

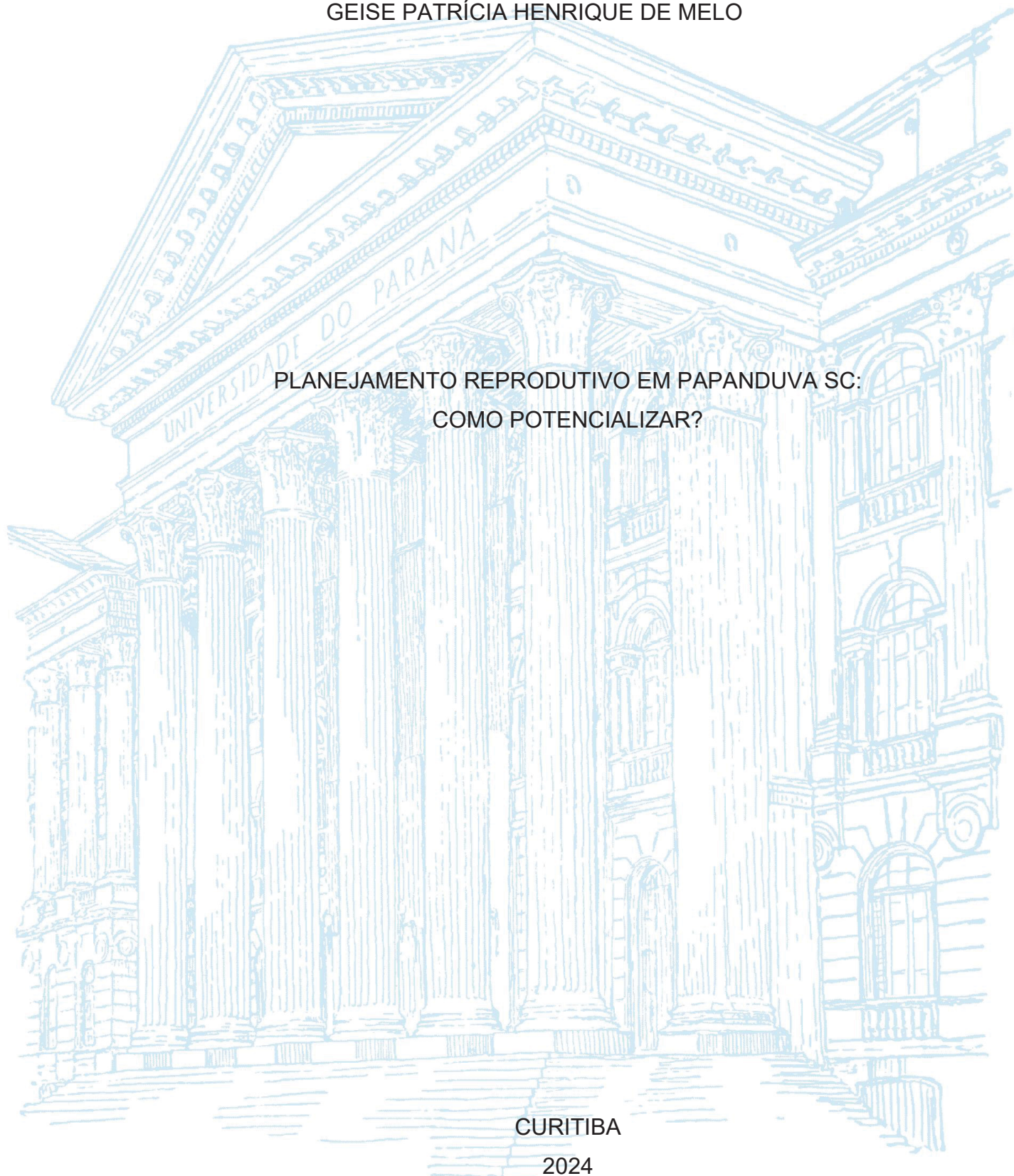
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GEISE PATRÍCIA HENRIQUE DE MELO

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM PAPANDUVA SC:
COMO POTENCIALIZAR?

CURITIBA

2024



GEISE PATRÍCIA HENRIQUE DE MELO

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM PAPANDUVA SC:
COMO POTENCIALIZAR?

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski.

CURITIBA

2024

Universidade Federal do Paraná
Sistema de Bibliotecas
Biblioteca de Ciências da Saúde

Melo, Geise Patrícia Henrique de
Planejamento reprodutivo em Papanduva SC: como potencializar?
[recurso eletrônico] / Geise Patrícia Henrique de Melo. – Curitiba, 2024.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

1. Comportamento reprodutivo. 2. Profissionais da saúde. 3. Atenção
Primária em Saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família (ESF). 5.
Estratégias de saúde nacionais. I. Fidalski, Solena Ziemer Kusma. II.
Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da
Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

ATA Nº07/2024

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

No dia trinta e um de julho de dois mil e vinte e quatro às 15:30 horas, na sala Sala da Pós-Graduação - 3º andar, Setor de Ciências da Saúde - Sala do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **GEISE PATRICIA HENRIQUE DE MELO**, intitulada: **Planejamento Reprodutivo em Papanduva SC: como potencializar?**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUCIANA MARIA MAZON (INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA), DAIANE CRISTINA PAZIN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/PR). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 31 de Julho de 2024.

Assinatura Eletrônica

08/08/2024 14:18:14.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/08/2024 19:42:03.0

LUCIANA MARIA MAZON

Avaliador Externo (INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

26/08/2024 16:21:38.0

DAIANE CRISTINA PAZIN

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/PR)

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GEISE PATRICIA HENRIQUE DE MELO** intitulada: **Planejamento Reprodutivo em Papanduva SC: como potencializar?**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 31 de Julho de 2024.

Assinatura Eletrônica

08/08/2024 14:18:14.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/08/2024 19:42:03.0

LUCIANA MARIA MAZON

Avaliador Externo (INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

26/08/2024 16:21:38.0

DAIANE CRISTINA PAZIN

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/PR)

Dedico este trabalho a Deus, sempre no comando de minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão ao meu esposo e filha pelo apoio incondicional durante o trajeto, a minha orientadora pelos direcionamentos imprescindíveis para o êxito do trabalho, as minhas amigas de equipe que respeitaram minhas ausências, aos demais colegas de trabalho que aceitaram participar da pesquisa, aos meus professores e companheiros de turma pelos ensinamentos e troca de saberes ao longo do curso.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) oferece cuidado contínuo e integral no contexto da saúde da família, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), representando o cenário ideal para o planejamento reprodutivo. O objetivo dessa dissertação foi avaliar as potencialidades e lacunas das ações do Planejamento Reprodutivo na APS, no município de Papanduva – SC, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e avaliativo, de abordagem quali-quantitativa. A amostra foi composta pelos profissionais que atuam nas seis Estratégias de Saúde da Família (ESF) e na Policlínica Municipal, no período de outubro de 2023 a janeiro de 2024. A pesquisa ocorreu por meio de seis rodas de conversas, através do método de entrevista semiestruturada, com questões norteadoras, seguida da aplicação do Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva (QASAR). A análise das rodas de conversa aconteceu por meio da análise temática preconizada por Minayo e as informações geradas pelo QASAR foram avaliadas de maneira descritiva. Participaram da pesquisa um total de cinquenta e dois (52) profissionais de saúde, sendo 48 mulheres (92,3%), com idade média de 40,3 anos, com média de tempo de serviço no SUS de 12,1 anos. As ESF investigadas receberam classificação geral intermediária, pelo QASAR. Quando avaliadas individualmente as dimensões, identificou-se a dimensão estrutural como intermediária em três das ESF e avançada nas outras três das ESF; a dimensão organizacional foi avançada em quatro ESF e intermediária em duas ESF; e a dimensão assistencial foi intermediária em cinco ESF e avançada em somente uma das ESF. Na discussão qualitativa foi possível identificar três tópicos principais: 1) Lacunas existentes no Planejamento Reprodutivo (preconcepção, uso de anticoncepcionais orais e uso de antibióticos), 2) Potencialidades do Planejamento Reprodutivo (integralidade da assistência, mudança da legislação e educação em saúde) e 3) Sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo, em que a equipe como um todo sugere a oferta no SUS de métodos contraceptivos de longa duração. A avaliação do planejamento reprodutivo entre equipes de saúde é essencial para promover a saúde reprodutiva, prevenir gravidezes indesejadas, promover a equidade de gênero, controlar doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos às pessoas. É fundamental que as unidades de saúde estejam estruturalmente adequadas, organizadas e que as equipes de saúde incorporem essa avaliação em suas práticas clínicas e adotem uma abordagem holística e centrada no paciente em relação à saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Planejamento Reprodutivo; Profissionais da Saúde; Atenção Primária em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Avaliação.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) offers continuous and comprehensive care in the context of family health. It is the point of entry into the network for individuals and is an ideal setting for reproductive planning. The aim of this dissertation was to assess the potential and shortcomings of reproductive planning actions in Primary Health Care, in the municipality of Papanduva - SC. This is a descriptive, observational, cross-sectional and evaluative study with a qualitative and quantitative approach. The sample consisted of professionals working in the six Family Health Strategies and the Municipal Polyclinic, from October 2023 to January 2024. The research took place through six rounds of conversations, using a semi-structured interview method with guiding questions, followed by the application of the Reproductive Health Services Assessment Questionnaire (QASAR). The conversations were analyzed using the thematic analysis recommended by Minayo and the information generated by the QASAR was evaluated descriptively. A total of fifty-two (52) health professionals took part in the study, 48 of them women (92.3%) and 4 men (7.7%), with an average age of 40.3 years and an average length of service in the SUS of 12.1 years. The Family Health Teams (ESF) investigated received an intermediate overall rating. When the dimensions were assessed individually, the structural dimension was identified as intermediate in 3 of the ESFs and advanced in 3; the organizational dimension was advanced in 4 ESFs and intermediate in 2 ESFs; and the care dimension was intermediate in 5 ESFs and advanced in only one ESF. In the qualitative discussion, it was possible to identify three main topics: 1) Existing gaps in reproductive planning (preconception, use of oral contraceptives and use of antibiotics), 2) Potentialities of reproductive planning (comprehensive care, changes in legislation and health education) and 3) Suggestions for improving reproductive planning, in which the team as a whole suggests offering long-acting contraceptive methods in the SUS. The evaluation of reproductive planning among health teams is essential for promoting reproductive health, preventing unwanted pregnancies, promoting gender equity, controlling sexually transmitted diseases and improving the quality of health care offered to people. It is essential that health facilities are structurally adequate and organized, and that health teams incorporate this assessment into their clinical practices and adopt a holistic, patient-centered approach to reproductive health.

Keywords: Reproductive Planning; Health Professionals; Primary Health Care; Family Health Strategy; Evaluation.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo as dimensões: estrutural, organizacional e assistencial do território de Papanduva SC (n=6 ESF)	29
TABELA 2 -	Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão estrutural do território de Papanduva SC (n=6 ESF)	33
TABELA 3 -	Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão organizacional do território de Papanduva SC (n=6 ESF)	34
TABELA 4 -	Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão assistencial do território de Papanduva SC (n=6 ESF)	35

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATB	Uso de Antibióticos
CO	Contraceptivos Orais
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PR	Planejamento Reprodutivo
PSE	Programa de Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR	16
2.2	GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL	18
2.3	ASSISTÊNCIA	19
2.4	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	21
3	METODOLOGIA	23
3.1	CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO	23
3.2	AMOSTRA	24
3.3	COLETA DE DADOS	24
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	26
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	28
4.1.1	Avaliação do QASAR na Atenção Primária à Saúde no município de Papanduva – SC	28
4.2	IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES, LACUNAS E SUGESTÕES PARA MELHORA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	36
4.2.1	Lacunas existentes no Planejamento Reprodutivo	36
4.2.2	Preconcepção	36
4.2.3	Potencialidades do Planejamento Reprodutivo	38
4.2.4	Integralidade da Assistência e Mudança da Legislação	38
4.2.5	Educação em Saúde	40
4.2.6	Sugestões para Melhora do Planejamento Reprodutivo	44
4.2.7	Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e Saúde Reprodutiva..	47
4.3	RELATÓRIO TÉCNICO-CONCLUSIVO	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ROTEIRO DE RODA DE CONVERSAS	62
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
	ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA	66
	ANEXO 2 - – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE	71

1 INTRODUÇÃO

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996. Dessa forma, a legislação brasileira garante os direitos sexuais e reprodutivos da população em todos os níveis de atenção, em todos os ciclos vitais, na garantia da atenção integral à saúde (Brasil, 1996).

Conforme Galvão (2007), o planejamento reprodutivo é ofertado por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), toda equipe constituída pelo profissional agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico. É contemplado como porta de entrada com o propósito de ofertar a assistência à saúde de forma integral, defendendo o trabalho em equipe, vinculando os profissionais e incentivando a participação da população (Moura; Silva; Galvão, 2007).

O PR é um elemento primordial na atenção primária à saúde, onde mediante estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos profissionais de saúde, é oportunizada informações as pessoas que buscam tais serviços, preparando-as para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos que melhor se adaptem às suas condições (Zunta; Barreto, 2014).

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, são preconizadas atividades para serem desenvolvidas de forma integrada: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (Brasil, 2013).

Considera-se relevante avaliar as potencialidades e lacunas das ações do Planejamento Reprodutivo na APS, identificando-as e sugerindo estratégias que se adequam a realidade do território, para assim, o planejamento reprodutivo resultar em ações eficazes para a população.

Observa-se no recorte histórico, que os índices de gravidez não planejada apresentam um aumento temporal. Nos anos de 1996 e 2006 a proporção de nascimentos não planejados no Brasil foi de 50% e 46%, respectivamente (Lago, 2006). Em 2014, um estudo de abrangência nacional mostrou que mais da metade das gestações do país ainda ocorrem de forma não planejada (Viellas; Domingues; Dias *et al.*, 2014).

Em um estudo transversal publicado em 2021 com o objetivo de analisar a prevalência e fatores associados à gravidez não planejada no público de 5.110 puérperas apontou 68,1% de prevalência de gravidez não planejada (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021).

Diante dos altos percentuais de gestações não planejadas, mesmo quando há métodos contraceptivos disponíveis, existe a necessidade de problematizar que o fato de informar sobre tipos de métodos, disponibilidade e distribuição, recomendá-los ou mesmo prescrevê-los não significa que se esteja tornando-os parte do cotidiano de muitas mulheres e casais (Brandão; Cabral, 2017).

Os desdobramentos de gestações não planejadas aumentam o risco de morbidade e mortalidade materna e infantil. Mulheres expostas apresentam insatisfação materna, maiores riscos de depressão, estresse, pior nutrição durante a gravidez, instabilidade nas relações familiares, violência física e psicológica, atraso no início do pré-natal, mais complicações obstétricas, aborto e aborto relacionado à morte, especialmente em condições inseguras e em países com leis de aborto restritivas (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021).

Desse modo é relevante refletir que a gravidez não planejada é um indicador chave de saúde pública e é o principal problema global de saúde reprodutiva, causando problemas físicos, econômicos, sociais e psicoemocionais significativos que impactam negativamente as mulheres, parceiros e crianças envolvidas, tanto no ciclo de vida atual quanto no futuro (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021).

Esta condição reforça a necessidade de melhorias na orientação e aconselhamento sobre anticoncepção por parte dos profissionais de saúde (Santos; Matos; Mendes *et al.*, 2019).

Ainda há de se considerar a existência de uma distância considerável entre o que é preconizado nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é, de fato, vivenciado pelos indivíduos em idade reprodutiva nos serviços de saúde pública do país (Borges; Cavallieri; Hoga *et al.*, 2011).

Ao avaliar o planejamento reprodutivo, as equipes de saúde podem identificar oportunidades de melhoria nos serviços prestados, garantindo uma abordagem centrada no paciente, livre de preconceitos e baseada em evidências científicas.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar as potencialidades e lacunas das ações do Planejamento Reprodutivo na APS, no município de Papanduva, SC, Brasil.

Objetivos específicos:

Realizar rodas de conversa com os profissionais da APS;

Avaliar as ações do Planejamento Reprodutivo na Atenção Primária à Saúde, no município de Papanduva, SC, Brasil, por meio do Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva;

Identificar a forma que é tratado o assunto do PR na rotina das unidades de saúde e

Produzir relatório técnico para o gestor das diferentes unidades de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR

O planejamento familiar foi definido no Art. 2º da Lei nº 9.263/1996 como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que visa garantir os direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal, sendo proibida a sua utilização para qualquer tipo de controle demográfico (Brasil, 1996).

Em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, visando assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto na preconcepção quanto para contracepção. O Art. 2º da referida Lei, traz como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que visa garantir os direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal. Esta lei proíbe a utilização das ações de planejamento reprodutivo para qualquer tipo de controle demográfico (Brasil, 1996).

No Art. 9º da referida Lei, 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).

Em publicações ministeriais brasileiras, passou-se adotar o termo Planejamento Reprodutivo (PR) como substituto ao planejamento familiar, em função de ser mais abrangente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (Santos; Matos; Mendes *et al.*, 2019). O PR é um conceito que se aproxima mais das necessidades das pessoas, pois remete aos direitos reprodutivos. Todas as pessoas devem ter direito a fazer sua escolha reprodutiva e de ter acesso a informações qualificadas e seguras, além de ter acesso aos meios e métodos para ter seus objetivos atingidos (Brasil, 2019). Como política pública de saúde, o planejamento reprodutivo requer uma organização dos serviços e dos processos de saúde no desenvolvimento de ações.

O planejamento reprodutivo refere-se ao conjunto de práticas que permitem aos indivíduos e casais controlarem a sua fertilidade de forma informada e segura,

utilizando métodos contraceptivos eficazes e acessíveis. É um componente essencial para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, contribuindo para a prevenção de gravidezes indesejadas (Brandão; Cabral, 2017).

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres (Brasil, 2013).

A atenção em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (Brasil, 2013).

O ideal é que a decisão seja participativa e bilateral para a melhor escolha do método oferecido pelo sistema, conforme disposto no QUADRO 1.

QUADRO 1. Tipos de métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)	
Feminino (ligadura tubária)	
Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS) - Métodos de barreira:	
1.	Diafragma
2.	Preservativo masculino
3.	Preservativo Feminino
4.	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais – Orais	
1.	Combinado (monofásico) – AOC Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
2.	Minipílulas Noretisterona 0,35 mg
3.	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE) Levonorgestrel 0,75 mg
Métodos hormonais – Injetáveis	
1.	Mensais (combinado) Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
2.	Trimestrais (progestágeno) Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

FONTE: Brasil, MS, (2002).

Sobre a esterilização existiram algumas mudanças, a legislação, lançada em 2022, permite que pessoas a partir dos 21 anos de idade possam optar por esses procedimentos, sem necessidade do consentimento do(a) cônjuge. Além disso,

garante que eles sejam cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que haja acesso à informação e orientação sobre métodos anticoncepcionais. (Brasil, 2022).

Diante da reflexão ética dos direitos reprodutivos, há que se considerar o melhor interesse da criança, seu bem-estar, e deveria ter o direito assegurado de nascer em uma família. Sendo assim a reprodução humana deveria estar inserido neste núcleo, pois um filho é sempre uma graça e nunca deveria ser um “acidente”.

A sexualidade não deveria estar dissociada da reprodução, uma vez que a primeira, não responsável poderá resultar em uma gravidez não intencional.

2.2 GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL

Uma gravidez não planejada é caracterizada por uma gestação que não foi intencionalmente planejada pelo casal ou pela mulher. Ela pode ser classificada como indesejada quando não está alinhada com os desejos e expectativas do casal, ou como inoportuna quando ocorre em um momento considerado desfavorável. Ambas as situações estão associadas a diversos problemas que afetam a saúde reprodutiva materna e perinatal. A ocorrência de uma gravidez não planejada impacta significativamente a prestação de cuidados pré-natais, a orientação sobre aleitamento materno, o estado nutricional infantil e as taxas de morbimortalidade materno-infantil. Apesar de ser um tema pouco estudado, a gravidez não planejada está relacionada a um maior risco de ansiedade e depressão, especialmente durante o período pós-parto. (Prietsch; González-Chica; Cesar; Mendoza-Sassi, 2011).

Ainda é necessária educação e maior conscientização sobre a necessidade de métodos contraceptivos confiáveis e eficazes em mulheres jovens, muitas das quais podem não estar cientes de seu próprio potencial de fertilidade. Há uma necessidade urgente de uma mudança de estratégia e abordagem direcionadas para melhorar o conhecimento, a aceitação e o acesso ao PR, bem como o envolvimento do parceiro masculino, para reduzir as gestações indesejadas e suas complicações. (Young *et al.*, 2010).

2.3 ASSISTÊNCIA

Atualmente no Brasil a assistência ao PR é absorvida pela Atenção Primária à Saúde (APS), devendo oferecer por meio de seus profissionais, todos os métodos contraceptivos disponíveis pelo Ministério da Saúde, bem como referenciar para outros níveis de atenção a exemplo das esterilizações (laqueadura tubária e vasectomia).

Para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam garantidos, conforme previstos na Constituição de 1987 (Brasil, 1987), o PR não deve ser negligenciado, e sim uma assistência de qualidade com garantia de insumos.

A capacidade das mulheres de prevenir gravidez indesejada e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) pode ser melhorada por meio de medidas destinadas a dissipar equívocos sobre a elegibilidade e os riscos percebidos de contraceptivos hormonais, aumentar o apoio ao planejamento familiar entre parceiros e famílias, e ressignificar o significado sociocultural do uso do preservativo nas relações sexuais. (Robson; Morris; Andriatsihosena, 2015).

Os profissionais das equipes de saúde da família precisam ter conhecimento técnico para atender a demanda do PR nas unidades, a gestão precisa disponibilizar os métodos para efetivação da assistência. O PR vai além da prescrição de métodos contraceptivos, permeia a educação em saúde e o vínculo estabelecido com os usuários.

O programa de planejamento familiar precisa ser integrado que forneça serviços anticoncepcionais, especialmente os métodos modernos para mulheres durante a preconcepção e o pós-parto, é benéfico para evitar gravidezes indesejadas e seus resultados adversos relacionados (Nausheen, 2018).

Ter uma variedade de métodos anticoncepcionais para escolher e torná-los acessíveis também encorajará as mulheres a fazer escolhas informadas e reduzir a descontinuação do uso de anticoncepcionais, contribuindo para o tamanho de família desejado, melhor aceitação de contraceptivos e por conseguinte diminuir significativamente as gestações indesejadas.

Devido aos altos índices de gravidez não planejada e aborto inseguro em mulheres jovens na América Latina, a contracepção intrauterina, por sua grande eficácia contraceptiva, deveria ser oferecida pelos serviços públicos de saúde de forma mais generalizada. (Lira-Plasencia; Bahamondes; Bahamondes *et al.*, 2014).

Na maioria das vezes focamos o PR na mulher, contudo os homens são membros ativos e figuras que não podem ser excluídas do processo, como mostra o resultado de uma pesquisa que explora o envolvimento masculino antes de uma gravidez não planejada, conforme segue:

Como resultado, os homens frequentemente recorriam a um padrão de controle que colocava o ônus do uso de anticoncepcionais nas mulheres e as culpavam quando engravidavam, sem considerar seu próprio papel na prevenção da gravidez. Sugerimos que as políticas e intervenções de planejamento familiar envolvam os homens e enfrentem as barreiras à sua participação na saúde reprodutiva. (McLean; Thulin, 2022).

Segundo resultado do estudo de Micks e colaboradores (2018), seus achados chamam a atenção para a importância em aliar as estratégias para integrar os serviços de planejamento familiar aos programas de DST de base populacional. Ainda outro estudo revelou que uma parte substancial das mulheres que não está tentando engravidar não está usando um método contraceptivo eficaz, mostrando que temos muito trabalho a fazer com o público em idade reprodutiva. (Micks; Dourado; Barbee, 2018).

É prerrogativa do profissional enfermeiro, conforme enunciado na “Lei de Exercício Profissional” (Lei 7.498), de 25 de julho de 1986, regulamentada pelo Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987 (Brasil, 1987). No aspecto privativo de sua atuação e como integrante da equipe de saúde, a referida Lei determina como competência do enfermeiro: “realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição”, (Brasil, 1987), incluindo o PR respeitando os princípios bioéticos necessários.

O PR é um dos programas que merece atenção diferenciada dentro da atenção básica, deve ser tratado com dignidade, bioética, seriedade e respeito, a abordagem da temática deve fazer parte da atividade diária dos profissionais, dada a importância que representa para a sociedade como um todo, pois através do planejamento reprodutivo nossas crianças terão menos probabilidade de sofrerem violência ou terem quaisquer de seus direitos negligenciados ou violados. O desenvolvimento afetivo, social e físico das crianças de pouca idade tem um impacto direto em seu desenvolvimento e na pessoa adulta que se tornarão. Contribuindo para uma sociedade segura, regida pelo princípio permanente da justiça, governada por homens virtuosos, capazes de conhecer o bem, a verdade e a beleza.

Segundo Trindade; Siqueira; Paula; Felisbino-Mendes, (2021), entre os fatores que interferem na eficácia de um contraceptivo estão: idade do usuário, renda, experiência no uso de contraceptivo, cultura, desejo de prevenir temporariamente ou definitivamente. A orientação e o seguimento adequados do serviço médico também podem exercer influência para uma melhor eficácia do uso.

Vieira (2003) ressalta que a medicalização e a privatização caracterizam a situação do planejamento familiar no Brasil, com a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a esterilização cirúrgica e a pílula.

O cotidiano dos serviços é matéria-prima para a construção de processos formativos, pois, nesse papel de cuidar e gerir, compreende-se a multiplicidade que constitui e potencializa os movimentos de mudanças. Para produzir mudanças, é fundamental o diálogo com as práticas e as concepções vigentes, problematizando-as e construindo novos pactos de convivência e novas práticas. (Ceccin, 2005).

2.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Esta pressuposição, entretanto, não deve ignorar a inexistência de um vínculo causal, obrigatório, entre os três componentes (estrutura, processo e resultados). Interessam, em especial, os resultados produzidos sobre a saúde da população-alvo, mas é fundamental poder atribuir esses resultados ao processo de assistência. O conhecimento do processo de atenção à saúde ganha importância sempre que o estabelecimento de elos causais entre seus elementos e os resultados, favoráveis, ou desfavoráveis, seja possível, com base em evidência científica. (Portela, 2000).

São exemplos de indicadores de qualidade em saúde: o número de profissionais de saúde a atender uma população; as condições de armazenamento de medicamentos em uma farmácia; o percentual de prescrições realizadas em um serviço de saúde e atendidas pela farmácia do próprio serviço; a sensibilidade (probabilidade do exame diagnosticar a doença se o indivíduo tem a doença) e a especificidade (probabilidade do exame ser negativo se o indivíduo não tem a doença) de um exame diagnóstico (Eddy, 1992); a taxa de infecção hospitalar em

um hospital; e a existência de um sistema de referência e contrarreferência de pacientes dentro de uma rede de serviços de saúde. Um outro conceito de grande importância na Avaliação em Saúde é o de padrão. Esse conceito se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador (Donabedian, 1990; Reis, 1995).

A avaliação da assistência do PR tem como intuito identificar as possíveis lacunas existentes e melhorar o atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde referente a temática ou em outros campos que poderão convergir para esta.

Na revisão da literatura foram identificados dois modelos de avaliação: 1. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Reporting Checklist II (AGREE II) e 2. Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva (QASAR).

O AGREE II é uma ferramenta genérica destinada para avaliar a qualidade das orientações de práticas clínicas. Seu objetivo é fazer recomendações explícitas com a intenção de influenciar na atuação da equipe de saúde. (AGREE, 2003)

O QASAR foi desenvolvido e validado por Elizabeth Eriko Ishida Nagahama na Universidade Estadual de Maringá em 2009 (Nagahama, 2009). Esse instrumento contempla todos os profissionais que atuam na assistência ao PR e tem como proposta avaliar programas de saúde reprodutiva, aplicável aos processos de planejamento e gestão dos serviços de saúde, tendo em vista a complexidade da produção dessas ações que fazem parte do cotidiano dos profissionais da APS. Além de avaliar o programa de saúde reprodutiva, o mesmo proporciona visão detalhada e integral do grau de implantação do programa de PR, permitindo identificar as dificuldades e aspectos facilitadores para implantação e manutenção do programa, reveladas nas dimensões e subdimensões.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e avaliativo com abordagem quali-quantitativa.

3.1 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

O local da pesquisa foram as Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Papanduva – SC, no período de outubro de 2023 a janeiro de 2024.

O município de Papanduva fica situada no Planalto Norte Catarinense, 437,3km de distância da Capital, Florianópolis, sendo acessada pela BR 280 e 101. Cidade jovem, fundada em 11 de abril de 1954, apresenta uma grande diversidade étnica entre seus quase 20 mil habitantes. A terra foi palco da Guerra do Contestado, no início do século XX e rota dos tropeiros que percorriam a região Sul levando o gado do Rio Grande do Sul até São Paulo. Os primeiros colonizadores de Papanduva que se tem registro foram portugueses, alemães, poloneses, ucranianos e caboclos. As diferentes associações culturais e grupos folclóricos revivem as tradições dos pioneiros através da música, da dança e da gastronomia. Segundo dados do último censo (IBGE, 2022), o município dispõe de uma área territorial de 747,862km², densidade demográfica de 25,04hab/km². O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,70 que representa um desenvolvimento médio. A economia é movida, pela Indústria (madeira em sua maioria), agricultura, comércio, serviço e construção, respectivamente.

No seguimento saúde, o município apresenta um Hospital filantrópico, seis Unidades ESF, uma Unidade Básica de Saúde, uma Policlínica Municipal e um Centro de Atenção Psicossocial, com cobertura de 100% de ESF. Atualmente o município dispõe de 71 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de saúde bucal e enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes de estratégia de saúde da família.

3.2 AMOSTRA

O tipo da amostra utilizada foi por conveniência. Foram convidados a participarem do estudo 71 profissionais de saúde de nível médio e superior, que atuam nas seis ESF's do município. O convite foi enviado por e-mail, identificando os objetivos do projeto, bem como sua justificativa. Dos 71 profissionais convidados 52 aceitaram participar, sendo eles: enfermeiros(as), técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, dentistas, médicos(as), agentes comunitários de saúde, psicóloga e assistente social, com idade acima de 18 anos, ambos os sexos, todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme APÊNDICE 2.

Foram excluídos os profissionais afastados do ambiente de trabalho por motivo de férias ou afastamento de saúde, ou que não aceitaram participar da pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS

Inicialmente a pesquisadora efetuou contato com os coordenadores de cada uma das unidades de saúde da cidade para identificar o melhor dia e horário para o desenvolvimento da pesquisa, sendo em todas oportunizada as reuniões de equipes mensais. Foram convidados a participar todos os profissionais das unidades de saúde, ao final participaram do estudo um total de 52 profissionais, os quais atuam diretamente no Planejamento Reprodutivo,

A pesquisa aconteceu nos locais de trabalho das equipes participantes, a fim de evitar deslocamentos, com duração de uma hora e meia no máximo. Dias (2000) sugere que o local seja adequado para promover maior interação entre os participantes, e ainda a disposição das cadeiras seja em círculo ou em volta de uma mesa.

Foram realizadas seis rodas de conversa, conduzidas pela pesquisadora e mediadas por um roteiro semiestruturado composto por 5 (cinco) perguntas norteadoras, a respeito da forma que é tratado o assunto do PR na rotina das unidades de saúde, bem como da identificação das suas potencialidades e lacunas existentes, além de alguns dados de variáveis sociodemográficas e profissionais daqueles que participarem da pesquisa (sexo biológico, idade, data de nascimento,

estado civil, escolaridade, ocupação, tempo de trabalho no SUS, tempo de trabalho na atual instituição), conforme APÊNDICE 1. As rodas de conversa foram gravadas para posterior transcrição.

Na sequência, os profissionais foram convidados a responderem ao instrumento avaliativo. O instrumento aplicado foi o Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva (QASAR), validado por Nagahama (2009). Trata-se de um instrumento composto por 3 dimensões, cada uma delas com indicadores avaliativos. (ANEXO 1)

A Dimensão 1 - Dimensão Estrutural, totalizando 49 indicadores divididos em cinco subdimensões:

- 1.) área física da unidade de saúde (oito indicadores);
- 2.) equipamentos e materiais (21 indicadores);
- 3.) insumos contraceptivos (nove indicadores);
- 4.) recursos humanos (cinco indicadores);
- 5.) materiais educativos (seis indicadores).

A pontuação de cada indicador varia entre um a quatro pontos, ao final a somatória máxima dos pontos é 100. A classificação da Dimensão 1 é a seguinte: 0 a 33 pontos – indica que essa dimensão é Incipiente, de 34 a 66 pontos indica classificação Intermediária e 67 a 100 indica classificação Avançada.

A Dimensão 2 - Dimensão Organizacional, totalizando 13 indicadores – divididos em 4 subdimensões:

- 1.) sistema de referência – contrarreferência (três indicadores);
- 2.) instrumento de registro das atividades (quatro indicadores);
- 3.) instrumento de avaliação do programa (três indicadores);
- 4.) protocolo de planejamento familiar (três indicadores).

Ao final a somatória máxima dos pontos é 100. A classificação da Dimensão 2 é a seguinte: 0 a 33 pontos – indica que essa dimensão é Incipiente, de 34 a 66 pontos indica classificação Intermediária e 67 a 100 indica classificação Avançada.

A Dimensão 3 - Dimensão Assistencial, totalizando 24 indicadores – divididos em 8 subdimensões:

- 1.) A divulgação da assistência em planejamento familiar (três indicadores);
- 2.) Grupos educativos (três indicadores);

3.) Atendimento realizado pelo técnico/auxiliar de enfermagem (três indicadores);

4.) Atendimento realizado pelo agente comunitário de saúde (três indicadores);

5.) Consulta médica (três indicadores);

6.) Consulta de enfermagem (três indicadores);

7.) Atuação da Psicóloga (três indicadores);

8.) Atuação do Assistente Social (três indicadores).

Ao final a somatória máxima dos pontos é 200. A classificação da Dimensão 3 é a seguinte: 0 a 66 pontos – indica que essa dimensão é Incipiente, de 67 a 132 pontos indica classificação Intermediária e 133 a 200 indica classificação Avançada.

Ao final da aplicação do instrumento as três dimensões são somadas, a classificação do grau de Implantação do Planejamento Reprodutivo na unidade de saúde, tem um máximo de 400 pontos. A classificação final fica da seguinte forma: 0 a 132 pontos indica Implantação Incipiente, de 133 a 264 pontos indica Implantação Intermediária e 265 a 400 pontos indica Implantação Avançada.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos do instrumento QASAR foram organizados e armazenados em Planilhas do Programa Microsoft Excel para análise descritiva. Os cálculos foram realizados conforme Matriz Avaliativa do QASAR. Cada unidade de saúde ESF estudada foi codificada (ESF1, ESF 2 e assim por diante) para manter a confidencialidade de sua identidade.

Os dados qualitativos foram transcritos e analisados. A transcrição das gravações das rodas de conversa foi realizada pela pesquisadora principal e analisadas por meio da análise temática proposta por Minayo; Deslandes; Gomes (2020), por meio de três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados.

A pré-análise diz respeito ao momento em que o pesquisador formula as questões de pesquisa e as hipóteses de trabalho. Na etapa de exploração do material, foi o momento da avaliação das falas e identificação dos temas de análise. E por último, o tratamento dos dados, onde ocorreram as inferências e

interpretações, sendo o momento de o pesquisador confrontar os resultados encontrados com a literatura utilizada, discutindo como os resultados observados se relacionam com o objetivo da pesquisa.

A análise focou em tópicos pertinentes a temática do estudo, direcionando para as potencialidades, fragilidades e sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados após a apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (parecer CAAE: 72250623.1.0000.0102 – ANEXO 2). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participando por conveniência e interesses voluntários, conforme preconizam as Resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016).

A participação na roda de conversa foi voluntária. Embora a etapa seja vital para o alcance dos objetivos do estudo, os participantes foram esclarecidos de que não estariam condicionados a participarem desta. Inclusive os participantes poderiam desistir/retirar seu consentimento a qualquer momento, conforme preconizado Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 (Brasil, 2012; 2016).

A pesquisadora comprometeu-se com a manutenção da confidencialidade e sigilo da identidade dos participantes, considerando o dever ético e civil de sigilo sobre o estado de saúde destes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados da seguinte forma: 1. Descrição da amostra; 2. Avaliação do QASAR na Atenção Primária à Saúde, no município de Papanduva – SC e 3. Identificação das potencialidades, lacunas e sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo.

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram da pesquisa cinquenta e dois (52) profissionais de saúde. O perfil dos profissionais foi composto de 92,3% mulheres e 7,7% de homens, com idade média de 40,3 anos (mínimo de 23 anos e máximo de 62 anos), tempo de atuação no SUS entre oito meses e 25 anos e na atual instituição compreendeu o mínimo de oito meses e máximo de 23 anos.

No que se refere à formação e à capacitação profissional, 30,8% apresentavam ensino médio completo, 30,8% ensino técnico, 13,5% ensino superior completo e 25,0% pós-graduação.

Por categoria profissional os agentes comunitários de saúde representaram a maioria da amostra compreendendo 63,5%, seguidos dos(as) enfermeiros(as) 11,5%, técnico(a) de enfermagem 9,6%, médicos(as) 7,7%, técnicos(as) em saúde bucal 3,8% e assistente social e psicóloga, ambas 1,9%.

4.1.1 Avaliação do QASAR na Atenção Primária à Saúde, no Município de Papanduva – SC

A pontuação da classificação geral quanto à qualidade do Planejamento Reprodutivo das Estratégias de Saúde da Família estudadas é determinada pela somatória dos scores obtidos nas dimensões do instrumento QASAR.

Ao aplicar o instrumento de avaliação dos Serviços de Saúde Reprodutiva nas unidades ESF no município de Papanduva SC, identificou-se uma avaliação geral “intermediária”, embora algumas ESFs se destacam positivamente. As dimensões organizacional e estrutural apresentam uma tendência a pontuações

mais elevadas, especialmente a organizacional, com quatro ESF (66,7%) que possui uma classificação avançada, conforme apresenta a TABELA 1.

TABELA 1 – Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo as dimensões: estrutural, organizacional e assistencial do território de Papanduva SC (n=6 ESF)

ESF	Dimensão Estrutural	Dimensão Organizacional	Dimensão Assistencial	Classificação QA SAR
ESF 1	72 (avançado)	70 (avançado)	130 (intermediário)	272 (avançado)
ESF 2	69 (avançado)	60 (intermediário)	115 (intermediário)	244 (intermediário)
ESF 3	52 (intermediário)	70 (avançado)	85 (intermediário)	205 (intermediário)
ESF 4	63 (intermediário)	60 (intermediário)	110 (intermediário)	223 (intermediário)
ESF 5	49 (intermediário)	70 (avançado)	155 (avançado)	274 (avançado)
ESF 6	78 (avançado)	80 (avançado)	120 (intermediário)	278 (avançado)
Índice Papanduva SC	63,83 (intermediário)	68,33 (avançado)	119,16 (intermediário)	249,33 (intermediário)

FONTE: A autora, (2024).

Quando o planejamento reprodutivo é considerado intermediário, conforme observado, significa que o serviço está em um estágio de desenvolvimento entre os limites. Ele superou os desafios da fase inicial, mas ainda não atingiu o nível de alta qualidade encontrado na fase avançada. Um estudo realizado na cidade de Montes Claros, MG identificou um resultado similar, classificação intermediária. (Fiuza; Rocha; Carneiro *et al.*, 2015).

Quando avaliada cada dimensão do instrumento QASAR de maneira mais detalhada, identifica-se que na dimensão estrutural, a categoria dos materiais educativos é o ponto mais fraco. Entre as seis ESFs classificadas, quatro possuem pontuações incipientes, exceto a ESF 1 (pontuação 7 - avançado) e a ESF 6 (pontuação 4 - intermediário), conforme apresenta a TABELA 2. A falta de materiais educativos compromete a qualidade do planejamento reprodutivo, pois esses materiais são cruciais para a educação e sensibilização dos pacientes.

Na literatura há relatos semelhantes em outras regiões do país, corroborando com a avaliação evidenciada na pesquisa, conforme segue:

Melo; Santos e Trezza (2005), em investigação descritiva e qualitativa com profissionais de nível superior da ESF de São Sebastião (Alagoas), com o objetivo de verificar o entendimento destes sobre a educação em saúde, encontraram, como resultados, a denúncia de escassez de recursos didático-pedagógicos, como cartazes e audiovisuais, causando limitação no fazer educativo, à semelhança do percebido nesta investigação.

Pereira e Cervo (2006), em pesquisa qualitativa realizada em Feira de Santana (Bahia), que objetivou analisar a prática educativa de enfermeiros de unidades básicas de saúde, verificaram a carência ou total ausência de recursos materiais para fins didáticos. No citado estudo de Jesus e colaboradores (2008), também foi relatada a falta de investimentos em recursos materiais como barreira para o fazer educativo, limitando-se o desenvolvimento de ideias e estratégias dos profissionais.

Quando avaliada a dimensão organizacional (TABELA 3), identificou-se que o município de Papanduva SC apresenta um índice avançado no geral. Em relação ao quesito “sistema de referência e contrarreferência para contracepção cirúrgica definitiva”, todas as ESF estão avançadas, o que pode indicar ascensão no processo organizativo do planejamento reprodutivo na rede.

Backes; Carpes; Piovesan *et al.*, (2014) afirma que para proporcionar uma atenção integral a saúde num sistema regionalizado e hierarquizado deve haver um sistema de referência e contrarreferência regular e livre de falhas em toda a rede.

O fortalecimento deste sistema, deve-se também ao fato do aumento significativo na procura e conseqüentemente nos encaminhamentos de homens e mulheres para realização da esterilização, confirmado pelos canais de comunicação do estado:

Segundo noticiado na mídia, o primeiro ano de implantação da nova Lei da Laqueadura e Vasectomia conquistou avanços nos direitos de mulheres e homens que desejam realizar os procedimentos. (Santa Catarina, 2024).

No quesito “protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde” somente uma das ESF está incipiente, todas as outras estão avançadas. O desenvolvimento de um protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde é de extrema importância para garantir a padronização, a qualidade, a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde reprodutiva oferecidos nas unidades de saúde.

É importante que esse protocolo seja revisado e atualizado periodicamente, levando em consideração as necessidades e os direitos reprodutivos das pessoas atendidas, bem como as melhores práticas de saúde pública e medicina baseada em evidências. (Brabo; Silva; Maciel, 2019; Brasil, 2016).

O uso de protocolos assistenciais tem contribuído para a realização da consulta de enfermagem e para a efetivação da integralidade do cuidado proposta

pelo SUS. No entanto, para que tenham significado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, esses devem ser discutidos, problematizados e adequados às necessidades da população e ao processo de trabalho das equipes. (Salvador *et al.*, 2015)

Ainda sobre a dimensão organizacional nas subdimensões “instrumentos de avaliação do programa de planejamento familiar” duas delas estão avançadas, duas intermediárias e duas incipientes.

Segundo Nagahama (2009) é indispensável a avaliação do serviço com base nos indicadores de cobertura, número de faltosos, taxa de gravidez e sua aplicação deve observar a gestão dos problemas e intervir na busca pela qualidade.

E por fim, com relação aos “instrumentos de registro das atividades de planejamento familiar” somente uma ESF está avançada, enquanto todas as outras estão incipientes.

Todas as unidades dispõem do Prontuário Eletrônico do Cidadão (Esus - PEC) que permite o registro dos atendimentos realizados a todos os usuários individualmente, assim como encaminhamentos, solicitações de exames e participações em atividades coletivas. As equipes de saúde são essenciais no desenvolvimento e operacionalização do prontuário por ter participação ativa nos registros destas informações (Lahn; Carvalho, 2015).

O registro adequado em relação ao perfil epidemiológico da gravidez não planejada ou na adolescência é fundamental para entender a realidade dessas situações e para embasar a elaboração de políticas e estratégias de prevenção e intervenção, ainda é possível identificar os principais fatores de risco que contribuem para a ocorrência de gravidezes não planejadas ou na adolescência, como falta de acesso a informações sobre contracepção, baixa escolaridade, violência sexual, entre outros. Com dados epidemiológicos precisos, as autoridades de saúde podem planejar e implementar ações preventivas direcionadas para reduzir a incidência de gravidezes não planejadas ou na adolescência, como programas de educação sexual nas escolas, distribuição de métodos contraceptivos e campanhas de conscientização.

Além disso, o registro adequado, com informações detalhadas, permite avaliar a eficácia das intervenções e políticas implementadas para prevenir a gravidez não planejada ou na adolescência, identificando o impacto das medidas adotadas e

possibilitando ajustes e melhorias contínuas. (Robson; Morris; Andriatsihosena, 2015). Todas as informações detalhas encontram-se na TABELA 3.

Quando avaliada a dimensão assistencial, foi possível verificar que o item com melhor pontuação foi a “divulgação da assistência em planejamento familiar”, cinco ESF apresentam avaliação avançada, em contrapartida o que apresentou uma menor pontuação foi a avaliação dos “grupos educativos sobre planejamento reprodutivo”, somente uma ESF apresenta no estágio intermediário de implementação, todas as outras ainda estão incipientes.

No que se refere a divulgação os agentes comunitários de saúde, por representarem um elo de ligação com a comunidade, são profissionais imprescindíveis para o sucesso do processo de divulgação. Segundo Bezerra; Almeida; Passos *et al.*, (2018), as intervenções dos agentes comunitários de saúde devem ser desenvolvidas e direcionadas ao núcleo familiar, contribuindo para que as ações da Atenção Básica sejam executadas com efetiva mudança na reorganização dos serviços de saúde da comunidade. Assim, a organização do processo de trabalho a ser desempenhado no planejamento reprodutivo é de grande relevância. As informações detalhadas encontram-se na TABELA 4.

De acordo com Darroch; Woog; Bankole; Ashford (2016), o planejamento familiar é controlar a fertilidade através do uso de métodos contraceptivos e da educação sexual, permitindo aos indivíduos e casais fazer escolhas informadas sobre o tamanho da família e o espaçamento entre os filhos. É uma prática essencial para a saúde pública e os direitos reprodutivos. (Darroch; Woog; Bankole; Ashford (2016). Destaca-se ainda, que os grupos educativos para reprodução familiar consciente desempenham um papel fundamental na promoção da saúde reprodutiva, na prevenção de gravidezes não planejadas e na promoção do bem-estar das pessoas. É essencial investir nesses espaços de educação e apoio para garantir que todos tenham acesso à informação, fortalecendo a autonomia e o empoderamento em relação às suas escolhas, e suporte necessários para uma reprodução consciente e saudável. A educação em saúde como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo,

ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. (Ceccim, 2005).

Sob o ponto de vista dos participantes na avaliação da dimensão assistencial pode ser verificado que a maioria das equipes avaliaram como nível de qualidade intermediária a consulta médica e de enfermagem, o atendimento do agente comunitário de saúde e do técnico de enfermagem, bem como do profissional psicólogo. O atendimento do assistente social foi avaliado como avançado.

O psicólogo e assistente social integram os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e participam do planejamento reprodutivo de forma contínua atuando principalmente na avaliação e definição do processo para realização métodos irreversíveis. (Marcolino, 2014).

No Brasil, o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional da APS possui atribuições gerenciais, assistenciais e educativas, tendo a Consulta de Enfermagem como atividade principal para dar respostas à complexidade das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades. (Krauzer; Adamy; Ascari *et al.*, 2015).

TABELA 2 – Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão estrutural do território de Papanduva SC (n=6 ESF)

ESF	Área Física	Equipamentos e Materiais	Insumos Contraceptivos	Recursos Humanos	Materiais Educativos
ESF 1	11(avançado)	21 (avançado)	18 (avançado)	15(intermediário)	7 (avançado)
ESF 2	13(avançado)	18 (avançado)	22 (avançado)	9 (incipiente)	0 (incipiente)
ESF 3	5 (incipiente)	20 (avançado)	15(intermediário)	12(intermediário)	0 (incipiente)
ESF 4	12(avançado)	18 (avançado)	18 (avançado)	15(intermediário)	0 (incipiente)
ESF 5	12(avançado)	19 (avançado)	15 (avançado)	18(intermediário)	0 (incipiente)
ESF 6	14(avançado)	20 (avançado)	22 (avançado)	18(intermediário)	4(intermediário)
Índice	11,16	19,33	18,33	14,5	1,83
Papanduva SC	(avançado)	(avançado)	(intermediário)	(intermediário)	(incipiente)

FONTE: A autora, (2024).

TABELA 3 – Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão organizacional do território de Papanduva SC (n=6 ESF)

ESF	Sistema de referência e contrarreferência para contracepção cirúrgica definitiva (laqueadura/vasectomia)	Instrumentos de registro das atividades de planejamento familiar	Instrumentos de avaliação do programa de planejamento familiar	Protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde
ESF 1	20 (avançado)	10 (incipiente)	10 (intermediário)	30 (avançado)
ESF 2	20 (avançado)	10 (incipiente)	0 (incipiente)	30 (avançado)
ESF 3	20 (avançado)	30 (avançado)	20 (avançado)	0 (incipiente)
ESF 4	20 (avançado)	10 (incipiente)	0 (incipiente)	30 (avançado)
ESF 5	20 (avançado)	10 (incipiente)	10 (intermediário)	30 (avançado)
ESF 6	20 (avançado)	10 (incipiente)	20 (avançado)	30 (avançado)
Índice Papanduva SC	20 (avançado)	13,33 (incipiente)	10 (intermediário)	25 (avançado)

FONTE: A autora, (2024).

TABELA 4 – Classificação da qualidade do planejamento reprodutivo segundo a dimensão assistencial do território de Papanduva SC (n=6 ESF)

ESF	Divulgação da assistência em planejamento familiar	Grupos educativos sobre planejamento reprodutivo	Atendimento em planejamento familiar realizado pelo técnico / auxiliar de enfermagem	Atendimento de planejamento familiar realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS)	Consulta médica de planejamento familiar	Consulta de enfermagem no planejamento familiar	Atuação da psicóloga no planejamento familiar	Atuação da assistência social no planejamento familiar
ESF 1	20(avançado)	10(intermediário)	15(avançado)	15 (avançado)	35 (avançado)	35(avançado)	0(incipiente)	0(incipiente)
ESF 2	20(avançado)	0 (incipiente)	0 (incipiente)	15 (avançado)	20(intermediário)	20(intermediário)	15(intermediário)	25(avançado)
ESF 3	10(intermediário)	0 (incipiente)	10(intermediário)	10(intermediário)	20(intermediário)	20(intermediário)	15(intermediário)	0(incipiente)
ESF 4	20(avançado)	0 (incipiente)	0 (incipiente)	10(intermediário)	20(intermediário)	20(intermediário)	15(intermediário)	25(avançado)
ESF 5	20(avançado)	0 (incipiente)	10(intermediário)	15 (avançado)	35 (avançado)	35(avançado)	15(intermediário)	25(avançado)
ESF 6	20(avançado)	0 (incipiente)	10(intermediário)	10(intermediário)	20(intermediário)	20(intermediário)	15(intermediário)	25(avançado)
Índice Papanduva SC	18,33 (avançado)	1,66 (incipiente)	7,5 (intermediário)	12,5 (intermediário)	25 (intermediário)	25 (intermediário)	12,5 (intermediário)	16,66 (avançado)

FONTE: A autora, (2024).

4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES, LACUNAS E SUGESTÕES PARA MELHORA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Após minuciosa transcrição e releituras dos produtos das rodas de conversa, ocorreu a análise vertical dos dados, que consiste na avaliação da fala coletiva dos profissionais. Na sequência, foi realizada a análise horizontal do material, por meio da identificação de elementos comuns em falas de diferentes participantes. A partir disso, foi possível identificar três tópicos principais relacionados a temática do planejamento reprodutivo: 1) Lacunas existentes no Planejamento Reprodutivo, 2) Potencialidades do Planejamento Reprodutivo e 3) Sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo.

4.2.1 Lacunas existentes no Planejamento Reprodutivo

A seguir serão pautadas as lacunas identificadas pelos profissionais de saúde na roda de conversa, são elas: concepção e contraceptivos orais e uso de antibióticos.

4.2.2 Concepção

Uma das lacunas identificadas na roda de conversa pelos profissionais de saúde foi a “concepção”. De acordo com o Protocolo da Atenção Básica: saúde das mulheres (2016), com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o(a) enfermeiro(a) na consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento de concepção, seja através de apoio emocional ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina. (Brasil, 2016; Pierre; Clapis, 2010).

Sendo assim, faz parte da rotina de trabalho das equipes oferecer a concepção às usuárias que procuram os serviços de saúde além da rotina supracitada, a imunização também é um dos pontos a serem avaliados e se necessário encaminhada para regularização em concordância com o calendário

nacional. Contudo observou-se nas rodas de conversa que a referida assistência não é divulgada de forma efetiva, conforme as falas evidenciadas a seguir:

ESF 1: pouca divulgação das consultas de concepção.

ESF 5: Desinformação sobre a temática, por parte de uma categoria da equipe (Agentes Comunitários de Saúde - ACS) e a distância geográfica da unidade.

Contraceptivos orais (CO) e uso de antibióticos (ATB).

Os contraceptivos orais constituem a mais eficiente forma de contracepção reversível, sendo utilizados por cerca de 70 milhões de mulheres em todo o mundo. Geralmente, são constituídos por uma associação de estrógenos e progesterona sintéticos, os quais inibem a ovulação, pela supressão dos hormônios folículo-estimulante e luteinizante. Também aumentam a viscosidade do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozóides e causam atrofia endometrial, reduzindo a probabilidade de implantação (Correa et al., 1998). A eficiência dos CO depende da manutenção de níveis plasmáticos regulares de estrógeno e progesterona. Existem fatores que alteram estes níveis, diminuindo a eficácia contraceptiva.

Uma importante interação envolve o uso concomitante de antimicrobianos - ATB e contraceptivos orais, podendo resultar em perda da eficácia contraceptiva e gravidez inesperada. De acordo com Santos e colaboradores (2006), desde 1961, houve tendência em diminuir os níveis de estrógenos nas formulações, diminuindo acentuadamente os efeitos adversos, permitindo um método seguro e conveniente para as mulheres. Diante deste, segundo pesquisadores existe a possibilidade de ocorrer diminuição no efeito contraceptivo quando do uso concomitante ao ATB. (Santos; Loyola; Moraes; Lopes, 2006).

Embora estudos farmacocinéticos não tenham apoiado a perda da eficácia, alguns autores postularam a existência de um subgrupo de mulheres com risco mais elevado de falha contraceptiva; por não ser possível identificá-las e pelas sérias consequências de uma gravidez não desejada, uma advertência para uso de outro método é aconselhada. (Correa; Andrade; Ranali, 1998).

O primeiro CO lançado no mercado, o Enovid® continha 150 µg de estrógeno e 10 mg de progesterona (Santos; Loyola; Moraes; Lopes, 2006).

Os níveis plasmáticos destes esteroides eram altos o bastante para manter um nível contraceptivo eficaz, mesmo na presença de antimicrobianos. Para minimizar os efeitos colaterais produzidos por estas medicações, especialmente os

cardiovasculares, as dosagens hormonais foram reduzidas para concentrações em torno de 30 µg de estrógeno e 1 mg de progesterona. Sob circunstâncias normais, estas concentrações são bastante efetivas. Porém, na presença de antimicrobianos, os níveis hormonais, já reduzidos, podem cair ainda mais, comprometendo a eficácia dos CO. (Correa; Andrade; Ranali, 1998).

Embora o mecanismo de interação entre antimicrobianos e CO não esteja ainda comprovado, existem evidências suficientes que demonstram que a interação existe, podendo resultar em perda da eficácia contraceptiva. A ausência de orientação por parte dos profissionais, quanto a interação do uso de ATB e CO, e uma possível gestação não planejada, foi citada como uma das fragilidades:

ESF 3: Pouca orientação em relação ao uso de antibiótico e anticoncepcional.

ESF 6: Achar que por conta do excesso de informação que se tem disponível, o óbvio não precisa ser dito/abordado.

4.2.3 Potencialidades do Planejamento Reprodutivo

Os profissionais de saúde identificaram algumas potencialidades no sistema do Planejamento Reprodutivo em Papanduava SC, são elas: integralidade da assistência e mudança da legislação e educação em saúde.

4.2.4 Integralidade da Assistência e mudança da Legislação

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. (Machado; Monteiro; Queiroz *et al.*, 2007).

As atividades clínicas devem ser realizadas nos serviços de saúde visando à promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Portanto, a primeira consulta deve ser realizada após as atividades educativas e deve englobar: anamnese, exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame

das mamas, informação sobre a realização da colpocitologia oncótica, análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional. (Brasil, 2007).

Em setembro de 2022, foi sancionada a Lei nº 14.443/2022, que facilita a realização de procedimentos contraceptivos. Agora, as mulheres poderão realizar laqueadura e os homens vasectomia a partir dos 21 anos. Antes esses procedimentos só podiam ser feitos depois dos 25 anos. E quem tenha pelo menos dois filhos vivos poderá fazer os procedimentos mesmo com menos de 21 anos. Também, pela nova lei, não será mais necessário o consentimento do conjuge para que a cirurgia seja realizada. (Brasil, 2022).

É um avanço na legislação do Planejamento Reprodutivo. Reduz burocracias e tem um impacto bem maior na vida das mulheres, um impacto positivo, embora os homens também estejam incluídos nesta autonomia de decidir sobre cirurgia de esterilização voluntária. (Santos; Mangabeira; Silva *et al.*, 2020).

Outra inovação da lei é fazer a laqueadura durante o parto, o que não era permitido na legislação anterior. Para isso, a mulher deve solicitar o procedimento com 60 dias de antecedência, com assinatura do termo após orientação dos profissionais que a atendem. (Brasil, 2022). Esta mudança além de otimizar a equipe que irá fazer o parto, traz comodidade a mãe, que não precisará retornar para realizar o procedimento. Com certeza é uma das potencialidades do programa, conforme citada:

ESF 4: Mudança na legislação para realização da laqueadura tubária.

Segundo noticiado na mídia: o primeiro ano de implantação da nova Lei da Laqueadura e Vasectomia conquistou avanços nos direitos de mulheres e homens que desejam realizar os procedimentos. Em Santa Catarina, com a nova regulamentação que entrou em vigor em 5 de março de 2023, o aumento chegou a 79,6% no número de laqueaduras e a 48% nas vasectomias na comparação entre 2022 e 2023. (Santa Catarina, 2024).

No Brasil, ainda é recente a participação masculina ativa na opção pelos métodos contraceptivos, sobretudo em regiões mais longínquas das capitais metropolitanas, onde o acesso à educação e aos serviços de saúde não estão disponíveis levando a falta de informação e dificuldade de acesso à população:

ESF 1: Olhar integral para a saúde reprodutiva e aumento do número de homens que procuram a realização da vasectomia.

Quanto a organização dos serviços de saúde: incluir adolescentes e jovens na concepção e implementação das ações de saúde, diversidade na composição da equipe, com diferentes formações e categorias profissionais, considerando a experiência prévia, formação específica e desejo em trabalhar com este público; ser culturalmente próximo à população-alvo, também é algo interessante para ser considerado; realizar ações de educação permanente para toda a equipe, contemplando as temáticas específicas e recorrentes deste grupo, bem como os aspectos éticos e legais do atendimento para adolescentes; conhecer o território e realizar parcerias e ações conjuntas com espaços habitualmente frequentados por eles; reuniões periódicas para articulações entre serviços, setores e equipamentos comunitários (matriciamento, atendimento compartilhado, supervisões):

ESF 3: Consulta com equipe multiprofissional.

4.2.5 Educação em Saúde

Educação em saúde é um processo que visa capacitar indivíduos e comunidades a adquirirem conhecimentos, habilidades e atitudes que promovam a saúde e previnam doenças. (Freire, 2000). O objetivo dessa prática é empoderar as pessoas para que possam tomar decisões conscientes sobre sua saúde e bem-estar, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e redução de riscos à saúde. A educação em saúde e o planejamento reprodutivo estão interligados e são fundamentais para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, envolvendo a disseminação de informações sobre diferentes aspectos da saúde, visando aumentar a conscientização sobre questões como métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), cuidados durante a gestação e direitos reprodutivos. (Micks; Dourado; Barbee, 2018; Machado; Monteiro; Queiroz *et al.*, 2007).

Destaca-se ainda que a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimula ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, é preciso eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando

sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. (Brabo; Silva; Maciel, 2020; Ceccim, 2005).

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social. (Brabo; Silva; Maciel, 2019; Ceccim, 2005).

A APS, tendo o papel de promoção e prevenção da saúde da população, é a porta preferencial para o desenvolvimento de orientações quanto ao planejamento reprodutivo. (Brasil, 2015).

No Brasil, o planejamento reprodutivo é de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, porém, é desenvolvido, prioritariamente, na Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre as diretrizes da ESF, está a participação comunitária, a qual possibilita aos usuários realizar o controle das ações de saúde e potencializar a reconstrução de práticas, visando atender suas expectativas e necessidades. (Robson; Morris; Andriatsihosena, 2015).

As ações educativas, independentemente da metodologia adotada, devem manter o caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências, baseadas nas vivências de cada indivíduo, contribuindo, assim, com o fortalecimento das relações entre os participantes e com os vínculos entre usuárias e profissionais de saúde. (Bezerra; Almeida; Passos *et al.*, 2018).

A adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual, social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Esta fase da vida se inicia com mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente independência econômica e integração com um grupo social. (Brasil, 2016).

A iniciação sexual é um processo gradual de experimentação e de aprendizado do repertório cultural sobre gênero, reprodução, contracepção, violências e outras temáticas que fazem parte da sociabilidade juvenil. Reconhecer o adolescente como sujeito de direitos, em processo de aprendizado quanto a sua autonomia, do cuidado e controle de si e da sexualidade, é compreender que ele, assim como todos os cidadãos brasileiros, tem o direito de decidir sobre o início da

vida sexual, o momento de ter um filho, sobre o método contraceptivo a ser utilizado e como se prevenir de IST. (Brasil, 2016).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) indicaram que 35,4% dos escolares de 13 a 17 anos de idade já tiveram relação sexual alguma vez, o que representa uma redução de 2,1 pontos percentuais em relação ao resultado de 2015. A análise dos percentuais de iniciação sexual por sexo mostrou que 39,9% dos meninos já tiveram relação sexual alguma vez, enquanto entre as meninas o percentual foi de 31,0%. (IBGE, 2021).

A diferença nos percentuais de iniciação sexual entre meninos e meninas reflete aspectos socioculturais e de gênero em que os meninos são incentivados precocemente a afirmarem suas masculinidades e entre as meninas são valorizados aspectos que induzem a uma postergação da iniciação sexual) (Nascimento; Gomes, 2009; Gubert; Madureira, 2008).

Ainda sobre a PeNSE, ao abordar aspectos da saúde sexual e reprodutiva de escolares do 9º ano, a maioria com idade entre 13 e 15 anos, no ano de 2019, mostrou que 22,6% das meninas e 34,6% dos meninos já tinham tido relações sexuais. Cerca de 53,5% das meninas e 62,8% dos meninos referiu uso de preservativos na última relação sexual; 77,6% informaram ter recebido orientação sobre prevenção de gravidez, e cerca de 69% dos escolares referiram o recebimento de orientações na escola sobre como obter preservativos gratuitos. (IBGE, 2021).

As práticas contraceptivas, ou a ausência delas, são parte de um processo de múltiplos níveis e compreende diversas decisões e lógicas complexas, requerendo análise acerca de práticas e representações sociais de contracepção, maternidade, conjugalidade, família, vinculação com sexualidade, sem deixar de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta contraceptiva e a disponibilidade de serviços e de métodos. (Brasil, 2016).

Quanto a organização dos serviços de saúde: incluir adolescentes e jovens na concepção e implementação das ações de saúde, diversidade na composição da equipe, com diferentes formações e categorias profissionais, considerando a experiência prévia, formação específica e desejo em trabalhar com este público; ser culturalmente próximo à população-alvo, também é algo interessante para ser considerado; realizar ações de educação permanente para toda a equipe, contemplando as temáticas específicas e recorrentes deste grupo, bem como os aspectos éticos e legais do atendimento para adolescentes; conhecer o território e

realizar parcerias e ações conjuntas com espaços habitualmente frequentados por eles; reuniões periódicas para articulações entre serviços, setores e equipamentos comunitários (matriciamento, atendimento compartilhado, supervisões). (Brasil, 2007).

A produção de materiais educativos para o planejamento familiar é fundamental para garantir que as pessoas tenham acesso a informações claras, objetivas e atualizadas sobre métodos contraceptivos, saúde reprodutiva e planejamento familiar. Ao disponibilizar informações sobre métodos contraceptivos, direitos reprodutivos e tomada de decisão, os materiais educativos ajudam a empoderar as pessoas a assumir o controle de sua saúde reprodutiva e planejamento familiar. Através da educação e informação, os materiais educativos podem contribuir para a redução de estigmas e tabus relacionados à sexualidade, contracepção e reprodução, promovendo uma abordagem mais aberta e inclusiva em relação a esses temas. (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021).

Tendo em vista o espectro da sexualidade e dos direitos sexuais, é pertinente ressaltar a participação destes entre o público jovem adulto, entendidos como indivíduos entre 15 a 24 anos, cuja iniciação sexual ocorre por volta dessa faixa etária, explicitando a necessidade de garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das IST's/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas grupais, guardando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. (Brabo; Silva; Maciel, 2020; Brasil, 2016).

Dessarte, as ações propostas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) surgiram para suprir essa necessidade, assim elegeu-se a escola para acolher essas atividades e proporcionar aos alunos o contato com esses conhecimentos, uma vez que essa é o espaço que concebe as relações sociais, incentiva o pensamento crítico e político e contribui na formação dos valores pessoais, crenças, ideais e na maneira de se relacionar com o mundo. (Brasil, 2011).

Prontamente, observa-se que o tema em questão, além de pertinente e polêmico, sua importância é indiscutível para a qualidade e efetividade da atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no ambiente escolar, onde há um público já estabelecido sem necessidade de captação.

Dessa forma, essas ações propõem a disseminação de informações como um propulsor da redução de vulnerabilidades de adolescentes e jovens em relação

às IST's, a gravidez na adolescência, a comportamentos sexuais de risco e a más condutas em relação a saúde sexual e a saúde reprodutiva, assumindo também o papel de ação de prevenção em saúde, posto que todas essas atitudes têm impactos no sistema de saúde e exigem inovação da equipe de enfermagem para abordar essas questões e para planejar a intervenção feita nas comunidades que assiste.(Medeiros; Soares; Rebouças *et al.*, 2021; Almeida; Correa; Rolim *et al.*, 2017).

O Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, corresponde a uma estratégia desenvolvida para educação em saúde na formação integral dos educandos sob a perspectiva de atividades de promoção e prevenção de doenças e agravos o ambiente escolar, com foco no enfrentamento das vulnerabilidades, incentivo à aprendizagem e redução dos agravos mais recorrentes neste da faixa etária. (Brasil, 2011; Medeiros; Soares; Rebouças *et al.*, 2021).

A fala a seguir, confirma a importância de ações entre os adolescentes:

ESF 2: Educação sexual na escola, através de encontros mensais, são bem importantes para os adolescentes.

4.2.6 Sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo

Nas rodas de conversa foi possível identificar com os profissionais de saúde algumas sugestões para a melhora do planejamento reprodutivo nas diferentes ESF.

Oferta no Sistema Único de Saúde - SUS de métodos contraceptivos de longa duração.

A contracepção é considerada uma das intervenções em saúde que apresenta maior custo-efetividade (relação entre a efetividade da tecnologia em saúde e seus custos), pois evita a gravidez não planejada, reduz a mortalidade materna e neonatal, bem como melhora a saúde do recém-nascido e da criança. Em um recorte histórico encontramos na literatura, um movimento para ampliação dos métodos disponibilizados no SUS.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) avalia a incorporação no SUS do implante subdérmico de etonogestrel para a prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em

idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. O etonogestrel é um hormônio, produzido em laboratório, que se assemelha à progesterona (hormônio feminino que atua no sistema reprodutor). Ainda que as evidências encontradas se mostrem favoráveis ao implante, a Comissão entendeu que a ampla população proposta juntamente com o impacto orçamentário estimado dificultaria a incorporação desta tecnologia no SUS. (Brasil, 2021a).

Existiram outras consultas públicas, disponibilizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS sobre uma eventual introdução no SUS dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (Long-acting reversible contraception, LARC), solicitadas pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO) ao Ministério da Saúde (MS), atualizam o debate a respeito da inclusão de novas alternativas contraceptivas às mulheres. Ou seja, é um assunto em pauta, que ainda precisa de notoriedade e solução. (Brasil, 2021b).

Trata-se da oferta de dois dispositivos contraceptivos às mulheres entre 15 e 19 anos: o implante subdérmico liberador de etonogestrel, com duração de três anos, e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, com duração de cinco anos. A Federação defende a introdução dessa modalidade de contraceptivos na rede pública de saúde, com indicações para uso em “populações especiais”, como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres convivendo com vírus da imunodeficiência humana. Em outro artigo, os grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade são detalhados: “estão incluídas as de baixa renda e escolaridade, as moradoras de áreas rurais ou regiões isoladas e remotas, as privadas de liberdade, as que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com outras doenças crônicas, como epilepsia, bem como as indígenas, as adolescentes, as usuárias de drogas ilícitas e as portadoras de deficiência física e/ou mental”. (Brasil, 2021b).

Após as consultas públicas, o MS incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) o implante subdérmico de etonogestrel para a prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Vão receber o implante, mulheres em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do SUS. Um programa específico de assistência a esses grupos está sendo criado, associado a

políticas de planejamento familiar já em curso na Rede. Produzido em laboratório, o etonogestrel é um hormônio que se assemelha à progesterona (hormônio feminino que atua no sistema reprodutor). Trata-se de um método contraceptivo de longa duração e que pode permanecer no corpo da mulher por um período de até três anos. (Brasil, 2021b).

O SUS disponibiliza diversos métodos contraceptivos. Entre eles, o diafragma (que é um dispositivo colocado internamente na vagina, que cobre o colo do útero e bloqueia a passagem do espermatozoide) e os preservativos, feminino e masculino, (proteções físicas que envolvem os órgãos genitais, impedindo que o espermatozoide entre em contato com o útero). Há também o chamado DIU de cobre, dispositivo intrauterino em forma de T, colocado dentro do útero, que libera uma pequena quantidade de cobre para impedir que os espermatozoides fertilizem os óvulos. O DIU é considerado um contraceptivo de longa duração, podendo permanecer por até 10 anos no útero.

Já os contraceptivos hormonais atualmente disponíveis são: acetato de medroxiprogesterona (fornecido em comprimido e solução injetável com duração de três meses), enantato de noretisterona unido ao valerato de estradiol (em solução injetável), etinilestradiol em adição do levonorgestrel (em comprimido), levonorgestrel (em comprimido) e noretisterona (em comprimido).

Entre os métodos contraceptivos permanentes disponibilizados pelo SUS estão os procedimentos cirúrgicos de laqueadura, que é a esterilização feminina, e de vasectomia, esterilização masculina:

ESF 1: Aumentar a oferta diferentes de métodos contraceptivos na rede pública.

ESF 3: Manter periódica a inserção do DIU.

4.2.7 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e Saúde Reprodutiva

O Empoderamento, Direitos e Responsabilidade (HERA) grupo internacional formado por mulheres que atuam no campo da saúde, garantindo a efetivação dos objetivos estabelecidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, delineia a saúde sexual como a habilidade de mulheres e homens de desfrutar e expressar sua

sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação.

Assim, a saúde sexual possibilita aos indivíduos usufruir uma vida sexual informada, agradável e segura, fundamentada na autoestima, implicando uma abordagem positiva da sexualidade humana, bem como o respeito mútuo nas relações sexuais. Essa valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. (Silva, 2020; Alves; Jannuzzi, 2006).

Nesse sentido, é relevante destacar que a sexualidade constitui um aspecto primordial da vida, integrando as necessidades humanas básicas e compreendendo fatores biológicos, psicossociais, culturais e históricos, sem se limitar aos fins reprodutivos, uma vez que integram as relações amorosas e os laços afetivos interpessoais. (Silva, 2020) Dessa forma, é universal, garantida pelo Estado e deve ser exercida pelos cidadãos de modo responsável e diante de condições saudáveis e libertas de riscos. Dentre esses direitos, é importante citar o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez, de IST's e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), à serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação, e à informação e à educação sexual e reprodutiva. (Alves; Jannuzzi, 2006).

Nessa trilha, a ausência do acesso a essas informações é um propulsor de hábitos que podem comprometer a saúde do indivíduo e daqueles com quem se relaciona, posto que um dos requisitos para a prática segura das atividades sexuais é ter informações fidedignas sobre os métodos contraceptivos, sobre o uso correto das ações preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Esse cenário de desinformação se apresenta em diferentes camadas, sobretudo com a popularização das mídias sociais, que viabilizam a disseminação de fake news, a qual se soma a desinformação pela inexistência de canais de comunicação acerca desse assunto, ambas resultantes dos tabus que persistem na sociedade e permeiam a sexualidade. (Brasil, 2013).

Esse panorama propicia a difusão de comportamentos sexuais de risco, tais como atividade sexual com múltiplos parceiros, utilização inconsistente do preservativo e ter um parceiro consumidor de drogas endovenosas, os quais estão relacionados a práticas sexuais que podem causar prejuízos à saúde das pessoas, especialmente sexual e reprodutiva, pois as tornam mais vulneráveis a IST's e a gravidez indesejada. (Gomes; Lopes, 2022).

ESF 2: Disponibilizar preservativos nos banheiros das unidades.

ESF 4: Sensibilizar os pais sempre que possível para terem um diálogo aberto com seus filhos acerca da saúde reprodutiva.

ESF 5: Intensificar as orientações junto à população no que tange o Planejamento Reprodutivo.

ESF 6: Parceria com as escolas.

Além dos tópicos detalhados anteriormente das rodas de conversas, surgiram alguns apontamentos que podem servir de base para estudos futuros, como: nível intelectual e socioeconômico do usuário do sistema, podendo interferir no planejamento reprodutivo; percebe-se um alto percentual de gestações não planejadas nas unidades de saúde ESF do município; os profissionais de saúde percebem que os adolescentes pontuam em suas falas a falta de abordar o assunto em casa com os pais; outro ponto discutido foi que os profissionais percebem que o foco do planejamento familiar está sob a responsabilidade da mulher, entre outros.

O presente estudo apresentou algumas limitações, sendo um estudo com a característica observacional, transversal ele pode apresentar dificuldade em controlar variáveis de confusão, onde a interpretação dos resultados pode ser afetada por haver influências de outras variáveis não consideradas. Além disso, os participantes podem fornecer informações imprecisas ou tendenciosas sobre as variáveis estudadas, o que pode impactar nos resultados do estudo e esse tipo de estudo não permite estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

4.3 RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM PAPANDUVA – SC: COMO POTENCIALIZAR?

Resumo:

Este relatório apresenta o resultado da avaliação do Planejamento Reprodutivo no município, utilizando a metodologia descritiva, observacional, transversal e avaliativa com abordagem quali-quantitativa. Tendo como objetivos: avaliar as potencialidades e lacunas das ações do Planejamento Reprodutivo na APS, por meio do Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva – QASAR (ANEXO 1) e Identificar a forma que é tratado o assunto do PR na rotina das unidades de saúde. Foi desenvolvido no período de outubro de 2023 a janeiro de 2024.

O público alvo da pesquisa foram os profissionais que atuam nas seis Estratégias de Saúde da Família – ESF, totalizando uma amostra de 52 participantes, distribuídos nas seguintes categorias profissionais: enfermeiros(as), técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, dentistas, médicos(as), agentes comunitários de saúde, psicóloga e assistente social.

Em 2022 iniciei o curso de Mestrado em Saúde da Família no curso de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) orientada por Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski.

A temática escolhida deu-se ao fato da identificação pela autora com o programa de planejamento reprodutivo, bem como por constatar um número expressivo de mulheres que procuram a consulta de pré-natal e que não tinham a intenção de engravidarem.

Se faz necessário refletir que a gravidez não planejada é um indicador chave de saúde pública e é o principal problema global de saúde reprodutiva, causando problemas físicos, econômicos, sociais e psicoemocionais significativos que impactam negativamente as mulheres, parceiros e crianças envolvidas, tanto no ciclo de vida atual quanto no futuro (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021). Esta condição reforça a necessidade de melhorias na orientação e aconselhamento sobre

anticoncepção por parte dos profissionais de saúde (Santos; Matos; Mendes *et al.*, 2019).

Descrição da situação-problema

Ao observar o recorte histórico, os índices de gravidez não planejada apresentam um aumento temporal. Nos anos de 1996 e 2006 a proporção de nascimentos não planejados no Brasil foi de 50% e 46%, respectivamente (Lago, 2006). Em 2014, um estudo de abrangência nacional mostrou que mais da metade das gestações do país ainda ocorrem de forma não planejada (Viellas; Domingues; Dias *et al.*, 2014).

Em um estudo transversal publicado em 2021 com o objetivo de analisar a prevalência e fatores associados à gravidez não planejada no público de 5.110 puérperas apontou 68,1% de prevalência de gravidez não planejada (Costa; Oliveira; Alves *et al.*, 2021).

Diante dos altos percentuais de gestações não planejadas mesmo quando há métodos contraceptivos disponíveis, leva a necessidade de problematizar que o fato de informar sobre tipos de métodos, disponibilidade e distribuição, recomendá-los ou mesmo prescrevê-los não significa que se esteja tornando-os parte do cotidiano de muitas mulheres e casais (Brandão; Cabral, 2017; Silva, 2020).

Existem lacunas no planejamento reprodutivo ainda inexploradas na APS?

Ao avaliar o planejamento reprodutivo, as equipes de saúde podem identificar oportunidades de melhoria nos serviços prestados, garantindo uma abordagem centrada no paciente, livre de preconceitos e baseada em evidências científicas. Segundo Nagahama (2009) é indispensável a avaliação do serviço com base nos indicadores de cobertura, número de faltosos, taxa de gravidez e sua aplicação deve observar a gestão dos problemas e intervir na busca pela qualidade.

Diagnóstico e análise da situação-problema

A pontuação da classificação geral quanto à qualidade do Planejamento Reprodutivo das Estratégias de Saúde da Família estudadas é determinada pela somatória dos scores obtidos nas dimensões do instrumento QASAR.

Ao aplicar o instrumento de avaliação dos Serviços de Saúde Reprodutiva nas unidades ESF no município de Papanduva SC, identificou-se uma avaliação geral “intermediária”, embora algumas ESFs se destaquem positivamente. As dimensões organizacional e estrutural apresentam uma tendência a pontuações mais elevadas, especialmente a organizacional, com quatro ESF (66,7%) que possui uma classificação avançada, conforme apresenta a TABELA 1.

Quando avaliada cada dimensão do instrumento QASAR de maneira mais detalhada, identifica-se que na dimensão estrutural, a categoria dos materiais educativos é o ponto mais fraco.

Quando avaliada a dimensão organizacional (TABELA 3), identificou-se que o município de Papanduva SC apresenta um índice avançado no geral.

No quesito “protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde” somente uma das ESF está incipiente, todas as outras estão avançadas. Ainda sobre a dimensão organizacional nas subdimensões “instrumentos de avaliação do programa de planejamento familiar” duas delas estão avançadas, duas intermediárias e duas incipientes. E por fim, com relação aos “instrumentos de registro das atividades de planejamento familiar” somente uma ESF está avançada, enquanto todas as outras estão incipientes.

Quando avaliada a dimensão assistencial, foi possível verificar que o item com melhor pontuação foi a “divulgação da assistência em planejamento familiar”, cinco ESF apresentam avaliação avançada, em contrapartida o que apresentou uma menor pontuação foi a avaliação incipiente dos “grupos educativos sobre planejamento reprodutivo”. Sob o ponto de vista dos participantes na avaliação da dimensão assistencial pode ser verificado que a maioria das equipes avaliaram como nível de qualidade intermediária a consulta médica e de enfermagem, o atendimento do agente comunitário de saúde e do técnico de enfermagem, bem como do profissional psicólogo. O atendimento do assistente social foi avaliado como avançado.

Identificação das lacunas, potencialidades e sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo:

Lacunas

- Preconcepção
- Contraceptivos orais (CO) e uso de antibióticos (ATB)

Potencialidades

- Integralidade da Assistência e mudança da Legislação
- Educação em Saúde

Sugestões para melhora do Planejamento Reprodutivo:

- Aumentar a oferta diferentes de métodos contraceptivos na rede pública.
- Disponibilizar preservativos nos banheiros das unidades.
- Manter periódica a inserção do DIU
- Sensibilizar os pais sempre que possível para terem um diálogo aberto com seus filhos acerca da saúde reprodutiva.
- Intensificar as orientações junto à população no que tange o Planejamento Reprodutivo.
- Parceria com as escolas.

Considerações finais

A atenção em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência. Na APS, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, são preconizadas atividades para serem desenvolvidas de forma integrada: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (Brasil, 2013).

A partir dos resultados apresentados e discutidos são sugeridas as seguintes medidas: produção e distribuição de materiais educativos de alta qualidade sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar em todas as unidades de saúde, utilizando diferentes formatos (folhetos, vídeos, aplicativos, redes sociais),

para alcançar uma ampla audiência. Estabelecer grupos educativos sobre planejamento reprodutivo em todas as unidades de saúde, oferecendo sessões regulares de informação e suporte, envolvendo os profissionais de saúde qualificados para conduzir essas sessões, abordando tópicos como métodos contraceptivos, concepção, saúde sexual e direitos reprodutivos.

Além disso, a implementação e treinamento sistemas de registro eletrônico para garantir a precisão e a disponibilidade de dados sobre as atividades de planejamento familiar, garantindo que todos os registros sejam completos e atualizados, bem como fortalecer o uso do protocolo por todas as equipes.

Essas ações são fundamentais para garantir que a população tenha acesso à informação e aos serviços necessários para uma vida sexual e reprodutiva saudável e segura. Quando há uma articulação efetiva entre os profissionais de saúde, escolas e a comunidade, os resultados podem ser bastante satisfatórios, contribuindo, não apenas para o planejamento familiar, mas também, para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças.

Por fim, vale ressaltar que a avaliação do planejamento reprodutivo entre equipes de saúde é essencial para promover a saúde reprodutiva, prevenir gravidezes indesejadas, promover a equidade de gênero, controlar doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos às pessoas. É fundamental que as unidades de saúde estejam estruturalmente adequadas, organizadas e que as equipes de saúde incorporem essa avaliação em suas práticas clínicas e adotem uma abordagem holística e centrada no paciente em relação à saúde reprodutiva.

Responsáveis pela elaboração da proposta de intervenção:

GEISE PATRÍCIA HENRIQUE DE MELO

hgeisepatricia@yahoo.com.br

Papnduva, 19 de agosto de 2024.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência. Na APS, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, são preconizadas atividades para serem desenvolvidas de forma integrada: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (Brasil, 2013).

A partir dos resultados apresentados e discutidos são sugeridas as seguintes medidas: produção e distribuição de materiais educativos de alta qualidade sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar em todas as unidades de saúde, utilizando diferentes formatos (folhetos, vídeos, aplicativos, redes sociais) para alcançar uma ampla audiência. Estabelecer grupos educativos sobre planejamento reprodutivo em todas as unidades de saúde, oferecendo sessões regulares de informação e suporte, envolvendo os profissionais de saúde qualificados para conduzir essas sessões, abordando tópicos como métodos contraceptivos, concepção, saúde sexual e direitos reprodutivos.

Além disso, a implementação e treinamento sistemas de registro eletrônico para garantir a precisão e a disponibilidade de dados sobre as atividades de planejamento familiar, garantindo que todos os registros sejam completos e atualizados e fortalecer o uso do protocolo por todas as equipes.

Essas ações são fundamentais para garantir que a população tenha acesso à informação e aos serviços necessários para uma vida sexual e reprodutiva saudável e segura. Quando há uma articulação efetiva entre os profissionais de saúde, escolas e a comunidade, os resultados podem ser bastante satisfatórios, contribuindo, não apenas para o planejamento familiar, mas também, para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças.

Por fim, vale ressaltar que a avaliação do planejamento reprodutivo entre equipes de saúde é essencial para promover a saúde reprodutiva, prevenir gravidezes indesejadas, promover a equidade de gênero, controlar doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos às pessoas. É fundamental que as unidades de saúde estejam estruturalmente adequadas, organizadas e que as equipes de saúde incorporem

essa avaliação em suas práticas clínicas e adotem uma abordagem holística e centrada no paciente em relação à saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. **Qual Saf Health Care**, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qhc.12.1.18> Acesso em: 6 jun. 2024.
- ALMEIDA, R.A.A.S.; CORREA, R.G.C.F.; ROLIM, I.L.T.P. *et al.* Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1033-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531> Acesso em: 18 jun. 2024.
- ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, p. 27-62, 2006.
- BACKES, D.S.; CARPES, A.D.; PIOVESAN, C. *et al.* Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.37777/1093> Acesso em: 20 jul. 2024.
- BEZERRA, E.J.; ALMEIDA, T.S.C.; PASSOS, N.C.R. *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, 2018.
- BORGES, A.L.V.; CAVALHIERI, F.B.; HOGA, L.A.K. *et al.* Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. spe 2, p. 1679-84, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800007> Acesso em: 20 jul.2024.
- BRABO, T.S.A.M.; SILVA, M,E,F,; MACIEL, T.S. Gênero, sexualidades e educação: cenário das políticas educacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. **Práxis Educativa**, v. 15, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.15.13397.003> Acesso em: 15 jul. 2024.
- BRANDÃO, E.R.; CABRAL, C.S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211216> Acesso em: 25 jun. 2024.
- BRASIL. Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 6 maio 2024.
- BRASIL. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei nº 14.443 de 02 setembro de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cuidando de adolescentes**: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cuidando de adolescentes**: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual Técnico**. 4. Ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Saúde incorpora no SUS implante para prevenção da gravidez por mulheres entre 18 e 49 anos. **CONITEC**, Brasília, 2021b. Disponível em: <http://antigo-conitec.saude.gov.br/ministerio-da-saude-incorpora-no-sus-implante-para-prevencao-da-gravidez-por-mulheres-entre-18-e-49-anos> Acesso em: 12 abril 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Relatório para a sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. **CONITEC**, Brasília, n. 232, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210428_resoc232_etonogestrel.pdf Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. Ed. Brasília, 2013.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013> Acesso em; 5 jul. 2024.

CORRÊA, E.M.C.; ANDRADE, E.D.; RANALI, J. Efeito dos antimicrobianos sobre a eficácia dos contraceptivos orais. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 12, n. 3, p. 237-240, 1998.

COSTA, A.C.M.; OLIVEIRA, B.L.C.A.; ALVES, M. *et al*. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do nordeste brasileiro. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 21, n. 2, p. 461-71, 2021.

DARROCH, J.E.; WOOG, V.; BANKOLE, A.; ASHFORD, L.S. **Adding it up**: costs and benefits of meeting contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher

Institute, 2016. Disponível em:

https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf Acesso em; 10 jun. 2024.

DIAS, C.A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas.

Informação & Sociedade, v. 10, n. 2, 2000. Disponível em:

<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/330> Acesso em: 15 set. 2023.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/> Acesso em; 20 jul. 2024.

EDDY, D.M. **Assessing health practices and designing practice policies**: the explicit approach. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 1992.

FIOCRUZ. Manual de Boas Práticas. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, 2019. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/> Acesso em: 28 ago. 2023.

FIUZA, E.S.S.; ROCHA, J.F.D.; CARNEIRO, J.A. *et al.* Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência.

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 7, n. 4, p. 3227-38, 2015.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948008.pdf> Acesso em: 22 jun. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

GOMES, N.L.; LOPES, C.S. Panorama of risky sexual behaviors in the Brazilian adult population – PNS 2019. **Rev. Saúde Pública**, v. 56, n. 61, p. 1-11, 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IBGE. Santa Catarina é o estado com o menor percentual de pobreza do país.

Agência IBGE Notícias, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br> Acesso em: 12 dez. 2022.

JESUS, M.C. P.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M. *et al.* O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Revista APS, Juiz de fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, 2008. Disponível em:

<https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14177> Acesso em: 31 mar. 2019.

KRAUZER, I.M.; ADAMY, E.K.; ASCARI, R.A. *et al.* Nursing care systematization in primary care: what do the nurses say? **Ciênc Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 31-8, 2015.

LAGO, T.D.G. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006.

Diminuíram?. **Rev Bras Estud Popul**, v. 32, n. 2, p. 387-394, 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-30982015000000022> Acesso em: 30 ago. 2023.

LAHM, J.V.; CARVALHO, D.R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 38-44, 2015.

LIRA-PLASENCIA, J.; BAHAMONDES, L.; BAHAMONDES, M.V. *et al.* Anticoncepção intrauterina em nulíparas como estratégia para reduzir a gravidez não planejada na América Latina. **Rev Ginec Obstet Mex**, v. 82, n. 2, p. 111-122, 2014.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.I.M.; QUEIROZ, D.T. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009> Acesso em: 30 jul. 2024.

McLEAN, K.E.; THULIN, E.J. Se a mulher não prevenir, você ficará grávida: explorando o envolvimento masculino no uso de anticoncepcionais antes da gravidez não planejada. **Rev Est Planejamento Familiar**, Serra Leoa, v 53, p. p. 153-171, 2022.

MEDEIROS, E. R.; SOARES, M.F.S.; REBOUÇAS, D.G.C. *et al.* Acciones realizadas en el Programa Salud en la Escuela y sus factores asociados. **Avances em Enfermería**, v. 39, n. 2, p. 167-7, 2021.

MELO, G.; SANTOS, R.M.; TREZZA, M.C.S.F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, 2005.

MICKS, E.; DOURADO, M.; BARBEE, L. Gravidez indesejada e uso de anticoncepcionais entre mulheres atendidas em serviços de saúde pública para doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 45, p. S4, 2018.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá. **Cad Saúde Pública**, sup. 2, p. S279-S290, 2009.

PEREIRA, A.P.C.M.; CERVO, M.L.S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1161-68, 2010.

PORTELA, M.C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 259-

269. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf> Acesso em: 10 maio 2024.

PRIETSCH, S.O.M.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A.M. Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-16, 2011.

REIS, L.G.C., 1995. **Introdução à avaliação da qualidade em serviços de saúde: avaliação da qualidade do uso da ocitocina no trabalho de parto em maternidades públicas do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 1995.

ROBSON, L.; MORRIS, J.; ANDRIATSIHOSENA, M. Barreiras para prevenir gravidezes indesejadas e infecções sexualmente transmissíveis, conforme vivenciadas por mulheres em Fort Dauphin, sudeste de Madagascar. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 20, n. 6, p. 451-62, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1059414>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SALVADOR, P.T.C.O.; SANTOS, V.E.P.; DANTAS, C.N. Brazilian dissertations and theses on the interface between nursing process and primary care. **REME**, v. 18, n. 2, p. 295-302, 2014.

SANTA CATARINA. Lei da Laqueadura e Vasectomia completa um ano com aumento dos procedimentos em Santa Catarina. **Agência de Notícias SECOM**, mar. 2024. Disponível: <https://estado.sc.gov.br/noticias/lei-da-laqueadura-e-vasectomia-completa-um-ano-com-aumento-dos-procedimentos-em-santa-catarina> Acesso em: 5 jun. 2024.

SANTA CATARINA. Primeiros seis meses da nova Lei da Laqueadura e Vasectomia garante avanços. **Agência de Notícias SECOM**, set., 2023. Disponível: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1673-noticias-2023/14358> Acesso em: 22 ago. 2024.

SANTOS, D.R.; MANGABEIRA, J.V.C.; SILVA, M.V.A. *et al.* Crescimento da vasectomia no Sistema Único de Saúde entre 2009 a 2018: um estudo retrospectivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, e2822, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2822.2020> Acesso em: 20 abril 2024.

SANTOS, J.M.J.; MATOS, T.S.; MENDES, R.B. *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 19, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300003> Acesso em: 20 ago. 2023.

SANTOS, M.V.; LOYOLA, G.S.I.; MORAES, M.L.C.; LOPES, L.C. A eficácia dos contraceptivos orais associados ao uso de antibióticos. **Revista Ciências Médicas**, v. 15, n. 2, 2006. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1125/1100> Acesso em: 16 jun. 2024.

SANTOS, R.B.; BARRETO, R.M.; BEZERRA, A.C.L.; VASCONCELOS, M.I.O. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará. Ceará: **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074> Acesso em; 25 jul. 2024.

SILVA, W.M.F. A invisibilidade do prazer feminino na saúde: uma análise da relação entre direitos humanos e direitos sexuais. **Moitará-Rev do Serv Soc**, v. 1, n. 5, p. 60-74, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/mrss/article/view/5717/3188> Acesso em: 18 maio 2024.

TRINDADE, R.E.; SIQUEIRA, B.B.; PAULA, T.F.; FELISBINO-MENDES, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3493-504, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019> Acesso em: 5 fev. 2024.

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. da Unicamp; 2003. p. 151-96.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B. *et al*. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S85-100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013> Acesso em: 14 fev. 2024.

YOUNG, F. *et al*. Gravidez indesejada em adolescentes: uma pesquisa nacional com mulheres canadenses. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 33, p. 190, 2010.

ZUNTA, R.S.B.; BARRETO, E.S. Planejamento familiar: critérios para a escolha do método contraceptivo. **J Health Sci Inst**. v.32, n.2, p. 173-172, 2014.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ROTEIRO DE RODA DE CONVERSAS

Perguntas iniciais:

1. Sexo biológico: () Feminino () Masculino
2. Idade:
3. Data de Nascimento:
4. Estado Civil:
5. Escolaridade:
6. Ocupação:
 - a. () enfermeiros(as)
 - b. () técnicos/auxiliares de enfermagem
 - c. () médicos(as)
 - d. () agentes comunitários de saúde
 - e. () psicólogos(as)
 - f. () assistentes sociais
7. Tempo de trabalho no SUS:
8. Tempo de trabalho na atual instituição:

Roteiro de Entrevista:

Contato inicial:

- ☐ Agradecer pela disponibilidade
- ☐ Reforçar os objetivos da pesquisa: Avaliar as ações do Planejamento Reprodutivo na Atenção Primária à Saúde, no município de Papanduva – SC
- ☐ Esclarecer as informações contidas no termo de consentimento livre e esclarecido
- ☐ Solicitar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
- ☐ Entregar uma via assinada pelo pesquisador para o entrevistado.

Procedimentos iniciais:

- ☐ Preparar o gravador de voz e vídeo;
- ☐ Iniciar a gravação.

Tópicos de entrevista:

1. Como acontece o PR na sua unidade de saúde?
2. Existe grupo de PR?
3. É realizada a oferta de métodos contraceptivos de forma rotineira?
4. Você considera eficaz o modo como é realizado PR na sua unidade?
5. Quais lacunas que limitam a aplicação do PR de forma efetiva?

Finalização e agradecimento

- ☐ Questionar se há alguma informação adicional que os participantes gostariam de acrescentar.
- ☐ Levantar e elucidar dúvidas remanescentes.
- ☐ Agradecer a disponibilidade
- ☐ Salientar que os resultados da pesquisa estarão à disposição em etapa posterior à análise e demonstra-se à disposição.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Solena Ziemer Kusma Fidalski, Geise Patrícia Henrique de Melo e Kauanne LucioDomingues, estamos convidando você, profissional de saúde que trabalha nas unidades de saúde do município de Papanduva SC, a participar de um estudo intitulado **“Planejamento Reprodutivo: Como Potencializar?”**. A pesquisa será de grande valia para avaliar as ações do Programa de Planejamento Reprodutivo ofertadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Papanduva-SC. Essa pesquisa poderá proporcionar um momento de reflexão sobre as ações de Planejamento Reprodutivo vigente e seus pontos positivos. Além do benefício à, visto que essa pesquisa poderá iniciar um processo de reconhecimento da assistência, identificando lacunas e proporcionando mudanças na efetivação dos atendimentos à população. Quando o profissional presta uma assistência de qualidade, pautada em evidência científica, este proporciona um cuidado eficaz e seguro à saúde de seus pacientes, com melhora da oferta e abordagem, neste caso, no que tange o Planejamento Reprodutivo

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar as ações do Programa de Planejamento Reprodutivo ofertadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Papanduva-SC.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário participar de uma roda de conversa onde as pesquisadoras aplicarão um instrumento de avaliação de serviços de saúde reprodutiva. Esse instrumento foi validado por uma enfermeira da cidade de Maringá PR, são perguntas objetivas compostas por 61 indicadores. Além desse instrumento, serão apresentadas perguntas que incentivarão uma conversa a respeito do planejamento reprodutivo realizado na sua unidade de saúde.

c) Para tanto, é necessário você participar dessa roda de conversa no próprio ambiente de trabalho, em data e horário previamente agendado, sem que atrapalhe sua rotina de trabalho. O tempo destinado para essa pesquisa será de aproximadamente 60 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao risco de constrangimento diante de perguntas que não sabe responder; Medo da exposição que possa sentir diante das discussões em grupo com os demais profissionais; Medo de divulgação/publicização sobre sua opinião; Medo de punição por respostas negativas; e medo de que o entrevistador possa interferir negativamente diante de uma opinião exposta. Caso exista alguma situação de constrangimento você poderá expressar o desejo de não responder alguma das perguntas ou até mesmo de não participar mais da pesquisa. Seu desejo será atendido prontamente, sem que essa decisão possa interferir no seu ambiente de trabalho ou no decorrer do estudo. Para minimizar os possíveis riscos já expostos, ressaltamos que a pesquisa será conduzida por profissionais experientes na área de pesquisas qualitativas. Inicialmente os pesquisadores explicarão todo o processo da roda de conversa, tirando toda e qualquer dúvida a respeito e tranquilizando os participantes. Caso você sinta algum constrangimento ou se sinta cansado ao longo do processo, poderá pedir um intervalo. Além disso, ao longo da conversa, será proporcionado um momento em que será servido café, podendo existir um tempo de descanso e confraternização com os demais participantes. O local onde acontecerá a pesquisa será tranquilo, sigiloso, harmonioso, sem proximidade com a sua chefia imediata. As pesquisadoras gravarão toda a discussão realizada no grupo focal em um computador com antivírus, sem acesso a internet, onde somente as pesquisadoras terão acesso aos dados. Você será identificado com um código (por exemplo: poderá escolher uma fruta para sua identificação).

e) Ao participar da pesquisa, você terá benefícios diretos, como ter um momento de reflexão sobre as ações de Planejamento Reprodutivo vigente e seus pontos positivos. O benefício à sociedade é de imenso valor, visto que essa pesquisa poderá iniciar um processo de reconhecimento da assistência, identificando lacunas e proporcionando mudanças na efetivação dos atendimentos à população.

f) Os pesquisadores Solena Ziemer Kusma Fidalski, Geise Patrícia Henrique de Melo e Kauanne LucioDomingues, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados no endereço R. Padre Camargo, 280(7º andar) - Alto da Glória, Curitiba - PR, 80060-240, em horário comercial (das 08h00 às 12h00, 13h00 às 17h00). Os pesquisadores indicados também podem ser localizados pelo telefone institucional (41) 3360-7241, ou pelos telefones (41) 99936-9466, (47) 99703-7200, (41) 99171-4135. Além disso, os pesquisadores também podem ser contatados, respectivamente, nos seguintes endereços de e-mail: solena.kusma@gmail.com, hgeisepatricia@yahoo.com.br, kauanne.lucio@ufpr.br. O contato pode ser realizado para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, não irá receber, nem custear nada no estudo, e, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento.

h) O material obtido para este estudo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos após o término do estudo. (Resolução 441/2011, 466/2012 e 510/2016).

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como os orientadores do estudo, Solena Ziemer Kusma Fidalski, e colaboradores Geise Patrícia Henrique de Melo e Kauanne Lucio Domingues, bem como o profissional responsável pela análise estatística do estudo, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

() Permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa;

() Não permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa .

j) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome. Porém, caso seja seu desejo ter sua identidade revelada, assinale a opção correspondente abaixo:

() Permito a revelação da minha identidade na publicação dos resultados da pesquisa;

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, ou seja, o material de papelaria, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 - 3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento e atendimento no Sistema Único de Saúde.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicando seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável (Solena Ziemer Kusma Fidalski)
ou quem aplicou o TCLE

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA 1

Data: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____

1.DIMENSÃO ESTRUTURAL: 100 PONTOS

A) ÁREA FÍSICA

Total de pontos:16

Assinale com x a existência das seguintes estruturas na unidade de saúde:

	<i>Pontos</i>
☐ Sala de espera coberta com assentos suficientes	2
☐ Sala de recepção e arquivo	2
☐ Sala para atividades educativas em grupo e/ou reuniões da equipe de saúde	2
☐ Consultório ginecológico: [] com banheiro	2
[] sem banheiro	1
☐ Sala para limpeza e esterilização de material	2
☐ Sanitário para clientes e para os profissionais	2
☐ Local seguro e adequado para armazenagem dos insumos contraceptivos	2
☐ Sala para o serviço de informática	2

Somatória de pontos A: ____ **Classificação:** ☐ 0 - 5: Incipiente ☐ 6 - 10: Intermediário ☐ 11 - 16: Avançado

B) EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Total de pontos: 22

Assinale com x a existência dos seguintes equipamentos e materiais na unidade de saúde:

	<i>Pontos</i>		<i>Pontos</i>
☐ Balança antropométrica	1	☐ Pinça Cheron	1
☐ Mesa para exame ginecológico	1	☐ Histerômetro	2
☐ Foco auxiliar	1	☐ Esfigmomanômetro adulto	1
☐ Escada de dois degraus	1	☐ Estetoscópio adulto	1
☐ Mocho giratório	1	☐ Tesoura reta	1
☐ Mesa escrivaninha	1	☐ Pinça auxiliar	1
☐ Cadeira simples	1	☐ Kit para Papanicolaou	1
☐ Armário fechado	1	☐ Bibliografia sobre contracepção: livros,	1
☐ Biombo	1	manuais	
☐ Autoclave ou estufa	1	☐ Computador	1
☐ Espéculos vaginais (números 1, 2, 3)	1	☐ Impressora	1

Somatória de pontos B: ____ **Classificação:** ☐ 0 - 7: Incipiente ☐ 8 - 14: Intermediário ☐ 15 - 22: Avançado

C) INSUMOS CONTRACEPTIVOS

Total de pontos: 25

Quanto aos insumos contraceptivos, preencha os espaços em branco segundo a legenda:

a - insumo faz parte da rotina do serviço e está disponível nos últimos seis meses

b - insumo faz parte da rotina do serviço, mas está indisponível nos últimos seis meses

c - insumo não faz parte da rotina

<i>Considerar pontuação somente quando a legenda for "a"</i>	<i>Pontos</i>
☐ Anticoncepcional hormonal oral monofásico. Qual (is) _____	3
☐ Anticoncepcional hormonal oral monofásico de média dosagem. Qual (is) _____	3
☐ Minipílula. Qual (is): _____	3
☐ Anticoncepcional oral de emergência. Qual (is) _____	3
☐ Dispositivo intra-uterino. Qual (is) _____	4
☐ Anticoncepcional hormonal injetável mensal. Qual (is) _____	2
☐ Anticoncepcional hormonal injetável trimestral. Qual (is) _____	2
☐ Preservativo masculino	3
☐ Preservativo feminino	2

Somatória de pontos C: ____ **Classificação:** ☐ 0 - 8: Incipiente ☐ 9 - 16: Intermediário ☐ 17 - 25: Avançado



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA 2

D) RECURSOS HUMANOS

Total de pontos: 30

Em relação aos recursos humanos lotados nesta unidade de saúde, preencha os espaços abaixo segundo o número de profissionais e capacitação.

Profissional de saúde	1. Capacitado no atendimento em saúde sexual e reprodutiva através de cursos, palestras ou seminários	2. Qualificado em sua área de atuação	3. Ausência do profissional na unidade de saúde	Pontos
Médico				___
Enfermeiro				___
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem/ACS				___
Psicólogo				___
Assistente social				___
Total				___

Critério de pontuação a ser usado em cada categoria de profissional listado:

6 pontos: pelo menos um profissional enquadrado no item 1

3 pontos: nenhum profissional no item 1 e pelo menos um profissional enquadrado no item 2

0 ponto: nenhum profissional classificado nos itens 1 e 2

Somatória de pontos D: ___ Classificação: ☐ 0 - 9: Incipiente ☐ 10 - 19: Intermediário ☐ 20 - 30: Avançado

E) MATERIAIS EDUCATIVOS

Total de pontos: 07

Em relação aos materiais educativos que podem ser utilizados na prática educativa em planejamento familiar, assinale quais estão disponíveis na unidade de saúde:

	Pontos
☐ Álbum seriado	2
☐ Mostra de métodos contraceptivos para visualização e manuseio pelo usuário	2
☐ Vídeos	1
☐ Figuras do aparelho reprodutor feminino e masculino	1
☐ Material educativo para distribuição ao público	1
☐ Nenhum	0

Somatória de pontos E: ___ Classificação: ☐ 0 - 2: Incipiente ☐ 3 - 4: Intermediário ☐ 5 - 7: Avançado

SUBTOTAL DIMENSÃO 1: A ___ + B ___ + C ___ + D ___ + E ___: ___ pontos

CLASSIFICAÇÃO DIMENSÃO 1:

- ☐ 0 - 33 pontos: **Incipiente**
☐ 34 - 66 pontos: **Intermediário**
☐ 67 - 100 pontos: **Avançado**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA 3

2.DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: 100 PONTOS

A) Em relação ao sistema de referência e contra-referência para contracepção cirúrgica definitiva (laqueadura/vasectomia), assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(20 pontos)**

- ☐ a) Existe sistema de referência e contra-referência formalizada pelo gestor de saúde
☐ b) Os encaminhamentos para contracepção cirúrgica definitiva são realizados informalmente, mediante ações individualizadas dos profissionais de saúde
☐ c) Não existe qualquer mecanismo de encaminhamento para contracepção cirúrgica definitiva

Pontuação: a) Avançado: 20 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos A: _____

B) Em relação aos instrumentos de registro das atividades de planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(30 pontos)**

- ☐ a) Existe sistema de informação para cadastro, monitoramento e avaliação das atividades de planejamento familiar
☐ b) Existe registro das atividades desenvolvidas mediante relatórios, fichários, livro ata, entre outros.
 Qual (is) _____
☐ c) O registro do atendimento é realizado somente no prontuário do usuário
☐ d) Não existe registro do atendimento em planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 30 pontos b) Intermediário: 15 pontos c) Incipiente: 10 pontos d) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos B: _____

C) Em relação aos instrumentos de avaliação do programa de planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(20 pontos)**

- ☐ a) Existe sistema de informação para cadastro, monitoramento e a avaliação das atividades de planejamento familiar e a avaliação da assistência é realizada considerando a opinião do usuário
☐ b) São utilizados instrumentos de avaliação do serviço por meio de indicadores, tais como cobertura, número de faltosos, taxa de gravidez. Qual (is) _____
☐ c) As atividades de planejamento familiar não são avaliadas

Pontuação: a) Avançado: 20 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos C: _____

D) Em relação ao protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(30 pontos)**

- ☐ a) Existe protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde em local acessível para consulta dos profissionais, e é utilizado pelos profissionais de saúde
☐ b) Existe protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde em local acessível para consulta dos profissionais, utilizado parcialmente ou não utilizado nesta unidade de saúde
☐ c) Não existe protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde e/ou desconheço a existência do protocolo de planejamento familiar elaborado pelo gestor de saúde

Pontuação: a) Avançado: 30 pontos b) Intermediário: 15 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos D: _____

SUBTOTAL DIMENSÃO 2: A _____ + B _____ + C _____ + D _____: _____ pontos

CLASSIFICAÇÃO DIMENSÃO 2:

- ☐ 0 – 33 pontos: **Incipiente**
☐ 34 – 66 pontos: **Intermediário**
☐ 67 – 100 pontos: **Avançado**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA 4

3.DIMENSÃO ASSISTENCIAL: 200 PONTOS

A) Em relação à divulgação da assistência em planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(20 pontos)**

- ☐ a) A divulgação da assistência em planejamento familiar constitui estratégia de captação da clientela por meio das seguintes estratégias. Qual (is) _____
- ☐ b) A divulgação da assistência em planejamento familiar é realizada somente quando o usuário busca informações na unidade de saúde
- ☐ c) A divulgação da assistência em planejamento familiar não é realizada na unidade de saúde

Pontuação: a) Avançado: 20 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos A: _____

B) Em relação aos grupos educativos sobre planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(25 pontos)**

- ☐ a) A unidade promove, periodicamente, no mínimo uma vez ao mês, grupos educativos de planejamento familiar
- ☐ b) A unidade promove grupos educativos sobre planejamento familiar, mas não existe periodicidade para a sua realização e/ou o tema do planejamento familiar é abordado em outros grupos. Qual (is) _____
- ☐ c) Não existem grupos educativos que abordem o tema do planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 25 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos B: _____

C) Em relação ao atendimento em planejamento familiar realizado pelo técnico/auxiliar de enfermagem, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(15 pontos)**

- ☐ a) O técnico e/ou auxiliar de enfermagem realiza atendimento individual no acolhimento, na pós-consulta e prática educativa individual/grupo
- ☐ b) O técnico e/ou auxiliar de enfermagem realiza atendimento individual ou no acolhimento, ou na pós-consulta, ou na prática educativa individual/em grupo
- ☐ c) O técnico e/ou auxiliar de enfermagem não realiza atendimento em planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 15 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos C: _____

D) Em relação ao atendimento de planejamento familiar realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS), assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(15 pontos)**

- ☐ a) O ACS realiza prática educativa individual na visita domiciliar e no grupo educativo
- ☐ b) O ACS realiza prática educativa individual na visita domiciliar ou no grupo educativo
- ☐ c) O ACS não realiza prática educativa em planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 15 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos D: _____

E) Em relação à consulta médica de planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(35 pontos)**

- ☐ a) O atendimento é sistematizado segundo protocolo do serviço, incluindo consultas iniciais e de retorno
- ☐ b) O atendimento é realizado conforme demanda espontânea para prescrição de contraceptivos e encaminhamentos
- ☐ c) O médico não realiza consulta de planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 35 pontos b) Intermediário: 20 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos E: _____



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA 5

F) Em relação à consulta de enfermagem no planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(35 pontos)**

- ☐ a) O atendimento é sistematizado segundo protocolo do serviço, incluindo consultas iniciais e de retorno
☐ b) O atendimento é realizado conforme demanda espontânea para orientação, distribuição de insumos contraceptivos e encaminhamentos
☐ c) O enfermeiro não realiza consulta de planejamento familiar

Pontuação: a) Avançado: 35 pontos b) Intermediário: 20 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos F: _____

G) Em relação à atuação da psicóloga no planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(30 pontos)**

- ☐ a) O atendimento é sistematizado segundo protocolo do serviço
☐ b) O atendimento é realizado conforme demanda espontânea
☐ c) A psicóloga não realiza atendimento em planejamento familiar ou não faz parte da equipe de saúde

Pontuação: a) Avançado: 30 pontos b) Intermediário: 15 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos G: _____

H) Em relação à atuação da assistente social no planejamento familiar, assinale com x a afirmação que se aplica a esta unidade de saúde. **(25 pontos)**

- ☐ a) O atendimento é sistematizado segundo protocolo do serviço
☐ b) O atendimento é realizado conforme demanda espontânea
☐ c) A assistente social não realiza atendimento em planejamento familiar ou não faz parte da equipe de saúde

Pontuação: a) Avançado: 25 pontos b) Intermediário: 10 pontos c) Incipiente: 0 pontos. Pontos obtidos H: _____

SUBTOTAL DIMENSÃO 3

A _____ + B _____ + C _____ + D _____ + E _____ + F _____ + G _____ + H _____ : _____ PONTOS

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ 0 – 66 pontos: **Incipiente**
☐ 67 – 132 pontos: **Intermediário**
☐ 133 – 200 pontos: **Avançado**

4. CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE SEGUNDO AS TRÊS DIMENSÕES Total: 400 pontos

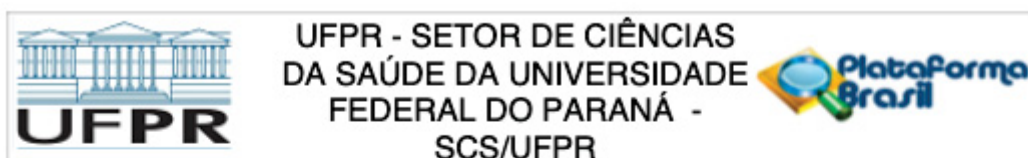
4.1 Somatória das três dimensões:

- DIMENSÃO 1 – Estrutural: _____ pontos
- DIMENSÃO 2 – Organizacional: _____ pontos
- DIMENSÃO 3 – Assistencial: _____ pontos
- SOMATÓRIA 1+2+3: _____ pontos

4.2 CLASSIFICAÇÃO

- ☐ 0 – 132 pontos: **Incipiente**
☐ 133 – 264 pontos: **Intermediário**
☐ 265 – 400 pontos: **Avançado**

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: COMO POTENCIALIZAR?

Pesquisador: Solena Ziemer Kusma Fidalski

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72250623.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.388.152

Apresentação do Projeto:

O projeto é coordenado pela prof. dr. Solena Ziemer Kusma Fidalski (departamento de Saúde Coletiva), com colaboração de Geise Patricia Henrique de Melo (aluna de mestrado em Saúde da Família) e Kauanne Lucio Domingues (aluna do curso de Medicina).

Local de realização: Secretaria de Saúde Papanduva - SC

Período de realização: outubro de 2023 a setembro de 2024.

As pesquisadoras pretendem avaliar as ações do Programa de Planejamento Reprodutivo ofertadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Papanduva-SC. Trata-se de um estudo analítico, descritivo, transversal.

Pretende-se aplicar um instrumento avaliativo aos profissionais, por meio de grupo focal (roda de conversa).

O instrumento a ser aplicado será o Questionário de Avaliação de Serviços de Saúde Reprodutiva (QASAR), validado por Nagahama (2009). Além disso, os pesquisadores farão um roteiro de entrevista com cinco perguntas norteadoras para ser discutido entre os profissionais de saúde em roda de conversa.

A hipótese desse estudo é que existem lacunas no Planejamento Reprodutivo ainda inexploradas na APS em Papanduva – SC.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

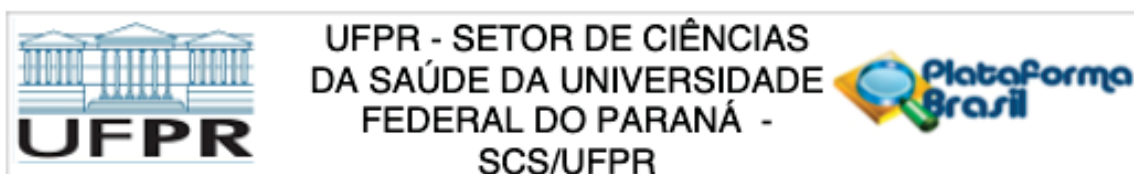
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.388.152

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Outubro de 2023

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br