



Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde

Educational Activities of the Reproductive Planning under the perspective of the Primary Health Care user

Carla Cardi Nepomuceno de Paiva,¹ Rosângela Caetano,² Bruna Lopes Saldanha,³ Lúcia Helena Garcia Penna,⁴ Adriana Lemos⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil dos usuários da Atenção Primária à Saúde que procuram pelo planejamento reprodutivo e avaliar suas percepções sobre as atividades educativas oferecidas nesse nível de atenção. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas no município de Juiz de Fora (MG), onde foram entrevistados 14 usuários. A análise de conteúdo temático-categorial auxiliou na elaboração das duas categorias referentes às atividades educativas de planejamento reprodutivo. Depreende-se desta pesquisa que os usuários que procuram pelas atividades educativas são majoritariamente mulheres, trabalhadoras do lar, que concebem o planejamento reprodutivo como sua responsabilidade. Conclui-se que essas atividades educativas, na qualidade de promotoras da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, têm limitações referentes à abordagem, à divulgação e à assistência. No entanto, os usuários reconhecem sua relevância para o bem-estar e a vivência segura e saudável da vida

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: carlacardiufjf@gmail.com.

² Médica, doutora em Saúde Coletiva e professora adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

³ Enfermeira e mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ).

⁴ Enfermeira, doutora em Saúde da Criança e da Mulher e professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁵ Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva e professora-associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ).

sexual e reprodutiva.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento familiar. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the profile of the users of Primary Health Care who seek for Reproductive Planning and to evaluate their perceptions about the educational activities offered at this health care level. This is a descriptive study with a qualitative approach, performed in four Primary Health Care Units, located in the city of Juiz de Fora, where fourteen users were interviewed. The analysis of the thematic-categorical content assisted in the elaboration of the two categories referred to the educational activities for the reproductive planning. It emerges from this research that the users who seek the educational activities are mostly women, housewives, who conceive of reproductive planning as their responsibility. It is concluded that these educational activities, as promoters of sexual and reproductive health of women and men, have limitations regarding the approach, dissemination and assistance. However, the users recognize their relevance to the well-being and safe and healthy living of the sexual and reproductive life.

KEYWORDS: Family planning. Primary health care. Health education.

INTRODUÇÃO

Dados da pesquisa Nascer no Brasil, coordenada pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2012, entrevistou 23.894 mulheres puérperas, identificando que 30% alegavam não ter planejado a gestação atual; 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez e 2,3% afirmaram tentar interromper a gestação. Segundo a pesquisa, o panorama revelado mostra a importância e a necessidade de ampliar o planejamento reprodutivo, a fim de colaborar para garantir o exercício de decidir quando e quantas vezes engravidar.¹

É importante ter claro que a situação atual tem uma longa história e que, no Brasil, a atenção à saúde da mulher vem sendo construída a partir de sucessivas políticas públicas de saúde. Até os anos 1970, o planejamento familiar no país era desenvolvido pela Sociedade do Bem-Estar da Família (BEMFAM), tendo como foco a população dita carente.² A assistência pautava-se na oferta de métodos contraceptivos através do Programa de Distribuição Comunitária, que teve maior adesão nas regiões Nordeste e Norte.² Nesse contexto, os programas voltados para a saúde da mulher restringiam-se fortemente à gestação e ao parto e enfatizavam a visão da mulher como mãe.

Em 1984, foi implementado o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inspirado pelos princípios do direito, da cidadania, da liberdade e da autonomia das mulheres. O PAISM incorporou o planejamento familiar, bem como o conceito de direitos reprodutivos sem sua formulação, propondo ofertá-lo no contexto do sistema público de saúde a fim de promover a visão integral na assistência à saúde da mulher.³

O planejamento familiar na qualidade de direito é descrito na Constituição de 1988, em seu artigo 226, § 7º, no qual estabelece que o Estado deve propiciar recursos para garantir a liberdade em relação ao exercício desse direito reprodutivo.⁴ Contudo, somente em 1996 essa assistência foi regulamentada pela Lei nº 9.263/1996 (chamada Lei do Planejamento Familiar), que passou a vigorar e reforçar um conjunto de ações individuais e coletivas na atenção básica para oportunizar informações, orientações necessárias para autonomia e liberdade no planejamento da concepção e contracepção e no uso eficaz dos métodos contraceptivos, de acordo com suas necessidades reprodutivas para uma vivência da sexualidade e da reprodução segura e saudável de mulheres e homens.^{5,6}

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 26 de 2010, relativo à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, propõe a substituição da expressão "Planejamento Familiar" por "Planejamento Reprodutivo", devido ao fato de este poder ser realizado individualmente pelo homem, pela mulher ou pelo casal, independentemente de união estável, da opção por ter filhos ou não, podendo ou não ter o propósito de constituir família. O conceito de planejamento reprodutivo, considerado uma "concepção mais abrangente",⁶ orienta o enfoque desse trabalho.

O planejamento reprodutivo deve contemplar atividades educativas, aconselhamento e atividade clínica, de maneira sequenciada e integrada.⁷ As atividades educativas têm por objetivo fornecer informações e conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, conceptivos e sexualidade, devendo considerar a necessidade dos participantes. O aconselhamento, individual ou com o casal para reforçar o vínculo com o profissional de saúde, visa à escuta e ao atendimento das demandas; e, por fim, à atividade clínica na qual é realizado o exame físico, à obtenção da prescrição do método contraceptivo e de exames, e ao agendamento da consulta de retorno para o acompanhamento periódico da saúde e do método contraceptivo.⁷

Embora o planejamento reprodutivo seja de responsabilidade de todos os níveis

de atenção, tal assistência deve ser oferecida principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF).⁸ Entendida como porta de entrada do serviço de saúde, onde acontece o primeiro contato da família e da comunidade com Sistema Único de Saúde (SUS), a APS constitui-se em espaço importante para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo.^{8,9}

Na perspectiva do planejamento reprodutivo estabelecido no país, a assistência à regulação da fecundidade é fundamentalmente uma ação de promoção da saúde e de potencialização do exercício do direito reprodutivo. Assim, examinar um elemento desse cuidado – no caso, as práticas educativas – nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) revela-se como um locus privilegiado.

Educar em saúde, ou o processo de educação em saúde, como descrito pelo Ministério da Saúde, é caracterizado por um conjunto de práticas que colaboram com a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e esferas governamentais, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as necessidades dos usuários.¹⁰

A educação em saúde, além de favorecer a troca dos conhecimentos necessários e de vivências em relação à concepção e contracepção, permite o acesso a informações que possibilitem aos indivíduos realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade, promovendo o desenvolvimento da autonomia e resultando na melhoria das suas condições de vida e saúde. Para alcançar tal empenho, considera-se necessário dar tempo e criar espaços que permitam que os participantes das atividades educativas se expressem com profundidade a respeito do que estão sentindo, a fim de que possam fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Essas atividades devem ser dinâmicas e dialógicas, de modo a possibilitar o desenvolvimento de variadas ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários a um maior controle e autonomia sobre sua saúde.³ Acredita-se que o potencial da atividade educativa pode proporcionar uma assistência em planejamento reprodutivo com maior qualidade, como também garantir o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais. Mesmo assim, nem sempre estão presentes ou funcionam de maneira a alcançar essa potencialidade.¹¹

Apesar da prática educativa ser inerente ao trabalho em saúde, ela ainda é

colocada em segundo plano no planejamento e na organização da assistência, nas ações de cuidado e na gestão.¹¹ Diversas limitações na assistência ao planejamento reprodutivo têm sido identificadas, incluindo:¹²⁻¹⁷

- Dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, principalmente a esterilização cirúrgica.
- Reduzidas opções e até falta de métodos contraceptivos nas UBS.
- Dificuldade de adesão às atividades educativas do planejamento reprodutivo e escassa participação masculina em tais atividades.
- Falta de assistência à infertilidade.
- Necessidade de capacitação e educação permanente para profissionais.
- Falta de acompanhamento do método contraceptivo e da saúde dos participantes do planejamento reprodutivo.
- Abordagem educativa com enfoque na contracepção e nas doenças transmitidas pelo sexo.

Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil dos usuários da APS que procuram pelo planejamento reprodutivo e avaliar suas percepções sobre a atividade educativa oferecida nesse nível de atenção à saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O cenário foi composto por quatro unidades de APS localizadas em Juiz de Fora (MG).

A pesquisa de campo e coleta dos dados aconteceu de setembro a novembro de 2014. Em duas das unidades de saúde ocorreram três reuniões de atividade educativa/mês, em um caso em dias consecutivos, e em outro, semanalmente, durante três semanas. As atividades têm horário de início às 14h, com duração de 45–60 minutos. Na terceira unidade de saúde, a atividade educativa foi oferecida em um único dia, das 14h às 16h, devido ao comparecimento de apenas duas pessoas, das 15 que estavam agendadas. Na última unidade, a atividade educativa é realizada de maneira contínua, sempre às quartas-feiras, das 14h às 16h; nesse cenário, a atividade educativa

foi observada durante quatro encontros, correspondendo a quatro semanas.

O estudo contou com a participação de 14 pessoas, sendo 13 mulheres e um homem, usuários das unidades de APS que frequentaram as atividades educativas do planejamento reprodutivo. Os critérios de inclusão foram ser maior de idade e ter participado do grupo educativo. Devido à dificuldade de agendamento das entrevistas e ao reduzido número de participantes maiores de 18 anos, não foi aplicado nenhum critério de exclusão.

A seleção dos participantes foi feita por meio da técnica de oportunidade, visto que os casos selecionados estavam no mesmo ambiente onde a pesquisa foi realizada.¹⁸ O convite para participação na pesquisa foi realizado ao final dos encontros dos grupos educativos, com os participantes que aceitaram ser entrevistados convidados a deixar seus nomes e telefones com a pesquisadora. Neste momento já era agendada a entrevista, segundo a disponibilidade de data e horário de cada um. A UBS foi o local de encontro para a realização da entrevista, pois todas as unidades estão localizadas em regiões de vulnerabilidade social e perigo, no que tange à violência.

Foi utilizada a técnica de amostragem por saturação teórica, ferramenta conceitual utilizada para respaldar a finalização ou a inclusão de sujeitos na amostra da pesquisa com base na redundância ou na repetição do conteúdo das falas, considerando os objetivos e o referencial conceitual do estudo.¹⁹⁻²¹ Nesta pesquisa, a saturação ocorreu a partir das entrevistas de números 10 a 14, quando foram observadas a repetição e a falta de elementos novos nas falas.

O roteiro da entrevista semiestruturada contemplou dados sociodemográficos, como idade, situação conjugal, religião, aspectos da vida sexual e reprodutiva e percepção e avaliação do usuário sobre a atividade educativa.

Os dados relativos ao perfil dos usuários foram registrados e analisados no *software* livre de banco de dados estatísticos Epi Info 3.5.2. Para conhecer as percepções a respeito da atividade educativa do planejamento reprodutivo foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin,²¹ por meio da técnica sistematizada da análise de conteúdo temático-categorial, orientada pelo modelo proposto por Oliveira.²²

Seguindo os passos da análise de conteúdo temático-categorial, após a realização da leitura flutuante do material, iniciou-se a análise temática com a escolha das unidades de registro por meio de palavras e frases, entre outras (utilizou-se como

unidades de registro o recorte e a marcação de frases). Após o levantamento de tais unidades, foi produzido o agrupamento por semelhança temática, e assim foi desvendado o tema ou a unidade de significação. A análise categorial foi feita a partir da determinação e da quantificação dos temas encontrados, que foram agrupados e, então, deram origem às categorias consideradas pertinentes, segundo a frequência de aparição.²³

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), tendo sido aprovado em julho de 2014, sem ressalvas, sob parecer nº 724.617. Para garantir a manutenção do sigilo e da confidencialidade, recortes dos discursos foram identificados apenas pela palavra “Entrevistado” e enumerado de acordo com a ordem da aplicação da entrevista.

RESULTADOS

Treze dos entrevistados eram mulheres e apenas um era do sexo masculino. A maioria da população estudada era jovem, com menos de 30 anos; o único homem tinha 42 anos. Com relação ao estado civil, observou-se que três estavam casados no momento da pesquisa e quatro viviam em situação de união estável. Metade dos entrevistados tinha Ensino Fundamental incompleto. Em relação à ocupação, oito participantes eram do lar, dois estavam desempregadas e outros dois eram estudantes (Tabela 1).

Onze participantes já tinham filhos (média de dois filhos); destes, um tinha quatro filhos, três disseram ter três filhos, outros três, dois filhos, e os demais, um filho. Todos alegaram não ter planejado a gravidez. Nove entrevistados afirmaram não utilizar o preservativo na primeira experiência sexual, sendo que 10 tiveram tal experiência entre 10–17 anos, coincidindo com o início do primeiro relacionamento amoroso. Apenas um participante disse não ter tido experiência sexual até o momento da entrevista. Cerca de 80% participantes alegavam ter vida sexual ativa no momento da entrevista (Tabela 1 – próxima página).

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa (n = 14), em Juiz de Fora (MG), 2015

Características	Nº	%
Sexo		
Feminino	13	92,9
Masculino	1	7,1
Faixa etária		
≤ 20 anos	5	35,7
21–25 anos	3	21,4
26–30 anos	2	14,3
31–35 anos	1	7,1
≥ 36 anos	3	21,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto*	7	50,0
Ensino Fundamental completo	1	7,1
Ensino Médio incompleto	1	7,1
Ensino Médio completo	4	28,6
Ensino Superior incompleto**	1	7,1
Ocupação		
Do lar	8	57,1
Estudante	2	14,3
Balconista	1	7,1
Padeiro	1	7,1
Desempregado	2	14,3
Situação conjugal		
Casado	3	21,4
União estável	4	28,6
Namorando	3	21,4
Solteiro	2	14,3
Separado	2	14,3

Legenda: * = um participante com Ensino Fundamental em curso, 18 anos; ** = um participante com nível superior em curso, 25 anos

Fonte: Elaborada pelos autores - 2018

Onze participantes relataram fazer uso de métodos contraceptivos. Em termos do método, cinco (35,7%) utilizavam o anticoncepcional oral, um dos quais em associação com a camisinha masculina; duas afirmaram utilizar anticoncepcional injetável mensal, sendo que uma relatou ter feito laqueadura quando teve o quarto filho por conta de problemas uterinos, e que opta por utilizar o injetável mensal para não menstruar. Quatro mulheres utilizam o anticoncepcional injetável trimestral, sendo que duas justificaram seu uso por conta de estarem amamentando.

Do processo de análise de conteúdo das entrevistas emergiram duas categorias, nomeadas de “limitações das atividades educativas no planejamento reprodutivo” e suas implicações e “potencialidades das atividades educativas do planejamento reprodutivo” e suas implicações. Para facilitar a compreensão, as categorias serão apresentadas e discutidas separadamente.

DISCUSSÃO

Limitações das atividades educativas do planejamento reprodutivo e suas implicações

Foi identificado um conjunto de situações relacionadas a limitações das atividades educativas do planejamento reprodutivo com suas implicações na vida pessoal do usuário e no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, considerando questões estruturais e organizacionais referentes à assistência oferecida na APS. Essas questões impactam na assistência do planejamento reprodutivo, bem como na saúde sexual e reprodutiva e devem ser consideradas em sua importância e influência no contexto dos grupos.

Foram pontuadas questões de foro íntimo que interferem diretamente e limitam a vivência da saúde sexual e reprodutiva segura e saudável, uma vez que expõem a possibilidade de infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez não planejada. Os participantes, principalmente as mulheres, apesar de saberem da importância do preservativo, dizem não o usar por questão de confiança no parceiro e pela união estável duradoura.

O uso do preservativo é importante, apesar de que sou casado há 13 anos com a minha esposa e confio muito nela, não preciso usar o preservativo nem nada, é mais assim. (Entrevistado nº 1)

No começo, ele usava, mas depois a gente fez os exames para ter certeza do meu corpo e do dele, confiamos plenamente um no outro assim, temos 10 anos de casados. (Entrevistado nº 7)

O uso do preservativo masculino na primeira relação sexual foi confirmado por apenas cinco participantes, sendo que oito mulheres revelaram não o usar. Somente um entrevistado relatou fazer uso da dupla proteção (método de barreira para prevenir infecções sexualmente transmissíveis – IST –, associado com o método hormonal para

prevenir gravidez não planejada). As falas destacavam a utilização rotineira da pílula sem acompanhamento do serviço de saúde, em detrimento dos outros métodos contraceptivos, como constatado também em outros estudos.^{12,24,25}

No estudo de Ribeiro, Silva e Saldanha,²⁵ realizado com mulheres adolescentes do estado da Paraíba, onde foram investigadas questões que influenciam na vulnerabilidade às IST e à gravidez não planejada, o principal fator que interferia no uso inconsistente dos preservativos masculino e feminino estava associado com as variantes do significado da relação afetiva-sexual. Os autores observaram a utilização do preservativo somente nos relacionamentos ocasionais; relacionamentos duradouros faziam com que a prática de prevenção não aconteça. Assim, o afeto, a confiança, o tempo de relacionamento, o medo de perder o(a) parceiro(a), a questão da fidelidade do parceiro fixo e a monogamia conferem aos envolvidos no relacionamento um sentimento de segurança que, conseqüentemente, interfere na opção pela não utilização dos preservativos masculino e feminino.²⁶

Nas falas dos entrevistados também se observou que a confiança nos relacionamentos duradouros é fator que influencia na decisão de não utilizar o preservativo masculino e/ou feminino.

Por outro lado, a não utilização dos métodos de barreira é reconhecida como uma limitação na vivência segura e saudável, devido a dificuldades dos parceiros em entrar em acordo quanto ao uso do método contraceptivo, sendo os homens frequentemente resistentes à escolha da parceira:

A camisinha, nem todos os parceiros querem usar. Tem uns que não gostam, outros não conseguem chegar ao orgasmo de camisinha. Esse parceiro meu não consegue transar de camisinha. (Entrevistado nº 6)

[...] ele não aceita usar camisinha. Eles acham que queremos evitar alguma coisa. (Entrevistado nº 10)

Não, ele não quer que eu ligue (que faça laqueadura) não. Eu já falei com ele que eu quero ligar, e ele fala assim: "você é doida, se Deus te colocou no mundo desse jeito, você tem que ficar desse jeito". (Entrevistado nº 11)

Observou-se que não somente a confiança influencia na decisão da utilização do preservativo masculino e/ou feminino, mas também a dificuldade que a mulher encontra no diálogo com o parceiro. A vontade masculina prevalece e assim o

preservativo masculino não é utilizado, reforçando as opções pelo anticoncepcional oral e pela laqueadura, dadas suas facilidades de uso e capacidade de evitar conflitos com os parceiros, uma vez que são métodos femininos que não interferem (ou interferem menos) no cotidiano do casal.

Ademais, tal questão reafirma a relação de gênero no que tange às decisões reprodutivas. Segundo explicam Ribeiro, Silva e Saldanha,²⁵ a dificuldade encontrada pela mulher decorre do fato de ela ter receio de perder o parceiro ou desagradá-lo, como também pelo medo de julgamento de ser taxada como "experiente", ao passo que o homem, quando a parceira pede para utilizar o preservativo, sente que ela não tem confiança nele, ou até mesmo questiona sua fidelidade e pensa na promiscuidade.¹² Tais questões de ordem moral e social que fortalecem a diferença no modo de viver a sexualidade constituem uma "zona de silêncio onde o medo das consequências limita as ações, levando-os a um contexto de vulnerabilidades".^{26:87}

A ausência de discussão sobre os aspectos morais, sociais e de gênero que influenciam na decisão pela utilização do método de prevenção, pode ser considerada questão de vulnerabilidade, pois expõe o casal às IST e à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Nas atividades educativas observadas neste estudo, apesar de ter sido dito que o preservativo feminino é considerado um direito da mulher de querer utilizá-lo, os participantes do sexo masculino verbalizaram não usar o preservativo masculino por não gostar, por serem casados, e um deles chegou até a utilizar a expressão "é o mesmo que chupar a bala com o papel".

Nesse contexto, o estudo de Carvalho, Pirotta e Schor²⁶ resgata o pequeno envolvimento masculino na vida reprodutiva, considerado um agravante nas condições de aumento da vulnerabilidade e exposição da mulher às IST e à síndrome da imunodeficiência adquirida, além das consequências de uma gravidez não planejada. Porém, não somente o envolvimento masculino na vida reprodutiva é pouco, mas conforme observado nas entrevistas, os homens opinam sobre as decisões de utilização dos métodos contraceptivos.

Por muito tempo, o planejamento reprodutivo foi direcionado às mulheres e até hoje os reflexos dessa atitude são sentidos nos serviços de saúde, contribuindo para a omissão da responsabilidade masculina no processo. O distanciamento do homem em

relação à esfera reprodutiva e ao cuidado paternal dificulta a divisão das decisões conceptivas e contraceptivas do casal.²⁸ A desigualdade entre homens e mulheres torna-se um entrave para que ambos possam desfrutar a liberdade reprodutiva e sexual.²⁸ Destaca-se que, durante os 11 dias de trabalho de campo, somente quatro homens estiveram participando das atividades educativas do planejamento reprodutivo observadas na pesquisa. Essa participação necessita ser buscada e ampliada e a discussão deve e precisa ser incorporada ao contexto dos serviços de saúde.

Sobre os métodos contraceptivos, algumas participantes verbalizaram a dificuldade de acesso à laqueadura. Mesmo já tendo participado da atividade educativa do planejamento reprodutivo, "na prática, a acessibilidade aos diversos métodos não é concreta, embora o governo tenha se pronunciado favoravelmente ao planejamento familiar".^{29:129} Tal dificuldade se encontra claramente expressa no depoimento a seguir:

Eu sempre quis fazer, desde quando a minha filha de 8 anos nasceu, mas nunca tive acesso! Sempre ouvi falar "você não vai conseguir". Achamos que é impossível conseguir fazer a laqueadura, porque eles falam "você vai ter que arrumar mais um filho", e eu não quero arrumar mais filho, já tenho três! (Entrevistado nº 14)

Como observado nas atividades educativas, o "cartão" da mulher e do homem que são entregues ao final da participação dessas práticas faz o papel de garantir o acesso ao método escolhido. O preservativo masculino é o único método concedido sem que o homem ou a mulher tenham de ter participado de tal atividade, só sendo exigida a presença dos homens quando querem ter acesso ao método cirúrgico da vasectomia.^{5,6} Assim, é preciso considerar que há uma desigualdade de gênero no que tange ao acesso aos métodos, pois a oferta dos métodos contraceptivos para uso das mulheres tem toda uma "burocracia" para o acesso gratuito pelo SUS na APS.²⁹

Ademais, a concretização do direito e do acesso ao método contraceptivo, principalmente no que se refere ao método cirúrgico da laqueadura, ainda são obstaculizados no contexto do planejamento reprodutivo. Tais dificuldades são tanto pela interpretação equivocada da lei que regula os critérios pelos serviços, como pelos profissionais de saúde, pois 25 anos "ou" dois filhos é substituído por "25 anos e dois filhos" e, também, pelas questões burocráticas, cuja falta de preparo de profissionais se expressa muitas vezes como má vontade no atendimento de tal demanda, em certos casos provocando a desistência de muitas pessoas, colocando-as em situação de

vulnerabilidade quanto a uma gravidez não planejada.^{5,28}

Além dessas questões, outras lacunas revelaram a falta de divulgação como uma limitação da participação na atividade educativa do planejamento reprodutivo. A baixa divulgação influencia na adesão dos participantes nas atividades, uma vez que, em alguns depoimentos, os usuários disseram não conhecer o serviço e, quando conheciam, não estavam informados sobre o dia e o horário:

Porque assim, eu nunca despertei curiosidade em conhecer, porque não é tão divulgado. A única coisa assim que eu queria falar é que deveria divulgar mais. [...] Devia ser mais divulgado, tem muitos que não sabem. (Entrevistado nº 1)

Sobre essa divulgação pequena ou ausente das atividades educativas do planejamento reprodutivo, pode-se pensar em falhas no processo de comunicação entre a equipe de saúde da APS e os usuários. Um estudo realizado em Teresópolis (RJ) identificou nas falas das mulheres em idade reprodutiva que frequentavam a unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) a falta de divulgação sobre o planejamento reprodutivo.²⁹ As autoras pontuaram tal questão como uma limitação de infraestrutura presente na assistência,²⁹ que também pareceu estar presente no estudo ora realizado em Juiz de Fora.

Deficiências de comunicação entre usuários e profissionais da APS podem interferir tanto na adesão da população às atividades oferecidas como no processo de trabalho dos profissionais. Esse distanciamento entre os serviços de saúde e a população tem sido evidente, apontando para a necessidade de reconstrução da participação local em saúde, a fim de que os serviços incorporem os interesses dos usuários na concretização de um projeto coletivo.³⁰

Além da necessidade de maior divulgação nas atividades educativas do planejamento reprodutivo, alguns entrevistados mencionaram como uma solução para ampliar a participação a flexibilização do horário de funcionamento da UBS, com a ampliação do horário da oferta da atividade para os finais de semana e à noite, além do aumento da frequência de sua realização:

Eu achava que eles podiam fazer este grupo no final de semana, não é? Para que as pessoas que trabalham possam participar. (Entrevistado nº 6)

Acho que as atividades poderiam ser mais frequentes e em horários mais acessíveis. Hoje em dia, as mulheres são donas de

casa, mães de família... E pai também, ao mesmo tempo... Eu acho que esses horários poderiam ser um pouco mais tarde, para essas mulheres que trabalham fora. (Entrevistado nº 12)

Uma entrevistada sugeriu que sejam distribuídos folhetos para os homens conhecerem a importância das atividades reprodutivas, bem como fazê-los compreender que tal atividade é oferecida tanto para mulheres quanto para homens, o que pode contribuir para que questões do planejamento reprodutivo sejam reforçadas como relevantes a ambos os sexos e aos casais:

Eu sabia que tinha, mas nunca senti interesse em participar. [...] Assim, folhetos, alguma coisa explicando, porque tem homem que acha que esse grupo é só para mulher! Eles são meio ignorantes para essas coisas. (Entrevistado nº 10)

Nessa linha de raciocínio, recursos visuais, como folhetos e cartazes, disponibilizados ou colocados estrategicamente na UBS, além da melhor comunicação entre profissionais e usuários, contribuiriam para uma maior divulgação das atividades do planejamento reprodutivo:

Já sabia, porque eu frequento a unidade. Sempre tinha o papel colado na parede falando da atividade. (Entrevistado nº 13)

A dinâmica do atendimento no planejamento reprodutivo no que tange à inflexibilidade de horários dos serviços de saúde limita a participação nas atividades (e em várias outras atividades educativas desenvolvidas no âmbito da APS), uma vez que as pessoas que trabalham não conseguem ter acesso a elas no período de funcionamento da unidade, ou seja, de 7h às 16h. Identifica-se a importância desse limitador nas falas dos usuários, principalmente daqueles que trabalham, que sentem tal inflexibilidade, seja por parte do seu trabalho, seja por parte da UBS:

O horário (risos), porque eu trabalho o dia inteiro praticamente. (Entrevistado nº 1).

Se eu tivesse trabalhando, é um horário complicado [para participar]. Mas como eu estou estudando e os estágios não coincidiram o horário, então deu para eu fazer. Mas realmente o horário não é favorável para todo mundo. (Entrevistado nº 5)

Essa inflexibilidade é problemática e contribui para perdas de oportunidade de alcançar um maior quantitativo de usuários. Alguns relatos demarcaram essa questão como o motivo pelo qual seus companheiros, apesar de desejarem estar presentes nas atividades educativas, não terem podido fazê-lo, devido ao trabalho. Logo, a falta de

compatibilidade do horário de trabalho com o horário da atividade na UBS acaba atuando como limitador do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Quando a mulher não tem emprego, mas trabalha cuidando do lar, acaba ficando responsável pela decisão contraceptiva do casal de não mais ter filhos, cabendo-lhe comparecer à atividade educativa do planejamento reprodutivo para conseguir fazer a laqueadura. Nas falas a seguir, as participantes afirmaram que seus companheiros queriam participar para fazer a vasectomia, o que seria um elemento para ampliar as escolhas do casal sobre a anticoncepção:

Ele queria até vir, porque ele até falou que acha melhor ele fazer a vasectomia, só que não dá por conta do horário do serviço.
(Entrevistado nº 10)

Destaca-se que, dentre os participantes do estudo, somente dois afirmaram trabalhar em empresas e ambos alegavam a não liberação do trabalho para ir no serviço de saúde. Um deles informou estar de férias e ter aproveitado para ir à unidade procurar a assistência ao planejamento reprodutivo; o outro alegou ter se comunicado com o empregador avisando que faltaria ao trabalho para ir até a UBS, o que, conforme relatou, gerou insatisfação no empregador.

Tais experiências reafirmam à inflexibilidade patronal como um obstáculo que limita e os impede de ir à UBS participar da atividade do planejamento reprodutivo, questão identificada em outras pesquisas.¹² Também disseram que os horários e dias de funcionamento da unidade em que as práticas educativas acontecem limitam sua participação por coincidirem com o horário do trabalho.

Conhecer os fatores que limitam a participação dos usuários nas atividades oferecidas pela APS possibilita elaborar estratégias para facilitar a adesão nas ações de saúde oferecidas.¹³ Oito mulheres entrevistadas relatavam trabalhar em casa, de maneira exclusiva ou não, atividade essa que não pode ser desconsiderada, ainda que muitas vezes seja desvalorizada e não reconhecida em sua importância, quando comparada ao trabalho realizado fora da vida privada, sendo que tal desvalorização se dá tanto pela sociedade quanto pelas UBS.

De modo geral, os profissionais dos serviços de saúde, bem como as rotinas desses serviços, desconsideram o tempo disponível que as mulheres (donas de casa) dispõem para cuidar da própria saúde, ficando à mercê das ações de cuidados oferecidas

no serviço de saúde.¹⁷ Assim, as questões vinculadas ao contexto de vida social e econômico dos participantes necessitam ser consideradas pelos profissionais que elaboram as atividades educativas para que o problema seja solucionado em benefício dos usuários.¹⁷

Para que a assistência da atividade educativa do planejamento reprodutivo obtenha êxito e alcance a adesão de homens e mulheres para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, é imperativo que os profissionais de saúde da APS conheçam os usuários e suas limitações, suas histórias de vida, suas realidades e suas demandas.²⁹

Ademais, diante das limitações apresentadas nessa categoria, observa-se que é viável planejar e elaborar estratégias diversas e ampliadas de divulgação, visando estimular e aumentar a participação da população na atividade educativa do planejamento reprodutivo. Também é oportuno considerar a necessidade de desmistificar o pensamento de que o grupo é feito só para as mulheres, bem como reafirmar que o direito reprodutivo é do casal.⁶

Desse modo, a reformulação da concepção e da oferta das práticas educativas do planejamento reprodutivo poderia começar na frequência das atividades, ou seja, seria conveniente oferecê-las com maior frequência para mulheres e casais que estão no pré-natal e no pós-parto. Essa mudança poderia reduzir o distanciamento da saúde sexual e reprodutiva como direito do cidadão em todas fases da vida.¹⁵

Diante das limitações aqui descritas em relação ao contexto observado, a atuação e o envolvimento dos profissionais da APS no âmbito das atividades educativas do planejamento reprodutivo devem ser encorajados considerando a educação em saúde como uma prática social capaz de mobilizar mudanças mais amplas, e de reconhecer a subjetividade e fortalecer o vínculo entre os envolvidos no âmbito do cuidado individual e coletivo.^{6,7,30}

Potencialidades da atividade educativa do planejamento reprodutivo e suas implicações

Nessa categoria são apresentados os pontos de vista dos participantes no sentido de revelar as potencialidades dessas práticas para a saúde sexual e reprodutiva, ou seja, as contribuições adquiridas para uma vida sexual e reprodutiva segura,

satisfatória e saudável.

A oferta de informação foi uma das maneiras de contribuição da atividade educativa com a saúde sexual e reprodutiva destacadas por diversos participantes, com a informação atrelada à ideia de aprendizagem:

Eu acho que aprender é sempre bom! Acho que sempre tem alguma coisa ou informação nova que a gente aprende. (Entrevistado nº 5)

É interessante notar que os participantes afirmaram recorrentemente sair do grupo mais informados, além de terem resolvido dúvidas sobre os temas. Destacavam também que na atividade educativa recebiam “informações corretas”. Se refletirmos acerca da perspectiva da abordagem metodológica e participativa do grupo, quando o usuário fala que "recebeu a informação", remete a pensar na postura passiva que ele assume durante a atividade grupal:

A informação em si é muito boa. [...] Eu fiquei bem informado! [...] Tirei todas as dúvidas. (Entrevistado nº 1)

Eu achei que eles foram bem bacanas na forma de passar essa informação. (Entrevistado nº 5).

Dos quatro grupos observados, apenas em um foi identificada uma postura ativa dos participantes na atividade educativa, com os membros estabelecendo um diálogo com o profissional e discutindo questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Nesse grupo, a atividade buscou instrumentalizar os participantes com metodologias e dinâmicas que valorizavam a participação ativa. Nas outras três atividades, o profissional encontrava-se no centro, "dono do saber técnico e científico", portanto, detentor da verdade, tornando a prática demarcada por um caráter estritamente informativo.¹⁴

Nem sempre as informações sobre os métodos contraceptivos são suficientes para a segurança de uma gravidez não planejada e/ou para uma vida sexual segura.^{29,30} Muitas das práticas de educação em saúde são atualmente pautadas no modelo biológico, o que impossibilita o alcance do propósito da educação em saúde de garantir a autonomia e a emancipação dos envolvidos.¹⁶ A educação em saúde não necessita ser exclusivamente informativa. Pelo contrário, deve possibilitar que os participantes reflitam sobre as bases sociais de sua vida e assim percebam que a saúde não se restringe a uma condição.^{6,17}

Os participantes foram enfáticos ao afirmar que aprenderam muito participando

da atividade, associando-a como algo bom para suas vidas, que irá ajudá-los a cuidar de sua saúde:

Pude ter informações que eu não tinha. E me deu mais vontade ainda de procurar a cuidar mais de mim do que eu cuidava antes. (Entrevistado nº 12)

Mesmo com as limitações nas abordagens utilizadas, os participantes das atividades reconheciam a importância e o potencial da atividade educativa quando afirmaram ter adquirido conhecimentos. Desse modo, tal aprendizado no âmbito da educação em saúde sexual e reprodutiva colabora para a autonomia e o cuidado do próprio corpo.^{3,6,7}

Quando os participantes fizeram menção à atividade dizendo como ela contribuiu com sua saúde sexual e reprodutiva, geralmente isso significava que aprenderam coisas que não sabiam, como pode ser identificado a seguir:

Tinha certas coisas ali que eu não sabia, é igual ao espermicida... Nunca tinha ouvido falar. (Entrevistado nº 1)

As falas sugerem um desconhecimento em relação a questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, levando a refletir que, por mais que a atividade educativa do planejamento reprodutivo seja oferecida na APS, ainda não está alcançando toda a população que pertence à região de cobertura da UBS. Algumas limitações que interferem na participação já foram discutidas anteriormente e em outros estudos,^{11,25,28,29} e precisam ser enfrentadas para que o direito ao planejamento se efetive realmente como direito do cidadão.

Embora os depoimentos expressem que a atividade educativa oportunizou aprender sobre os métodos contraceptivos, deve-se ressaltar que, além de apoiar a decisão consciente e as escolhas que envolvem as questões da saúde sexual e reprodutiva, ela é importante para auxiliar na utilização correta do método contraceptivo, como também para colaborar na continuidade do seu uso.²⁹

Foram identificados alguns relatos que mostram e enfatizam o desconhecimento sobre os métodos, ao passo que afirmam que a atividade educativa não apenas ajudou a conhecê-los, como oportunizou uma esperança de conseguir ter acesso ao método escolhido pelo SUS.

Nas atividades observadas, todos os métodos contraceptivos eram explicitados,

porém maior ênfase era dada aos métodos hormonais e aos dois métodos de barreira: as camisinhas masculina e feminina. O conhecimento sobre os métodos contraceptivos é essencial para uma escolha adequada ao comportamento sexual e às condições de saúde.^{6,29} A liberdade de escolha do usuário deve ser considerada; logo os profissionais devem instruir sobre o acesso e discutir os variados métodos contraceptivos nas atividades educativas do planejamento reprodutivo, a fim de permitir a escolha e sua aquisição ou obtenção.³⁰

Além da contribuição ofertada no que tange à informação sobre os métodos contraceptivos, foi identificado que as atividades ajudavam os participantes a saberem como se proteger para prevenir IST:

Saí do grupo sabendo dos métodos, como evitar as doenças sexualmente transmissíveis! (Entrevistado nº 3)

Esse aspecto é particularmente relevante, considerando que algumas dessas infecções, como a sífilis e a gonorreia, têm crescido de maneira exponencial no país. Dados do Ministério da Saúde revelam que, de 2010 a junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 342.531 casos de sífilis adquirida, dos quais 59,2% ocorreram na região Sudeste. No mesmo sistema, no período 2007 até junho de 2016, foram notificados 136.945 novos casos de infecção pelo vírus da AIDS no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%).^{31,32} A OMS faz um alerta sobre a dificuldade de tratamento da gonorreia por conta da resistência aos antibióticos, exige um reforço nas práticas de proteção através da utilização de preservativos, pois as complicações da gonorreia, como doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade, predisõem a risco maior de contágio pelo vírus da AIDS.³²

O uso do preservativo para a prevenção da AIDS e das ITS e métodos contraceptivos (hormonais) foram temas trabalhados em todos os grupos observados ao longo desta pesquisa. Entretanto, somente duas atividades abordaram uma diversidade maior de temas: Teste anti-HIV; Decisão do método/Acesso ao método; Importância do acompanhamento do método; Concepção/Fertilidade; Gravidez não planejada, prazer; Conhecimento do próprio corpo; Temas da saúde do homem; Violência; Aborto; Vida sexual: problemas e soluções/Relacionamento homem e mulher; Orientação sexual; Parto normal/ cesariana e pré-natal. Ainda assim, os temas sublinhados foram pouco explorados e discutidos, embora sejam de grande interesse

para a saúde sexual e reprodutiva.⁶ O tema da infertilidade não foi abordado em nenhuma das atividades observadas. Essas lacunas emergem como espaços que podem ser trazidos à discussão e precisam ser melhor incluídos e trabalhados nesse tipo de atividade relacionada ao planejamento reprodutivo para que alcance os objetivos pretendidos na política.

Os problemas no âmbito do relacionamento homem e mulher, assim como questões sobre a orientação sexual, também foram temas potenciais que emergiram durante o diálogo do profissional com os usuários. Constatou-se que os usuários podem sentir necessidade de discutir algumas temáticas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, porém a falta de abertura não permitia, muitas vezes, que eles se manifestassem.

Assim, torna-se essencial que o coordenador das atividades estimule a participação e busque conhecer os interesses e as necessidades dos usuários, pois os participantes devem ser instrumentalizados para o cuidado, bem como para o livre exercício do seu direito à saúde reprodutiva e sexual.^{6,30} Esse cuidado equivale a não reduzir o encontro a um momento informativo sobre métodos contraceptivos, apesar de ser este um dos motivos principais da busca dos usuários por esse atendimento.¹⁷

Destacam-se como limitações do estudo realizado o agendamento da entrevista e o não comparecimento posterior dos participantes, bem como a inclusão de um único homem, fato que se deveu à pouca participação dos usuários do sexo masculino no planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, entende-se que sua participação no *corpus* de análise ajudou a trazer algumas percepções diferentes ao cenário que até então era constituído predominantemente por mulheres. Devido aos aspectos culturais, aos tabus, aos preconceitos, ao pudor e às características de gênero foi possível identificar inibição nas falas dos participantes, no que tange à temática de saúde sexual, que um único encontro com o pesquisador não necessariamente permitiu solucionar.

Por fim, ressalta-se que considerando a metodologia da pesquisa e o contexto do estudo, não se almeja com o apresentado uma generalização, mas sim uma descrição dos resultados obtidos a partir de um conjunto de usuários e unidades básicas específicas. A reflexão oriunda dessa compreensão pode ser aplicada a outros contextos que, de alguma forma, contenham aspectos similares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão proporcionada através do conhecimento das limitações e das potencialidades segundo os participantes das atividades educativas do planejamento reprodutivo poderá inspirar novas pesquisas para a elaboração de estratégias e metodologias que atendam as demandas e reconheçam as necessidades da mulher e do homem em sua unicidade, favorecendo momentos de diálogo e escuta atenta no decorrer da abordagem educativa.

As limitações e as potencialidades das atividades educativas do planejamento reprodutivo que emergiram das duas categorias torna necessário ponderar e refletir na construção de estratégias que viabilizem mudanças positivas para ampliar a adesão de mulheres e homens, e para que as atividades sejam oferecidas segundo as demandas e as particularidades dos usuários.

Ressalta-se que as ações do planejamento reprodutivo visam também à melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população, e não somente cumprir protocolos, rotinas e metas estabelecidas pelo serviço de saúde. Dentre essas ações, as atividades educativas – como primeiro espaço de captação e vinculação de usuários ao programa de planejamento reprodutivo – são fundamentais e que por isso devem ser priorizadas para a construção de uma atenção em saúde que atue nas premissas da qualidade, da efetividade e da equidade, e que contribua para um cuidado mais autônomo e condizente com as necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza JPRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1):49-58.
2. Pêgo RA, Richa AC. Estados e instituições de planejamento familiar. In: Guertechin TL et al. (Orgs.) *Controle da natalidade × Planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde. 1984.
4. Brasil. *Constituição Federal. República Federativa do Brasil 1988*.
5. Brasil. Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula o § 7º do Art. 226 da

- Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 jan 1996
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150 p.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Brasília; 2001.
 9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
 11. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014;19 (3): 847-852.
 12. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):269-78.
 13. Casarin, ST. Planejamento familiar: ações e serviços de enfermagem/saúde. 2010. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio Grande, RS, 2010. 169f.
 14. Bonan C, Silva KS, Sequeira ALT, Fausto MCR. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. Rev Bras Saúde Mater Infante. 2010;10(1): 107-18.
 15. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. Acta Paul. Enferm. 2012; 25(3):415-422.
 16. Faria ECR, Domingos SRF, Merighi MAB, Ferreira LMG. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. Rev. Gaúcha Enferm. 2012;33(3):20-26.
 17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2): 388-394.

18. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
19. Sampierri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 3 ed. São Paulo: McGraw Hill, 2013.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.303-360.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
22. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez., 2008.
23. Portela NLC, De Araújo LP. Conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por estudantes adolescentes: um estudo comparativo. Revista Univap, v. 19, n. 33, p. 13-24, 2013.
24. Borges EC, Barbieri M, Nogueira SPL. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2015;7(2):2464-2474.
25. Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AAW. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens com DST. J Bras Doenças Sex Transm. 2011; 23(2):84-89.
26. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev. Saúde Pública.2001; 35(1): 23-31.
27. Avila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.2003;19(2): S465-S469.
28. Penaforte LP, Da Silva I, Esteves ASR, Dos Santos I, Silva M. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. Cogitare Enfermagem, 2010; [S.l.],15(1):2176-9133.
29. David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65(1): 179-185.
30. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015 Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
32. Emilie Alirol et al. Multi-drug-resistant gonorrhoea: a research & development roadmap to discover new medicines. O programa mundial de vigilância

antimicrobiana gonocócica da Organização Mundial de Saúde. 2017.

Submissão: abril de 2018.

Aprovação: setembro de 2018.