disponível em: < https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sumario_executivo_brasil.pdf >. Acesso em: 27 de Junho.2019.

GOVERNO FEDERAL. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Atenção integral à saúde da mulher na medicina. Florianópolis, 2016. Disponível em: < <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf> >. Acesso em: 03 de fevereiro. 2019.

_____. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UFMA. Saúde da Mulher. São Luís, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/vanes/Desktop/TCC%20quase%20I%C3%A1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro. 2019.

GREIN et al. Saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 145-154, jul./dez. 2017. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/28244/23155>>. Acesso em: 03 de março de 2019.

GUTERRES, D.M.B. Realização da Laqueadura e vasectomia no Planejamento Reprodutivo no município de São Luís/MA. 62f. Monografia (Bacharel em enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2062/1/DayanneGuterres.pdf>>. Acesso em: 15 de maio. 2019.

HUDLER, D.J.; TANNURI, C. A. Planejamento reprodutivo: atuação estatal e esterilização voluntária. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3863, 28 jan. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/26527/aspectos-do-planejamento-reprodutivo-na-Atualidade>>. Acesso em: 20 de Agosto. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde. 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>> Acesso em: 03 de Abril. 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Ciclos de vida. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97329.pdf>>. Acesso em: 15 de maio. 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Economia. 2018a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24894-cempre-2017-pessoal-assalariado-com-nivel-superior-em-empresas-e-outras-organizacaoes-cresce-53-8-entre-2009-e-2017>>. Acesso em: 06 de abril.2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2018b. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149>. Acesso em: 15 de abril.2019.

LIMA, L.J.S.L. A equipe de saúde da família e a educação sexual na adolescência: um estudo em uma unidade de saúde da família. Dissertação (Mestre em Ensino em Ciências da Saúde). 91f. Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2014. Disponível em: <http://www.ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/1346/1/L%C3%ADvia%20J.S.%20Lima_A%20equipe%20de%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 19 de maio.2019.

KRABBE, E. C *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas com relação ao uso do preservativo no IEE professor Anes Dias. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**. v. 5, n.1, p. 102-111, 2017. Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/eletronica/article/view/102-111>>. Acesso em: 05 de maio. 2019.

MARTINS, L.P.Q. Planejamento familiar: métodos contraceptivos sobre o olhar do profissional enfermeiro. 2011. 36f. Monografia (Graduação em enfermagem). Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Ariquemes-RO. 2011. Visto em: <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/handle/123456789/2079>>. Acesso em 11 de maio. 2019.

MENDES, A.M. Plano de ação para redução dos índices de gravidez na adolescência entre os jovens atendidos pela estratégia saúde da família 01 do município de Marçolândia – Piauí. 2016. f. 27. (Especialização). UFMA. Marçolândia. 2016.

MINAYO, M. C. S. de. O Desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. - São PAULO: Hucitec, 2010

MORAES, Maria Lygia Quartim de. O feminismo político do século XX. Margem a Esquerda: Ensaio Marxistas Nº 9, p.129-143. Editora: Boitempo. 2007. Disponível em: <https://boitempoeditorial.files.wordpress.com/2015/03/margem9_maria-lygua-de-quartim-de-moraes_feminismo-polc3adtico-xx.pdf>. Acesso em: 02 de março. 2019

NASCIMENTO, E. G. C.; CAVALCANTI, M. A. F.; ALCHIERI, J. C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Scielo Saúde Pública**. v.19, n. 1, p. 39-44, setembro. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2017.v19n1/39-44/pt>>. Acesso em: 03 de maio. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>

OLIVEIRA, R. D. D. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus rebatimentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras. 67 f. 2016. Monografia. Curso de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4636/1/TCC%20II_constru%C3%A7%C3%A3o_abril_final.pdf> Acesso em: 01 de março. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Brasília – DF, Agosto. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 22 de maio. 2019.

OSLEN, J.M *et al*. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.2, n.32, p. 1-14, julho. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n2/e00019617/pt>>. Acesso em: 15 de maio.2019.

PAIVA, C.C.N *et al*. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Revista fundam care online**. v. 8. n.3. p. 4872-4881. Julho/ Setembro. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4388>>. Acesso em 02 de abril.2019.

PENAFORTE, M. C. L. F. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. **Cogitare Enferm.** UFRJ, v.15, n. 1, p. 124- 130. 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17183/11318>>. Acesso em: 04 de maio. 2019.

PEREIRA, B.D.M.; SILVA, S.R.; MIRANZI, M.A.S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Cienc Cuid Saúde**, Triângulo Mineiro. v. 9, n. 2, p. 262-268. Abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9699/6075>>. Acesso em 05 de maio. 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9699

PORTELLA, A. P. et al. Contracepção e Planejamento Reprodutivo na concepção de Usuárias no Sistema Único de Saúde em Pernambuco. **Demografia em debate**. v. 2. Pernambuco, 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/view/46> >. Acesso em 25 de Fevereiro. 2019.

RAMOS, L.A.S *et al.* Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. **Cogitare Enferm.** Piauí, v. 3, n. 23, mês. março, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327006668_USO_DE_METODOS_ANTICONCEPCIONAIS_POR_MULHERES_ADOLESCENTES_DE_ESCOLA_PUBLICA>. Acesso em: 04 de maio. 2019.

ROCHA, A. C. F. et al. Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária. **Extensão em Ação**. v. 1, n. 13. p. 69-82. Junho. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/19709>>. Acesso em: 20 de Agosto. 2018.

SANCHES, M. A; SILVA, D.P.S. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Rev. bioét.** v.21, n.1, p. 73-82. Janeiro. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0073.pdf> >. Acesso em: 13 de Abril.2019.

SANTANA, J.R; WAISSE. S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais?. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 203-218, jul | dez 2016. Disponível em: <https://www.sbh.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=2794 >. Acesso em: 02 de Abril. 2019.

SANTOS, J.C; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 3, p.1813-1820. Maio. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/17.pdf> >. Acesso em: 06 de Abril. 2019.

SANTOS, R. B. et al. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **RevEletronComunInflnov Saúde**. v. 10, n. 3. Setembro. 2016. Disponível em:

<<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1074>>. Acesso em: 15 de Setembro. 2018.

SILVA, R.M.D. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.5, p. 2415-2424. Agosto. 2011. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n5/2415-2424/pt>>. Acesso em: 02 de abril.2019.

SILVA, R, S. **Planejamento familiar para jovens e adolescentes: desenvolvimento de material e atividade educativa em unidade básica de saúde**. 2014. 25f. Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173161/RUBENY%20DOS%20SANTOS%20SILVA_MATERNO_TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em 06 de junho.2019.

SILVA, T, O. **Conhecimento do uso de métodos contraceptivos reversíveis em mulheres em relacionamento estável**. 2013. 43f. Monografia-Bacharel e Licenciatura em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, 2013. Disponível em: < <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4106/1/PDF%20-%20Thays%20Oliveira%20Silva.pdf> >. Acesso em: 16 de abril. 2019.

SIRQUEIRA, T.C.; SATO. M.D.O.; SANTIAGO, R. M. Reações adversas em usuárias de anticoncepcional oral. **Rev. Eletr. Farm., Goiânia**. v. 14, n. 4, p. 56-65, Curitiba, Paraná. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/45511/pdf>>. Acesso em: 02 de maio. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. **Anticoncepção na Adolescência**. 2018. 16 p. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf>. Acesso em: 16 de maio. 2019.

VIEIRA, E. L *et al.* Uso e conhecimento sobre métodos contraceptivos de estudantes da rede de ensino pública e privada do município de Bacabal - MA. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.2, agosto de 2016. Disponível em: < https://assets.itpac.br/arquivos/Revista78/Artigo_10.pdf>. Acesso em: 02 de maio. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Family planning/Contraception**. 8 February.2018. Disponível em: < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> >. Acesso em: 15 de março.2019.

XAVIER, A. K; ROSATO, C. M. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**. Pernambuco. v. 21. p. 116-130. Jan- jul. 2016. Disponível em: < 10.15668/1807-8214/artemis.v21n1p116-130 >. Acesso em 15 de janeiro. 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A

PRÉ - ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO, SÃO LUÍS – MA, BRASIL, 2019 (CONTINUA).

Entrevista	Pergunta norteadora: O que é planejamento reprodutivo para você?	UNIDADES DE REGISTRO
1	Olha, eu acredito que é uma forma da gente prevenir... né, até mesmo porque hoje ta muito difícil da gente ter uma criança, pra quem não quer é a melhor forma de se prevenir.	Evitar gravidez indesejada
2	É eu acho que é importante né, porque eu tenho um filho de 5 meses e vai que eu engravide de novo, aí do jeito que as coisa ta entendeu e a minha primeira gravidez foi com bastante dificuldade. Se planejar e vim e tomar toda vez a pílula anticoncepcional que no caso é a injeção né.	Evitar gravidez indesejada Método contraceptivo
3	Pra mim é se prevenir, usar injeções, pílula e etc...	Método contraceptivo
4	Pra mim não engravidar, para eu decidir de quando ou não ter um filho.	Planejamento Pessoal
5	Assim que eu entendo por planejamento é reuniões que se fazem com o parceiro, com a esposa e um médico, pra planejar se ainda querem ter filhos ou se querem continuar com o anticoncepcional é isso que eu entendo.	Planejamento Pessoal
6	É a questão de saber se eu vou querer ou não ter filho.	Planejamento Pessoal
7	É pra poder decidir se a gente vai querer ter filho ou não.	Planejamento Pessoal
9	Na minha concepção é planejar uma família, é quando tu vai engravidar, se tu realmente quer engravidar, quantos filhos tu vai querer ter.	Planejamento Pessoal
10	É planejar uma gravidez, principalmente pra começar a tomar os remédios, antes de ficar grávida, né. ”	Método contraceptivo
11	É quando a pessoa se planeja pra ter ou não filhos, né.	Planejamento Pessoal
12	É... no meu caso eu não planejei né e no meu caso eu não planejei né... e agora to tento muita dificuldade. Então é saber planejar antes de ter um filho, com certeza.	Planejamento Pessoal
13	É uma maneira de se prevenir, a não ter um filho agora assim...quando não se ta planejando na parte física e principalmente financeira.	Planejamento Pessoal e financeiro
14	É para não ter mais filhos né? Só as minhas duas filhas já ta bom demais.	Evitar gravidez indesejada
15	É, eu acho que é uma forma de tu evitar né? Colocar mais uma criança no mundo, pra sofrer, pra passar por dificuldades, então tem que ser tudo planejado.	Evitar gravidez indesejada

PRÉ - ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO, SÃO LUÍS – MA, BRASIL, 2019 (CONCLUSÃO).

16	É, eu acho que é assim né, pra ter um filho primeiro tem que ver a sua situação financeira, entendeu? (...)	Planejamento pessoal e financeiro
17	Eu acho que é para tomar remédio para não ter filhos.	Método contraceptivo
18	Sobre planejar né, é evitar mesmo, evitar com alguns métodos contraceptivos.	Método contraceptivo
19	“Eu acho assim que pra tu ter uma família hoje, tu precisa primeiro te conhecer, conhecer o que é cuidar de uma criança e ter uma boa estabilidade financeira, de preferência um imóvel próprio, essas coisas.	Planejamento Pessoal e financeiro
20	Planejamento pra mim, é você se preparar pra algo que você quer pro futuro, no meu caso, foi pra mim ter meu filho, eu planejei, devido como eu sou estudante universitária, pra mim não me atrapalhar no meus estudos (...)	Planejamento Pessoal
21	Ah, é tipo planejamento familiar, é você planejar algo né que você queira, entendeu.	Planejamento Pessoal
22	É planejar quando ter um filho.	Planejamento Pessoal
23	Reprodutivo? Planejamento familiar é o que estávamos conversando aqui, é que eu tenho que planejar, parar o anticoncepcional, acho que deve ser mais ou menos isso.	Método contraceptivo
24	Eu acho que é quando a mulher se prepara junto com seu esposo né? Pra planejar, para dar até um futuro melhor para a criança mesmo e ter o acompanhamento melhor em relação a unidade de consulta. Eu acho que é isso.	Planejamento Pessoal
25	Planejamento Familiar? Planejar uma família.	Planejamento Pessoal
26	(...) É planejar ter filhos.	Planejamento Pessoal
27	Planejamento Familiar ele é importante é...porque a gente evita ta se precipitando com criança e planejando a gente tem mais um, tem como se planejar tanto na vida financeira...é...é...mas é no financeiro mesmo.	Evitar gravidez indesejada Planejamento financeiro
28	É um local onde a gente se reúne com profissionais onde eles vão tirar as nossas dúvidas a respeito da saúde sexual e outras coisas como os métodos contraceptivos.	Método contraceptivo
29	Pra mim é, planejamento familiar é onde encontramos informações é, de como começar é, o ciclo reprodutivo, de como eu posso começar uma gestação ou então de quais são os métodos que eu posso usar pra evitar uma gestação(...)	Método contraceptivo

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

APÊNDICE B**UNIDADES DE REGISTRO ENCONTRADAS NAS FALAS DAS PARTICIPANTES DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRASIL, 2019.**

UNIDADES DE REGISTRO	QUANTIDADE
Planejamentos pessoal e financeiro	16
Métodos contraceptivos	8
Evitar gravidez indesejada	5
TOTAL	29

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir da coleta de dados.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) USUÁRIOS

TÍTULO DO PROJETO:

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís-MA

Pesquisadora responsável: Profa. Dra.Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

INFORMAÇÕES AO VOLUNTÁRIO

Você está sendo convidada/o para participar como voluntário de uma pesquisa e para isto, sendo esclarecido sobre o significado do trabalho e os procedimentos que serão realizados durante sua participação.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar as ações e assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública municipal de São Luís- MA.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações, respondendo às perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista.

BENEFÍCIOS

Sua participação neste trabalho lhe trará benefícios pessoais associados às orientações e esclarecimentos de dúvidas, além de contribuir para a avaliação do planejamento reprodutivo em São Luís.

RISCOS POTENCIAIS

Sua participação não a expõe a nenhum grau de risco físico, entretanto se em algum momento da entrevista a senhora/o sentir algum sentimento que lhe traga constrangimento ou tristeza o (a) senhor(a) poderá solicitar interrupção e ser oportunizado(a) em outro momento de acordo com disponibilidade ou mesmo expressar seu desejo de descontinuar sua participação sem nenhum prejuízo em sua participação no Programa de sua assistência.

CONFIDENCIALIDADE

Em caso de divulgação, será mantida a confidencialidade e em nenhum momento seu nome será revelado.

IMPORTANTE

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua

recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A sua contribuição é de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa. Em caso de maiores esclarecimentos sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a coordenadora responsável a profa. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, no endereço: Rua 07, Quadra 05, Casa 16, Cohajap telefone: (98) 32262646 – CEP 65072-590 e em caso de dúvidas sobre seus direitos entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) pelo telefone (98)3272-8708, que é um Comitê que tem a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas, no endereço: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB - Velho.

Se a senhora concordar, por favor assine as duas vias deste documento, que também deve ser rubricado pela senhora e pelo pesquisador responsável pela entrevista, em todas as páginas. Uma via do documento devidamente assinado e rubricado deve ficar em seu poder.

Eu, _____, concordo em participar do Projeto de Pesquisa “PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís - MA”, após ter sido esclarecida (o) sobre os objetivos da pesquisa e como ela será realizada. Ficaram claros os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura (ou digital) do entrevistado ou de seu representante legal

ANEXO B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPEM

ENTREVISTA COM PARTICIPANTES

1 . Caracterização das/os participantes

Idade:

Endereço:

Condição de união: () Com o companheiro fixo () Sem companheiro fixo

Renda familiar mensal:

Escolaridade (anos de estudo): fundamental, médio, universitário.

Usuário (Participação masculina):

Condição do usuário no Planejamento Reprodutivo

() Sujeito foco do atendimento

() Acompanhante

Buscou o serviço por iniciativa própria? () sim () não

Se não, quem o encaminhou/motivou?

I –Reprodução/Conhecimento

Gesta_____ Para_____ Aborto_____ Espontâneo_____ Provocado_____

Idade no 1º. Parto:_____ Idade no último parto:_____ Intervalo gestacional >de 02
anos_____

II -Todas as gestações foram planejadas?

1.() Sim

2.() Não

V- Quais os métodos anticoncepcionais que você conhece?

() Tabela () Aleitamento materno () preservativo masculino () Anticoncepcional oral

() Muco () Pílula () preservativo feminino () Pílula de emergência () Temperatura ()

Injetável () Diafragma () Coito interrompido () DIU () Espermicida ()

Outros_____

VI- Com quem você obteve a informação a respeito dos MAC?

- Médico Auxiliar de enfermagem Pessoa da família Professores
 Enfermeiro ACS Amigas/vizinhas Outros5.

2. Questão Norteadora

1.O que é Planejamento Reprodutivo para você?

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís - MA

Pesquisador: Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68689417.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.249.389

Apresentação do Projeto:

A pesquisa em pauta destina-se a avaliar dentre outros pontos ações do Planejamento Reprodutivo vai permitir um delineamento da atenção que está sendo prestada às mulheres, o que pode levar os gestores a uma reestruturação da atenção às mulheres e homens que procuram os serviços, levando a melhor disponibilidade, maior satisfação das/os usuárias/os e profissionais, proporcionar uma agilidade nos serviços e a consequente redução da vulnerabilidade das mulheres, principalmente adolescentes, além da implementação de serviços para as mulheres/homens/casais que desejam a concepção. Justifica-se como os autores indicam, em tema de extrema relevância tanto para a sociedade, quanto para profissionais de saúde e gestores desse serviço, que através da caracterização do perfil de sua população alvo conseguem dispensar uma assistência com maior qualidade, atingindo as necessidades específicas desses sujeitos e consequentemente mudanças favoráveis nos indicadores de saúde reprodutiva.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é Avaliar as ações e assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública municipal de São Luís- MA. Como objetivos específicos, os autores apresentam:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.060-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.249.389

- Conhecer a como as mulheres vivenciam o planejamento reprodutivo;
- Descrever a estrutura física e operacional das unidades que atendem o Planejamento Reprodutivo (PR);
- Conhecer a percepção das/dos usuárias/os sobre o funcionamento do Planejamento Reprodutivo na Unidade;
- Investigar o conhecimento das mulheres sobre o PR;
- Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo das/os participantes do planejamento reprodutivo;
- Conhecer e avaliar as informações recebidas pelas mulheres no planejamento reprodutivo;
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais em relação a livre escolha e oferta dos métodos contraceptivos;
- Identificar os profissionais que prestam assistência em planejamento reprodutivo;
- Identificar a prevalência de usuárias/os em situação de infertilidade que procuram o serviço e descrever a assistência prestada;
- Identificar os métodos em maior prevalência utilizados por usuárias/os;
- Descrever a participação dos homens no planejamento reprodutivo, como usuários e/ ou acompanhantes.
- Descrever o processo de solicitação, encaminhamento e realização dos métodos definitivos pelas usuárias do PR;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretos aos sujeitos da pesquisa. Os benefícios são recompensadores em todos os níveis: para os sujeitos que estão envolvidos diretamente no trabalho; Os responsáveis pelo programa de saúde de cada Unidade de Atendimento em Planejamento Reprodutivo pois serão lembrados das ações necessárias as boas práticas para realização da assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública; bem como para o grupos de usuários e usuárias das unidades/serviço que poderão relatar sua percepção sobre o funcionamento do Planejamento Reprodutivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto respeita os aspectos éticos conferidos pela Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.249.389

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório foram entregues.

Recomendações:

Não temos recomendações a ser feitas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_823374.pdf	17/05/2017 14:39:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuarios.docx	17/05/2017 14:39:11	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplanejamentoreprodutivo.pdf	17/05/2017 14:36:14	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplanejamentoreprodutivo.docx	17/05/2017 14:35:44	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aut_secretariadesaude.docx	17/04/2017 14:18:54	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/01/2017 13:15:28	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.249.389

OBJETO DO PROJETO DE PESQUISA

Trabalho de Pesquisa em Psicologia Aplicada em Saúde Mental, sob a orientação do orientador de TCC, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA.

Assessoria: Comissão de Ética em Saúde Humana - UFMA/UFMA

Área: Psicologia

Válida: 7

Modalidade: Trabalho de Conclusão de Curso

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Instituição Financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

RESUMO DO PROJETO

Resumo do Projeto: 2.249.389

Justificativa do Projeto

O trabalho proposto tem como objetivo avaliar o impacto da intervenção psicológica em saúde mental em indivíduos com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, sob a orientação do orientador de TCC, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA. A pesquisa será desenvolvida em parceria com o Hospital de Saúde Mental da UFMA, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA. O trabalho será desenvolvido em parceria com o Hospital de Saúde Mental da UFMA, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA. O trabalho será desenvolvido em parceria com o Hospital de Saúde Mental da UFMA, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA.

Considerações Finais

O projeto foi aprovado pelo Conselho de Psicologia da UFMA, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA. O projeto foi aprovado pelo Conselho de Psicologia da UFMA, sob a supervisão do Conselho de Psicologia da UFMA.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO D – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

PARECER

1. **TÍTULO:** Conhecimento de mulheres sobre planejamento reprodutivo
2. **ALUNO(A):** Vanessa Nunes Vasconcelos
3. **ORIENTADOR(A):** Profª Dra Luzinea de Maria Pastor Santos Frias
4. **INTRODUÇÃO:** Há uma boa contextualização do tema, trazendo o enfoque político e necessário à temática em estudo. As referências estão atualizadas e está presente a relevância do trabalho.
5. **JUSTIFICATIVA:** Apresenta argumentação coerente com o tema em questão.
6. **OBJETIVOS**
Estão de acordo.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO**
A metodologia está adequada. Foram realizados os ajustes solicitados.
8. **CRONOGRAMA**
Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO**
Adequado. Já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
Adequado.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Projeto aprovado.

São Luís, 06/11/2018.

Profª Jeanine Brondani
Enfermeira
COREN-MA 156541

Professor relator
Ma. Jeanine Porto Brondani

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 07/11/18
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em ____/____/____.
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.

Profª. Drª. Andréa Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA Matrícula: 4182259