



**UNILAB**

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTÔNIA FERNANDA SOUSA DE BRITO**

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA  
REPRODUTIVA PARA MULHERES QUE PARTICIPAM DAS CONSULTAS DE  
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**LIMOEIRO DO NORTE**

**2018**

ANTÔNIA FERNANDA SOUSA DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA  
REPRODUTIVA PARA MULHERES QUE PARTICIPAM DAS CONSULTAS DE  
PLANEJAMENTO FAMILIAR

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luís Gomes de Moura Neto

LIMOEIRO DO NORTE

2018

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

ANTÔNIA FERNANDA SOUSA DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA  
ASSISTÊNCIA REPRODUTIVA PARA MULHERES QUE PARTICIPAM DAS  
CONSULTAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Saúde da  
Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Aprovada em: 20/10/2018

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Luís Gomes de Moura Neto (Orientador)

---

Dr. Denise Josino Soares

---

Me. Janaína de Paula da Costa

**Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da UNILAB**

**Catálogo de Publicação na Fonte**

---

Brito, Antônia Fernanda Sousa de.

B875i

A importância da Educação em Saúde no contexto da Assistência Reprodutiva para mulheres que participam das consultas de Planejamento Familiar / Antônia Fernanda Sousa de Brito. - Redenção, 2018.

30f: il.

Monografia - Curso de Especialização em Saúde Da Família, Instituto De Ciências Da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Luís Gomes de Moura Neto.

1. Planejamento familiar. 2. Educação em Saúde. 3. Assistência Reprodutiva. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 613.9.

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo o dom da vida. Obrigado Pai pela graça de mais uma conquista. A minha mãe, Maria de Fátima da Silveira Sousa de Brito, por todos os ensinamentos, incentivo e carinho. Aos meus avós maternos (Lourdes e Nonato) e paternos (Raimundo Sanfoneiro e Santa) por serem exemplos para minha vida. Ao meu namorado Jerfson Moura Lima por estar sempre ao meu lado. Aos meus demais familiares e amigos.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

CF – Constituição Federal

CNDM – Conselho de Direitos das Mulheres

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Equipe Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PEP – Programa Especial de Pediatria

PF – Planejamento Familiar

PMI – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPGAR – Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Contexto histórico das políticas de saúde reprodutiva no Brasil .....	9
2.2 Planejamento Familiar: assistência a contracepção e reprodução na Atenção Básica .....	12
2.2.1 Assistência em Contracepção .....	15
2.2.2 Orientações e condutas específicas na Assistência Reprodutiva.....	16
2.3 O papel da Educação em Saúde .....	19
<b>3 METODO .....</b>	<b>21</b>
3.1 Tipo de Estudo.....	21
3.2 Coleta de dados .....	21
3.3 Análise e Interpretação dos resultados .....	21
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>22</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>

# A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA REPRODUTIVA PARA MULHERES QUE PARTICIPAM DAS CONSULTAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Antônia Fernanda Sousa de Brito<sup>1</sup>

Dr. Luís Gomes de Moura Neto<sup>2</sup>

## RESUMO

O trabalho desenvolvido trata-se de uma exploratória com caráter de pesquisa bibliográfica realizada através de sínteses de artigos científicos. Foi realizada busca de literatura em bases de dados. Esta pesquisa teve como objetivo relatar a importância da Assistência Reprodutiva no modelo de Planejamento Familiar, bem como exemplificar a Educação em Saúde como ferramenta fundamental para o desenvolvimento dessa temática nas instituições de Atenção Primária. Visto que o Planejamento Familiar é um modelo de atenção disponibilizado pela Atenção Básica que oferece ações que auxiliam as mulheres e casais que pretendem ter filhos ou aos que preferem adiar essa fase. Dessa forma, outro objetivo desse modelo é instruir os envolvidos sobre o momento mais adequado para conceber uma gestação que seja livre de fatores negativos que possam interferir nesse processo. Haja visto que esse tipo de assistência tem diminuído os índices de morbimortalidade materno-infantil. Portanto, é fundamental e necessária a capacitação em Planejamento Familiar para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, no que diz respeito à temática da Assistência Reprodutiva. Para que isso reflita no processo de trabalho em saúde passando a desenvolver essa temática no cotidiano das unidades.

**Palavras-chave:** Assistência Reprodutiva. Educação em Saúde. Planejamento Familiar.

## ABSTRACT

The work developed is an exploratory one with characteristics of a bibliographical research accomplished through the synthesis of scientific papers. The search for the papers was carried out in databases. The present research aimed to report the importance of Reproductive Care in the Family Planning model as well as to exemplify Health Education as a fundamental tool for the development of this issue in primary care institutions. Since Family Planning is a model of care provided by Primary Care that offers actions that help women and couples who intend to have children or those who prefer to postpone this phase. Thus, another objective of this model is to instruct those involved about the most appropriate time to conceive a pregnancy that is free of negative factors that may interfere in this process. It has been seen that this type of care has reduced the rates of maternal and child morbidity and mortality. Therefore, it is fundamental and necessary the training in Family Planning for the professionals of the Basic Health Units, regarding the issue of Reproductive Care, so this can reflect in the health work process, starting to develop this theme in the daily life of the units.

**Keywords:** Reproductive Care. Health Education. Family Planning.

<sup>1</sup>Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Limoeiro do Norte-Ceará.

<sup>2</sup>Doutor em Biotecnologia, Prof. Orientador de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Integração da Lusofonia Afro-Brasileira do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde e Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 70, com a supremacia do regime militar, o estado autoritário exercia forte influência na política e no modelo de saúde que se tinha naquela época. Tal modelo era essencialmente voltado para ações centradas no médico, ao qual contextualizava a visão que se tinha da mulher, de um corpo em sua dimensão voltada para a reprodução, dando prioridade aos cuidados ao ciclo gravídico-puerperal. Via-se também que a atuação da mulher na sociedade era restrita aos afazeres do lar (SILVA *et al.*, 2008).

No entanto, como o modelo predominante não atendia as necessidades básicas de saúde de grande parte da população aos quais não tinham condições de pagar por um serviço médico, houveram várias mudanças nos programas verticais voltados ao Planejamento Familiar (PF) e nas lutas em benefício à área da saúde reprodutiva, que se encontravam em dificuldades (SILVA *et al.*, 2008).

Segundo Silva *et al.*, (2008), na década de 80 as mulheres sentiam-se insatisfeitas com a visão social a que se encontravam, o que acarretou no surgimento de movimentos e lutas sociais com o objetivo de obter direitos em relação a saúde da mulher. Como conquista as mulheres passaram a tomar decisões no planejamento familiar, garantindo a autonomia de optar ou não pela gestação, dando a elas o direito de escolher o momento mais propício para gerar filhos, atendendo as suas necessidades e respeitando seus desejos.

Com isso, em 1983 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), representando um fato histórico de conquista dos direitos de saúde da mulher para políticas públicas, no qual teve grande participação do movimento feminista. A mulher passou a ter autonomia sobre os aspectos que envolvem a sexualidade e reprodução, optando pelo melhor método contraceptivo (HEIBORN *et al.*, 2009).

Assegurado pela Constituição Federal (CF) e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o Planejamento Familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também aquelas que preferem adiar o crescimento da família (BRASIL, 2011).

Além disso, o modelo assistencial em Assistência Reprodutiva ou preconcepção oferece um suporte instrutivo e adequado ao desejo do momento mais propício para aquelas mulheres que pretendem engravidar. Com intuito de assegurar e

respeitar suas decisões, assistindo as mulheres/casais que pretendem ter filhos, com o intuito de identificar fatores de risco, complicações ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação.

Para tanto, é fundamental a educação em saúde nesse contexto. Para Machado *et al.*, (2007) a educação em saúde está atada a promoção da saúde, que trata de processos em que as pessoas inseridas em seus contextos de vida tem participação ativa e decisória em processos que diz respeito a saúde, baseando-se em uma lógica em que se busca o bem-estar biopsicossocial.

Diante do exposto questiona-se: Qual a importância da educação em saúde sobre assistência reprodutiva para mulheres que participam das consultas de planejamento familiar?

Esse modelo é desenvolvido nas unidades que constituem o Programa Saúde da Família (PSF), no entanto, a atenção é mais direcionada a mulheres/casais que não pretendem ter filhos ou pretendem adiar essa fase, fazendo uso de métodos de contracepção que são comprovadamente eficazes. Porém, as famílias que optam pela concepção, não recebem o devido auxílio, por ser um tipo de assistência que ainda não é realizada com frequência.

O presente estudo tem por objetivo relatar a importância da Assistência Reprodutiva no modelo de Planejamento Familiar, bem como exemplificar a Educação em Saúde como ferramenta fundamental para o desenvolvimento dessa temática nas Instituições de Atenção Primária.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Contexto histórico das políticas de saúde reprodutiva no Brasil**

Durante a construção da democracia mundial sobre as lutas do desenvolvimento do movimento feminista, o debate político sobre a fecundidade teve discussões em torno da maternidade, aborto e contracepção. Tais debates referiam-se ao controle da mulher sobre o seu próprio corpo, fertilidade e saúde (NUNES; MENDES, 2015 *apud* BRASIL, 2001).

No Brasil, o cenário político e a luta pela democracia fizeram com que estratégias sobre o tema sexualidade e reprodução passassem a serem relatados fora do

discurso. Porém, devido às denúncias públicas dos movimentos feministas sobre as diversas formas de violação de direitos e do exercício efetivo da cidadania feminina, reivindicaram a liberdade sexual e o direito de decidir sobre seus corpos como parte central para o exercício de projetos de vida plenos e autônomos (NUNES; MENDES, 2015).

A década de 60 foi marcada pela maior inserção da mulher no mercado de trabalho. Com isso considerou-se também uma abrangência maior da consciência feminista e a chegada em massa dos métodos anticoncepcionais. Nesse período os métodos estiveram cada vez mais sob domínio do médico. A disponibilidade era sempre limitada, precária e sem assistência adequada (COELHO *et al.*, 2000).

De acordo com Coelho *et al.*, (2000) *apud* Rodrigues (1990) os primeiros registros sobre os métodos de barreira iniciaram em 1965, mediante uma grave crise econômica e política, dando surgimento a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). Essa instituição era financiada por entidades internacionais e de interesses nitidamente controlistas. A BEMFAM facilitou o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente a pílula, de forma gratuita e sem a garantia do acompanhamento médico.

Nas décadas de 70 e 80, debates sobre o aborto e sexualidade passaram a ganhar força. Antes esses assuntos eram considerados tabus, pois feria preceitos éticos e morais mediante a uma sociedade conservadora. A sociedade era influenciada pela autarquia doutrinária do cristianismo, mas só passou a ser contribuído nos anos de 1990 quando ocorreu abordagem dos novos artifícios reprodutores referentes à concepção (CAMPOS, 2009).

Em 1975 foi divulgado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI) e em 1977 foi instituído o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Esses foram os primeiros programas de atenção à saúde da mulher (COELHO, 2000).

Esses programas tratavam o corpo da mulher apenas pela sua função reprodutora no intuito de realizar práticas curativas. Além disso, buscava enfatizar o pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio de “mãe saudável, de filho igualmente saudável” e também o foco sobre o “risco gravídico”. Demonstrando a visão biomédica vigente no modelo de atenção do sistema médico industrial (NUNES, 2015).

No PMI também havia possibilidades de orientação sobre o planejamento familiar, que já era defendido e praticado por um Programa anterior, o PEP (Programa

Especial de Pediatria). Para Coelho *et al.*, (2000) *apud* Marques (1978), o PMI também tinha um componente educativo e sendo direcionado à gestante, criança e adolescente. Com isso se buscava a mudança de hábitos de vida diário, estimulando o auto cuidado.

Nesse período lutaram por direitos reprodutivos buscando o ideal do igualitarismo que possibilitou estenderem o direito de controle da concepção a todas as mulheres (NUNES, 2015).

Ao anunciarem ao público feminino o direito a não-reprodução e ao prazer, as mulheres reviam o padrão anterior de maternidade e inauguravam conceitos explícitos sobre reprodução e por esse motivo surgiu a formação em todo país a luta pela implantação do PAISM (Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher). A partir de 1983, definiu-se que a mulher tem pleno direito a escolha à reprodução, sendo o primeiro exemplo de mudança no modelo de atenção (CAMPOS, 2009).

O PAISM tem como objetivo: atender a mulher, "através de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico uterino e mamário e a assistência para a concepção e a contracepção." (COELHO *et al.*, 2000 *apud* BRASIL, 1992).

Na perspectiva da integralidade, este programa significou que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos da vida e não apenas no período da gravidez, tendo como consequência a invalidação da percepção curativista, que antes direcionava o objetivo da reprodução (CAMPOS, 2009).

Em seguida, no ano de 1986 foi realizada a primeira e a única Conferência Nacional da Saúde e Direitos da Mulher. Ativistas feministas e representantes do Estado convergem suas posições em torno da questão do aborto provocando um embate com os setores religiosos. Englobaram programas materno-infantis fundamentado apenas no seu papel biológico, social de mãe e doméstica. Tendo como responsabilidade apenas pela educação dos filhos e dos demais familiares (CAMPOS, 2009).

A luta formal pela garantia dos direitos estabelecida pela instituição da Assembleia Nacional Constituinte em 1987 também opôs, de um lado, as organizações e movimentos feministas, sob coordenação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e de outro, a Igreja Católica e os grupos controlistas. As lutas pelos direitos reprodutivos e políticas sociais avançavam nesse período (CAMPOS, 2009).

No entanto, o CNDM criado em 1985, foi um órgão de plena importância na

alegação aos direitos reprodutivos. Atuou junto ao Ministério da Saúde e divulgou na sociedade civil a publicação de documentos e cartinhas abordando à saúde reprodutiva. Isso foi fundamental e decisivo para definição de políticas públicas para as mulheres (CAMPOS, 2009).

O Ministério da Saúde lançou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) contando com a participação do movimento feminista. O PAISM foi considerado um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres, pois incorporou a saúde como um dos direitos de cidadania (HEILBORN et al., 2009).

Mas foi em 1986 que o CNDM aprovou a Carta das Mulheres aos Constituintes trazendo o marco da igualdade entre homens e mulheres, nas requisições das mulheres em várias áreas (CAMPOS, 2009).

O PAISM defendia a separação entre sexualidade e procriação, o respeito à autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, dando a eles o direito de escolher entre a oferta de métodos contraceptivos ou ser assistidos por uma atenção especializada focado no período pré-gravídico, caracterizando a atenção disponível no Planejamento Familiar.

Em 2004 o PAISM foi reformulado o que originou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nesta nova política, reafirma-se a perspectiva de gênero e raça/etnia da atenção à mulher trazendo a vitória marcada por lutas sociais de igualdade de gênero. Para isso, explicita-se “orientações para identificação de demandas e necessidades das mulheres, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres.” (NUNES, 2015).

No entanto, ainda se faz necessário a integração das perspectivas de gênero e integralidade nas práticas de saúde. Essa abordagem contribui para a humanização e a melhoria da qualidade da atenção nos serviços de saúde, visto que boa parte da sociedade ainda é dominada pelo modelo patriarcal, no qual o homem está no centro da sociedade (NUNES, 2015).

## 2.2 Planejamento Familiar: assistência a contracepção e reprodução na Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de

atenção instituído em todo o país. Esse modelo possui tais características: atuar de forma universal, descentralizada, integralizada e equânime, assim fazendo jus aos princípios do SUS. Também deve ser próxima aos usuários e de suas famílias, inserida em seu território e conhecer as condições de vida de seus usuários (BRASIL, 2013).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família (ESF) ou as equipes de Atenção Básica tradicional (EAB), são as principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o ponto de contato preferencial do usuário (BRASIL, 2013).

Não devemos deixar de citar a participação social como princípio fundamental do SUS. É por meio dela e do processo de Territorialização com a forte atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se definem o número de pessoas a serem atendidas. Bem como também as equipes saúde da família objetivam estabelecer vínculo com a população, permitindo a aproximação e o compromisso entre os profissionais com os usuários e a comunidade, estimulando-os a reivindicarem seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde da Família começou em 1993 e implantado em 1994, este apresentou grande crescimento nos últimos anos com projetos e programas que melhoraram a assistência prestada pelo SUS. Entretanto, a consolidação do PSF necessita que se façam mudanças nas Unidades Básicas tradicionais. Para torná-las unidades de saúde da família, requer também que o PSF mostre sua real superioridade na assistência por meio de resultados positivos nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida (SANTANA, 2001).

As Equipes de Saúde da Família são compostas, minimamente por: médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e ACS. Já as equipes ampliadas são as que contam com assistência odontológica integrada pelo dentista, auxiliares de consultório dentário ou técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável por monitorar cerca de 3500 a 4000 pessoas, com responsabilidade no processo a saúde-doença da população local. (BRASIL, 2013)

De acordo com Santana (2001) *apud* Franco e Merhy (2000) o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como produtor de procedimentos, pelos serviços se darem a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras

No entanto, uma publicação feita em 1994 pelo Ministério da Saúde, revelou o objetivo geral da implantação do PSF: “melhorar o estado de saúde da população,

mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e destinados ao usuário, a família e a comunidade.” (SANTANA, 2001 *apud* BRASIL, 1994).

Esta explicação toma como base o que o SUS busca reformular a anos. Um modelo de atenção à saúde que atenda às necessidades básicas dos indivíduos e que se estabeleça o que está previsto nas Leis Orgânicas, substituindo o modelo tradicional, levando saúde e o completo bem-estar para as pessoas.

A atuação da equipe de saúde na Assistência Familiar abrange três tipos de atividades: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se uma oportunidade para a prática de ações educativas. Elas não devem se restringir as atividades referentes a anticoncepção no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher (BRASIL, 2000).

As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção e preconcepção inclusive a sexualidade (BRASIL, 2002).

O aconselhamento é entendido como um "processo de escuta ativa individualizada e centrada no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”. Por isso deve ser entendida pelos profissionais como mais uma ferramenta no processo de ausculta qualificada, buscando entender que cada paciente possui sentimentos, necessidades e demandas diferentes (BRASIL, 2002).

As atividades clínicas devem ser realizadas levando em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deva ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese, exame físico geral e ginecológico com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas e levantamento de dados sobre o último exame Papanicolau (BRASIL, 2002).

Busca-se com isso trabalhar a mulher em todos seus aspectos dentro do contexto da Atenção Primária, investigando possíveis alterações e patologias para que

posteriormente possa avaliar a necessidade de realizar coleta de exames complementares ou encaminhamento para o serviço de referência, bem como também analisar o desejo da mulher/casal entre a contracepção ou preconcepção e em seguida prescrever o método anticoncepcional ou fazer o acompanhamento em Assistência Reprodutiva (BRASIL, 2002).

As condutas citadas anteriormente englobam ações que são desenvolvidas no arcabouço do modelo de Planejamento Familiar. Segundo Pierre e Clapis (2010) o Planejamento Familiar se caracteriza como um dos instrumentos de suma importância da Atenção Básica, pois assume um conjunto de ações educativas e tecnológicas que devem ser desenvolvidas por profissionais capacitados para implementar os métodos de concepção e contracepção.

Amparados pela Constituição Federal (CF) de 1988, o artigo 226, parágrafo 7º e pela Lei 9.263 de 1996 que regula o artigo 7º da CF diz que Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas, estabelecendo penalidades e dá outras providências.

A conquista em Planejamento Familiar ressalta à afirmação dos direitos reprodutivos. Esse modelo surgiu para contribuir para a redução de índices morbimortalidade materna e infantil.

O Ministério da Saúde (2005, p. 15,16) ressalta a importância do Planejamento Familiar, pois ele:

Reduz o número de gravidezes não desejadas e de abortamentos provocados; Diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária; Diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e acesso a outros métodos anticoncepcionais; Aumenta o intervalo interpartal, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que os bebês sejam adequadamente amamentados; Possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheres-adolescentes, ou com patologias crônicas, tais como diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

É de suma importância que os profissionais conheçam o contexto desse modelo, para que seja possível repassar todas as informações que são necessárias no processo de escolha da mulher/casal. O objetivo desse modelo é atender as necessidades dos usuários, no que diz respeito ao uso de métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, e também sempre manter essas informações, protocolos e manuais atualizados de acordo com estudos realizados nessa área (PIERRE; CLAPIS, 2010).

### 2. 2.1 Assistência em Contracepção

O método da contracepção são objetos, manejos, fármacos e cirurgias que proporcionam o bloqueio da gravidez. A escolha é livre e é dever dos profissionais da saúde explicar como e quando são usadas. Assim informando qual o método mais indicado dependendo de cada caso, pois não existe um método melhor que o outro, cada um tem vantagens e desvantagens, assim como também não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha (BRASIL, 2009).

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovados cientificamente e pelo Ministério da Saúde. Tratando-se de conhecer suas indicações, contra indicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adaptem, respeitando a subjetividade de cada caso (BRASIL, 2010).

Além disso, é garantida a oferta de informações, instruções de uso, aconselhamento, acompanhamento clínico e a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Pressupõe-se ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido. Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: escolha dos envolvidos (mulher, homem e casal), características dos métodos e fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método. No entanto, as características dos métodos estão relacionadas a eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade do organismo e disponibilidade dos métodos pelas redes de serviço de saúde pública (BRASIL, 2002).

Já os fatores individuais relacionados aos usuários do método são as condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas e outros fatores como medo, dúvidas e vergonha (BRASIL, 2002).

Os métodos disponíveis e mais usados na rede pública são os injetáveis mensais, injetáveis trimestrais, anticoncepcional oral, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU) e os preservativos. Esses possibilitam facilidade de uso, reversibilidade e proteção as Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV. No entanto, existem outros métodos que são menos utilizados, como por exemplo, espermicida, tabela, muco cervical, temperatura basal, sinto-térmico, coito interrompido, método da amamentação, ligadura e vasectomia.

### 2.2.2 Orientações e condutas específicas na Assistência Reprodutiva

Cabe a equipe de saúde das Unidades Básicas estar preparada para receber, acolher, aconselhar, tratar, cuidar, orientar e conduzir mulheres que chegam com o desejo de engravidar. Para que isso aconteça as mulheres e casais devem receber uma atenção integral e qualificada para que a gravidez seja livre de fatores negativos.

Por isso, profissionais devem avaliar o estado em que a mulher se encontra, ou seja, realizar avaliação pré-concepcional. Essa avaliação é instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. É baseada na consulta que o casal faz antes de uma gravidez, para identificação de fatores de risco, doenças existentes que possam alterar a evolução saudável de uma futura gestação (BRASIL, 2005).

A busca por esse tipo de atendimento ainda é muito baixa. No entanto, enquanto profissionais de saúde, temos o dever de incentivá-las a buscar por esse serviço por meio da educação em saúde nos diversos momentos durante a permanência da usuária na instituição, seja durante a consulta médica, consulta de enfermagem, visita domiciliar, no próprio aconselhamento do planejamento familiar e etc.

O não planejamento da gestação é um fato que está presente na realidade de pelo menos a metade das gestações. Isso acontece pela falta de orientação ou pela falta de acesso aos métodos anticoncepcionais, problema esse presente na realidade de muitas mulheres na fase da adolescência. Portanto, é indispensável a atenção em planejamento familiar no contexto da preconcepção e contracepção.

As ações a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico céfalo-caudal, exame ginecológico completo e alguns exames laboratoriais complementares.

Ações específicas relacionadas à mudança de hábitos e estilo de vida, Segundo o Ministério da Saúde (2005, p.18):

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional materno e do recém-nascido e das condições para o parto;

- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Instituir Medidas educativas, como orientações para registro sistemático das datas do ciclo menstrual, anotando o primeiro dia da menstruação e o dia das subseqüentes e estímulo para aumento do intervalo interpartal (mínimo de dois anos). Esta atitude contribuirá para que as mulheres conheçam a data da última menstruação auxiliando posteriormente no cálculo da idade gestacional.

Incluir na anamnese e exame físico de aferição dos dados vitais e do peso pré-gravídico. “Aqueles que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais deverão ser encaminhadas à consulta médica (FLORIANOPLES, 2010).” Também é recomendada a realização de atividade física sendo acompanhado por um profissional qualificado.

Em relação à prevenção e as ações a serem tomadas quanto as infecções, o Ministério da Saúde (2005, p. 18) recomenda que seja consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação;
- Toxoplasmose;
- HIV/Aids: incentivar a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV;
- Sífilis: nos casos positivos, tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita e orientar sobre os cuidados preventivos;
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar para sua prevenção.

Obs.: Para esse tipo de investigação torna-se importante, também, a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a testagem para sífilis e HIV/Aids.

Nesse momento, torna-se fundamental orientar sobre saúde sexual e reprodutiva, englobando temas como sexualidade e harmonia conjugal, anatomia e fisiologia, período fértil, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis como o vírus Imunodeficiência Humana (HIV/Aids) e outras infecções (FLORIANOPOLES, 2010).

A avaliação pré-concepcional deve estar atenta as doenças crônicas, tais como (BRASIL, 2005, p.19):

- Diabetes mellitus: o controle estrito da glicemia prévio à gestação, e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico, como no gestacional;
- Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura;
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monotropia e de droga com menor potencial teratogênico. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção também tem-se correlacionado à redução no risco de malformação fetal, porque neste grupo de mulheres a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;
- Infecções pelo HIV: o controle pré-concepcional no casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação da imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (sorodiscordantes ou soroconcordantes) e das ações para a prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que a gestação ocorra em circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança, promovendo melhores resultados maternos e perinatais;
- Além de outras situações, como anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

Outras considerações:

- Desenvolver por meio de ações educativas a prevenção do câncer de colo uterino, mamas e próstata, fazendo busca ativa de casos suspeitos e realizando exame preventivo de câncer de colo uterino e mama, conforme o protocolo (FLORIANOPOLES, 2010);

- Investigar quanto à presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado ou mesmo esporádico de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção ou o desenvolvimento fetal: menopausa prematura; quimioterápicos (provocam alterações das funções ovarianas e testiculares); lítio (causa ablação da tireoide fetal); antagonistas dos folatos (aumentam o risco de malformações do SNC; o uso prolongado pode acarretar diminuição da absorção do ácido fólico); e prednisolonal (FLORIANOPLES, 2010).
- Torna-se necessário verificar situação vacinal realizando seu preenchimento e aprazamento, se necessário, bem como solicitar exames laboratoriais (Sorologia para Lues, rubéola, HbsAg, toxoplasmose e HIV; dosagem de hemoglobina e glicemia em jejum) (LONDRINA, 2006).
- Avaliar as condições de trabalho, verificando o risco de exposição a tóxicos ambientais, agentes químicos e radioativos, e realizar a orientação sobre seus efeitos deletérios na concepção e na saúde em geral: chumbo (presente nas tintas e vernizes), óxido de etileno (usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas), dibromocloropropano (e outros agentes encontrados em inseticidas) e radiação ionizante (FLORIANOPLES, 2010).
- Realizar aconselhamento genético esclarecendo sobre riscos como idade materna e/ou paterna avançada, filhos (as) afetados (as) em gestações anteriores, antecedentes de familiares com doença genética e características étnicas especiais (FLORIANOPLES, 2010).

Torna-se ainda importante para efetivação desse processo o uso de capacitações em Educação Permanente e Continuada em Assistência Reprodutiva por parte dos profissionais da saúde. Isso facilita a mudança de postura e condutas profissionais no ambiente de trabalho.

### 2.3 O papel da Educação em Saúde

A construção de um modelo de saúde pública que se adeque aos preceitos estabelecidos nos princípios e diretrizes do SUS só foi possível por meio de processos políticos que aconteceram em meio às lutas sociais. A perspectiva de que as políticas em saúde pública se materializassem por meio de atores sociais, movimentos reivindicatórios e por práticas profissionais tem sido motivo de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho e o reflexo do mesmo na vida dos usuários deste serviço (ALVES, 2005 *apud*

PINHEIRO; LUZ, 2003).

Em 1990 a atuação do Programa Saúde da Família (PSF) teve como um de seus objetivos contextualizar a política de saúde pública, assim contribuindo para a construção e consolidação do SUS por meio do princípio da integralidade. Ao mesmo tempo em que se superava o modelo biomédico-curativista, o PSF tinha como base os pressupostos do SUS que buscava a reorientação do modelo assistencial vigente a partir da atenção básica (ALVES, 2005 *apud* BRASIL, 1997).

Assim, em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem dos profissionais da saúde passou da assistência curativa, marcada por ações reducionista, biologistas, individualista, centrado na doença e na cura para uma assistência integralizada, humanizada, comprometida com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (MACHADO *et al.*, 2007).

O novo tipo de abordagem busca identificar os determinantes, condicionantes e fatores de risco que influenciam no processo saúde-doença, bem como também desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde estabelecida por meio da educação em saúde.

Também é garantido o trabalho com equipes multiprofissional e interdisciplinar. Esse método de trabalho tem ajudado na compreensão mais abrangente dos problemas de saúde, garantindo intervir nas situações que demandam uma atenção maior, atribuindo a necessidade em aplicar o princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

No cenário mundial, as discussões sobre a redefinição das políticas públicas direcionaram a promoção da saúde como movimento articulado às políticas sociais que são efetivas para resolução de muitos problemas de grupos nos diversos países. Diante disto, a Promoção da Saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade, estimulando maior grau de autonomia e participação no controle dos eventos em saúde.

Para Reis *et al.*, (2005) *apud* Brasil (1980) as Diretrizes da Educação para a Saúde definem a Educação em Saúde como uma atividade planejada, formado por saberes e práticas que orientam a promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos. Trata-se de uma ferramenta que produz o conhecimento e estimula o autocuidado, uma vez que sirva de orientação para adoção de novos hábitos e condutas em saúde.

É através da vida cotidiana das pessoas que é estabelecida essa ferramenta. Ao mesmo tempo em que contribui para melhoria da qualidade de vida, também serve como meio intermediário entre usuários e profissionais da saúde, ressalta Alves (2005).

Para a autora, as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na Atenção Básica são justificadas por este serem mais próximas da população e por darem maior ênfase nas ações de prevenção e promoção em saúde.

Os serviços oferecidos pela Atenção Básica apropriarem-se de conhecimentos, habilidades e técnicas, ou seja, exige saberes e práticas estabelecidas através de uma tecnologia de alta complexidade, e por isso é possível reconhecer a educação em saúde (BRASIL, 2013).

No ensejo do PSF essa prática deve ser desenvolvida por todos os membros, uma vez que todos devem prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, serem comunicadores e educadores em saúde, assim estimulando o autocuidado (ALVES, 2005 *apud* MENDES, 1996; BRASIL, 1997).

O que dificulta a atuação da Educação em Saúde é a permanência, ainda, do modelo hegemônico na rotina dos profissionais da saúde que, verticalmente, preconiza a adoção de comportamentos robóticos e mecanizados, como o parar de fumar, higiene, entre outros. No entanto, desconsideram a possibilidade de que o processo educativo se lida com histórias de vida, crenças, valores, ou seja, com a própria subjetividade de cada sujeito (REIS, 2005).

Essa metodologia não deve se limitar a uma ferramenta de trabalho, mas ser entendida como uma habilidade profissional que busca a orientação familiar, proporcionando informações corretas considerando seu papel sexual, sua história de vida, seus desejos, suas crenças e valores.

Engajando essa temática no contexto da orientação em concepção, educar em saúde tem se tornado uma fonte de esclarecimento e de responsabilidade quando voltamos o olhar para o contexto da procriação, pois o desconhecimento dos fatores negativos pode levar a uma gestação frustrada.

Uma vez que o usuário toma consciência disso, se vê na obrigação em buscar por uma atenção no qual ele espera ser bem recebido e que seja capaz de resolver seus problemas de saúde.

As equipes de saúde das unidades básicas que atuam com Programa Saúde da Família devem estar preparadas para receber um ser complexo que exige do profissional um olhar com empatia. Estimulando a sua autonomia para que ele se sinta seguro de que naquele local sejam superadas suas expectativas.

### **3 MÉTODO**

### **3.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória com caráter de pesquisa bibliográfica. Para Gil (2008, p. 50) “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.”

Esse tipo de pesquisa permite um estudo mais amplo, caracterizando uma vantagem particularmente importante quando comparado aos demais tipos de pesquisas.

### **3.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados iniciou-se pela busca de artigos relacionados com o tema, após seguiu-se com a leitura exploratória dos artigos selecionados para construção do trabalho. Em seguida foi realizada a síntese desses artigos para selecionar e aprofundar os trechos importantes que atendessem a perspectiva acerca do estudo. Por último o registro das informações presentes nas fontes, como os autores, ano, título e as considerações conclusivas no decorrer do estudo.

### **3.4 Análise e Interpretação dos resultados**

Foi realizada uma leitura analítica. Com ela foi possível compreender, ordenar e resumir as informações presentes nas fontes, para que essas sejam usadas para obtenção de respostas ao problema proposto na pesquisa, onde posteriormente foi discutido e analisado os dados a partir do referencial teórico.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

As lutas em prol dos direitos fundamentais obtidos na consolidação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã foram essenciais para alcançar direitos voltados para a saúde da mulher que pudessem ser de forma gratuita e oferecida pela rede pública.

Mas foi em 1994 com o surgimento do Programa Saúde da Família que os

serviços destinados à saúde da mulher apresentaram grandes avanços, pois tal programa defendia as ações de prevenção e promoção da saúde, contribuindo para consolidação do SUS e melhorando sua assistência.

Os serviços oferecidos pela Atenção Básica são inúmeros, o que nos leva a refletir se elas estão realmente sendo desenvolvidas assim como está visível em lei, protocolos e normas. Diante do exposto, o Planejamento Familiar vem passando por diversas mudanças desde a sua regulamentação como lei. Mesmo com a redução das taxas de fecundidade no Brasil nas últimas três décadas e com os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde, ainda são observados altos índices de gestação indesejada no país, sobretudo em condições socioculturais desfavorecidas (VIEIRA, 2010 *apud* BRASIL, 2005).

De acordo com o princípio da equidade disposto na Lei 8080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde, os serviços de saúde pública devem buscar atender os usuários pelo princípio da justiça. Em outras palavras, este princípio não é sinônimo de igualdade. A igualdade estabelece uma relação em que todos são atendidos da mesma forma, já a equidade busca promover a regra em que os menos favorecidos necessitam de mais atenção.

Com isso, é possível perceber que a população marginalizada é a mais afetada por sérios problemas de saúde pública. Um dos motivos é explicado pela baixa escolaridade da maioria dessas pessoas.

Dados do IBGE revelam a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade no Brasil caiu de 7,2% em 2016 para 7,0% em 2017, mas não alcançou o índice de 6,5% estipulado, ainda para 2015, pelo Plano Nacional de Educação.

Mesmo esses dados apresentando aumento no número de pessoas alfabetizadas no ano de 2017 quando comparados ao ano de 2016, ainda não conseguiram concluir a meta estabelecida para o ano de 2015. Esse ocorrido mostra a necessidade de investir cada vez mais em educação básica, para que isso reflita nos índices de educação de nível médio e superior.

É perceptível que o investimento em educação reflete na vida das pessoas especialmente daquelas mais carentes. Ademais, também cabem as equipes de saúde das unidades básicas estimular e fortalecer a participação da Estratégia Saúde na Escola dentro das escolas alojadas nas comunidades. Uma vez que a estratégia auxilia na adesão da educação em saúde nos alunos do ensino fundamental e médio.

A realidade de muitas cidades brasileiras tem revelado o desuso de alguns

programas e políticas públicas em saúde, e o Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo disso. Sabemos que problemas como esses partem desde à gestão federal até a municipal e vice e versa, comprometendo o processo de trabalho quando não posto em prática de forma eficiente ficando incapaz de resolver os problemas de saúde. Situações assim dificultam a capacitação em saúde de usuários, famílias e comunidade.

A comunicação entre paciente e profissional é um método que deve ser desenvolvido a todo o momento, permitindo o acesso a informações inerentes ao processo do cuidar ressaltando a importância da Educação em Saúde nessa etapa.

Na realidade do Planejamento Familiar não é diferente disto. Uma vez que o usuário passa a conhecer as vertentes que estão disponíveis, automaticamente ele irá buscar ajuda. Em outras palavras, é fundamental os profissionais da saúde orientar e aconselhar famílias, casais e usuários sobre os dois tipos de assistência (o reprodutivo e o contracepção) presentes dentro do Planejamento Familiar.

Consequentemente, ao saberem que o Planejamento Familiar vai além da distribuição dos métodos anticoncepcionais, eles se sentirão seguros para buscar ajuda, assistência e a garantia por um serviço gratuito de cuidado preventivo no qual antes desconhecia sua existência.

E isso tem refletido na vida das pessoas, pois muitas delas não têm conhecimento sobre seus direitos quanto cidadão. Tornando fundamental a equipe de saúde capacitar os usuários sobre participação social e direitos do cidadão.

Estratégias como essas devem estar presentes no cotidiano das Unidades Básicas que prestam atendimento de elevada complexidade e baixa densidade. Tornando o papel da educação em saúde indispensável, pois é por meio dela que são desenvolvidas as ações consideradas como foco da atenção primária as de promoção, prevenção e reabilitação.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Planejamento Familiar possui ações que se dividem em duas vertentes opostas. No entanto, ambos visam a saúde e bem estar dos participantes. Como já foi descrito anteriormente o PF se divide em duas assistências, a contracepção e a pré-concepção.

A atenção em PF é mais voltada para a dispersão dos métodos contraceptivos.

Já a assistência em planejamento reprodutivo encontra-se em desuso em muitas unidades atuantes no Brasil. Embora essa assistência exista e seja oferecida por outras unidades de saúde, na maioria das vezes não é solicitada por muitos usuários, pois mulheres e casais que frequentam as consultas de planejamento familiar desconhecem esse tipo de atendimento.

A partir disto constatou-se a necessidade de capacitação em planejamento familiar para os profissionais das unidades básicas de saúde, no que diz respeito à temática de planejamento reprodutivo. Com isso, os profissionais devem estar atentos e saberem compreender a singularidade dos momentos distintos de cada mulher e/ou família, e assim, ajudá-las a concretizar seus objetivos, no que diz respeito ao desejo de ter filhos ou não.

Apesar de existir a política de planejamento familiar voltada a assistência reprodutiva, gestores e as próprias unidades não investem em ações educativas que possibilite capacitar esses profissionais com a finalidade de desenvolver um trabalho eficiente e de qualidade às mulheres que acaba sendo o maior público nesse estudo. Isso dificulta a adesão de uma assistência integral. Todavia vem a acarretar no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, sentimentos de desestímulo ao inserirem essa temática em sua rotina, o que possibilita o desconhecimento e a falta de interesse refletindo assim no atendimento as mulheres, tornando uma barreira de acesso por parte delas a esse serviço e a informação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial** - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 4.ed. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:**

**atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Planejamento familiar**. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. 1.ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**. 4.ed. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. 1.ed. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Planejamento família**. Brasília: MS, 2011.

CAMPOS, C. H; OLIVEIRA, G. C. **Saúde Reprodutiva das Mulheres. Direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação

Ford, 2009. Disponível bem  
[http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/270/CFEMEA\\_saude\\_reprodutiva\\_das\\_mulheres.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/270/CFEMEA_saude_reprodutiva_das_mulheres.pdf?sequence=1). Acesso em: 04 out. 2018.

COELHO, E. A. C. et al. **O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos.** *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v34n1/v34n1a05.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2018.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: **contradições e novos desafios.** [online]. Disponível na Internet: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> (13/09/00).

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher.** Santa Catarina, 21.ed. 128 p, 2010. Disponível em:<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

HEIBORN, M. Luiza; PORTELA, A. Paula; BRANDÃO, E. R; CABRAL, C. S. *Cad. Saúde Pública.* **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Estatísticas Sociais, 2018. Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015.** Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015.html>> Acesso em: 07 ago. 2018.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento Familiar.** Londrina, 1.ed.

jun/2006.

Disponível

em:<[http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/protocolos\\_clinicos\\_saude/3\\_prot\\_mulher\\_planejamento\\_familiar.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/3_prot_mulher_planejamento_familiar.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2018.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Coletiva. Fortaleza. 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MARQUES, M. B. **A atenção materno-infantil como prioridade política.** In: GUIMARÃES, R. Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, GRAAL, 1978. p. 121-46.

NUNES, B. B. S; MENDES, P. C. **Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia-MG.** Uberlândia-MG, 2015. v. 16, n. 53. Disponível em:<<file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/28875-119980-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

PIERRE, L A.. A; CLAPIS, M. J. **Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov/dez. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf)> Acesso em: 06 ago. 2018.

REIS, D. C; GRAZZINELLI, M. F; GRAZZINELLI, A; PENNA, C. M. M. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005. Disponível em:<[http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos\\_para\\_leitura/educacao\\_em\\_saude/Educacao\\_em\\_saude\\_conhecimentos.pdf](http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SANTANA, M. L; CARMAGNANI. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um Enfoque Sobre Seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SILVA, R. M; ARAÚJO K N C; BASTOS L C; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. **Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva.** Fortaleza. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5.pdf>.> Acesso em: 21 ago. 2018.

VIEIRA; S. M. **Planejamento Familiar na estratégia de saúde da família.** Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. TCC – Especialização em atenção básica em saúde da família, 2010.