



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM - MESTRADO**

**ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES DAS
ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLA CARDI NEPOMUCENO DE PAIVA

RIO DE JANEIRO

2015

CARLA CARDI NEPOMUCENO DE PAIVA

**ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES DAS
ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Lemos Pereira

RIO DE JANEIRO

2015

Paiva, Carla Cardi Nepomuceno de.

P149 Itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas no planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família/Carla Cardi Nepomuceno de Paiva, 2015.

153f. : 30 cm

Orientadora: Adriana Lemos Pereira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Planejamento Familiar. 2. Educação em Saúde. 3. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 4. Enfermagem. I. Pereira, Adriana Lemos. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 613.94

CARLA CARDI NEPOMUCENO DE PAIVA

**ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES DAS
ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Aprovada em

Orientadora:

.....
Adriana Lemos Pereira, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

Banca Examinadora:

.....
Lucia Helena Garcia Penna, Prof^a Dr^a, FENF/UERJ

.....
Florence Romijn Tocantins, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

.....
Inês Maria Meneses dos Santos, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

.....
Maria das Dores de Souza, Prof^a Dr^a, FACENF/UFJF

Este trabalho é dedicado aos(às) profissionais da "Saúde da Família", acreditando que estas reflexões possam vir a contribuir para a melhoria das nossas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva para, então, fortalecer o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos dos(as) nossos(as) usuários(as) da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado das reflexões cotidianas da minha vida pessoal, acadêmica e profissional. Concretizá-lo representou um desafio que foi vencido com a ajuda de inúmeras colaborações e de negociações institucionais, profissionais e afetivas. Assim, agradeço:

A Deus, pela oportunidade concedida, que possibilitou o meu crescimento enquanto profissional. Pela proteção durante todo o tempo em que estava viajando a caminho do Rio de Janeiro e de Juiz de Fora. Por fortalecer minha esperança e minha fé, deixando-me forte para superar os desafios encontrados durante a realização do Mestrado.

Ao Programa, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Aos integrantes do núcleo de estudo do Laboratório de Estudos de Gênero e Sexualidade (LEGS) ricos momentos de debates e reflexões. À Instituição, ao e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A todos que contribuíram, possibilitaram e incentivaram esta pesquisa, em especial à minha Orientadora, Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos, pela paciência, atenção, ensinamentos, oportunidades, confiança e carinho dispensados nestes dois anos. Serei eternamente grata. Sinto-me muito lisonjeada e privilegiada por ter sido sua orientanda.

Ao meu marido, companheiro e amigo Vladimir, pelo apoio, força, palavras de incentivo, auxílio financeiro, amor, carinho, pela paciência nos momentos mais críticos de ausência/presença, e por sempre me fazer ver que os sonhos são passíveis de serem realizados. Amo-te muito.

Ao meu pai, Francisco, e à minha mãe, Maria, que mesmo de longe acompanharam de perto toda a minha trajetória no mestrado, com muito otimismo, alegria e orgulho. Sei o quanto vocês torcem por mim. À minha irmã Cássia, que me deu força nos momentos difíceis, por saber que posso contar sempre com você. Amo vocês, sintam-se parte e também responsáveis por esta conquista.

À professora Maria das Dores de Souza, pelos ricos momentos de reflexão, pelos conselhos, pelo carinho, pela atenção e por partilhar seus conhecimentos e experiências comigo. Serei eternamente grata por tudo.

Às professoras que fizeram parte da minha Banca Examinadora, pela competência inquestionável, sensibilidade, e por contribuírem tanto na dissertação.

Agradeço a todas as integrantes do Laboratório de Estudos de Gênero, Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo (LEGS).

À Marisa Medeiros de Souza, pela atenção, colaboração e valioso auxílio na revisão da ortografia do texto final da dissertação e de outros trabalhos, durante o Mestrado.

Aos usuários que aceitaram participar deste estudo, e às equipes das Unidades de Saúde que participaram da pesquisa, em especial às enfermeiras pela atenção e apoio.

"Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais".

(FREIRE, 1977, p.25)

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno. Itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas no planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2015.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo: conhecer os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas do planejamento reprodutivo, na Estratégia Saúde da Família; descrever as atividades educativas do planejamento reprodutivo realizadas na Estratégia Saúde da Família, e analisar como a atividade educativa do planejamento reprodutivo contribui para a saúde sexual e reprodutiva, segundo o ponto de vista dos participantes. Estudo descritivo com abordagem etnográfica, de natureza qualitativa. Os cenários foram quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde que englobam a Estratégia Saúde da Família, situadas no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Participaram treze mulheres e um homem. Para a coleta de dados utilizou-se o método da observação participante durante as atividades educativas e a entrevista semiestruturada com os participantes dessa atividade. Os dados da caracterização e dos itinerários sexuais e reprodutivos foram analisados através do Software Epi Info; a técnica da descrição densa foi utilizada para relatar a observação participante durante as atividades educativas; e a análise de conteúdo temático-categorial auxiliou na elaboração das categorias referentes às atividades. Depreende-se desta pesquisa que o itinerário sexual e reprodutivo dos participantes do estudo indica questões que são pouco consideradas e, portanto, devem ser mais discutidas no contexto dessas atividades, destacando-se: seu desenvolvimento, majoritariamente realizado junto à mulheres, trabalhadoras do lar, que concebem o planejamento reprodutivo como sua responsabilidade, tendo em vista a dificuldade no que tange à flexibilização do horário da atividade educativa para seus companheiros que trabalham oito horas por dia. A participação nas atividades não garante o acesso ao método contraceptivo, havendo necessidade de maior divulgação do assunto junto à população. Conclui-se que as atividades educativas de planejamento reprodutivo, enquanto promotoras da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, deve ser alvo de reflexão por gestores e profissionais visando fortalecer tais dimensões da saúde humana como um direito, considerando ambas em sua dinamicidade, singularidade e demandas particulares.

Palavras-Chave: Direitos Sexuais e Reprodutivos. Educação em Saúde. Planejamento Familiar. Enfermagem.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno. Sexual and reproductive itineraries of participants of educational activities in reproductive planning in family health strategy. 2015. Dissertation (Master of Nursing), Graduate Nursing Program. Center for Biological and Health Sciences. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2015.

ABSTRACT

This study aimed: to know sexual and reproductive itineraries of participants on educational activities of reproductive planning, on the perspective of Family Health Strategy; to describe the educational activities of reproductive planning carried out on of Family Health Strategy and to analyze how the educational activity of reproductive planning contributes to sexual and reproductive health, from the viewpoint of the participants. It is a descriptive and qualitative nature research study with ethnographic approach. The sceneries were four units of Primary Health Care including Family Health Strategy, located in Juiz de Fora, Minas Gerais. Thirteen women and one man have participated. For data collection, it was used participant observation method during the educational activities and semistructured interview among participants of this activity. Data of characterization and sexual and reproductive itineraries were analyzed through Epi Info Software; thick description technique was used to report participant observation during educational activities. The content analysis by subject and category helped on the elaboration of the categories concerning the activities. It is clear in this research that sexual and reproductive itinerary of the participants of this study indicates underrated aspects and, therefore, must be more discussed on the context of these activities. We must detach its development: concerning in general women, housekeepers, which consider reproductive planning as their responsibility, in view of the difficulty regarding the flexibility of the schedule of educational activity for their partners who work eight hours a day. The participation on the activities does not guarantee the access to contraceptive method, as it needs a larger disclosure of the subject among the population. It is concluded that the educational activities of reproductive planning, as promoters of sexual and reproductive health of women and men, must be a target for reflection to managers and professionals in order to strength these dimensions of human health as a right, considering them in their dynamicity, singularity and particular demands.

Key words: Sexual and Reproductive Rights. Health Education. Family Planning. Nursing

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno. Itinerarios sexuales y reproductivos de los participantes de las actividades educativas en la planificación reproductiva dentro de la estrategia salud de la familia. 2015. Disertación (Master) el Programa de Postgrado en Enfermería. Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2015.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo: conocer los itinerarios sexuales y reproductivos de los participantes de las actividades educativas de la planificación reproductiva, en la Estrategia Salud de la Familia; describir las actividades educativas de la planificación reproductiva realizadas en la Estrategia Salud de la Familia, y analizar cómo la actividad educativa de la planificación reproductiva contribuye a la salud sexual y reproductiva, desde el punto de vista de los participantes. Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa con abordaje etnográfico. Los escenarios han sido cuatro Unidades de Atención Primaria a la Salud que engloban la Estrategia Salud de la Familia, situadas en la ciudad de Juiz de Fora, Minas Gerais. Han participado trece mujeres y un hombre. Para la recolección de datos se ha utilizado el método de la observación participante durante las actividades educativas y la entrevista semiestructurada junto a los participantes de esa actividad. Se han analizado los datos de la caracterización de los itinerarios sexuales y reproductivos a través del Software Epi Info; se ha utilizado la técnica de la descripción densa para relatar la observación participante durante las actividades educativas. El análisis de contenido temático-categorial auxilió en la elaboración de las categorías referentes a las actividades. Se deduce de esta investigación que el itinerario sexual y reproductivo de los participantes del estudio indica cuestiones que son poco consideradas y, portanto, deben ser más discutidas en el contexto de esas actividades, destacándose su desarrollo: fue realizado en su mayoría junto a mujeres, amas de casa, que consideran la planificación reproductiva como siendo de su responsabilidad, teniendo en vista la dificultad en cuanto a la flexibilización del horario de la actividad educativa para sus compañeros que trabajan ocho horas por día. La participación en las actividades no garantiza el acceso al método contraceptivo, por eso, es necesaria una mayor divulgación del asunto junto a la población. Se concluye que las actividades educativas de planificación reproductiva, como promotoras de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, debe ser blanco de reflexión por gestores y profesionales con vistas a fortalecer dichas dimensiones de la salud humana como un derecho, considerando ambas en su dinamicidad, singularidad y demandas particulares.

Palabras Clave: Derechos Sexuales y Reproductivos. Educación en Salud. Planificación Familiar. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa de localização de Juiz de Fora e das cidades adstritas. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	52
Figura 2	Esquema dos grupos e respectivos entrevistados nos mesmos. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de unidades de registro por unidades de significação/ temas encontrados nas entrevistas. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	59
Quadro 2	Caracterização dos participantes do estudo. Município de Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação entre as idades em que o participante começou a namorar idade da primeira relação sexual. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	68
Tabela 2	Idade dos participantes ao ter seu primeiro filho e número de filhos vivos. Município de Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	79
Tabela 3	Porcentagem de participantes que sabiam sobre a atividade educativa ou não, e como ficaram sabendo, e a relação da causa motivadora para tal participação. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Relação entre idade que os participantes e dos seus parceiros, começaram a namorar, e sua relação com o início da vida sexual. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	69
Gráfico 2	Relação de porcentagem dos métodos contraceptivos utilizados pelos participantes da pesquisa. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	70
Gráfico 3	Relação entre idade e tempo de utilização e método contraceptivo. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	73
Gráfico 4	Método contraceptivo escolhido após a atividade educativa. Juiz de Fora. Brasil, 2014.....	74

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atividade Educativa
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BENFAM	Sociedade do Bem Estar da Família
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CMB	Centro da Mulher Brasileira
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
INCA	Instituto Nacional de Câncer
GLTTB	Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais
LAM	Método da Lactação e Amenorréia
LEGS	Laboratório de Estudos de Gênero, Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

(continua)

(continuação)

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PF	Planejamento Familiar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDSR	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPGenf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PR	Planejamento Reprodutivo
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Saúde da Previdência e Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
Objeto de estudo.....	16
Questões Norteadoras.....	22
Objetivos Geral e Específicos.....	22
1 REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL.....	24
1.1 CONCEITOS: SEXUALIDADE E GÊNERO.....	24
1.2 HISTÓRICO E CONCEITOS: SAÚDE REPRODUTIVA E DIREITO REPRODUTIVO; SAÚDE SEXUAL E DIREITO SEXUAL.....	29
1.3 O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: CONTEXTO HISTÓRICO E DESAFIOS QUE PERMEIAM A ASSISTÊNCIA.....	35
1.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA POR MEIO DA ATIVIDADE EDUCATIVA NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	43
1.5 ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UMA EXPRESSÃO QUE APRESENTA POSSIBILIDADES PARA AMPLIAR E ANCORAR NOVAS FORMAS DE PENSAR, FAZER E PESQUISAR EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	47
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	50
2.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	51
2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	52
2.3 COLETA DE DADOS.....	53
2.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	57
2.5 ASPECTOS ÉTICO - LEGAIS.....	58
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	60
3.2 O ITINERÁRIO SEXUAL E REPRODUTIVO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	62
3.3 DESCRIÇÕES DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	84
3.4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	99
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117

REFERÊNCIAS.....	123
ANEXO A PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIRIO.....	134
ANEXO B AUTORIZAÇÃO DA SUBSECRETÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	135
ANEXO C CARTÃO DA MULHER (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA).....	138
ANEXO D CARTÃO DO HOMEM (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA).....	139
APÊNDICE A MODELO DE ESQUEMA UTILIZADO SEGUNDO CRITÉRIOS DE SATURAÇÃO.....	142
APÊNDICE B ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	143
APÊNDICE C INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	144
APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	146
APÊNDICE E DESCRIÇÃO DAS DINÂMICAS DO GRUPO EDUCATIVO.....	147
APÊNDICE F NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO POR UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	151

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo integra-se ao Laboratório de Estudos de Gênero, Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo (LEGS) inserido na Linha de Pesquisa Institucional intitulada: “Saúde sexual e reprodutiva como direito de mulheres e homens na atenção primária à saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), coordenada pela Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos Pereira, e tem como **objeto de estudo**: os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas de Planejamento Reprodutivo (PR) oferecidas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ao associar o termo itinerário¹ à expressão saúde sexual e reprodutiva, pretende-se valorizar as vivências da sexualidade e da reprodução enquanto esferas dinâmicas, singulares e particulares, pois considerá-las segundo as possibilidades de caminhos e escolhas, poderá contribuir para a compreensão do comportamento em relação à utilização dos serviços de PR. Assim, neste estudo, a expressão "Itinerário sexual e reprodutivo" traz uma possibilidade de ampliar a reflexão sobre a importância de se considerar a influência dos variados contextos e fatores sociais, econômicos, culturais, familiares e os serviços de saúde, dentre outros, que interferem diretamente na saúde sexual e reprodutiva, mas que nem sempre são considerados no âmbito desses serviços. Destaca-se que este estudo contemplará não todos, mas somente alguns aspectos referentes ao itinerário sexual e reprodutivo, tendo em vista a complexidade do tema, bem como considerando o pouco tempo para desenvolver tal estudo no âmbito de uma dissertação de Mestrado.

Ressalta-se que será discutido posteriormente, porém, destacamos aqui que a inserção da expressão "itinerários" no contexto do estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva, busca reforçar a dimensão da saúde humana em suas vivências singulares, cujo percurso se mostra dinâmico e variável. Assim, devido a tal dinamicidade, é necessário considerar todos os fatores e contextos que as permeiam para que as ações do PR sejam concretizadas de uma forma contextualizada, valorizando ainda mais as pessoas que procuram tal assistência. Portanto, mediante essa concepção, é possível inferir que esta expressão pautada na

¹ Destaca-se que o termo Itinerário, utilizado neste estudo, tem por base a definição de Itinerário Terapêutico que, segundo Cabral et al. (2011), representa as escolhas e o caminho percorrido por pessoas em busca de cuidados terapêuticos, considerando os acontecimentos e as influências de diversos fatores e contextos presentes neste caminho. Dessa forma, as escolhas traduzem construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de saúde, nas quais o percurso não necessariamente coincide com esquemas ou fluxos predeterminados nos serviços de saúde. No subcapítulo 1.5, intitulado “Itinerários Sexuais e Reprodutivos: uma expressão que apresenta possibilidades para ampliar e encorajar novas formas de pensar, fazer e pesquisar em Saúde Sexual e Reprodutiva”, será apresentado e especificado um pouco mais sobre esta expressão.

concepção revelada anteriormente, pode inspirar novos estudos a construir instrumentos para avaliar tal assistência, como também possibilita vislumbrar novos caminhos para se fazer pesquisa acerca da temática de saúde sexual e reprodutiva.

Na década de 60, o Planejamento Familiar² era desenvolvido pela Sociedade do Bem Estar da Família (BENFAM), tendo como foco a população dita carente. A assistência pautava-se na oferta de métodos contraceptivos através do Programa de Distribuição Comunitária, que teve maior adesão nas regiões Nordeste e Norte (PÊGO; RICHA, 1987). Nesse contexto, os Programas voltados para a saúde da mulher até então, restringiam-se aos problemas inerentes à gestação e ao parto.

As manifestações e a organização do movimento feminista culminaram na elaboração da *Carta de Itapecerica* contendo reivindicações para a melhoria da saúde das mulheres, apresentadas no 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher ocorrido no ano de 1984. O Ministério da Saúde (MS), no mesmo ano, implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a fim de restabelecer a visão integral da saúde da mulher, "ênfatizando a necessidade de atender às mulheres em todas as fases de suas vidas, destacando a importância do acesso à informação e ao planejamento familiar" (VIANNA, LACERDA, 2004, p.96).

Outros instrumentos normativos e legais foram formulados no sentido de reconhecer o Planejamento Reprodutivo (PR) na sua importância para a saúde reprodutiva da população, dentre os quais destaca-se a Constituição de 1988, que no Artigo 226, parágrafo 7, estabelece:

[...] Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

As normas legais e documentos como a Lei do Planejamento Familiar (Lei Federal 9.263, de 1996), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2009a), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

²Em 2010, no Caderno de Atenção Básica intitulado "Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva", o Ministério da Saúde propõe a substituição da expressão "Planejamento Familiar" para "Planejamento Reprodutivo", devido ao fato de o mesmo poder ser realizado individualmente pelo homem, pela mulher ou pelo casal, independente de união estável, de sua opção por ter filhos ou não, podendo ou não ter o propósito de constituir família. Assim, o conceito de Planejamento Reprodutivo é considerado uma "concepção mais abrangente" (BRASIL, 2010, p.58). Para tanto, nesta pesquisa será utilizada a expressão Planejamento Reprodutivo.

(PNDSDR) (BRASIL, 2005), o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), Programa Mais Saúde (BRASIL, 2007a), e a recente Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008), fazem parte do conjunto de ações que visa facilitar o acesso aos cuidados para promoção da saúde sexual e reprodutiva como um direito, além de contribuir para a efetivação da assistência do PR com enfoque integral.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005), a política do planejamento familiar vem sendo desenvolvida em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes, enfatizando-se a importância das ações de orientação e educação em saúde, sejam estas para planejar a família, como também para estimular a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)³. Ainda, é firmado entre tais Órgãos o compromisso pelo respeito e garantia aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos enquanto direitos humanos, o que fortalece as políticas em relação ao PR. Destaca-se que

Em 2001 o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Estabelecendo na mesma a diretriz de atendimento e oferta de serviços, de acordo com os níveis de atenção, esta ação fez com que a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornasse o responsável por desenvolver as atividades relativas ao PR, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2001a; 2010). Embora o PR seja de responsabilidade de todos os níveis de atenção, tal assistência é oferecida principalmente, na APS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Salienta-se que a educação em saúde faz parte do trabalho dos profissionais da saúde na ESF, especialmente do trabalho do enfermeiro que assume o desafio de educar em saúde (COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012). Ressalta-se que a formação deste profissional o capacita para o cuidado no processo saúde-doença, através de práticas assistenciais direcionadas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES; ERDMANN, BÜSCHER, 2010).

Vale considerar ainda que, conforme destacam Carvalho e Ceccim (2012, p.153), a "formação do enfermeiro deve atender as necessidades do SUS". Os autores destacam o

³ Destaca-se que a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é utilizada internacionalmente sendo empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e passa a ser adotada nos manuais e documentos do Ministério da Saúde, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Nesse contexto, a expressão IST "alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas" (BRASIL, 2015, p.13). Destaca-se que neste trabalho a terminologia IST foi utilizada, porém na observação participante e nas entrevistas foi falado em DST, logo, nestes dois contextos foi mantida a terminologia antiga.

aspecto da instrumentalização do profissional sob a perspectiva do "atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento" (p. 153).

Uma das atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF é a do PR. Estudos mostram que os enfermeiros são os profissionais que, em grande parte, assumem a coordenação e a execução dessa atividade no âmbito da ESF (MOURA et al., 2007; ROECKER; MARCON, 2011), sendo a ESF uma "proposta de extensão do acesso da população aos serviços primários de saúde, mas respeitando-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde" (COHN, 2012, p. 238).

Considerar os itinerários sexuais e reprodutivos dos usuários que participam das atividades educativas no PR oferecida na ESF, possibilita um aprimoramento das estratégias para promover maior adesão ao PR, além de reforçar a necessidade de uma capacitação permanente para atuar em tal assistência, que considera a sexualidade e a reprodução dimensões complexas que exigem, além do conhecimento, sensibilidade e empatia.

O interesse pelo tema surgiu a partir de três vivências durante a graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. A primeira foi através da participação de projeto de extensão "Prevenção da gravidez não planejada e o contágio do HIV/AIDS entre adolescentes e jovens"; a segunda, na participação no Projeto Rondon na "Operação 2 de Julho"; e a terceira, por meio da realização da Atividade Educativa (AE) do PR durante o estágio curricular na APS.

Realizar a AE oportunizou aproximar-me dos desafios que envolvem a aplicação da teoria na prática da AE do PR, pois em todas estas vivências pude perceber algumas questões relativas a assistência, como: a recorrência da não utilização dos métodos de barreira para prevenção das IST e da gravidez não planejada; o oferecimento da AE em detrimento do aconselhamento e da atividade clínica, conforme preconizados pelo MS; a falta de informação e/ou informações equivocadas sobre a saúde sexual e reprodutiva; a procura dos usuários pelos serviços de saúde quando já estão com alguma IST; o desconhecimento do direito à assistência do PR como também a procura pela AE do PR, condicionada excepcionalmente à obtenção e do método contraceptivo gratuitamente.

Tais questões percebidas na minha vivência, ainda na graduação, também já foram identificadas por outros estudos, os quais reforçam que, apesar dos avanços e conquistas no campo do PR, ainda existem desafios a serem superados na implementação dessa assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como destacam os estudos de Osis et al.(2006); Pereira

(2008); Heilborn et al. (2009); Casarin (2010); Bonan et al. (2010); Souza (2011), Coelho et al. (2012); Faria (2012); Moura et al. (2013), Martins et al (2013) e Falkenberg et al. (2014) , entre outros. Esses autores têm evidenciado dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, principalmente a esterilização cirúrgica, como também, reduzidas opções e até falta de métodos contraceptivos nas Unidades de Saúde; dificuldade de adesão às AE do PR e escassa participação masculina em tais atividades; falta de assistência à infertilidade; necessidade de capacitação e educação permanente para profissionais que atuam no PR; falta de acompanhamento do método contraceptivo e da saúde dos participantes do PR e abordagem educativa com enfoque na contracepção e nas doenças transmitidas pelo sexo.

Os dados apresentados no Boletim Epidemiológico publicado pelo MS em 2013, a respeito da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no período de 1980 a 2012, mostram que foram notificados "686.478 casos de AIDS, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino" (BRASIL, 2012c, p.13).

Segundo o MS, foram registradas no País, em 2010, quarenta internações de mulheres com faixa etária de 10 a 19 anos, em decorrências de aborto espontâneo, inseguro, por razões clínicas, e gravidez não viável (BRASIL, 2011). Dados da pesquisa nomeada Nascer no Brasil, coordenada pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz em 2012, entrevistou 23.894 mulheres puérperas, identificando que destas, 30% alegaram 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 PR, a fim de colaborar para garantir o exercício de decidir quando e quantas vezes engravidar(VASCONCELLOS et al., 2014).

Outro dado que merece destaque é a estimativa de que, até 2015, ocorram mais de 320.000 casos novos de câncer do colo de útero (OMS, 2007), estatística esta que esboça uma realidade relatada pela literatura, pois, o estudo de Soares et al. (2010, p. 94) sobre a caracterização de mulheres em um município do sul do Brasil, identificou que "40% nunca fizeram o Papanicolaou". Este câncer é o sexto tipo mais incidente nas mulheres, e o mais incidente na região Sudeste, representando cerca de 7,58 casos em 100 mil habitantes (BRASIL,2014). O câncer de mama é o mais frequente na população feminina da região Sudeste, segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (BRASIL, 2014). Com relação à saúde do homem, é estimado que o câncer de próstata acometa 60% da população masculina até 2015 (BRASIL, 2012b).

Casarin (2010), em sua pesquisa de dissertação de Mestrado realizada no Rio Grande do Sul, com o objetivo de conhecer as ações e serviços de enfermagem no planejamento familiar oferecidos aos usuários do SUS, concluiu que há necessidade da realização de estudos que busquem desvendar a visão do usuário sobre as ações de saúde sexual e reprodutiva que lhe são oferecidas, pois o referido estudo indica que tal conhecimento pode ajudar os profissionais que atuam nessa área assistencial, quando a elaboração e implementação de estratégias eficazes para garantir a efetivação do direito à saúde sexual e reprodutiva.

Foi realizado um levantamento de produções científicas nacionais, por meio de uma revisão integrativa de literatura na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de julho a agosto de 2014, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), segundo terminologia em saúde da BVS: Direitos sexuais e Reprodutivos; Educação em Saúde e Planejamento Familiar. Para sistematizar e aperfeiçoar a busca, optou-se por usar o seguinte esquema dos operadores booleanos: "planejamento familiar" AND "educação em saúde"; "Direitos sexuais e reprodutivos" AND "educação em saúde", "Direitos sexuais e reprodutivos" AND "Planejamento Familiar". A revisão revelou que dentre os 33 artigos encontrados, somente 10 descreviam as atividades educativas no PR.

Esta revisão integrativa demonstrou que a prática educativa, em muitos contextos, ainda está se restringindo ao repasse de informação sobre métodos contraceptivos e IST, sendo reduzido o número de atividades educativas que discutam temas como aborto; tipos de violência; gênero; relacionamento afetivo entre outros, que são agregados apenas em atividades cujo público alvo é o adolescente. Somente um estudo considerou e interligou a realização da AE com as necessidades dos participantes. A participação masculina, além de ser reduzida, não é estimulada. Destaca-se que nos artigos analisados, há escassez de discussão nestas AE de PR que abordam temas sobre a saúde do homem.

Estudo de Souza (2011) realizado em Juiz de Fora (Minas Gerais), no período de 2008 a 2009, a respeito da atuação da enfermeira na atividade educativa grupal de saúde para promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, identificou a necessidade de reformular a assistência do PR no que tange à oferta de capacitação das enfermeiras para a coordenação e execução das atividades educativas; aumento da adesão e participação de outros profissionais nas atividades do PR; necessidade de reorientar as práticas educativas para que se tornem eficazes no sentido de fortalecer o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, considerando a participação ativa dos usuários, mulheres e homens que procuram a ESF. A autora também

destacou a importância da realização de outras pesquisas sobre o tema, com o propósito de encorajar novas estratégias para, então, garantir o exercício do direito sexual e reprodutivo.

Dessa forma, considerando todo o contexto exposto, concordamos com Casarin e Siqueira (2010), pois, segundo estes autores, o PR é uma temática atual, inserida em um contexto mais amplo abrangendo o campo dos direitos reprodutivos e sexuais. Assim, é indispensável reconhecer a relevância do tema no âmbito da enfermagem, uma vez que a assistência no PR, através da prática educativa, faz parte da prática profissional e do cotidiano do trabalho do enfermeiro na ESF.

Além do que foi pontuado acima, esta investigação se faz pertinente e necessária tendo em vista o panorama dos indicadores sociais⁴ referentes à saúde sexual e reprodutiva da população. Segundo Corrêa, Alves e Jannuzzi (2003; 2006), tais indicadores incluem a prevenção da gravidez; gravidez na adolescência; acompanhamento da prevalência e ocorrência de IST/AIDS; uso de contraceptivos; incidência de aborto; características do parto; intensidade e causas de mortalidade materna, dentre outros referentes ao acompanhamento das Políticas Públicas específicas da área de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Com base no exposto, delineou-se as seguintes **questões norteadoras** do estudo: Quais são os itinerários sexuais e reprodutivos de homens e mulheres que participam da atividade educativa do PR na ESF? Como é realizada a atividade educativa do PR para os(as) usuários(as) da ESF? Como a atividade educativa do PR contribui para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens que buscam por essa assistência na ESF?

A partir das indagações acima, determinou-se como **objetivo geral** desta pesquisa: conhecer os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas do planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família. **Os objetivos específicos** foram: descrever as atividades educativas do planejamento reprodutivo realizadas na Estratégia de Saúde da Família e analisar como a atividade educativa do planejamento reprodutivo contribui para a saúde sexual e reprodutiva, segundo o ponto de vista dos participantes.

A partir dos objetivos elencados, entende-se que as reflexões propostas poderão colaborar significativamente com a prática da AE no âmbito do PR, não somente do enfermeiro, mas também dos demais profissionais da ESF, pois, ao possibilitar o conhecimento do itinerário sexual e reprodutivo, bem como o conhecimento sobre a visão do participante da AE que lhe é oferecida no PR, o profissional poderá refletir a respeito dessa

⁴Indicador social, segundo Jannuzzi (2003, p. 15), é "uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático para formulação de políticas".

assistência. A reflexão sobre a AE do PR faz-se importante neste contexto a fim de que sejam identificadas suas potencialidades e limites para, então, reformular e reorientar as ações no sentido de fortalecer o PR e, portanto, o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Destaca-se, ainda, que o reconhecimento dos itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes pode auxiliar no fortalecimento do vínculo e aproximação entre participante e profissional, como também facilitar o acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva na ESF.

Esta dissertação é composta por cinco capítulos. Nas considerações iniciais são apresentados o objeto do estudo, as questões norteadoras, os objetivos geral e específicos, a justificativa e a relevância do estudo e, por último, as suas contribuições para a enfermagem. No capítulo 1, descreve-se o arcabouço teórico e conceitual deste estudo. No capítulo 2 são abordadas os aspectos metodológicos para, nos capítulos 3 e 4 serem apresentados os resultados encontrados após a realização do trabalho de campo, e uma discussão acerca desses achados. O capítulo 5 apresenta as considerações finais do estudo.

1 REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL

1.1 CONCEITOS: SEXUALIDADE E GÊNERO

No campo das Ciências Sociais, a discussão sobre a temática de gênero, sugere um desligamento do determinismo biológico consubstanciado nas reflexões positivistas, como forma de lutar para concretizar a noção de respeito às diferenças e não aceitação das desigualdades sociais e sexuais, impostas pela cultura, história e sociedade (SCAVONE, 2003). Logo, tal concepção sobre gênero deu-se como forma de dominação através da cultura implícita nas relações de poder existentes na sociedade (SCOTT, 1995; CORTES et al., 2010).

Nos Estados Unidos, através de movimentos feministas e estudos acadêmicos, teve início em 1960 a discussão a respeito das questões de gênero, ao passo que na América Latina, só ocorreu uma década depois (MACHADO, 1994). Assim, o feminismo tornou-se a principal influência nos estudos relacionados a gênero, como forma de reivindicar a apropriação do corpo, não só na América do Norte, mas também na América do Sul.

Considera-se que o movimento feminista fortaleceu as práticas educativas ao realizar grupos de estudos enfocando temas cotidianos, referentes a vivências e necessidades corporais de saúde da mulher. Mediante as reflexões levantadas pelo movimento, ficou evidenciada a construção social do gênero, uma vez que partilhavam o sentimento de subordinação ao homem e a desvalorização (ÁVILA, 2003).

Michèle Ferrand, em uma entrevista a respeito das questões relacionadas a gênero, aponta que no seu País, o termo “gênero” passou a ser discutido nas décadas de 80 e 90. A pesquisadora e participante da militância feminista na França, afirma que as reflexões feministas já sugeriram que as diferenças biológicas não podiam servir como meio de dominação dos homens e submissão das mulheres (RIAL; LAGO; GROSSI, 2005).

No contexto histórico brasileiro, em 1990 o termo “gênero” foi alvo de estudos, dentre os quais se destacam os feministas, realizados com o propósito de salientar a oposição à característica social de gênero, baseada nas diferenças entre os sexos masculino e feminino (SCOTT, 1995), uma vez que tal concepção baseada nessas diferenças, tornava-se promotora das desigualdades entre ambos (SCAVONE, 2003).

A historiadora Joan Scott é uma referência “primária” para as análises científicas

na perspectiva das relações sociais entre homens e mulheres. Seus diversos estudos sobre o termo “gênero” revelam-no como uma categoria de construção social, considerando os "papéis próprios aos homens e às mulheres"(SCOTT,1995, p.3), engendrados pelas relações sociais. Desse modo, seria rejeitado o determinismo biológico enraizado nos termos: sexo e diferença sexual.

Para a historiadora Scott (1995), o conceito de gênero emerge das relações sociais mediante percepções diferentes entre os sexos, aliado às relações de poder entre ambos, fato este já estudado por Giffin (1991), a qual faz referência à subordinação da mulher ao homem, pelas diferenças, singularidades e estereótipos atribuídos aos aspectos do corpo e da reprodução.

Scott (1995) ainda faz críticas quanto à utilização do termo “gênero”, pois, para a autora, este não é a única forma de buscar o entendimento das formas, origens e relações de desigualdade existentes entre homens e mulheres. Por conseguinte, conforme a conclusão de Pereira (2008) acerca da definição de Scott (1995) tem-se que "gênero seria a distinção de atributos que conferem a qualidade de ser homem ou ser mulher" (PEREIRA, 2008, p.28).

Desta forma, tentou-se desvincular a relação do determinismo biológico no comportamento humano, acreditando assim que o ser homem ou mulher está diretamente relacionado aos aspectos culturais e sociais, e não apenas às características biológicas e/ou comportamentais de ambos (ARAÚJO; PENNA, 2014).

Segundo Cabral e Diaz (1999), o aspecto que condiciona o gênero tem sua construção iniciada no âmbito familiar, ainda no momento do nascimento com a determinação do sexo biológico. Posteriormente, faz-se diferenciação entre cores, como rosa para meninas e azul para meninos, tipos de brincadeiras, entre outras, e continua ao longo das fases da vida. Estas diferenciações, para Oliveira (2011), caracterizam-se como violência de gênero.

Em 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) fez uma alerta sobre a problemática oriunda das questões de gênero, que causa também sofrimento, adoecimento e morte quando se intitulam os comportamentos tidos como padrões hegemônicos de masculinidade e de feminilidade. O estudo de Cortes et al. (2010, p. 147) a respeito da questão de gênero e sua compreensão na saúde, ressalta os entraves gerados pelo domínio masculino, sendo que os relatos das entrevistadas "revelam, também, situações em que as relações de gênero desiguais resultam em estresse, agravos na saúde física, atos violentos, entre outros".

Por conseguinte, os padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade refletem nas identidades sexuais, pois reforça a "desigualdade existente entre homens e mulheres, principalmente em torno a quatro eixos: a sexualidade, a reprodução, a divisão sexual do trabalho e o âmbito público/cidadania" (CABRAL; DIAZ, 1999, p.2). Sob a luz desse pensamento, refletiremos neste estudo a respeito de dois eixos: a sexualidade e a reprodução.

Para iniciar a discussão sobre a temática da sexualidade, reportamo-nos a Giffin (1999), autora que esclarece a respeito da utilização de conceitos equivocados, uma vez que ao dividir a dimensão do corpo e mente, a sexualidade transforma-se em objeto e mercadoria de consumo. Assim, entende-se a necessidade de abordar este tema, de modo a valorizar os elementos singulares, culturais e históricos acerca da sexualidade.

A sexualidade, sob o ponto de vista da sociedade patriarcal⁵, tem sua expressão de forma diferente, pois a sexualidade da mulher fica restrita à reprodução, e a do homem, à genitalidade, sendo esta última considerada pela mulher um objeto de vergonha, sujo. Deste modo, fica determinada a obrigatoriedade da mulher de ofertar prazer ao homem; ao contrário, a sexualidade dele é sinônimo de masculinidade e de obtenção de prazer. Por conseguinte, "ocorre um imbricamento estreito entre sexualidade e gênero, que resulta em impactos na saúde" (HEILBORN, 2003, p.198).

Na reprodução também é observada esta diferença de gênero, pois as mulheres estão destinadas, obrigatoriamente, a se tornarem mães em algum momento de suas vidas, além de se contentarem com o cuidado dispensado aos filhos como forma de realização pessoal (SCAVONE, 2003). Ou seja, "o cuidado com a prole é sempre destinado às mulheres, mas este se situa para além do papel propriamente" (HEILBORN, 2003, p.200). Tal contradição também é implicada na sexualidade, uma vez que "do homem se esperava, desde cedo, o exercício da sexualidade ativa, em contraste com a manutenção da virgindade e a passividade sexual esperada da mulher" (GIFFIN, 1991, p.197).

Heilborn (2003) aponta outras questões de gênero relacionadas à vida sexual e reprodutiva, tais como: epidemia do HIV na vida das mulheres, devido à dificuldade da negociação e utilização do preservativo pelos parceiros, pois o ato da mulher optar pelo uso

⁵ A sociedade patriarcal é exemplificada por Karen Giffin (2005, p. 48) em seu artigo: *A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico*, no qual aponta que o patriarcal abrange a concepção de uma sociedade dominada pelo poder dos homens, caracterizada pelo "racional, ativo no público, na produção da ciência e da cultura, provedor, sexualmente irresponsável, poderoso, universalizado na sua dominação, Homem com 'H' maiúsculo (...)" e a Mulher: emotiva, voltada ao mundo privado, sendo responsável pelo cuidado dos filhos e das relações de afeto, sendo sexualmente passiva, dependente, obediente, universalizada na sua opressão. Na confrontação entre Homem e Mulher nas relações sociais, fossem na esfera doméstica ou no público, as vantagens todas, segundo os valores dominantes da sociedade individualista, competitiva e monetarizada, pareciam ser dos Homens".

do preservativo leva a pensar na promiscuidade; culpabilização da mulher que engravida na adolescência; homens menos favorecidos economicamente pouco procuram assistência para cuidar de sua saúde.

Contudo, torna-se necessário estimular a desconstrução do biologicismo na relação sexualidade, sobretudo na identidade social formulada em relação aos corpos de homens e mulheres, pois esses aspectos não são compostos somente por características biológicas, portanto, não podem ser consideradas naturais, mas provenientes de uma sociedade patriarcal e com uma política dominante do biopoder⁶ sobre os corpos (OLIVEIRA, 2011).

Cabe ressaltar que a desigualdade de gênero, como fruto das relações sociais frente à sexualidade e à reprodução concebidas pelo poder patriarcal, trouxe reflexos que estão cotidianamente presentes na sociedade atual, sendo que um deles refere-se ao distanciamento do homem em relação à saúde reprodutiva, no que tange aos cuidados paternos e partilha das decisões reprodutivas do casal (ÁVILA, 2003).

Por conseguinte, torna-se pertinente, neste contexto, discutir o significado e as diferenças de sexualidade e sexo. Assim, remetemo-nos a Berquó (2003) que faz uma discussão a propósito da temática no livro intitulado: “Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil”. Segundo a autora, o sexo pode ser definido como um conjunto de ideias, atos e sensações, sendo constituído de três significados: posição na reprodução sexuada; órgãos genitais externos e precedido do termo “fazer”, que está relacionado ao ato sexual. Já a sexualidade, não se refere ao ato sexual; é individual e faz parte de fantasias e ideias ligadas à cultura e a um determinado momento histórico, sendo permeadas por percepções, necessidades e possibilidades; Portanto, a sexualidade é aprendida.

Heilborn (2003) contextualiza a representação do termo “sexualidade” no século XVIII, quando já era concebida como produto construído natural e culturalmente por meio das representações acerca do que seria uma orientação erótica, equivalente ao desejo interno do sujeito. Deste modo, é particular e condizente com suas singularidades e especificidades sendo, portanto, único. Giffin (1999, p. 88), ao discutir as concepções acerca da sexualidade, aponta que para o movimento feminista, a sexualidade compreende “uma forma de relação com o mundo, que é tanto corporal como aprendida”.

⁶Biopoder, expressão utilizada pelo filósofo Michel Foucault na sua discussão em *História da Sexualidade – A Vontade de Saber*, cujo título é “Direito de morte e Poder sobre a vida”, publicado em 1976 no livro *Em Defesa da Sociedade*, em que o autor esclarece a influência biopolítica nos aspectos definidores do biopoder. Neste sentido, a sexualidade e o sexo representam as estratégias de poder e controle sobre a prática reprodutiva e sexual da população, que inclui o controle sobre os corpos, a proibição do direito de escolha das mulheres na relação com a maternidade e a criminalização da homossexualidade, entre outras (FOUCAULT, 2009).

Nesse contexto, o corpo não é concebido como algo da natureza, já acabado e estático, mas como algo dinâmico e inconstante, uma vez que as necessidades e desejos são alterados de acordo com o tempo, com mudanças de hábitos e de rotinas que abrangem as situações da vida cotidiana (BRASIL, 2009b). Assim, a sexualidade não é fixa, está entre o espaço imaginário e o real, que também é variável segundo as experiências e os tipos de sensações e satisfação propiciada, sendo diferentes e particulares em momentos diversos da vida. O seu efeito sexual ou prazeroso é que se intitula como tal (BERQUÓ, 2003).

Oliveira (2011, p. 46) quando aborda o tema sexualidade em seu trabalho, aponta para a transformação da sexualidade e do desejo, de acordo com a fase da vida, estando presente em cada uma delas, porém, sendo vivida de forma diferente:

[...] A sexualidade e o desejo das mulheres na menopausa se transformam, mas não acabam, se reconfiguram, se amadurecem, se acalmam subjetiva e objetivamente. Mas permanecem, e isto é um dos fatores determinantes da qualidade de vida das mulheres. [...] Em todas as fases da vida das mulheres a sexualidade é vivida de formas diferente, mas é a mulher como sujeito sexual de direito sobre seu próprio corpo e vida que vai escolher como e qual sexualidade.

Portanto, falar de sexualidade é considerá-la uma construção em transição, revelada por condutas e atitude morais do indivíduo (OLIVEIRA, 2011), como também é relevante ponderar a respeito da influência cultural que permeia a sexualidade, na qual há transformação de corpos sexuados em corpos socializados, sendo este último estigmatizado⁷ e/ou classificado por meio de gênero, de orientação sexual e de escolha de parceiros, valores morais e sociais que envolvem a trajetória afetiva e amorosa dos indivíduos, e que perpassa pelo matrimônio e pelas relações sociais (HEILBORN, 2003). A referida autora exemplifica a diferença de gênero em torno da sexualidade e da prática sexual como sendo uma experiência subjetiva diferente para os homens, em relação às mulheres. Para o homem, tal experiência afetiva é um aprendizado sem envolvimento; já para as mulheres, tal experimentação se dá associada ao sentimento de amor.

Apesar de serem conceitos diferentes, "há estreito e inescapável imbricamento entre sexualidade e gênero" (HEILBORN, 2003. p.35). Tal afirmação é compartilhada também por

⁷Ler GOFFMAN, Erving. Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. In: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. 1963. Traduzido por Mathias Lambert. O autor faz em seu texto uma reflexão sobre o a titulação e utilização dos atributos relativos ao estigma, perpassando por análises de depoimentos de pessoas que se julgam portadoras de estigmas, ou seja, julgados pela sua singularidade e por não apresentar comportamento comum, tendo, portanto outros costumes, cultura, sexualidade, modo de vida, corpo físico, ideais, valores, classe social, entre outros.

Giffin (1999, p. 89), pois a autora afirma que "o masculino é representado como sexualmente ativo, mas incapaz de uma relação íntima; o feminino, como voltado para as relações íntimas, mas não como sujeito sexual".

Assim, percebe-se que a concepção de sexualidade esteve por muito tempo ligada à reprodução, porém, o uso de métodos contraceptivos hormonais, nos anos 60, e o advento da epidemia de HIV/AIDS, na década de 80, tornou-se operante e necessário à segregação de tais definições (HEILBORN, 2003).

1.2 HISTÓRICO E CONCEITOS: SAÚDE REPRODUTIVA EDIREITO REPRODUTIVO, SAÚDE SEXUAL E DIREITO SEXUAL

Nas primeiras décadas do século XX, na Europa e nos Estados Unidos, surgiram movimentos de caráter malthusiano que associavam a miséria ao crescimento populacional ou "explosão populacional", evidenciando que a redução da quantidade de alimentos e o aumento da população demonstravam um descompasso. Logo, como proposta para solucioná-lo e visando assegurar a oferta de alimentos, foram oferecidos anticoncepcionais hormonais para controlar o crescimento populacional dos países pobres, mas sem assistência adequada (COELHO et al., 2000).

À época, o Estado passou a disseminar métodos contraceptivos com finalidade natalista, e na década de 70 emergiu o pensamento neomalthusiano é o nome dado à atualização da teoria desenvolvida por Thomas Malthus no final do século XVIII. Esta teoria atribui a pobreza e o subdesenvolvimento de um país ao seu crescimento populacional. De acordo com esta perspectiva, o crescimento da população se coloca como um importante obstáculo ao desenvolvimento, visto que produz o esgotamento dos recursos naturais disponíveis, tidos como limitados. Anos depois, esse pensamento foi deixado de lado, uma vez que a fecundidade apresentou um decréscimo, ao passo que possibilitou destacar a necessidade não atendida na contracepção (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Nas décadas de 60 e 70, o Brasil era regido pela política que tendia ao natalismo, pois a Igreja Católica e a alta taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), no período do "milagre econômico", além de preocupações geopolíticas de ocupação territorial, estimularam tal política (PITANGUY, 2003).

No final dos anos 70 e início dos anos 80, o aparecimento dos movimentos sociais na esfera pública de diversos países da América Latina, e na respectiva arena política, culminou na realização de debates enfocando saúde e direitos reprodutivos, temas que até então não

eram próprios desses espaços. Na Conferência Internacional da Mulher realizada em Nairóbi (África) em 1985, a Organização das Nações Unidas (ONU) solicitou que os países membros desenvolvessem políticas públicas para a promoção da saúde da mulher (PITANGUY, 2003).

No Brasil, o movimento feminista luta e reivindica politicamente o reconhecimento dos direitos da mulher de vivenciar a maternidade como opção. Deste modo, pressiona o Estado no sentido de concretizar ações propositivas em saúde reprodutiva. Como resultado, nos anos de 1983 a 1987, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi regulamentado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo incorporada a saúde reprodutiva em seus programas de ação (PITANGUY, 2003).

Um marco ressaltado pela literatura, que possibilitou expansão deste direito, foi a implementação do PAISM em 1983, pois, até então, a assistência era centrada somente no pré-natal, parto e puerpério, visando o binômio mãe-filho, tendo como foco a reprodução.

A ideia de saúde reprodutiva busca romper com a ideia de reprodução como um dever, ou destino feminino, para situá-la como um direito. Entendida como um direito humano básico, a reprodução (sem riscos ou coerções, é evidente) deve estar garantida pelos Estados e Governos. (VILLELA, 2000, p.9)

Em 1988, na tentativa de ampliar a análise de temas como planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical, dentre outras temáticas de impacto na saúde que estão inseridas no contexto da reprodução, a OMS passou a considerar o conceito de "Saúde Reprodutiva". No Brasil, tal assistência ainda vigorava na concepção de "Saúde Integral da Mulher". Contudo, a utilização do conceito de saúde reprodutiva contribui para ampliar a discussão sobre a assistência relativa ao planejamento familiar, pois tal conceito, descrito pelo Programa de Ação do Cairo (1996), incorporou a participação dos homens, incluindo nele a dimensão da saúde sexual (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2006), da seguinte forma:

[...] A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Está implícito, nesta última condição, o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às

mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. (Cap. VII, parágrafo 7.2)

A Conferência do Cairo (1996), no seu programa de ação, ainda recomendou que:

[...] os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e planejamento familiar) sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomendam, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável. (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 36-37)

A noção de direito reprodutivo enquanto direito humano, teve início com o fim do um modelo patriarcal buscando, no entanto, subsidiar a igualdade de gênero e ampliar o conceito de família, o que culminou na incorporação desse direito na Constituição Federal de 1988 (VIANNA, LACERDA, 2004). Pode-se dizer que a elaboração e implementação dos direitos reprodutivos no contexto das políticas públicas de saúde deu-se, inicialmente, pela regulamentação das Leis Trabalhistas em 1940, que possibilitou a proteção à maternidade garantindo os direitos relativos a licença maternidade e amamentação. Posteriormente à redemocratização do Brasil, tal direito foi ampliado, permitindo perceber que "a construção dos direitos reprodutivos como parte do escopo mais amplo dos direitos humanos é um processo relativamente recente" (VIANNA, LACERDA, 2004, p.98).

O Programa de Ação do Cairo (CIPD, 1996) expõe uma definição mais ampliada de direitos reprodutivos:

[...]direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer. E o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (Parágrafo 7.3, p. 41)

Considerando a definição anterior, observa-se que, no Brasil, o entendimento é o mesmo, porém, com algumas modificações:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, 2013, p.15)

Vale ressaltar que a implementação dos direitos reprodutivos é recente, na medida em que são considerados essenciais para que mulheres e homens tenham autonomia e acesso à saúde, com serviços de qualidade de modo integral, de acordo com preceitos éticos que respeitem a vida, a privacidade, a confidencialidade e a dignidade humana, com informações para que o casal realize de forma livre, compartilhada e responsável, suas escolhas e decisões envolvendo contracepção e concepção. (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2006).

Em 1975, a OMS já havia descrito uma definição de saúde sexual. Com influências da sexologia clássica, o conceito considerava os fatores subjetivos e individuais relativos à emoção, ao intelecto, bem-estar, comunicação e amor, tendo como base o direito do prazer e a informação sexual. A saúde sexual, nesse sentido, é a soma dos aspectos psicológicos, emocionais, intelectuais, sociais e do bem estar sexual, informação e amor. Destaca-se que, nessa concepção, para a concretização do cuidado com a saúde sexual, é necessário compreendê-la como algo que faz parte da vida e dos relacionamentos, que vai muito além do aconselhamento e dos cuidados relacionados à procriação ou às IST (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2006).

Contudo, somente com o advento da epidemia da HIV/AIDS, no século XX, foi intensificada a utilização da expressão "Saúde Sexual", porém, ainda sem um conceito acordado, levando-a a ser incorporada à definição de saúde reprodutiva, como foi visto anteriormente.

Em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, define saúde sexual da seguinte forma:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (HERA(1999)apud CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 45)

Já o Caderno de Atenção Básica nº 26, elaborado pelo MS, intitulado "Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva", define saúde sexual como:

[...] a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação, propiciando a vivência da sexualidade humana de forma positiva, informada, agradável e segura, baseada na autoestima e no respeito mútuo nas relações sexuais. (BRASIL, 2013, p.37)

Desse modo, no final do século XX ocorreu a incorporação da saúde sexual como direito humano o que representou uma vitória para a sociedade, passando a ser proibido qualquer tipo de discriminação de ordem religiosa, nacional, gênero, orientação sexual, entre outras. Pode-se inferir que a conquista mais importante neste processo deu-se mediante o reconhecimento da separação entre atividade sexual e reprodução⁸; deste modo, fez-se oportuna e necessária a diferenciação entre os direitos reprodutivos e os direitos sexuais (ÁVILA, 2003).

Assim, segundo os conceitos de saúde reprodutiva e de saúde sexual, podemos identificar singularidades e diferenças, aspectos esses que também podem ser observados nos conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais. Um aspecto levantado por Corrêa, Alves e Januzzi (2006) justifica definir ambos mostrando suas particularidades, pois, segundo essas autoras, a trajetória política na qual os conceitos foram concebidos eram diferentes.

O conceito de direitos sexuais emergiu como um marco não institucional, sendo descrito em um momento de mudanças políticas e culturais alicerçadas pela causa feminista nos campos da sexualidade, da reprodução e da desigualdade de gênero (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006). Mesmo com os debates em torno da sexualidade e do corpo, nas conferências do Cairo e de Pequim o conceito de direitos sexuais ainda se manteve inserido no direito reprodutivo (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006), ao contrário da definição de direito reprodutivo, que teve início com a luta pelo direito ao aborto e à contracepção no âmbito dos países industrializados.

Logo, nos anos 90, a reboque dos movimentos gay e lésbico europeu e norte-americano, foi reconhecido o conceito de direitos sexuais enquanto direitos humanos, que agora se reconstrói separado da noção de saúde reprodutiva. Porém, este só era considerado na perspectiva feminina e heterossexual, fato que motivou diversas discussões entre ONU,

⁸ "Em certa medida, a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à tendência a fusionar gênero e sexualidade e, de outro, às pressões do conservadorismo moral no sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação" (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 48).

OMS e Comitês de Direitos Humanos para propor a construção de um conceito democrático da sexualidade (PETCHESKY, 1999; CORRÊA; ÁVILA, 2003; CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006). Em 2002, a ONU lança o seguinte conceito de direitos sexuais:

(...) Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p.53)

Assim, nesse contexto, Petchesky (1996) *apud* Corrêa (1991, p. 41), faz menção ao fato de que os direitos sexuais são "a criança mais jovem nos debates internacionais sobre o significado e a prática dos direitos humanos, em particular dos direitos humanos das mulheres".

Considerando a importância de tais direitos para a saúde da população, é pertinente destacar que tanto os direitos reprodutivos quanto os sexuais, são direitos humanos. Portanto, é preciso lembrar que a violação de tais direitos, em função do estigma imposto sob a sexualidade de alguns grupos, seja devido à sua orientação sexual (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - GLTTB), dentre outras pessoas com orientação sexual não heterossexuais, profissão (profissionais do sexo), doenças e/ou deficiências (pessoas que vivem com HIV/AIDS, deficientes físicos), idade (pessoas idosas), privação de liberdade (pessoas em situação de prisão), pois, apesar de tais avanços no campo desses direitos, ainda é preciso e necessário reconhecê-los em sua universalidade (BRASIL, 2013).

Desse modo, a temática dos direitos sexuais e reprodutivos ainda hoje é alvo de discussões em estudos como o de Marques e Pereira (2011), o de Pinheiro e Couto (2013) e o de Lemos (2014), que buscam refletir sobre a teoria e a prática sobre as quais repousam as ações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. Oliveira (2011) reflete sobre o direito à escolha pela maternidade. A autora questiona a falta de autonomia da mulher sobre seu corpo apontando, como exemplo, a situação do aborto ser proibido no País, expondo a mulher às consequências emocionais, físicas e psicológicas decorrentes do abortamento inseguro (BRASIL.2001c).

Rodrigues (2007) faz uma excelente colocação a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direitos humanos, ao considerar que tais direitos incluem garantir a autonomia de decisão sobre o corpo, o uso do método contraceptivo sob escolha informada, o fortalecimento da autonomia dos usuários e a melhoria da assistência, que se dá no sentido de atender as necessidades pela facilitação do acesso ao serviço de saúde e da participação na elaboração de estratégias e programas.

1.3 O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: CONTEXTO HISTÓRICO E DESAFIOS QUE PERMEIAM A ASSISTÊNCIA

No Brasil, nos movimentos sociais das décadas de 20 e 30, as mulheres lutaram pela conquista do direito ao voto, que lhes era negado até então, como também pela igualdade de condições de trabalho que, na época, favorecia os homens, e ainda pelo acesso à educação (PÊGO; RICHA, 1987). Entre 1945 e 1964, a presença e a atuação das mulheres nas ações políticas pela Paz Mundial e pelo monopólio estatal do petróleo fortaleceram-nas, encorajando-as a lutar pela melhoria da educação e pelo direito de proteção no trabalho, entre outras questões (PÊGO, RICHA, 1987).

A década de 50 foi um período em que os Programas de natalidade estimularam a realização de pesquisas com temas referentes à fecundidade e suas tendências. Na década de 60, esses estudos foram aprimorados com a realização de pesquisas científicas relacionadas com métodos contraceptivos, aborto, relação com a condição socioeconômica, profissão masculina e fecundidade. Essas pesquisas eram financiadas por entidades estrangeiras, filantrópicas e OPAS, dentre outras, cujos objetivos eram analisar as implicações demográficas nas mudanças sociais, econômicas e culturais do País, como também avaliar as possibilidades de implantação do Programa de Controle Demográfico (PÊGO; RICHA, 1987).

No Brasil, a Sociedade do Bem Estar da Família (BENFAM), criada em 1965, foi a primeira a desenvolver o Programa de Planejamento Familiar. Até então, a Igreja Católica voltava-se a favor da reprodução e da ausência de mecanismos para regular a fecundação. A princípio, a BENFAM abriu clínicas que ofertavam contraceptivos às famílias carentes e, em 1969, a instituição já mantinha 48 clínicas, muitas com financiamento até dos próprios clientes. Anos depois, a BENFAM começou um trabalho em parceria com Municípios, Estado e Federação, sendo a mesma realizada por meio de convênios, o que possibilitou manter as clínicas em funcionamento. Entre 1966 e 1976, foi percebido o aumento de convênios

realizados entre a BENFAM e os Estados, o que oportunizou maior distribuição dos contraceptivos para mulheres com idades entre 15 e 49 anos (PÊGO, RICHA, 1987).

Em 1970, no Brasil, o movimento contribuiu para pressionar as instâncias governamentais visando a elaboração de ações que contemplassem a saúde da mulher em todas as fases de sua vida. Cinco anos depois, em 1975, foi sugerida pela ONU a comemoração do Dia Internacional da Mulher, durante a Conferência da Mulher em Nairóbi (África) (PITANGUY, 1999), fato este que entrou para a história, como também oportunizou o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção da saúde da mulher. Pode-se inferir que, a partir de então, foi iniciado o processo de construção de ações para efetivar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PITANGUY, 1999).

O primeiro grupo chamado de feministas emerge no Rio de Janeiro em 1975, em um movimento político específico, de forma lenta e tímida, que recebeu o nome de Centro da Mulher Brasileira (CMB). Porém, este grupo era contra a opressão histórica, política e capitalista que sofriam as feministas, grupo este que oportunizou o início de trabalhos, reflexões e estudos que abordassem os problemas enfrentados pelas mulheres. O movimento feminista, reconhecendo o direito da mulher de vivenciar a maternidade como opção, luta para que o Estado desenvolva ações propositivas em saúde reprodutiva (PITANGUY, 1999).

Posteriormente a este marco histórico, as mulheres ganharam voz e iniciaram a exposição de suas reflexões nos jornais, e em um jornal da cidade de São Paulo conseguiram publicar artigo intitulado "*Nós, Mulheres*", no qual descreveram os direitos da mulher e citaram o "relacionamento da mulher e homens no seio familiar" (PITANGUY, 1999, p. 62). Estas ações possibilitaram o desenvolvimento de outros grupos de reflexão, constituídos também por mulheres provenientes da Europa, os quais "estudavam sobre a saúde, direito, educação, sexualidade" (PITANGUY, 1999, p.63).

A publicação de matéria no jornal *Brasil Mulher*, sob o título "*Pílula: Solução ou Problema?*", desvela o anseio das mulheres em controlar sua vida reprodutiva. Desta forma, faz referência ao problema de como usar este método hormonal, expõe a problemática do seu uso incorreto sem orientação, julgamentos errôneos e a condição socioeconômica como um empecilho para se ter acesso ao método, além de fazer referência a situações de "aborto provocado, coito interrompido, insatisfação, frustração e ansiedade" (PÊGO, RICHA, 1987, p. 33) provenientes do uso incorreto da pílula. O documento, como forma de alertar a mulher para o cuidado com sua saúde reprodutiva, questiona a política de natalidade adotada pelo

Governo, que deveria atuar oferecendo informações reprodutivas sem coagir o casal a limitar sua prole, cabendo a ambos tomar tal decisão (PÊGO, RICHA, 1987).

O Governo de Ernesto Geisel, com o crescimento da população, começou a se preocupar com a necessidade de aumento dos recursos de saúde para atendê-la. Assim, como forma de sanar tal preocupação, entre 1977 e 1979 foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento no qual a instituição do planejamento familiar era defendida, tendo como finalidade equilibrar população, renda e emprego. Esta ação refletiu-se no Programa Materno Infantil, sendo o planejamento familiar nomeado como "Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco", que pretendia evitar a gravidez caso a mesma correspondesse a um risco para mãe e filho, mediante a distribuição de pílulas anticoncepcionais, ação esta condenada por muitos grupos, por considerarem o programa um ato de controle da natalidade (PÊGO; RICHA, 1987).

Para fortalecer a opressão mediante as ações destes programas de controle da natalidade, as militantes do movimento feminista esboçaram uma carta destinada à população na qual descreveram críticas ao Programa de Gravidez de Alto Risco, como também suscitaram debates a respeito de temas referentes ao exercício da sexualidade, direito de decidir sobre querer ou não ter filhos e apropriação do corpo (PÊGO, RICHA, 1987). Assim, percebe-se que o movimento feminista foi pioneiro em destacar e alertar a população acerca das questões concernentes aos direitos sexuais e reprodutivos.

A discussão sobre planejamento familiar ainda se deu com intenso rigor, pois o Governo já se posicionava a favor de encaixá-lo nas ações de saúde pública a fim de controlar a "miséria" (PÊGO; RICHA, 1987). Somente no fim dos anos 70 e 80, com o aparecimento e a mobilização, no âmbito político, dos movimentos sociais na esfera pública de diversos países da América Latina, foi concretizada a realização de debates relacionados à saúde e aos direitos reprodutivos, com os propósitos de eliminar as desigualdades de gênero e reivindicar o exercício da cidadania na esfera pública, na vida cotidiana, no trabalho, na família, na saúde e na educação (PITANGUY, 1999).

Na década de 80, o planejamento familiar foi incluído no Programa Nacional de Saúde da Previdência e Assistência Social (PREVSAÚDE), no âmbito da assistência materno infantil, sendo ofertado por meio da educação sexual, quando era frisado o uso dos métodos naturais e mecânicos, como também os métodos cirúrgicos e hormonais (PÊGO; RICHA, 1987). Apesar do avanço em oportunizar ações educativas, essas ações estavam restritas ao

método contraceptivo, daí porque ainda hoje estudos questionam tal prática, que é concebida da mesma forma em algumas localidades do País.

Em 1985, sob a influência do movimento feminista, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), foi instituído pelo Governo, juntamente com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Sexualidade, ambos com a proposta de melhorar a saúde reprodutiva das mulheres. Alguns dos preceitos desses movimentos foram incluídos na Constituição Federal de 1988 como, por exemplo, o Artigo nº 226, parágrafo 7, que situa o acesso ao planejamento familiar na esfera dos direitos, com a concomitante criação de deveres por parte do Estado (PITANGUY, 1999).

No documento escrito pelo CNDM, que anos mais tarde tornou-se integrante da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, constava a descrição de que a saúde era direito de todos e dever do Estado, e de que mulheres tinham direito à atenção de sua saúde, independente de seu papel de mãe, assim enfatizando sua oposição à autoridade das entidades públicas e privadas, nacionais e internacionais, impondo ou negando o acesso aos meios de regulação da fecundidade (PITANGUY, 1999).

Em 1983, as bases programáticas elaboradas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foram revistas pelo grupo do movimento feminista, por pesquisadores e representantes do MS. E em 1984, o PAISM foi lançado com o título de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (D'OLIVEIRA, 1999). Assim, de 1983 a 1987 as ações do PAISM foram implementadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), incorporando a saúde reprodutiva em seu programa de ação. Porém, Pitanguy (1999) assinala que o PAISM correu o risco de não sair do papel devido à forças de oposição, mas sua regulamentação foi um dos principais objetivos da CNDM. Logo, o Programa é também fruto do processo de luta pela redemocratização do País, respeito às liberdades individual e civil, sendo ainda influenciado pelos movimentos sanitaristas de saúde pública no que se refere à adoção da concepção de integralidade.

O PAISM redireciona a saúde da mulher com a proposta do modelo de assistência integral clínico-ginecológica, e ações educativa voltadas para: aprimoramento do controle pré-natal; parto e puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; controle das doenças transmitidas sexualmente; câncer cérvico-uterino e mamário e assistência no planejamento familiar (ÁVILA, 1995).

Apesar do planejamento familiar já ter sido incorporado, tanto no PAISM como na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, somente em 1996 essa assistência foi

regulamentada pela Lei nº 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar), que passou a vigorar e reforçar, desde então,

[...]assistência à concepção e ao atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Outros pontos destacados pela lei são o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e a prevenção do câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis. (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 97)

A referida Lei define as condições sobre a esterilização cirúrgica Para homens ou mulheres realizá-la, exige-se a capacidade civil plena e idade acima de 25 anos; ou, no caso de pessoas com menos de 25 anos, que estas já tenham dois filhos ampliando, assim, os métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente pelo SUS. Todavia, para conseguir tal procedimento gratuito, é necessária a participação nas três etapas de atendimento no PR oferecidas na atenção primária, que incluem atividade educativa, aconselhamento e atividade clínica (BRASIL, 2002), constituindo-se em pré-requisito a participação em todas as atividades do PR para que tome a decisão esclarecida quanto ao método contraceptivo escolhido. O tempo de espera é em torno de 60 dias, entre a manifestação da vontade de fazer o procedimento cirúrgico e a sua realização, período em que ambos devem ser aconselhados a pensar sobre o método contraceptivo definitivo, para reafirmar ou não sua vontade.

O PR configura uma assistência para mulheres e homens, mas o estudo de Pereira (2008), que analisou as repercussões e a aplicação dos preceitos ensinados no Curso PAISM/Contracepção na Prática Profissional, destacou a pouca participação dos homens nas ações relacionadas ao PR. À autora identificou que quando os homem está presente nas AE do PR, ele não é estimulado pelos profissionais de saúde a participar, isto porque a assistência é direcionada somente à mulher, como é referido no estudo de OSIS et al. (2006), o qual aponta reflexões geradas de uma pesquisa sobre a atenção no planejamento familiar no Brasil, fato este exposto também no estudo de Santos e Freitas (2011, p. 1815):

(...) Os serviços de planejamento familiar tradicionais atuam em função da vida reprodutiva com responsabilidade exclusivamente feminina e prioridade social. [...] Outro aspecto importante é a centralização do planejamento familiar na figura feminina. Na maioria das vezes, a mulher participa sozinha das reuniões de orientação para o planejamento familiar. A mulher faz a escolha do contraceptivo e assume a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos.

Desse modo, o PR se constituiu como um conjunto de ações individuais e coletivas na atenção básica, para oportunizar a prevenção da gravidez não planejada, da mortalidade

materna e de IST, entre outros problemas relacionados à vida reprodutiva e sexual, e na promoção da vivência da sexualidade e da reprodução segura, saudável e orientada para mulheres e homens. Através de estratégias individuais e coletivas empregadas pelos profissionais de saúde, o Programa passou a orientar os usuários, oportunizando-lhes informações e orientações necessárias para a autonomia na escolha e no uso eficaz dos métodos contraceptivos, de acordo com suas necessidades reprodutivas (BRASIL, 2002; 2010).

Justifica-se a empregabilidade do PR na APS inserida no modelo de ESF, por se tratar de uma estratégia que propõe aperfeiçoamento das práticas, comprometimento com atenção integral e acompanhamento da saúde da população, compartilhamento dos saberes, conhecimentos e tecnologias disponíveis, tendo em vista facilitar e garantir o acesso e a participação dos usuários nas ações coletivas e intersetoriais, a fim de elaborar propostas de intervenção com enfoque nesses usuários, considerando suas necessidades nas diferentes fases da vida (ASSIS et al., 2010). Desta forma, esse modelo de atenção deve trabalhar:

(...) na referência e contra-referência, visando à integralidade e à produção do cuidado em saúde. A ideia básica da organização do sistema é tornar o PSF a “porta de entrada” preferencial (coordenador), para que os demais níveis sejam coerentes com cada demanda/necessidade dos usuários. (ASSIS, et al., 2010, p.63)

No que tange à saúde sexual e reprodutiva, a literatura aponta que é preciso utilizar a escuta atenta das demandas e a presença ativa dos participantes nos referidos grupos, a fim de "favorecer o processo de mudança e onde a educação em saúde represente um instrumento de fundamental importância" (ARAÚJO, 2004, p.20).

A atividade educativa proposta no Manual Técnico intitulado "Assistência em Planejamento Familiar" (BRASIL, 2002), pode ser realizada individualmente ou em grupo, aqui entendido como um aglomerado de participantes, incluindo homens e mulheres que, em um espaço definido, encontram-se com um propósito comum ou individual e que, de certa forma, este propósito refletido em conjunto possa contribuir com a construção de conhecimentos e orientações sobre saúde (CRISPIM et al., 2011), neste caso, um aspecto da saúde, a reprodutiva, mais especificamente, a concepção e a contracepção, no qual também "são utilizadas práticas pedagógicas participativas que visam, prioritariamente, à promoção à saúde" (LEMOS, 2011, p. 38).

Nessa perspectiva, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007, p.234) afirmam que "os usuários(as) dos grupos de educação em saúde, por exemplo, não são apenas consumidores das orientações, mas sujeitos de sua própria educação", pressupostos esses também descritos por Paulo Freire (1979) na sua concepção de educação problematizadora, na qual estimula a crítica e reflexão sobre a realidade e ação.

O enfermeiro está respaldado para realizar a atividade educativa, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no contexto da ESF, a educação em saúde é competência de todos os profissionais neste nível de atenção, o que significa dizer que devem realizar atividades de educação em saúde para a população como uma responsabilidade de todos os integrantes da equipe da APS, sendo o enfermeiro um dos profissionais que a integram neste nível de atenção (BRASIL, 2012d).

Historicamente, este profissional é fundamental para a concretização desta ação educativa, excepcionalmente por ter um contato contínuo com os usuários, por sua formação oferecer disciplinas vinculadas à educação e à pedagogia, e pelo fato do educar para o cuidado ser a base da enfermagem, exigindo o diálogo que possibilita a troca de experiências e conhecimentos (ACIOLI, 2008; FERNANDES, BACKES, 2010). Conforme a Lei do Planejamento Familiar, a atividade educativa está prevista nas ações propostas para garantir o livre exercício desse planejamento, cabendo não só ao enfermeiro, mas também aos outros profissionais da ESF, prestar essa assistência (BRASIL, 1996).

Assim, faz-se pertinente o desenvolvimento de pesquisas que contemplem vislumbrar os aspectos e contextos das atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva na APS, a fim de contribuir com o aprimoramento dessas atividades, bem como com o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. O estudo de Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) também contribui para esta reflexão acerca da produção do conhecimento para a promoção da saúde na APS, ao considerar a promoção da saúde, através da atividade educativa, uma estratégia promissora para auxiliar no enfrentamento de agravos à saúde da população. Os estudos citados a seguir reforçam os desafios a serem considerados no planejamento e na oferta das atividades educativas do PR.

Porém, mesmo com as ações educativas preconizadas para o atendimento e promoção da saúde sexual e reprodutiva, durante a revisão integrativa sobre os temas abordados nos grupos educativos, foi identificado que os grupos educativos de direitos sexuais e reprodutivos atualmente estão limitados à abordagem informativa sobre a contracepção

(PAIVA et al., 2014) [no prelo]. Diante de tal realidade, pode-se inferir que esta abordagem restrita a mulheres e homens que utilizam o planejamento reprodutivo, é alimentada pelo próprio serviço de saúde, que não é organizado para ofertar o atendimento como preconizado, até porque os profissionais, por conta da rotina do serviço, priorizam outras atividades, com o agravante de que o espaço dado pelo serviço para esse atendimento é limitado, e a abordagem educativa é realizada nos moldes tradicionais. Assim sendo, a participação do usuário, dentre outros fatores, configura uma assistência apenas para a distribuição de métodos anticoncepcionais e controle do número de filhos (SANTOS, FREITAS, 2011).

Tal fato sugere limitações que repercutem na qualidade do atendimento; assim, reduzir o planejamento reprodutivo apenas à oferta de contraceptivos, pode indicar similaridade com a prática controlista empregada pelo BENFAM em 1965, como mencionado anteriormente, fato que impede o atendimento integral pautado nas necessidades reais dos usuários, para que tenham uma vida sexual e reprodutiva segura, prazerosa e com responsabilidade, ou seja, para que o PR possa, de fato, fortalecer a saúde sexual e reprodutiva com um direito de mulheres e homens. O exposto leva à questionar o verdadeiro papel que a APS está assumindo com a sociedade, pois Franco et al. (2012, p.162) dialogam sobre tal perspectiva e afirmam que tal nível de atenção

(...) deve responder a uma necessidade social, o que inclui as necessidades de saúde de uma dada população. No desenvolvimento de sua prática diária, o trabalho do profissional de saúde deve ter como meta a satisfação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença.

Desta forma, o reconhecimento do itinerário dos usuários possibilita ajudar na elaboração de estratégias que busquem promover o vínculo dos mesmos com o profissional de saúde, a fim de conhecer para colaborar com a adesão às atividades do PR, bem como garantir o acesso às mesmas. Assim, é de extrema importância ceder espaços dentro das AE para que os participantes expressem suas questões e motivos que os levaram a buscar tal atendimento, como também para que revelem sua percepção a respeito da assistência que lhes é oferecida. Significa que, além do profissional fortalecer o vínculo com os usuários, possibilita que recebam atenção integral na prática assistencial com ações contextualizadas e resolutivas.

Porém, o estudo de Schraiber et al. (2010, p.968), evidenciou que há "ausência de vínculos apropriados com homens, mesmo quando estes já buscam a atenção primária e reconhecem de algum modo seu uso". Assim, tal fato também exemplifica as lacunas da

condição assistencial, que deveriam primar pela concretização das práticas de saúde integrais, de forma igualitária e inclusiva, tanto para as mulheres quanto para homens.

Sendo assim, a saúde sexual e reprodutiva, enquanto dimensões que fazem parte da vida e da saúde humana devem ser consideradas e respeitadas como um direito básico de mulheres e homens enquanto cidadãos. Logo, a assistência em saúde sexual e reprodutiva deve ser pautada na perspectiva da integralidade, de tal forma que o profissional possa acolher as demandas em suas particularidades, estimular a participação de mulheres e homens nas ações oferecidas para promoção de ambas, facilitar a possibilidade de regular a fecundidade e decidir de forma livre e responsável por ter ou não filhos e quando tê-los, livre acesso à informação, educação e serviços de planejamento reprodutivo, dessa forma visando garantir o exercício pleno da sexualidade, inclusive com tratamento da infertilidade (BRASIL, 2002; 2010).

1.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA POR MEIO DA ATIVIDADE EDUCATIVA NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Henry Sigerist, historiador médico, em 1945 utilizou a expressão "promoção de saúde" pela primeira vez em sua concepção sobre a prática médica, que deveria ser composta por três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e a reabilitação. Nesse contexto, para ter saúde, era necessário um padrão de vida aceitável, constituído por condições apropriadas de trabalho, de educação, com atividades culturais e de recreação, sendo necessária a articulação entre as instâncias públicas e entre os profissionais que atuassem na área (TERRIS, 1992).

A 'promoção da saúde', enquanto concepção e prática foram utilizadas posteriormente, em 1974, por Mark Lalonde, Ministro da Saúde canadense, através de um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). O documento descrevia fatores externos e internos que interferem na saúde e podem causar doenças, como ambiente, comportamento e estilo de vida. Nessa perspectiva, a promoção da saúde surge como uma ação de abordagem estruturalista para melhorias das condições ambientais, como também no estilo de vida, para ocasionar mudanças nos comportamentos considerados não saudáveis o que, de certo modo, teriam reflexos na redução da mortalidade. Assim, contrapõe a visão limitada do modelo biomédico tradicional que, de alguma forma, separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade (LALOND, 1974).

Souza e Grundy (2004) ratificam que o movimento de promoção da saúde foi uma ação para preencher as lacunas assistenciais deixadas pelo modelo biomédico, e propor uma abordagem mais ampliada, considerando os fatores assinalados pela Carta de Ottawa, que também interferiam na promoção saúde, como: contexto ambiental, econômico, sociocultural e legislativo (BRASIL, 2001b). Portanto, o modelo biomédico de saúde era caracterizado pelo enfoque na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças, tendo contribuído para o desenvolvimento da assistência médica, apesar de suas limitações (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Após 40 anos, tais propostas de promoção da saúde estavam sendo recomendadas pelo documento elaborado pela OMS e, em 1986, na Conferência da referida Organização, realizada em Ottawa (Canadá), foi finalmente formulada uma base ideológica para a promoção da saúde, nomeada como Carta de Ottawa, um processo pelo qual indivíduos são capacitados para ter maior controle, autonomia e condições para melhorar a própria saúde de modo individual e coletivo (OMS, 1986). Porém, a implementação da promoção da saúde como prática assistencial no Brasil, só se fez presente posteriormente à implementação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelecia a implantação do SUS, o qual previa as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, educar em saúde, ou processo de educação em saúde, como descrito pelo MS, é caracterizado por um conjunto de práticas que colaboram com a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e esferas governamentais, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as necessidades dos usuários do SUS (BRASIL, 2006c). Apesar da importância da prática educativa, Falkenberg et al. (2014, p. 848), apontam em seu estudo que

[...] as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

O estudo de revisão integrativa de literatura realizado por Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) acerca do conhecimento da promoção da saúde e da prática da enfermeira na APS, mostrou que das oito publicações analisadas, apenas uma reconheceu a atividade educativa como uma estratégia a ser utilizada para o alcance da promoção da saúde, fato este que chama atenção e leva a inferir que este, dentre outros, possa ser um dos motivos dessa prática estar sendo relegada a segundo plano (FALKENBERG et al., 2014). O fato de não

interligar o potencial da promoção de saúde com as ações desenvolvidas na prática educativa, leva a pensar que tal assistência não está sendo desenvolvida com o propósito de garantir a autonomia da população e a construção de soluções para melhorar a saúde de uma forma integral.

No contexto da APS faz-se importante e necessário valorizar e reconhecer as demandas dos usuários para reorientação das práticas de saúde, bem como para o fortalecimento dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população. Logo, este é um contexto excepcional para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde (ALVES, BOEHS, HEIDEMANN, 2012).

O PAISM, sem dúvida, colaborou para melhorar a prática educativa oferecida às mulheres. Nos seus Manuais eram sugeridas dinâmicas para abordar temáticas e metodologias participativas com o objetivo de valorizar a troca de informações e as experiências oriundas das vivências dos participantes. Essa abordagem pretendia alcançar a “integralidade da saúde” no processo educativo e, dessa forma, o encontro entre o profissional e o usuário do sistema de saúde era tido como potencial para torná-lo um espaço “educativo” (D'OLIVEIRA, 1999).

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. Considerando o conceito da integralidade utilizado pelo PAISM, a atividade educativa deve ser dinâmica e dialógica de modo a possibilitar o desenvolvimento de variadas ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários a um maior controle e autonomia sobre sua saúde (BRASIL, 1984). Para atingir tal empenho, considera-se necessário dar tempo aos participantes das atividades educativas, possibilitando que se expressem com profundidade a respeito do que estão sentindo, a fim de que possam fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Outra prerrogativa sobre a atividade educativa no PR é assinalada no estudo de Coelho et al.(2012)ao reforçarem a necessidade de mudança na concepção da oferta dessa atividade, pois observaram que a referida atividade acontece com maior frequência junto a mulheres que estão no pré-natal ou no pós-parto, fato este preocupante, pois denota um distanciamento da saúde sexual e reprodutiva, enquanto direito do cidadão em todas fases de sua vida.

Porém, as práticas educativas ofertadas hoje no âmbito da saúde sexual e reprodutiva destoaram-se do que foi proposto pelo PAISM, segundo o estudo de Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012, p.998), haja vista que tal problemática reforça a necessidade de construção

de atividade de educação em saúde transversal, por meio de ações contextualizadas de acordo com as necessidades dos participantes, e que seja aliada na união de saberes e práticas

(...) a favor da vida, da dignidade, do respeito a outro, da humanização e da integralidade das ações de saúde. É nesse sentido que se pode pensar na educação em saúde, como uma estratégia fundamental para o alcance da promoção da saúde no processo saúde-doença-cuidado.

O estudo de Santos e Freitas (2011) orientam quanto à ampliação dos assuntos abordados no planejamento reprodutivo; assim, sugere a incorporação de temas direcionados para o desenvolvimento da família, como planejamento do cuidado com a saúde, orçamento e questões reprodutivas, aspectos afetivos, entre outros. Ainda assinala que a prática educativa é um ponto-chave para a efetividade do planejamento reprodutivo, sugerindo a utilização de metodologias participativas com técnicas psicoeducativas, pois, desta forma, acreditam os autores que tal atividade pode colaborar na promoção e na manutenção da qualidade da saúde sexual e reprodutiva.

A atenção básica deve ser para o casal infértil, a porta de entrada no SUS. Estima-se que 70% dos casos de infertilidade sejam solucionados na atenção básica, com a implantação de ações e procedimentos de baixo custo; assim, apenas 30% seriam merecedores de encaminhamento para serviços de maior complexidade (PEDROSA, 2005). A atenção em Reprodução Humana Assistida está regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 388, de 06 de julho de 2005, que trata da organização e implantação das redes estaduais e municipais, da atribuição do profissional de saúde da atenção básica neste contexto. Segundo a Portaria, as orientações que podem ser ofertadas neste nível de atenção, referem-se à identificação do período fértil e aos fatores que dificultam a migração espermática no trato genital feminino ou impossibilitem o depósito do sêmen na vagina.

O estudo de Moura et al. (2013), realizado em Fortaleza (Ceará), buscou revelar o conhecimento dos enfermeiros acerca da infertilidade, tendo em vista que este profissional é capacitado para atuar no PR, porém, tal pesquisa revelou que grande número de entrevistados desconheciam sua atribuição na assistência ao casal infértil, e apenas uma parcela destes conhecia e/ou orientava sobre os métodos naturais, cabendo destacar que "suas justificativas para não realizar orientação se mostraram permeadas de preconceito" (MOURA et al, p.239, 2013). Outro fator assinalado pelo estudo foi que a maioria dos profissionais, quando se deparam com problemas de infertilidade, fazem o encaminhamento para outro nível de atenção. Assim, percebe-se que é de extrema importância a capacitação desses profissionais

para que possam atuar de modo consciente e resolutivo frente às demandas do PR da população.

A falta de capacitação dos profissionais que atuam no PR para atender as demandas de mulheres e homens relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, interfere diretamente na qualidade do serviço que está sendo oferecido, fato que também reflete a dimensão da falta de organização dos serviços. Dessa forma, o PR perde o sentido, pois o modo como está sendo ofertado impede que os usuários tenham uma vida sexual sem risco de uma gravidez não planejada, e até mesmo de planejá-la e ter filhos (COELHO et al., 2012).

Nas atividades educativas para promoção da saúde e prevenção de agravos no nível de atenção primária, também é observada a questão de gênero, pois o estudo de Schraiber et al. (2010, p.967), apontou que "há nítida valorização das mulheres em detrimento dos homens, que seriam não só mais alertas às práticas curativas, mas menos aptos à prevenção: ao seu entendimento e à prática de cuidados". Nesse caso, observam-se algumas deficiências que, na prática educativa, reduzem a eficácia e a efetividade do PR (CAMIÁ et al., 2012).

1.5 ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UMA EXPRESSÃO QUE APRESENTA POSSIBILIDADES PARA AMPLIAR E ANCORAR NOVAS FORMAS DE PENSAR, FAZER E PESQUISAR EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O termo "itinerário" foi utilizado com base no conceito de "itinerário terapêutico", descrito pelo antropólogo francês Marc Augé (1984) como percurso realizado pela população à procura de assistência para resolução de problemas relacionados à saúde, perante os recursos disponíveis para tal. Ferreira e Espírito Santo (2012, p. 180), sob a perspectiva dessa definição de itinerário, refletem que "o aspecto central é o ponto de vista dos atores sobre a maneira como se dá sua experiência de doença e cura". Cabral et al. (2011, p. 434) em seu estudo também utilizam este termo, no qual o conhecimento sobre o mesmo visa

[...] subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto.

Tal expressão no estudo reporta-se ao itinerário terapêutico no sentido de também buscar ressaltar e chamar atenção para a diversidade das experiências, vivências, escolhas, decisões, que fazem parte das dimensões subjetivas da vida humana, no que tange à reprodução e à sexualidade. Segundo Cabral et al. (2011, p.434), o conhecimento do itinerário

possui inúmeros enfoques que determinam diferentes formas de "subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas". Nesse estudo, mediante levantamento bibliográfico acerca do itinerário terapêutico, as autoras apontam as diferentes abordagens na consideração do itinerário terapêutico na produção científica brasileira entre 1988 e 2008. Destacam a maior utilização do termo na antropologia social, com caráter recente da produção e do seu uso no Brasil. Excetuando um artigo publicado em 1993, todos os outros são posteriores a 2000, e ainda revelam as três principais tendências de utilização do itinerário terapêutico.

A primeira sinaliza a importância dos serviços de saúde considerarem a dimensão cultural da doença e os dispositivos de cuidados utilizados para o seu enfrentamento (CABRAL et al.,2011). A segunda descreve o itinerário terapêutico utilizados nos estudos como uma forma de identificar lacunas no atendimento, sistema e fluxo de cuidado, como também para avaliar a efetividade dos serviços de saúde, através da verificação do acesso, organização de fluxos, realização de ações de educação em saúde e capacitação de recursos humanos, considerando as escolhas de cuidado e o comportamento destas pessoas. A terceira tendência atrela um pouco das duas anteriores, pois considera nas diferentes estratégias, usuários e suas percepções sobre a procura por cuidado, o seu contexto socioeconômico e cultural e a trajetória terapêutica percorrida, segundo os serviços disponíveis, facilidades e complicações de acesso, assim como a capacidade dos serviços em atender as necessidades do sujeito (CABRAL et al., 2011).

Moura e Gomes (2014) destacam que a assistência no PR mostra-se fragmentada pois é requisitada somente pela vontade de cessar a fertilidade, ou seja, não ter mais filhos. Deste modo, destaca-se o potencial da compreensão do itinerário como forma de subsidiar a reflexão no que tange à contextualização e organização não só da assistência, mas também para políticas de saúde, ainda que sua utilização seja incipiente no Brasil (CABRAL et al., 2011).

Gerhardt (2006) esclarece que o itinerário terapêutico se constrói, como um processo complexo, de modo individual e coletivo, entre o material e o imaterial em seu universo cultural complexo, plural, diversificado e dinâmico. Afirma a autora que é nesse universo dinâmico que o usuário forma e informa as suas decisões e suas escolhas.

Assim, considera-se a saúde sexual e reprodutiva em sua singularidade da vida humana enquanto uma dimensão individual e coletiva, fazendo-se pertinente que ambas sejam

inseridas na perspectiva deste contexto complexo e dinâmico de construção do itinerário, pois, através deste, torna-se possível reconhecer as dinâmicas sociais e influências da cultura na vida e na saúde sexual e reprodutiva. Portanto, pensar no itinerário é reconhecer que as escolhas sexuais e reprodutivas feitas durante o a vida são compartilhadas e recebem influências de crenças e de outros aspectos que são ampliadas, reformuladas, ou até mesmo descartadas ao longo de uma trajetória biográfica singular (GERHARDT, 2006).

O termo “itinerário” foi utilizado neste estudo acompanhado dos termos “reprodutivos” e “sexuais”, assim construindo a expressão "Itinerário Sexual e Reprodutivo", com o propósito de pensar em uma nova concepção para pesquisar sobre a saúde reprodutiva e sexual e sobre o planejamento reprodutivo no sentido de reconhecer essas influências que, segundo Gerhardt (2006), estão presentes nas escolhas dos indivíduos, bem como reconhecer e valorizar a vivência singular, plural e dinâmica da sexualidade e da reprodução.

Dessa forma, a elaboração de tal expressão, a partir da associação dos termos citados anteriormente, vislumbra ampliar o modo de pensar a saúde sexual e reprodutiva, e sobretudo no âmbito da enfermagem, na perspectiva de refletir a respeito das possibilidades, estratégias e práticas que podem ser acionadas para, então, fortalecer e oportunizar melhorias para a assistência ao planejamento reprodutivo.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e utilização de elementos etnográficos. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. E a abordagem qualitativa pode ser utilizada na investigação de grupos, histórias sociais, percepções, pensamentos e interpretações para então se obter o entendimento sobre o assunto pesquisado (MINAYO, 2010).

A etnografia é uma modalidade de pesquisa científica de caráter qualitativo, que recebe influências da fenomenologia, do interacionismo simbólico e da sociologia (SOUZA; BARROSO, 2008). Segundo a antropóloga Marisa Peirano (2014), a etnografia não é só um método de pesquisa, pois, além de permitir a comunicação no contexto da situação através dos elementos etnográficos (observação participante, descrição densa e entrevistas), possibilita ao pesquisador transformar a experiência em texto, com descrições de sentimentos e situações vividas durante o trabalho de campo, de modo que possibilita ao leitor aproximar-se de tal experiência, que é descrita de forma analítica. Assim, segundo a autora, a escrita etnográfica torna-se um desafio, visto que

[...] palavras *fazem* coisas, trazem consequências, realizam tarefas, comunicam e produzem resultados, e palavras não são o único meio de comunicação: silêncios comunicam da mesma maneira, os outros sentidos (olfato, visão, espaço, tato) têm implicações que é necessário avaliar e analisar.(PEIRANO, 2014, p. 386)

Segundo Souza e Barroso (2008), a etnografia constitui-se método relevante para investigar em Enfermagem, pois, segundo as autoras, a descrição rica em detalhes presente nesta modalidade de investigação sobre o comportamento humano, pode contribuir para orientar a elaboração de intervenções de enfermagem, especialmente nos casos em que as crenças e valores cultivados em seu ambiente cultural interferem no cuidado.

Ressalta-se que, considerando a metodologia da pesquisa e o contexto do estudo, faz-se importante pontuar que não é almejada uma generalização, mas sim, uma descrição dos resultados obtidos. A reflexão oriunda dessa compreensão pode ser aplicada a outros contextos que, de alguma forma, pode conter aspectos similares.

Posteriormente à liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), foi feito contato com a Secretaria de Saúde do Município para selecionar as UAPS que seriam os cenários do estudo, sendo nove Unidades sugeridas pela própria Secretaria de Saúde, considerando o tamanho da sua área de abrangência, sugestão que mereceu a nossa anuência. Foi, então estabelecido contato por telefone com as nove unidades para verificar a oferta e as datas das atividades educativas de planejamento reprodutivo, porém, somente quatro das nove Unidades sugeridas informaram estar agendando a atividade em questão naquele momento; outras não estavam ofertando as atividades no período da pesquisa, ou as atividades já tinham sido realizadas. Assim, foram escolhidas como cenários, as quatro Unidades que estavam com datas pré-agendadas para realizar as atividades educativas do planejamento reprodutivo. Essas unidades compreendem as seguintes regiões sanitárias: 4 (GRUPO 1 - Região Leste), 2 (GRUPO 2- Região Leste), 10 (GRUPO 3- Região Sul) e 12 (GRUPO 4 -Região Leste).

Em todas as quatro Unidades que compuseram o cenário da pesquisa, foi feito um contato prévio presencial com as respectivas gerentes, solicitando a autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente, e de acordo com a autorização da mesma, foi explicado o propósito do estudo às profissionais coordenadoras dos quatro grupos observados.

2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 13 mulheres e 1 homem⁹, usuários da ESF e que frequentaram as Atividades Educativas (AE) do Planejamento Reprodutivo (PR). Os critérios de inclusão foram: ser maior de idade e ter participado do grupo educativo. A seleção dos participantes foi feita por meio da técnica de oportunidade (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2013), visto que os casos selecionados estavam no mesmo ambiente onde a pesquisa foi realizada.

Como afirmam Sampiere, Collado e Lucio (2013), nas pesquisas qualitativas não é estabelecido como critério o tamanho da amostra, pois é possível acrescentar casos e excluir outros, de acordo com o processo do trabalho de campo.

Sendo assim, apesar de não se estabelecer um critério para o tamanho da amostra, mas com o intuito de embasar o valor científico da mesma e respaldar a finalização da coleta de dados, foi utilizada a técnica de amostragem por saturação teórica, que consiste em uma

⁹ Ressalta-se uma limitação do estudo, pois somente um homem foi entrevistado, fato que se deve à pouca participação dos homens nestes grupos de planejamento reprodutivo. Assim, considerando a fala desse participante no *corpus* de análise, com o intuito de legitimar a sua participação neste cenário que, até então, era constituído predominantemente por mulheres.

ferramenta conceitual utilizada para respaldar a finalização ou 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 (FONTANELLA et al., 2011).

Assim, seguindo os pressupostos da técnica citada, verificou-se que nesta pesquisa a saturação ocorreu a partir das entrevistas de números 10 a 14, quando foi observada a repetição das falas, como também a falta de elementos novos nas mesmas. Portanto, seguindo os preceitos da técnica de saturação, quando não são fornecidas informações novas para acrescentar e relacionar aos referencial teórico e aos objetivos almejados, entende-se ser desnecessário realizar novas entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Ressalta-se que a aplicação da técnica de saturação foi feita somente nas respostas relativas às perguntas abertas sobre questões pessoais da vida reprodutiva e sobre a atividade educativa que havia participado ambas descritas no roteiro de entrevista¹⁰. De forma contínua, concomitantemente com a coleta de dados, após cada dia de trabalho de campo foi feita a transcrição das entrevistas seguida do lançamento dos dados no modelo de saturação proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008), disponível no APÊNDICE D. Destaca-se que algumas respostas sobre o itinerário sexual e reprodutivo não são passíveis de serem saturadas, tendo em vista que cada itinerário é único.

Turato (2003, p.367) afirma que "a saturação ocorre entre 6 e 15 podendo ser para mais ou para menos". Por conseguinte, é possível inferir que a amostra da pesquisa é pertinente, já que a mesma está em concordância com o limite apresentado pela literatura.

2.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em setembro de 2014, após a liberação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e o consentimento da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (ANEXO B), tendo sido finalizada em novembro do mesmo ano com quatorze entrevistas. Foi feita a observação participante de quatro grupos em momentos distintos em quatro Unidades de Saúde diferentes, seguindo as datas agendadas nas ESF para a realização das atividades educativas do planejamento reprodutivo.¹¹

¹⁰As perguntas abertas as quais foram aplicadas o conceito de saturação foram: pergunta nº 1 relativa ao itinerário reprodutivo; nº 1 e 2 do itinerário sexual e por fim as perguntas nº 3, 7,12. O Modelo de critério de saturação elaborado e utilizado neste estudo está disponível no APÊNDICE A.

¹¹ As atividades educativas do planejamento reprodutivos, nas APS do município são nomeadas de Grupos educativos de direitos sexuais e reprodutivos.

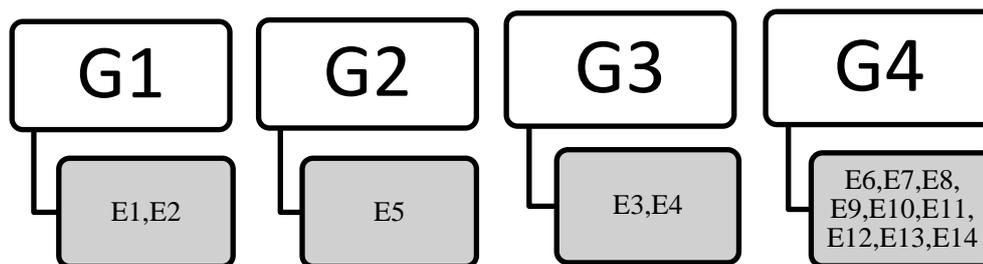
Assim, a pesquisa contabilizou um total de onze dias de trabalho de campo por meio da observação participante dos quatro grupos que ofertam a AE do PR. Os grupos 1 e 2 tiveram três reuniões/mês, sendo no primeiro grupo em dias consecutivos, e no segundo, semanalmente, durante três semanas. Já no grupo 3, foi realizada em um dia, devido ao comparecimento de apenas duas pessoas, das quinze que estavam agendadas. O grupo quatro foi realizado de forma contínua, sempre às quartas-feiras, das 14:00h às 16:00h; neste grupo, foram acompanhados quatro encontros.

Para fazer a observação participante, foi elaborado um roteiro para facilitar o processo (APÊNDICE B). Antes de iniciar o grupo educativo, a coordenadora já me cedia um tempo para que eu me apresentasse e falasse um pouco da pesquisa, sendo explicado aos participantes os objetivos e o anonimato, em respeito aos preceitos éticos. O convite para participação na pesquisa foi realizado nos finais dos encontros dos grupos educativos, pois os participantes que aceitaram ser entrevistados foram 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 Unidade de Saúde foi o local de encontro para a realização da entrevista, pois todas as demais Unidades estão localizadas em regiões de vulnerabilidade social e perigo no que tange à violência.

Nas entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE C), foram coletados os dados referentes à caracterização do participante, tais como idade, situação conjugal, religião, além de aspectos relacionados ao itinerário sexual e reprodutivo, entre outros, e a opinião a respeito da atividade educativa, obedecendo aos critérios de inclusão: serem homens ou mulheres participantes dos grupos educativos de direitos sexuais e reprodutivos, e maiores de 18 anos. Devido à dificuldade de agendamento das entrevistas e ao reduzido número de participantes maiores de 18 anos, não foi aplicado nenhum critério de exclusão.

Para facilitar a identificação dos entrevistados e relacioná-los aos grupos educativos das Unidades de Saúde que compuseram o cenário do estudo, foi montado o seguinte esquema:

Figura 2. Esquema dos grupos e respectivos entrevistados nos mesmos
Juiz de Fora, 2014



Fonte: Dados da pesquisa.

A AE observada na primeira Unidade de Saúde (Grupo 1), que pertence à Região Sanitária número 4, teve como público 15 usuários (2 homens e 13 mulheres). No segundo e no último encontros da AE, havia 13 usuários (1 homem e 12 mulheres). Destaca-se que desses usuários, somente três preenchiam o critério de ser maior de idade; um agendou a entrevista, porém não compareceu, e as outras duas entrevistas foram feitas logo depois do grupo (um homem e uma mulher).

A segunda Unidade de Saúde (Grupo 2), que faz parte da Região Sanitária 2, ofereceu a AE em três sextas-feiras. No primeiro dia havia oito usuários (dois homens e seis mulheres); no segundo, cinco usuárias (somente mulheres); e no terceiro e último, havia seis usuários (um homem e cinco mulheres). Destes, somente cinco atendiam o critério de inclusão da idade (dois homens e três mulheres). Um dos homens abandonou o grupo após participar do primeiro encontro; já o segundo, agendou a entrevista, porém, não compareceu no dia agendado, assim como ocorreu também com uma participante que estava grávida. As outras duas participantes compareceram para a realização da entrevista.

Das duas participantes da atividade educativa da terceira Unidade de Saúde (Grupo 3), somente uma usuária aceitou participar da pesquisa; a outra teve que se ausentar imediatamente após a AE, devido a problemas de saúde.

Nos quatro dias de observação da AE, na quarta Unidade de Saúde (Grupo 4), foi contabilizado um total de 18 usuários (1 homem e 17 mulheres), porém, sete não participaram por serem menores de idade. Um homem e uma mulher negaram-se a participar do estudo e, assim, a amostra final de participantes da AE do grupo 4 ficou composta por nove usuárias¹².

As entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade das pessoas respeitando-se os critérios de inclusão, e realizadas na própria Unidade de Saúde em uma sala disponibilizada para esta finalidade, a fim de que fosse respeitada a intimidade, a segurança e a privacidade dos participantes.

¹² No terceiro dia de observação, a profissional coordenadora do grupo não estava presente na Unidade, porém, o mesmo foi feito por duas estagiárias, uma do curso de Medicina e outra do curso de Enfermagem.

No início da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) foi apresentado e lido. Os usuários foram convidados a participar da pesquisa após receberem esclarecimentos a respeito da motivação, objetivos, riscos mínima e direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, bem como de cancelar a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum. Foi respeitada a preservação da identidade dos participantes mediante utilização da letra **E** (de Entrevistado) seguido do número correspondente à entrevista (E1, E2... E14). Após a concordância dos participantes, foi solicitada a assinatura de cada um no documento, e também a autorização para que a entrevista fosse gravada em aparelho digital. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, e algumas, até de 40 minutos. Todo material será guardado por cinco anos e descartado após este período.

Ao final de cada entrevista, após a despedida e saída do participante do local, eram realizadas anotações sobre o encontro no diário de campo, priorizando pontos de interesse para a pesquisadora. Entre eles, a emoção demonstrada e a postura da mulher durante o encontro, além de dados interessantes fornecidos antes ou após a gravação. Ressalta-se algumas situações ocorridas durante a pesquisa de campo:

- Agendamento da entrevista e não comparecimento do participante.
- Escassa presença dos homens nos grupos educativos. Somente um participou da pesquisa; dentre os outros três, dois marcaram a entrevista, mas um não compareceu, e outro não aceitou participar.
- Ausência de regularidade de participação nos grupos, com participação em um dia somente.
- Dificuldade dos participantes em falar sobre aspectos íntimos relacionados ao campo sexual.¹³

Devido aos aspectos culturais, sociais e fatores de gênero, foi possível identificar inibição nas falas dos participantes da pesquisa quando o tema era relacionado à sua vida sexual. Por conseguinte, tais aspectos limitaram de certa forma, o desenvolvimento do estudo, já que não foi aprofundada a temática 'saúde sexual', considerando a sua subjetividade e complexidade, os tabus, os preconceitos e o pudor, que levaram ao ocultamento das falas acerca do assunto.

¹³Como é exposto na obra de Geertz (2004) intitulada: "Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e na Indonésia". O reconhecimento das fragilidades do trabalho de campo, as limitações da pesquisa contribuíram para a transparência do estudo.

2.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

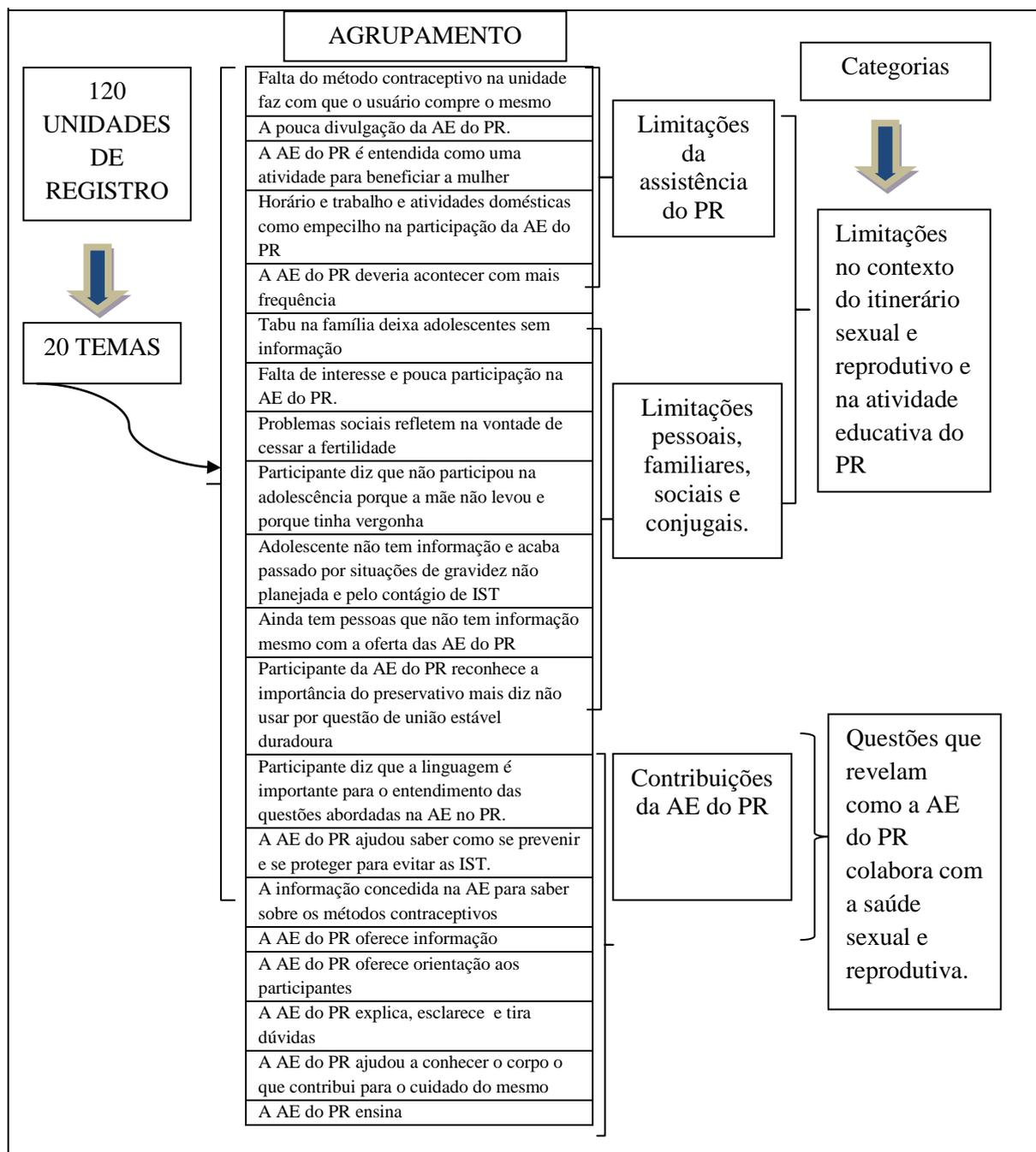
Inicialmente, para conhecer o itinerário reprodutivo e sexual dos participantes, os dados relativos aos mesmos foram lançados no Software Livre de banco de dados estatísticos Epi Info (TM) 3.5.2, o que tornou mais visível a diversidade dos itinerários encontrados.

Para conhecer a opinião de cada um a respeito da atividade educativa do planejamento reprodutivo, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011), por meio da técnica sistematizada da análise de conteúdo temático-categorial, orientada pelo modelo proposto por Oliveira (2008).

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 (UR) por meio de palavras e frases, entre outras (utilizou-se aqui como UR, o recorte e a marcação de frases). Assim, seguindo as etapas, após o levantamento das UR, foi produzido o agrupamento das mesmas por semelhança temática, e assim foi desvendado o tema ou a Unidade de Significação (US). A análise categorial foi feita a partir da determinação e quantificação dos temas encontrados, que foram agrupados e, assim, deram origem às Categorias consideradas pertinentes, segundo a sua frequência de aparição (OLIVEIRA, 2008).

Destaca-se que a aplicação da técnica de análise temático-categorial foi realizada considerando como *corpus* de análise todas as respostas de questões abertas do roteiro da entrevista referente à atividade educativa, no sentido de responder o terceiro objetivo do estudo (APÊNDICE C). As questões relativas aos motivos para buscar a atividade educativa do PR na ESF, foram incorporadas ao itinerário sexual e reprodutivo. Segue-se o esquema no quadro 1 que representa como foi feito o agrupamento para definir as categorias.

Quadro 1. Número de unidades de registro por unidades de significação / temas encontrados nas entrevistas. Juiz de Fora. Brasil, 2014



2.5 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Para atender as exigências éticas e científicas fundamentais, previstas na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a) sobre

pesquisa envolvendo seres humanos, o Projeto deste estudo foi apresentado 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 e CAAE – 33167014.7.0000.5285 (ANEXO A).

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este terceiro capítulo foi dividido em três partes, seguindo a ordem da realização da pesquisa. A primeira versa sobre a análise e discussão da caracterização dos participantes e a descrição dos itinerários sexuais e reprodutivos. Na segunda parte está descrita a observação participante das atividades educativas dos grupos de PR. Na terceira, apresenta-se a análise das duas categorias que emergiram das entrevistas relativas às perguntas sobre a atividade educativa do PR.

Dessa forma, diante dos referidos dados a respeito do mesmo fenômeno, realizou-se a triangulação dos mesmos no intuito de verificar a sua convergência e/ou corroboração para, então, melhor compreender o contexto e o objeto de pesquisa (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DOS GRUPOS

A pesquisa focalizou a trajetória de 14 pessoas (1 homem e 13 mulheres)¹⁴, com limite de idade entre 18 e 42 anos, semelhante ao encontrado em outros estudos (ANDRADE; SILVA, 2009; SILVA, 2011; MARQUES; PEREIRA, 2011;) que participaram das atividades educativas do PR e abordaram a saúde sexual e reprodutiva.

Estudos como os de Heilborn, (2009), Silva (2011) e Coelho et al. (2012) acerca de tal assistência nesse ambiente educativo, tem como participação majoritária as mulheres, fato este criticado por Santos e Freitas (2011) sob a alegação de que PR tem enfoque exclusivo na saúde da mulher. Isto leva a questionar a equidade de gênero aplicada em tal contexto. Como observa Schraiber (2005), a postura do serviço ainda mantém a desigualdade das relações de gênero na atribuição de papéis ligados ao masculino e ao feminino de modo restritivo o que, de certo modo, inviabiliza o reconhecimento do homem enquanto sujeito de direitos sexuais e reprodutivos.

Quanto à trajetória escolar, somente uma participante estava cursando o ensino superior e uma, o ensino médio; sete participantes tinham nível fundamental incompleto e

¹⁴Destaca-se que a maioria das participantes eram mulheres, pois em todos os quatro grupos observados soma-se somente 4 participantes homens, sendo entrevistado somente um devido aos outros não terem aceitado a participar do estudo. Fato este que me leva a pensar nas questões apontadas no estudo de gênero referenciado nesta pesquisa, pois o fato da mulher ter se apropriado da escolha e decisão na vida sexual reprodutiva, dificulta a inserção e distancia a participação do homem das atividades inseridas neste ambiente enquadrado como "feminino".

cinco, ensino médio completo. Tais dados são equivalentes aos revelados pelo IBGE em 2013, pois a maioria dos participantes da pesquisa situa-se nas faixas de escolaridade inferiores a 11 anos.

Com relação à crença religiosa, somente uma participante relatou não ter nenhuma; outros dois afirmaram que, apesar de não terem uma religião, acreditam em Deus. A maioria afirmou ser da religião Católica (6) e o restante (5), da religião Evangélica, como observado em outros estudos (HEILBORN, 2009; MARQUES, PEREIRA, 2011; COELHO, et al., 2012). (Quadro2).

Quadro 2. Caracterização dos participantes do estudo
Município de Juiz de Fora. Brasil, 2014

PARTICIPANTES	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RELIGIÃO
E1	H	42	Ensino fundamental incompleto	Padeiro	Acredita em Deus
E2	M	18	Ensino médio incompleto (Em curso)	Estudante	Evangélica
E3	M	19	Ensino médio completo	Desempregada	Cristã
E4	M	32	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Evangélica
E5	M	25	Ensino superior incompleto (Em curso)	Estudante	Agnóstico
E6	M	39	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Católica
E7	M	28	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Acredita em Deus
E8	M	19	Ensino médio completo	Do lar	Católica
E9	M	19	Ensino fundamental incompleto	Desempregada	Evangélica
E10	M	25	Ensino médio completo	Do lar	Evangélica
E11	M	24	Ensino fundamental completo	Balconista	Católica
E12	M	20	Ensino médio completo	Do lar	Católica
E13	M	39	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Evangélica
E14	M	30	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Católica

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à profissão, observa-se que somente dois participantes relataram ter vínculo empregatício; dois disseram ser estudantes; outros dois informaram que estão desempregados, e oito afirmaram trabalhar cuidando da casa e da família.

3.2 O ITINERÁRIO SEXUAL E REPRODUTIVO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A expressão “Itinerário Sexual e Reprodutivo”, como já mencionado, foi uma forma de unir a expressão do itinerário ao contexto da saúde sexual e reprodutiva, com o intuito de considerar a complexidade de ambas enquanto uma dimensão da existência humana, que recebe influências de diversas questões sociais, culturais e subjetivas no decorrer da sua vivência. Assim, o termo itinerário encaixa-se como proposta de pensar sobre as dimensões da vida humana em sua singularidade, dinamicidade e diversidade de trajetórias possíveis.

Destaca-se que, neste estudo, foram consideradas somente algumas questões referentes ao itinerário sexual, como o que se entende por saúde sexual, sexualidade, idade do início da vida sexual e prazer na relação sexual. E do itinerário reprodutivo foi perguntado sobre o número de filhos, desejo de ter mais filhos ou não, se a gravidez foi planejada ou não, dentre outras perguntas. Ressalta-se que apesar de o estudo considerar o itinerário sexual e reprodutivo por completo, o entendimento de tal itinerário pontuado nesta pesquisa servirá como uma proposta e inspiração para estudos futuros, uma vez que não se pretende generalizar, e muito menos esgotar o assunto.

Os itinerários dos participantes mostraram-se diversificados e singulares. Em certos aspectos, algumas questões são similares a alguns estudos que versam sobre a trajetória sexual e reprodutiva (BORGES; SCHOR, 2005; HEILBORN, 2009; ANDRADE, SILVA, 2009; BERQUÓ et al., 2010; MARQUES, PEREIRA, 2011; SILVA et al., 2011; FONTENELE; TANAKA, 2014). Assim, os mesmos serão analisados em paralelo com as ações promovidas pelos grupos educativos e com outras pesquisas que discutem a saúde sexual e reprodutiva.

Para conhecer os itinerários sexuais, foi indagado aos participantes o que entendiam por saúde sexual e sexualidade. Em algumas entrevistas, foram observadas demonstrações de comportamentos que revelavam timidez ao falar desse tema, como abaixar a cabeça, sorrisos discretos, desvio do olhar. Devido ao pouco estímulo de conversa sobre o tal temática por questões culturais, sociais, religiosas e, principalmente, de gênero, em que a mulher não é

vista como portadora de sexualidade, fato que ainda se faz presente no contexto atual (HEILBORN, 1997; 2003; GIFFIN, 2003). As falas a seguir demonstram timidez, dificuldade e desconhecimento acerca do tema:

Ah! é tanta coisa, vida sexual, ai meu Deus! [...] (E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos, namora".

Ah! não sei! [...] (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

Não sei o que é [...] (E11) "24 anos, ensino fundamental completo, do lar tem dois filhos, solteira".

Segundo estudos consultados (GIFFIN, 2003; PEREIRA, 2009; MARTINS, et al, 2013), a saúde sexual é muitas vezes desconsiderada nas ações de saúde por abarcar questões de foro íntimo, de difícil verbalização por vergonha, medo de julgamentos e preconceitos e, também, por assinalar questões que envolvem o relacionamento homem *versus* mulher.

O entendimento sobre a saúde sexual revelou três significados. O primeiro deles é conhecer o corpo:

[...] Primeiramente é se conhecer, conhecer o seu parceiro também, também é saber se conhecer (E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos, namora".

[...] inclusive hoje eu acho que é importante para você conhecer sobre seu corpo. [...] cuidado com você, com o seu corpo, com o seu parceiro mesmo [...] (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] Primeiro é a saúde minha, do meu corpo, e a do meu companheiro [...]saber mais do meu corpo [...] (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

Nas falas abaixo é revelado o segundo significado, o qual contém uma relação da saúde sexual com a prevenção das IST:

[...]A gente tem que saber se prevenir! [...] prevenir contra doenças, se proteger, porque eu não sei por dentro do meu namorado, eu não sei se ele tem alguma doença, eu não sei. Aí, eu vou lá e pego uma doença [...] (E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos, namora".

[...]Risos (participante abaixa a cabeça, assinalando timidez ao falar do tema saúde sexual). Ah, cuidado contra a doença [...] (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

[...]sobre evitar doenças. É prevenir contra as doenças [...] (E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira".

[...] Esta questão da preocupação com a prevenção a DST é esse cuidado mesmo [...] (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...]Acho que é prevenção de doenças [...]. A gente precisa se prevenir para não pegar doenças, essas coisas [...] (E8)."19 anos, ensino médio completo, do lar, um filho, união estável"

[...]Proteger? [...] (E9) "19 anos, ensino médio incompleto, desempregada, um filho, união estável".

[...] Prevenção. (E12)"20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

O terceiro e último significado fez referência ao método contraceptivo:

[...] Primeiramente, a camisinha; segundo, o remédio[...] (E2)"18 anos, é estudante, não tem filhos, namora".

[...] eu vejo também como uma forma de prevenção à DST, não é só a questão, a pílula é só uma garantia que a gente tem contra uma gravidez.[...] Esta questão da preocupação com a prevenção a DST é esse cuidado mesmo [...] (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] prevenção de doenças e métodos. (E6) "39 anos, quatro filhos, ensino médio incompleto, do lar, união estável".

[...]Sobre esses métodos mesmo de prevenir contra doenças, a camisinha, a injeção, o anticoncepcional e o preservativo. (E10). (25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante)

[...] até mesmo, vamos dizer, os métodos o que a gente pode usar assim nos cuidados. (E12)"20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

Nesse contexto, observou-se que há dificuldade em falar sobre sexualidade, assim como em saúde sexual. Seis participantes alegaram não saber falar sobre sexualidade, todavia, a compreensão da sexualidade engloba a relação sexual e a orientação sexual, como se observa nas falas a seguir.

[...] Ah sei lá, é ter relação, para mim acho que é só isso (risos). Também sobre a opção de querer ou não querer. Que a gente não é obrigada a fazer nada que a gente não quer[...] (E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira".

[...] Nesse contexto eu entendo sexualidade como as questões sexuais mesmo relacionadas à relação sexual em si, mais eu acho que essa palavra é muito ampla!(E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] Não sei, mas tem a ver com sexo. (E6) "39 anos, quatro filhos, ensino médio incompleto, do lar, união estável".

[...] É a relação sexual?!(E13) "39 anos, ensino fundamental incompleto, 2 filhos, do lar, é separada e afirmou ser solteira"

Schraiber (2005) identificou em sua pesquisa realizada com 12 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de Recife (PE), que a discussão acerca da sexualidade com o público feminino, na maioria das vezes, é ocultada pela questão da contracepção, devido à vivência da sexualidade e seus aspectos permeados por valores morais e ajuizamento.

Em duas falas, a sexualidade tem o mesmo significado que orientação sexual e escolha sexual, afirmando a individualidade e o direito de escolha no que tange às questões relacionadas com o assunto:

[...] Ah cada um ter sua opção sexual, eu acho que é isso! [...] (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

[...] Bom é a minha escolha sexual (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

No momento da entrevista em que os participantes são perguntados sobre a sexualidade, alguns expressam um sorriso tímido e comentam sobre o direito de querer ou não ter relação sexual. Porém, somente na fala de uma participante, identifica-se a amplitude do sentido da palavra sexualidade. Ela faz curso superior de Psicologia, fato este que chama a atenção porque, de certa forma, interfere na percepção que tem a respeito do tema:

[...] Nesse contexto, eu entendo sexualidade como as questões sexuais mesmo relacionadas à relação sexual em si, mais eu acho que essa palavra é muito ampla! Mais eu vejo neste contexto como relação sexual. No contexto do grupo eu entendo que é esta questão do conhecimento do cuidado da prevenção mesmo ao sexo em si. (E5)"25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

Identificamos que a sexualidade pode até não ter sentido para uma pessoa, pois uma participante afirmou que sexualidade, para ela, era "nada". Ressalta-se que nenhum participante falou sobre prazer e/ou satisfação sexual como sensações que fazem parte da saúde sexual; logo, o sentido da saúde sexual, para os participantes desta pesquisa, ficou

restrito à ausência de IST ou de gravidez indesejada.

Mandú (2005), em sua pesquisa intitulada "A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual", expõe que o corpo e a sexualidade ainda estão fortemente inseridos no contexto das ideias e da moral cristã. Assim, a atividade sexual e a nudez se ocultam diante da sua restrição na estrutura familiar. Algumas falas a respeito da saúde sexual possuem um sentido restrito ao sexo.

No que se refere à vida afetiva dos participantes, observou-se que a mesma teve início com o namoro, variando a média de idade entre 15 e 18 anos, sendo que esta última idade representou 28,6% do total de entrevistados (Tabela 1). Observou-se que os parceiros são, em média, dois anos mais velhos que suas parceiras. O estudo de Borges e Schor (2005) a respeito da trajetória afetivo-amorosa e do perfil reprodutivo de 406 adolescentes do interior de São Paulo identificou o início do namoro na faixa de 13 a 16 anos, com diferença de até 6 anos dos seus parceiros. A média da idade da menarca manteve-se dos 10 aos 16 anos (125 = 30,8%), correspondendo à idade de 14 anos. Pode-se relacionar a idade da menarca e a idade do início da vida afetiva devido à proximidade de tais indicadores.

Algumas das participantes disseram que começaram a namorar aos 12 anos, fato que revela precocidade nas relações afetivas, sugerindo a necessidade cada vez maior de que os temas que envolvem a puberdade, a sexualidade e a reprodução sejam discutidos mais claramente, com orientações aos adolescentes no âmbito familiar, na sociedade e nas escolas.

No que se refere à orientação sexual, no momento da entrevista todos os participantes do estudo afirmaram ser heterossexuais. Nas atividades educativas observadas neste estudo, a temática orientação sexual não foi discutida.

Para discutir acerca do distanciamento de outras orientações sexuais no Serviço, compartilhamos a reflexão de Scott (2005) quanto à noção de família. A autora ratifica que ainda é naturalizada a sua ordem biológica no Serviço de Saúde da Família, o que dificulta e, em certos casos, até mesmo impede, a ampliação da assistência sexual e reprodutiva para além da mulher enquanto "mãe", considerando os vários tipos de família e as necessidades de outras identidades sexuais.

Segundo Villela e Monteiro (2005), só serão validados os direitos sexuais e reprodutivos quando de fato for garantida, reconhecida e legitimada a participação de homens, gays, lésbicas, transexuais, travestis, trabalhadores sexuais e outros grupos estigmatizados pela cultura e pela sociedade nas atividades de ações educativas relacionadas com a assistência sexual. Para tal ampliação, lembra Schraiber (2005) que também se faz necessário

desconstruir a concepção de que a prática contraceptiva é responsabilidade exclusiva da mulher, o que leva à redução da assistência reprodutiva no que tange à distribuição de métodos contraceptivos e à prevenção de IST.

A situação conjugal das participantes mostrou-se variada no momento da pesquisa: três eram casados(as), outras três namoravam, quatro encontravam-se em união estável, duas estavam solteiras e duas, separadas. Onze (71,4%) participantes das ações educativas possuíam algum vínculo afetivo amoroso, sendo que uma controvérsia foi observada, na medida em que estudos apontam para a maior incidência da gravidez não planejada entre tal população (COELHO et al., 2012). Porém, vale ressaltar que a relação amorosa é geralmente acompanhada pelo início da vida sexual, assim, tal fato pode ser um dos fatores que condicionam a procura pelas ações educativas no PR.

Ainda é possível fazer uma relação com a denominação “Planejamento Familiar”, levando a inferir que a maior frequência de participação é de mulheres casadas, que vivem em união estável ou estão namorando (HEILBORN, 2009; ANDRADE; SILVA, 2009; MARQUES; PEREIRA, 2011; SILVA et al., 2011), pois, pensar que o próprio nome menciona "família" no sentido nuclear, levando à restringir a participação de mulheres solteiras que tem outros tipos de família e até mesmo outra opção sexual. Assim, é pertinente reforçar a mudança orientada pelo MS, passando o Planejamento Familiar a ser denominado Planejamento Reprodutivo (BRASIL, 2010) e implementado tanto nos Serviços quanto nas pesquisas sobre o tema.

A idade dos participantes da pesquisa relacionada à primeira relação sexual mostrou-se equivalente à idade do início de namoro. A experiência de quatro participantes (28,6%) concentrou-se nas idades de 16 e 18 anos (Tabela 1). Observa-se, nesta pesquisa, que a faixa etária do início da vida sexual está entre 12 e 19 anos.¹⁵

¹⁵O participante homem de quarenta e dois anos, disse ter iniciado a vida sexual aos dez anos de idade, o mesmo faz menção à iniciação sexual, que se deu com uma mulher mais velha (não foi lembrada a idade), afirmou ter sido estimulada por um parente mais velho, que o levou a um bordel.

Tabela 1. Relação entre as idades em que o participante começou a namorar e a idade da primeira relação sexual. Juiz de Fora. Brasil, 2014

Variáveis do itinerário reprodutivo e sexual	N	%	IC (95%)		
Idade em que começou a namorar	10	1	7,1	0,2	33,9
	12	1	7,1	0,2	33,9
	15	3	21,4	4,7	50,8
	16	3	21,4	4,7	50,8
	17	1	7,1	0,2	33,9
	18	4	28,6	8,4	58,1
	19	1	7,1	0,2	33,9
Idade da primeira relação sexual	10	1	7,1	0,2	33,9
	12	1	7,1	0,2	33,9
	15	1	7,1	0,2	33,9
	16	4	28,6	8,4	58,1
	17	1	7,1	0,2	33,9
	18	4	28,6	8,4	58,1
	19	2	14,3	1,8	42,8

Fonte: Dados da pesquisa.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) evidencia o aumento, nos últimos dez anos, do início da vida sexual e da utilização de métodos contraceptivos na adolescência, o que condiz com a mudança da saúde reprodutiva da sociedade.

Os dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE realizada em 2012 a partir de convênio celebrado entre o IBGE e o MS, com apoio do Ministério da Educação, mostram que praticamente 30,5% das relações sexuais ocorrem entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental (meninos 43,7%; meninas 18,7%). Em 2012, essa pesquisa divulgou que tal proporção se mantém (40,1% entre os meninos e de 18,3% para as meninas) com relação à utilização do preservativo, visto que cerca de 28,7% afirmaram ter usado alguma vez na vida sexual, e 75,3% disseram ter usado na última vez, o que os torna suscetíveis a uma condição de gravidez não planejada, fato este que interfere no processo educacional desse público e na sua inserção no mercado de trabalho (IBGE, 2012).

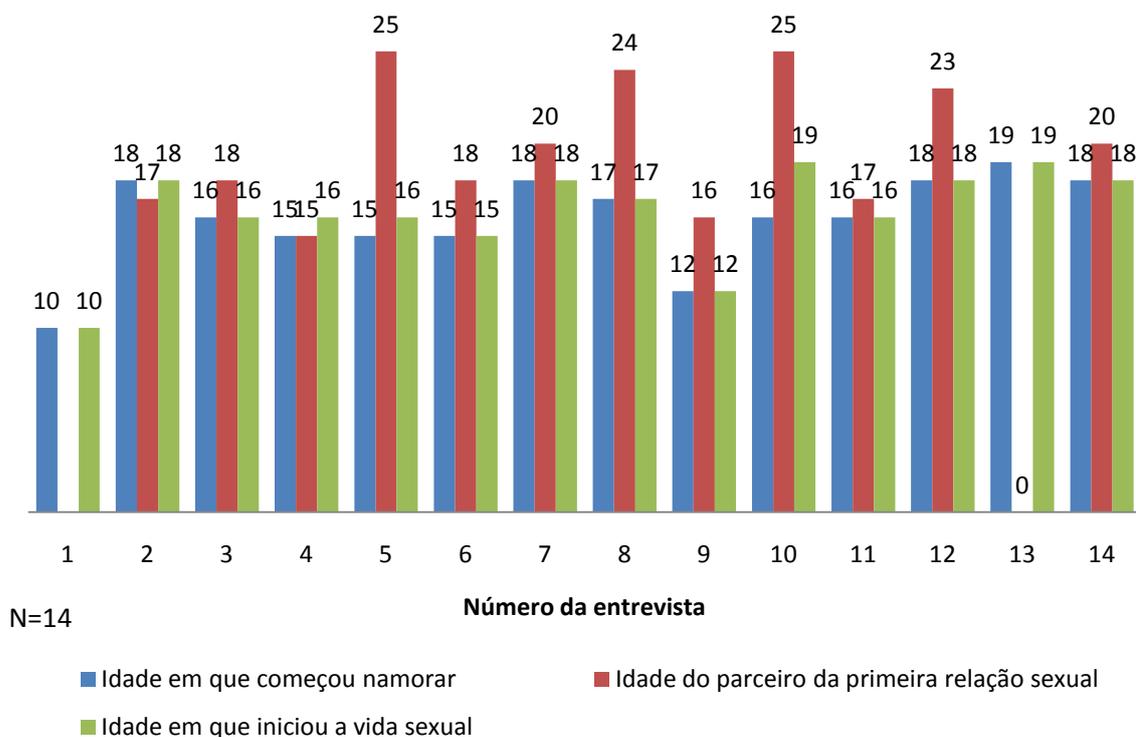
No estudo de Berquó et al. (2010) quanto ao comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo de 2.991 mulheres de 15 a 20 anos, foi identificada a íntima relação entre escolaridade e itinerário sexual e reprodutivo das mulheres. Segundo as autoras, quanto maior o tempo de estudo, mais tarde é iniciada a vida sexual. Cerca de 2.026 (60,6%) de jovens

grávidas possuíam quatro anos de estudo, marcador este reduzido para 578 (17,3%) quando comparado a mulheres com nove anos de estudo ou mais.

No gráfico 1 mostra uma relação entre a idade em que a participante começou a namorar, a idade do parceiro e a idade em que teve início a sua vida sexual. Foi possível verificar pelas faixas azuis, que corresponde à idade em que a participante começou a namorar, e a verde, a idade em que aconteceu a primeira relação sexual, cerca de dez dos itinerários (71,4%) se igualaram nessa questão. Neste contexto, a primeira experiência sexual está relacionada com a idade em que começou o relacionamento amoroso. Porém, o uso do preservativo na primeira relação foi confirmado por apenas cinco (35,7%) participantes do estudo, sendo que mais da metade destes, que corresponde a nove (64,3%), revelaram não usar o preservativo.

Conforme Heilborn et al. (2009), também observamos nestes dados uma contradição e o distanciamento entre o não desejo de ser mãe e/ou pai e a ação de prevenção da gravidez no ato sexual.

Gráfico 1. Relação entre a idade em que os participantes e seus parceiros começaram a namorar, e sua relação com o início da vida sexual. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2014

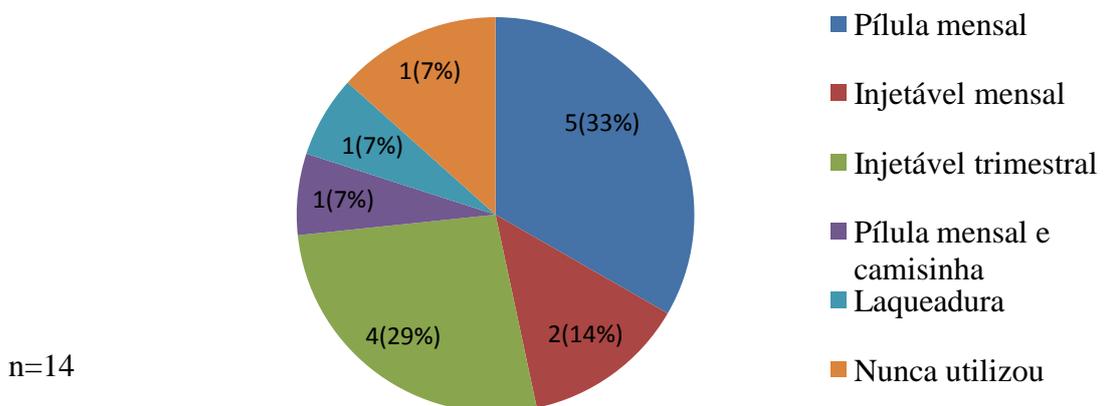


Fonte: Dados da pesquisa.

Cerca de onze (78,6%) participantes alegaram ter vida sexual ativa, ou seja, ter relação sexual com o parceiro. Quando indagados sobre satisfação e prazer na relação sexual, cerca de quatro (E3,E5,E8 e E14) responderam "Sim", três (E2,E11,E12) responderam através da expressão "Hum, Hum" acompanhada de gesto afirmativo com a cabeça, E4 relatou: "É, eu não tenho nada que reclamar não!". Já E1 disse: "Ah, é!", E7 afirmou: "Ah, tenho bastante!" (risos), E9 falou com convicção: "É, tenho!", assim como E12: "Sim, é bem prazerosa", e E13 não quis responder tal pergunta. Compreende-se que o ato de sentir ou não prazer na relação sexual, compõe o campo subjetivo da vida sexual, o qual pode ser vivenciado de várias formas, e não somente através da penetração durante o ato sexual. Segundo Garcia e Lisboa (2012), é frequente a queixa de anorgasmia (ausência de orgasmo) entre mulheres, independente de sua classe social, cultura, idade ou situação conjugal.

Quando foi perguntado sobre o método contraceptivo que os participantes utilizam atualmente, cerca de quatro (33%) afirmaram fazer uso do anticoncepcional oral e duas (14,2%) do anticoncepcional injetável mensal. Como mostra o gráfico 2, os métodos hormonais são os mais utilizados, pois o fato de estar disponível na Unidade e sua facilidade de uso, pela própria familiarização e conhecimento sobre o mesmo (ANDRADE; SILVA,2009; HEILBORN,2009), são fatores considerados na hora da escolha do método contraceptivo.

Gráfico 2.Relação de porcentagem dos métodos contraceptivos utilizados pelos participantes da pesquisa. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2014



Fonte: Dados da pesquisa.

Cabe ressaltar que dentre as quatorze participantes do estudo, oito já haviam participado anteriormente de outro grupo educativo no qual conseguiram ter acesso a um método contraceptivo, e quatro, dentre os seis participantes que anteriormente não haviam participado, afirmaram estar fazendo uso de um método contraceptivo sem indicação médica. Ressalta-se que nenhuma participante relatou utilizar o Dispositivo Intrauterino (DIU).

Embora haja preferência pelo método hormonal oral, como é confirmado no estudo de Dantas et al. (2013) sobre opiniões de adolescentes acerca do planejamento familiar, neste estudo, dentre as sete mulheres entrevistadas, 6 (86%) relataram usar o anticoncepcional oral para evitar a gestação. Esta preferência pode decorrer da falta de acesso a outros métodos contraceptivos, da falta de acompanhamento e conhecimento a respeito dos mesmos, ou até por ser o método que se encontra disponível na Unidade (BRASIL, 2007b).

A dificuldade de acesso ao método devido à sua escassez e até pela indisponibilidade no serviço de saúde, expõe a mulher e o homem a vulnerabilidade, uma vez que aumenta o risco de uma gravidez não planejada que, se ocorrer, favorece a procura pelo aborto, aumentando o risco de mortalidade, dentre outros riscos físicos, emocionais e psicológicos (PENAFORTE et al.2010; MARQUES; PEREIRA, 2011).

A dupla proteção não é utilizada pela maioria das participantes, e somente uma entrevistada que utilizar tal método faz a sua associação com o método de barreira (camisinha masculina). O estudo de Taquete, Vilhena e Paula (2004), realizado no Rio de Janeiro sobre as IST e os fatores de risco na adolescência, já identificaram a lacuna entre o nível de conhecimento e a utilização, de fato, do preservativo nas relações sexuais. Percebeu-se, nesta pesquisa, a persistência dessa lacuna nos dias atuais, dado reforçado nos resultados do estudo de Evangelista, Barbieri e Silva (2015) realizado com mulheres grávidas, a fim de relacionar a contracepção e a gravidez não planejada na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, que mostra a prevalência da utilização dos métodos hormonais como primeira escolha, além de ressaltar que a maioria que utiliza o preservativo não participou da assistência PR.

A faixa de idade de início da utilização do método contraceptivo hormonal dos participantes da pesquisa está entre 16 e 20 anos. A associação entre o período de início da utilização da contracepção com o início da vida sexual faz-se pertinente, pois, segundo estudos, a prática sexual está sendo iniciada antes dos 20 anos, mais especificamente aos 15 anos (BERQUÓ et al., 2010).

Observa-se que quatro mulheres (28,7%) utilizavam o anticoncepcional injetável trimestral; destas, duas justificaram seu uso por estarem amamentando. Percebe-se a

utilização rotineira da pílula em detrimento dos demais métodos contraceptivos, como constatado em outros estudos (PORTELLA et al., 2009; HEILBORN et al., 2009; EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015). Nenhuma participante disse que utilizou algum método para engravidar durante sua vida reprodutiva, apesar de duas relatarem tentativas anteriores de engravidar, sem sucesso.

Somente E10 afirmou nunca ter utilizado método contraceptivo na sua vida reprodutiva. O que chama atenção é ela ser Evangélica. Diante disso, reportamo-nos ao paralelo interessante e pertinente entre religião e prática contraceptiva, feito em estudo de Costa e Carvalho (2014), doutoras em Demografia, cujo referencial teórico contextual faz menção a essa influência em outros países, como os Estados Unidos da América e a Índia. As autoras destacaram que a preferência pela utilização do método contraceptivo independe da religião, porém, quanto à análise dos tipos de métodos escolhidos entre Católicas e Evangélicas, foi identificado que as primeiras utilizavam mais os métodos hormonais, ao contrário das Evangélicas, que utilizavam mais a esterilização e a camisinha.

O tempo de utilização do método contraceptivo foi variado. Uma participante iniciou o uso há menos de um mês, outras quatro participantes (30,8%) informaram três anos de uso, duas utilizaram por quatro, outras duas por seis, e duas por oitos anos. Cerca de oito (58,3%) participantes afirmaram nunca ter interrompido o uso do método. Todavia, neste estudo foi verificado nas falas de cinco (41,7%) participantes, a ocorrência da descontinuidade do uso do método, sendo descrito abaixo alguns dos motivos para tal interrupção:

[...] Eu tive que parar de usar ele (método contraceptivo) um tempo, porque eu tive infecção urinária. Eu também parei de usar ele para engravidar mesmo [...]. (E8) "19 anos, ensino médio completo, do lar, um filho, união estável"

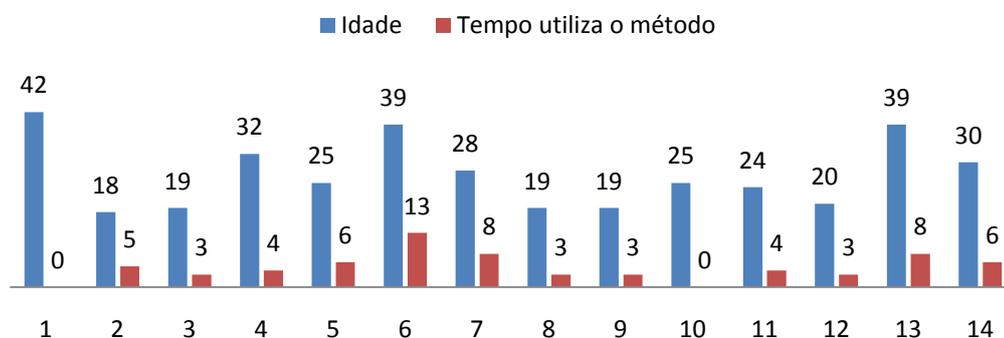
[...]A injeção! Eu interrompi ano passado, mas só que eu voltei. Eu interrompi porque eu sou atrasada na menstruação [...] (E9)"19 anos, ensino médio incompleto, desempregada, um filho, união estável"

[...]Uma vez eu fiquei sem tomar e eu não engravidei, e achei que ia ser a mesma coisa, mais aí não foi (E10)"25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante"

Verifica-se que a idade e o tempo de uso do método contraceptivo são diretamente proporcionais (Gráfico 3), uma vez que se identificou que as participantes com idade igual ou superior a 25 e 35 anos utilizam o método há mais de cinco anos.

Gráfico 3. Relação entre idade e tempo de utilização do método contraceptivo

Juiz de Fora, Minas Gerais Brasil, 2014



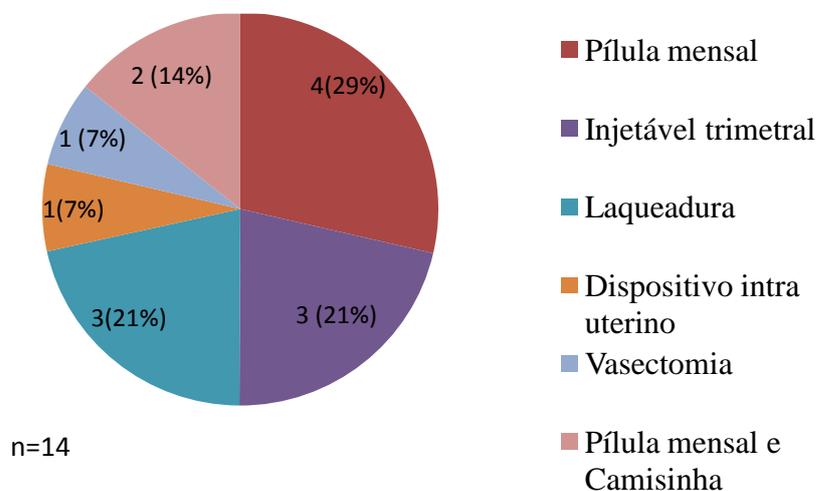
Fonte: Dados da pesquisa.

No que se diz respeito ao acesso ao método contraceptivo, cerca de nove (69,2%) participantes informaram ter acesso na própria Unidade de Saúde, quatro (30,8%) afirmaram comprar o método devido à falta do mesmo na Unidade, aliada à indisponibilidade de tempo e horário para pegá-lo na ESF, uma vez que a Unidade de Saúde tem horário de funcionamento até às 16:00h, dificuldade esta já encontrada no estudo de Moura et al. (2007). Em Campina Grande, na Paraíba, o estudo com 45 usuárias do SUS, evidenciou que onze (24%) mulheres relataram comprar o método na farmácia, e dez (22%) disseram ter acesso pelo SUS (SANTIAGO; ALVES; COSTA, 2013). Essa situação, na maioria das vezes, é desconsiderada no universo da assistência em PR.

Cabe pontuar acerca da falta do método escolhido pela participante nas APS que fizeram parte do estudo, como também do encaminhamento às Unidades de referência, responsáveis pela colocação do dispositivo intrauterino (DIU) e realização da laqueadura e/ou da vasectomia, respeitando os preceitos da Lei do Planejamento Familiar.

Depois do grupo educativo, sete (50%) participantes optaram por mudar o método contraceptivo. No gráfico 4, percebe-se que 21% optaram pela laqueadura. O que chama atenção em se tratando da escolha pelo método cirúrgico são a incerteza e as dificuldades verbalizadas pelas participantes relacionadas ao acesso, confirmando que esta questão é uma realidade já discutida em outras pesquisas (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; FONTENELE; TANAKA, 2014).

Gráfico 4. Método contraceptivo escolhido após a atividade educativa
Juiz de Fora Minas Gerais. Brasil, 2014



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme afirmam Berquó e Cavenaghi (2003, p. 448) em seu estudo realizado em seis capitais brasileiras, onde avaliaram o atendimento relativo à demanda por esterilização cirúrgica após a regulamentação da Lei do Planejamento Familiar, foi identificada uma interpretação errônea da Lei que regula os critérios para os serviços e profissionais de saúde, "pois 25 anos" ou "dois filhos" é substituído por "25 anos e dois filhos". O estudo ainda aponta outras barreiras usadas como justificativas para retardar e dificultar o acesso a esse método irreversível:

(...) difícil acesso para solicitação, ausência de médicos, má vontade, burocracia do SUS acarreta longo tempo de espera, SUS não respeita critério de idade ou número de filhos vivos, ser solteira, não ter quem assine, médico alega arrependimento, médico do SUS cobra extra pela cirurgia e médico não recomenda por motivo "médico" (pressão alta). Sendo que, as duas primeiras citações respondem por 76,4% das referidas dificuldades. (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003, p. 448)

Seis participantes (43%) relataram ter iniciado a utilização do método contraceptivo após terem participado de outras atividades educativas do PR na ESF, fato este também observado em outros estudos (ANDRADE; SILVA, 2009; SILVA, 2011).

Heilborn et al. (2009), no estudo multicêntrico realizado em três capitais brasileiras, identificaram que a exigência em torno da participação na atividade educativa do PR para obtenção do contraceptivo, é algo positivo para auxiliar na eficácia do mesmo, porém, tal

exigência, somada à inflexibilidade dos serviços que restringe o acesso a esse direito reprodutivo, questão também identificada na dissertação de Mestrado de Silva (2011), em pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2010, que buscou conhecer a trajetória contraceptiva de 48 mulheres que se inscreveram no programa de planejamento familiar em uma unidade da ESF. Comparando os dados anteriores relacionados ao método contraceptivo utilizado antes do grupo, percebe-se que houve um aumento na escolha pela laqueadura. Anteriormente, não havia sido assinalado o uso do DIU, mas após o grupo uma participante optou por adotá-lo. Os níveis de escolha pelos métodos hormonais, como pílula e injetável, não apresentaram alteração significativa, visto que muitas participantes já os utilizavam e resolveram manter o uso. Dentre as duas participantes que optaram pelo uso da dupla proteção, uma namora e a outra tem um relacionamento estável.

Estudo de Fontenele e Tanaka (2014) em um hospital de São Paulo com mulheres que fizeram a laqueadura na faixa etária de 17 a 33 anos, que aguardavam o procedimento de fertilização *in vitro*, identificou as causas que fizeram com que optassem pelo método irreversível, e dentre elas a desinformação, conselhos maternos de amigos e vizinhos, queixas de cólicas relacionadas ao DIU, dificuldade de manuseio e desconfiança da eficácia do diafragma, desconhecimento dos outros métodos, dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, fato que o condiciona a duvidar de sua fidelidade, além de ser utilizado como forma de resolver problemas conjugais no contexto de violência sexual.

Ainda, este estudo revelou nos discursos os significados de sofrimento, dor e tristeza por ter escolhido a laqueadura como método contraceptivo. Tornou-se perceptível a influência dos costumes, a naturalização da maternidade enquanto responsabilidade e obrigação da mulher, considerando que o conceito de diferença de gênero se faz presente e anula a participação do homem em tal decisão. Nesse caso, o poder da escolha pelos métodos cirúrgicos faz-se tanto pelos homens quanto pelas mulheres (FONTENELE; TANAKA, 2014).

Atualmente, o acesso à laqueadura é dificultado tanto pelas questões burocráticas do SUS, como pelo despreparo de profissionais, que demonstram má vontade no atendimento a esta demanda, levando em certos casos à desistência de realização do procedimento por muitas pessoas, assim tornando-as vulneráveis a uma gravidez não planejada (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2003).

O sentido dado à saúde reprodutiva não obteve tal variação, como o da saúde sexual, sendo quase unânime a menção da palavra filho, como vemos nas falas abaixo. Tal ligação se

faz pertinente, uma vez que a saúde reprodutiva tem o contexto histórico demarcado pela cultura social e religiosa que estigmatizou e reforçou o controle social do corpo da mulher e da sua sexualidade. Assim, a relação sexual teria como objetivo somente a reprodução (ARAÚJO, 2002).

[...] A opção de não ter mais filho! (E4)."32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira "

[...] Prevenção, de filhos, ah! é isso. (E6). " 39 anos, quatro filhos, ensino médio incompleto, do lar, união estável "

Ter filhos. (E7)"28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada".

Filho?! Na maioria das vezes, filho. (E9) "19 anos, ensino médio incompleto, desempregada, um filho, união estável".

[...] Gravidez! Gerar um ser, reproduzir. (E14)"30 anos, Ensino Fundamental incompleto, 3 filhos, separada, do lar "

Villela (2000) esclarece que para que o indivíduo tenha saúde reprodutiva, é preciso garantir o direito da decisão de ter ou não filhos, de ter acesso a métodos e informações para auxiliar na sua escolha, além do estímulo e da responsabilização do homem na esfera reprodutiva e sexual, como também da sua incorporação nas ações oferecidas neste contexto. A autora lembra que durante muitos séculos, a mulher tinha como função a reprodução, e ter filhos era considerada uma obrigação. Somente após os anos 50, por questões de ordem econômica, o Estado começou a interferir na taxa de natalidade com a oferta gratuita dos métodos contraceptivos para controlar a fertilidade. Villela e Monteiro (2005, p.3), esclarecem que nesse cenário foi instituído o conceito de saúde reprodutiva como "conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde".

Além de ser reconhecida nas falas a relação da saúde reprodutiva com a decisão de ser mãe ou não, na fala abaixo a saúde reprodutiva é entendida como algo relacionado apenas à mulher:

[...] Ah! ligado à mulher, não é?, é questão também de prevenção, de filhos, ah! é isso! [...] (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

De acordo com este entendimento, faz-se pertinente refletir a respeito de como o controle da reprodução ainda fica restrito à mulher acompanhando, assim, os estigmas

históricos e culturais acerca da maternidade, reafirmando as diferentes definições de papéis e da influência do gênero no contexto reprodutivo, no qual o homem trabalha e a mulher cuida da família (COSTA et al., 2006).

O único participante homem entrevistado expôs, em dois momentos de sua fala, que a atividade educativa do PR (denominada 'grupo' pelos participantes deste estudo) é um espaço para a mulher:

[...] o grupo ele serve mais assim, para orientar mais a mulher em si, o que ela pode fazer. O homem, ele assim, ele pega ali igual no meu caso, eu peguei mais assim como observar mais a minha esposa, como a mulher deve ser bem cuidada, essas coisas que me orientou. [...] Eu acho que esse grupo serve mais para essas meninas que estão começando, o jovem tem informação, mas ele não tem orientação direito. O grupo serve para isso, eles conhecem a doença mas não sabem como ela é, não sabem como pega direito, já ouviu falar, e o grupo vem mostrando como é, ensina a conhecer o corpo, aí é válido! [...] (E1). "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padreiro, casado"

A fala acima leva a refletir sobre a concepção da cultura social em que a mulher detém o direito e o dever da reprodução, aliado ao discurso de gênero como algo ligado à natureza humana. O relato do participante sobre o grupo também leva a pensar que a abordagem utilizada pelos seus integrantes dá prioridade e ênfase na mulher. Assim, o planejamento reprodutivo, enquanto um direito do homem relacionado com a sua saúde sexual e reprodutiva deve ser mais debatido nesses espaços educativos. Na segunda fala, percebe-se o quanto o grupo educativo pode ser limitado quando é associada somente a informação e orientação a respeito das IST, tema que é importante, porém, ratifica-se que o grupo aborda o assunto em conjunto com tantos outros que abrangem a saúde sexual e reprodutiva.

Carvalho, Pirotta e Schor (2000) apontam aspectos relativos à ótica feminina a respeito da participação masculina na contracepção, expondo que a ausência masculina na decisão reprodutiva pode ser oriunda da existência de mais métodos contraceptivos de uso feminino, e ou da ligação entre virilidade e fertilidade, da perda de poder de chefe de família, como também da própria limitação do PR em abordar temas voltados para o público masculino. Acrescenta-se neste contexto a inflexibilidade nos horários das atividades de promoção da saúde sexual e reprodutiva que são oferecidas na unidade de saúde, que limita a participação de homens e mulheres que estão inseridos no mercado de trabalho. As autoras ainda afirmam que o pouco envolvimento masculino na vida reprodutiva pode ser um

agravante nas condições de aumento da vulnerabilidade e exposição da mulher às IST e AIDS, além de uma gravidez não planejada.

Segundo Ávila (2003), o distanciamento do homem da esfera reprodutiva e do cuidado paternal, conseqüentemente dificulta a divisão das decisões conceptivas e contraceptivas do casal. A autora traz sugestões para que tal realidade cultural seja transformada por meio da divisão igualitária do trabalho doméstico, da participação na vida e no cuidado com os filhos, na divisão da responsabilidade de contracepção e na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de romper com a visão da prática sexual ligada a uma identificação social. A autora ainda esclarece que a constante desigualdade entre homens e mulheres torna-se um entrave para que ambos possam desfrutar de liberdade reprodutiva e sexual.

Destaca-se que a participação masculina no que tange à saúde e às decisões na esfera reprodutiva, pode ser notada quando a mulher possui algum problema que a impede de estar utilizando um método contraceptivo, pois, no relato de E1, abaixo, o homem é chamado a fazer a vasectomia por conta de tal situação:

[...] Eu vou fazer a vasectomia, porque a minha esposa deu problemas hormonais e está passando muito mal com o comprimido. Estou com quarenta e dois anos já tenho dois filhos, tenho um de 10 e uma menina de um ano e três meses e para mim já chegou também, porque filho para dar educação, escolaridade, é complicado. (E1). "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padeiro, casado".

A responsabilidade da mulher sobre a sua vida reprodutiva pode ser justificado como uma forma de proteção, prevenção de doenças e controle do próprio corpo, e também como forma de obter autonomia sobre a sua vida, como é evidenciado nas falas a seguir:

[...] Desde a concepção de como isso é gerado até as questões das DST, da prevenção, eu vejo como uma forma geral mesmo desses assuntos comuns a questão da sexualidade e da reprodução. (E5)"25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] Sobre ter filhos, sobre cuidado sexual com doença e prevenção. (E10) "25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante".

[...] Questão assim da saúde do meu corpo e futuramente de uma criança de um filho (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

Analisando o conteúdo das falas, é possível identificar a dificuldade de dissociar a saúde sexual da saúde reprodutiva, pois há trechos que falam sobre prevenção de doenças e cuidado com o corpo, revelando enfoques que direcionam ao conceito de saúde sexual.

A noção de saúde reprodutiva tem como propósito retirar o estigma de reprodução como dever ou função feminina; sendo assim, ela passa a ser considerada um direito do cidadão (homem e mulher) de reproduzir de forma segura, sem qualquer tipo de violência e coerção (VILLELA, 2000). Tal conceito também foi empregado no intuito de desvincular a sexualidade da reprodução (VILLELA; MONTEIRO, 2005), assim como o advento da epidemia de HIV/AIDS, na década de 80, e a utilização do contraceptivo (HEILBORN, 2003).

Desse modo, pensar em ambos os temas com suas particularidades e diferenças, colabora para assegurar e reforçar a autonomia dessas duas dimensões, tanto para a mulher quanto para o homem, além de possibilitar relacioná-los entre si e com os demais aspectos sociais representados na dimensão da vida humana (ÁVILA, 2003; PITANGUY, 2003; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Assim, a saúde reprodutiva não fica restrita ao PR, mas também engloba a dimensão social da reprodução enquanto um direito humano e social (VENTURA, 2010), além das ações no cuidado ao pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical, conforme pontuado pela OMS em 1988.

Na tabela 2 está descrita a idade dos participantes em relação à primeira gestação ou ao primeiro filho, evidenciando-se que tal idade variou entre 14 e 32 anos, sendo que duas participantes (18,2%) tiveram seu primeiro filhos entre 18 e 19 anos, resultado semelhante ao de outros estudos (HEILBORN, 2009; BERQUÓ et al., 2010; COELHO et al., 2012).

Tabela 2- Idade dos participantes ao ter seu primeiro filho e número de filhos vivos.
Município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis do itinerário reprodutivo e sexual	N	%	Índice de Confiança (95%)		
Idade quando teve o primeiro filho	14	1	9,1	0,2	41,3
	16	1	9,1	0,2	41,3
	17	1	9,1	0,2	41,3
	18	2	18,2	2,3	51,8
	19	2	18,2	2,3	51,8
	20	1	9,1	0,2	41,3
	22	1	9,1	0,2	41,3
	32	1	9,1	0,2	41,3
Número de filhos vivos	1	3	21,4	4,7	50,8
	2	3	21,4	4,7	50,8
	3	3	21,4	4,7	50,8
	4	1	7,1	0,2	33,9

Fonte:Dados da pesquisa.

Dados do IBGE publicados em 2010 sobre o panorama atual de alguns aspectos da saúde, que compreendem a saúde sexual e a reprodutiva, na pesquisa intitulada “Estatística de Gênero”, mostra que ocorreu uma redução de 14,8% em 2000, para 11,8% em 2010, de mulheres de 15 a 19 anos com ao menos um filho vivo; e que tal proporção decresceu também nos grupos de 20 a 24 anos de idade, de 47,3% para 39,3%; na faixa etária de 25 a 29 anos, de 69,2% para 60,1%; e de 30 a 34 anos de 81,9% para 76,0%, no mesmo período.

Embora a taxa de fecundidade esteja decrescendo, como mostram os dados anteriores, nesta pesquisa identificou-se que algumas participantes com um filho ainda pretendiam ter mais um futuramente, ao passo que as mães de dois, três ou mais, não queriam ter outros filhos. Três mulheres eram mães de três filhos, e somente uma participante afirmou ter quatro filhos. Em relação à maternidade, 9 eram mães e um era pai. Destes, cerca de 70% (7) afirmaram que a gravidez não havia sido planejada, e 30% (3) alegaram ter planejado a gravidez, porcentagem esta semelhante à encontrada em estudos de outros autores (HEILBORN, 2009; MARQUES, PEREIRA, 2011; EVANGELISTA, BARBIERI, SILVA, 2015).

Como foi evidenciado no estudo de Coelho et al.(2012) sobre a associação entre a gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em uma Unidade de Saúde da Família da Bahia, é maior a ocorrência da gravidez não planejada entre as mulheres que

são donas de casa e dependem financeiramente do marido. Considerando tal contexto, pode-se refletir a respeito da influência econômica como facilitadora da autonomia na saúde reprodutiva, além das desigualdades de gênero, a despeito da desvalorização do trabalho no lar e das diferenças salariais que ainda marcam o mercado de trabalho. Assim, é preciso refletir sobre a abordagem no PR para que a mesma não seja limitada à contracepção, uma vez que as participantes podem ter necessidade de ter filhos, o que configura a importância de serem também discutidas as estratégias de concepção. Ressalta-se que o desejo de limitação do número de filho, segundo os discursos das participantes, deve-se à violência¹⁶ e à dificuldade econômica que enfrentam no seu cotidiano de vida social e familiar, aspectos estes que também devem ser considerados e inseridos no contexto das ações do PR.

Quatro participantes (28,6%) alegaram não ter nenhum filho, porém, todas disseram que um dia ainda pretendem ser mãe. Segundo Berquó et al. (2010), quanto maior a idade, o nível de escolaridade e melhor a condição socioeconômica, mais postergada é a gravidez, como já referido.

Alguns estudos apontam a queda da fecundidade em países mais desenvolvidos, e afirmam que há uma estreita relação entre a mesma e a condição socioeconômica (CAMIÁ, MARIN, BARBIERI, 2001; MOURA, SILVA, 2004; OSIS et al., 2006). Porém, apesar de o fator econômico configurar uma situação que pode interferir na vida reprodutiva, esta discussão não é promovida no âmbito das ações do PR (SANTOS, FREITAS, 2011). Mais uma vez, torna-se importante considerar e refletir acerca dos determinantes sociais e sua interferência direta na saúde reprodutiva e sexual.

Somente duas participantes (14,3%) não sabiam sobre o grupo educativo, ao contrário de doze (85,7%) que já o conheciam. Seis participantes da pesquisa (42,9%) estavam pela primeira vez no grupo; já os outros oito (57,1%) informaram que participaram anteriormente de outros grupos. Quatro participantes (28,6%) conheceram o grupo através de amigos e/ou familiares, cinco (35,7%) afirmaram saber sobre o grupo pela Agente Comunitária de Saúde (ACS), e somente dois souberam pelo profissional de saúde (14,3%), como mostra Tabela 3. Há maior atuação dos ACS nesse aspecto, como evidenciado também no estudo de Ferreira Neto e Kind (2010).

¹⁶ A violência relatada pelos participantes é do tipo criminal e delinquencial expressada pela violência física. Segundo Minayo, este tipo de violência é a mais dominante na consciência contemporânea, uma vez que atinge diretamente a integridade corporal, e pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, roubos à mão armada (MINAYO, 2005).

Tabela 3. Porcentagem de participantes que sabiam sobre a atividade educativa ou não, como ficaram sabendo e a relação da causa motivadora para tal participação. Juiz de Fora, Brasil, 2014.

Variáveis do itinerário reprodutivo e sexual em relação à atividade educativa	Número de Participantes	%	Índice de Confiança (95%)	
Já sabia sobre a atividade educativa				
Não	2	14,3	1,8	42,8
Sim (Amigos/Familiar)	4	28,6	8,4	58,1
Sim (Cartaz na unidade)	1	7,1	0,2	33,9
Sim (Profissional de saúde)	2	14,3	1,8	42,8
Sim (ACS)	5	35,7	12,8	64,9
Motivos que levaram à participação na atividade educativa				
Acompanhar familiar	2	14,3	1,8	42,8
Aprender	1	7,1	0,2	33,9
Aprender mais	1	7,1	0,2	33,9
Cuidar da saúde	1	7,1	0,2	33,9
Método contraceptivo	9	64,3	35,1	87,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Faz-se pertinente considerar a importância não só do trabalho do ACS no contexto da assistência em PR, mas de todos os profissionais. Pensando nesse aspecto, reportamo-nos ao estudo de Moura et al. (2007) que apontou a falta de definição de papéis entre os profissionais da ESF o que, de fato, aumenta a distância entre a prática na ESF e as propostas da política do MS. Tais aspectos também podem ser refletidos com base nos resultados encontrados no estudo de Lemos (2014, p. 252) que, pesquisando sobre a percepção de profissionais que participaram de uma capacitação de ações educativas em contracepção sobre os direitos sexuais e reprodutivos, desvendou a limitada visão dos profissionais cujos discursos a respeito de tais direitos, significava apenas "decisão, escolha dos métodos contraceptivos, opção pelo parceiro sexual e acesso à informação ou orientação quanto à prevenção de DST ou contracepção".

A capacitação descontextualizada, aliada à falta de sensibilidade do profissional nesse contexto, reflete negativamente na assistência sexual e reprodutiva. Assim, sobre tal prerrogativa, Pierre e Clapis (2010) falam sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para atuar no PR, devendo esta reconhecer a saúde sexual e reprodutiva como

um direito em seus múltiplos aspectos que envolvem a saúde da mulher e do homem nas suas particularidades e necessidades.

Casarin (2010) aponta a necessidade do reconhecimento da prática educativa no PR ser empregada nas consultas individuais e nos outros grupos educativos. Assim, cabe pontuar que a educação em saúde é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe da ESF, porém, o reconhecimento de tal potencialidade para a promoção da saúde da população pelos profissionais, ainda é incipiente, pois, segundo Falkenberg et al. (2014), a prática de educação em saúde é considerada em segundo plano no conjunto de ações inseridas no processo de trabalho.

Dentre os motivos para a participação no grupo, foi falado "Aprender", "Acompanhar um familiar", "Aprender mais", "Cuidar da saúde", e nove participantes (64,3%) alegaram ir ao grupo para conseguir o "Método contraceptivo". A relação estrita e limitada entre PR e métodos contraceptivos pode ser explicada devido à abordagem ser limitada e voltada, majoritariamente, para o controle da reprodução (OSIS et al., 2006; ANDRADE, SILVA, 2009; PAIVA et al., 2014; FERREIRA, COSTA, MELO, 2014). Trata-se de uma prática que desconsidera a população que procura o serviço não pelo método contraceptivo, mas por outro enfoque da saúde sexual e reprodutiva (HEILBORN et al., 2009).

Três participantes (21,4%) alegaram como obstáculos para participar do PR, a não liberação do trabalho e a limitação imposta pelo dia e horário em que os grupos acontecem durante o funcionamento da Unidade, dificuldade esta já reconhecida em outras pesquisas (HEILBORN et al., 2009; AFONSO, LEMOS, 2011).

Com relação aos temas abordados, duas participantes (14%) sugeriram a inserção de temas como aborto e direitos humanos no contexto da AE do PR. Todos relataram que puderam sanar suas dúvidas referentes à saúde sexual e reprodutiva.

Quanto ao agendamento de outras consultas para acompanhamento do método e da saúde posterior ao grupo educativo, somente cinco (35,7%) afirmaram ter feito tal agendamento. Muitos ainda compreendem a consulta de controle do câncer do colo do útero e da mama como um consulta para acompanhar o método contraceptivo, como identificado por Garcia e Lisboa (2012), fato este que comprova a falta e a não efetivação da consulta de PR.

3.3 DESCRIÇÕES DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Através da observação participante com auxílio de um roteiro (Apêndice A) e do diário de campo (FERNANDES, 2011), ao longo do estudo a aproximação e o distanciamento empregados na observação enriqueceram a natureza das informações que se desejava alcançar, seguindo o rigor metodológico e a observância ética. Assim, foi possível descrever a atividade educativa, bem como desvendar aspectos importantes a respeito da saúde sexual e reprodutiva, a serem considerados no processo educativo.

Mediante análise da descrição densa identificou-se, no decorrer do estudo, a impossibilidade da empregabilidade da observação participante totalmente neutra, uma vez que, "o pesquisador inevitavelmente influencia e é influenciado pelo campo de pesquisa e pelos sujeitos investigados por se encontrar vivenciando interatividade" (FERNANDES, MOREIRA, 2013, p.521).

Para embasar a técnica de observação participante, foi preciso considerar os preceitos de algumas obras clássicas da antropologia de cunho etnográfico¹⁷, que trazem importantes considerações sobre o método da observação criado por Malinowski (1978), assinalando que a mesma, quando aliada ao trabalho de campo, proporciona uma interação entre o pesquisador e o grupo observado, fato este que pode causar mudanças no universo observado de forma não intencional¹⁸. Não só nestas obras, mas em outras etnografias, a observação participante constitui-se método no qual o observador é "seu próprio instrumento de observação" (LÉVI-STRAUSS, 1975, p.35). A descrição densa, nesse contexto, foi excepcional para garantir a riqueza do trabalho de campo, considerando os aspectos subjetivos, as relações sociais e o contexto, enquanto relativos e permeados por significados que se modificam continuamente (PEIRANO, 2004).

A primeira unidade pertencente à Região Sanitária 4 foi o cenário de observação do **primeiro grupo**, que ofereceu a educativa do planejamento reprodutivo em três dias

¹⁷Bronislaw Kasper Malinowski, no livro "Argonautas do Pacífico Ocidental". São Paulo: Abril, 1978 [1922], oferece preceitos e aspectos que envolvem a observação no trabalho de campo, no sentido de sua importância na pesquisa" Deixar os fatos falarem por si", p. 33.

GEERTZ, Clifford. Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e na Indonésia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

PEIRANO, Mariza. A teoria vivida - Reflexões sobre a orientação em Antropologia. Ilha Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2, p. 209-218, jan. 2004.

RABINOW, Paul. 1977. Reflections on fieldwork in Morocco. Berkeley: University of California Press.

¹⁸Durante a observação dos grupos, pude perceber que também estava sendo observada tanto pelos coordenadores quanto pelos participantes do mesmo. Flick (2004) aponta que tal situação é evidente e se mostra como uma das limitações da observação participante, pois segundo ele "o ato da observação influencia os observados" (FLICK, 2004, p.151).

consecutivos. A atividade recebeu a denominação de Grupo de Direitos Sexuais e Reprodutivos. As profissionais responsáveis pelo grupo são de nível superior, sendo que “planejam”¹⁹ e realizam juntas as AE do grupo de PR. Estes são realizados em uma sala que também é utilizada pelos ACS para suas reuniões. A sala é ampla, com muitas cadeiras, com acomodação para aproximadamente trinta pessoas ou mais. Para ter acesso ao ambiente, que é iluminado e tem ventilador, é necessário subir mais ou menos 20 degraus de escada. O bebedouro e o banheiro localizam-se na recepção. As cadeiras são colocadas em círculo e não há equipamento audiovisual.

As profissionais têm um caderno de registro do grupo educativo no qual são anotados, além da presença, o nome, idade e endereço de cada participante, sendo que no último encontro é anotado também o método contraceptivo escolhido. Ambas com jaleco iniciam as atividades, sendo estas divididas e realizadas por meio de dinâmicas²⁰, com duração de uma hora e meia, sendo divididas em início com a apresentação, seguida do desenvolvimento dos temas e, ao final das atividades, é feita uma avaliação. No início dos outros encontros o profissional, após conferir a lista de presença, faz uma recapitulação do que foi discutido no encontro anterior. A porta da sala permanece aberta durante as atividades, e em vários momentos profissionais e estagiários da Unidade entram na sala, o que não interrompe o andamento dos trabalhos.

Os encontros contemplaram os temas: apresentação dos profissionais e participantes. Na apresentação foi enfatizada a importância da participação no grupo, para receberem o cartão e anotar a periodicidade de comparecimento ao grupo; e, ainda, foram informados que o grupo não seria como uma aula, mas uma oportunidade de compartilhar saberes. Para tal, foi solicitada seriedade e participação nos temas que seriam discutidos, sendo esclarecido também que não deveriam ter vergonha de falar para que os profissionais pudessem "pegar o que já sabem e transformar em conhecimento técnico". Foi relatada a importância do grupo a fim de aproveitarem a saúde sexual e reprodutiva, enfatizando que "não estamos aqui para dar aula de sacanagem, não é para melhorar a relação sexual de cada um, a gente sabe que as questões preliminares vocês já conhecem". Posteriormente, foi explicado o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direito de planejar a família, ter acesso aos métodos

¹⁹ Segundo as profissionais, o grupo não tem um planejamento descrito específico, não sendo preparado antes de sua realização, sendo combinada a utilização de algumas dinâmicas para abordar os temas. No primeiro dia do grupo, alguns minutos antes do início do mesmo, puderam observar que uma das profissionais estava lendo uma cartilha do MS sobre os métodos contraceptivos.

²⁰ As dinâmicas do primeiro e do segundo grupos educativos observado estão descritas no APÊNDICE E. Destaca-se que nos outros dois grupos observados não tiveram dinâmicas de grupo.

e técnicas para ter ou não filhos. Foi enfatizado que o método é individual e precisa ser acompanhado; que este direito implica a necessidade de ter "conhecimento do corpo, estar de bem com a mente e com as pessoas". Foi falado que os métodos não são só para prevenir a gravidez, reforçando a existência de métodos para engravidar (embora os mesmos não sejam citados no encontro), sobre o preconceito atribuído à mulher, e reforçando a mudança nos tempos atuais e lembrando que hoje, homens e mulheres tem mais de um parceiro sexual: "hoje vocês tem o direito de escolher com quem transar". Também foi comentada a vivência da sexualidade responsável, além de reforçar a participação do Governo para garantir estes direitos por meio das ações e programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, sendo o grupo educativo uma destas ações, para garantir o direito de ter vida sexual saudável e responsável, e conclui falando sobre o direito de escolha da opção sexual sem discriminação.

No que tange ao conhecimento do corpo, o profissional dá ênfase aos órgãos reprodutivos, ensina sobre ovulação, ciclo menstrual e regularidade do mesmo, higienização, diferencia menarca de menopausa, enfatiza a importância da anotação do dia em que começou a menstruação, a duração do ciclo, sentimentos de nervosismo, ansiedade e inchaço no período menstrual, do aumento da libido depois do período, fecundação, ejaculação, período fértil, métodos contraceptivos hormonais (Pílula, Injetável mensal e trimestral, anel vaginal, mini pílula, implante subcutâneo), fala da importância do acompanhamento do método indo à consulta médica antes da sua utilização devido aos seus efeitos colaterais, fala sobre o melhor horário para utilizá-lo. Posteriormente, enfoca os métodos de barreira (Diafragma, Camisinha masculina e feminina), naturais (Tabelinha, Temperatura basal, Método da Lactação e Amenorréia, Muco cervical, dos quais os participantes afirmaram conhecer somente a tabelinha), e cirúrgicos (Laqueadura e Vasectomia), e fala ainda sobre espermicida, Pílula de emergência e DIU.

Após explanar sobre os métodos contraceptivos com auxílio do álbum seriado, ressalta que a mama também dá prazer e excitação na mulher, quando estimulada. Quando é explicado sobre os métodos naturais, enfatiza que são usados somente quando a mulher se conhece ou na tentativa de engravidar, e o último encontro finaliza com a explicação sobre as IST. Para tanto, a profissional coloca uma cadeira no centro do círculo, e em cima desta coloca a prótese do pênis de silicone, e pede a dois voluntários que coloquem o preservativo masculino no protótipo, e já nomeia o homem para colocarem um ²¹, e uma mulher se habilita para colocar o preservativo no outro. A mulher coloca o preservativo de modo incorreto, mas o homem, de

²¹As participantes quando visualizam o pênis de borracha começam a rir.

modo correto, Posteriormente, a profissional pega ambos os protótipos e passa diante de cada participante mostrando a diferença e o modo correto de colocar o preservativo. A profissional sentada pede aos participantes para perceberem as diferenças e o modo correto de usar e retirar o preservativo, e aconselha as mulheres a orientarem os parceiros quando eles colocarem o preservativo de forma errada. Depois fala sobre o descarte do mesmo no lixo, da prevenção do contágio AIDS e HIV, reforçando que nenhum método é 100% eficaz. É indagado ao grupo sobre dúvidas, mas ninguém se expressa. É comentado ainda a respeito do uso da camisinha feminina como reforço, e que "não é vergonha a mulher ajudar o parceiro a colocar o preservativo". A profissional coloca a camisinha na mão dos participantes (um a um) e encosta sua mão na delas perguntando se sentem, e todos sentem²². Assim, a profissional esclarece o mito de que muitos homens alegam não sentir quando tem relação sexual com camisinha. A profissional, então, usa a expressão utilizada por eles: "chupar bala com papel"²³. Neste momento enfatiza o uso do preservativo e fala a seguinte frase "homem bonito, o pinto comprometido".

É pontuada a insatisfação por parte da mulher com a prática "na hora do bom o homem tira fora"²⁴. A profissional esclarece sobre algumas mulheres sentirem dor pélvica depois de realizarem o coito interrompido, enfatizando que este não é considerado um método. Fala ainda sobre câncer de próstata, de pênis e de higienização, cirurgia de fimose, câncer de colo de útero, realização do teste rápido HIV/AIDS. No que se refere à temática da vivência da sexualidade, a profissional fala ainda sobre a importância das mulheres se conhecerem para vivenciar bem a sexualidade e diz: "sexo não é pecado, mas esta experiência deve ser vivenciada com responsabilidade, sabedoria e realização, pois a mulher não é só depósito de esperma!", Enfatiza que "tem muitas mulheres e homens que não conhecem seu próprio corpo". Fala da exposição ao risco, caso tenha relação sem camisinha, e uma participante, neste momento, pergunta: "e se eu quiser engravidar?" A profissional responde: "que é diferente, assim é importante preparar a gravidez e fazer exames pré-nupciais, para se isentar de riscos da gravidez não planejada e das DST", reforça dizendo que a precocidade na vida sexual de forma insegura, pode acarretar em uma gravidez não planejada. Afirma que "atualmente as mulheres não conhecem seus parceiros, não perguntam sobre seus

²² Os participantes conversam entre si, riem e dizem que tem sensibilidade ao toque quando o dedo da sua mão está com o preservativo, pois quando a profissional toca elas afirmam sentir através do gesto afirmativo com a cabeça.

²³ Os participantes fazem gestos afirmativos com a cabeça, demonstrando que concorda com a profissional.

²⁴ As mulheres correspondem a fala da profissional com um sorriso tímido, duas participantes concordam e balançam a cabeça para cima e para baixo.

relacionamentos passados, e quando engravidam cedo "perdem a vida"²⁵; desmistifica a relação entre virilidade e vasectomia²⁶. Enfatiza que "a gente só engravida se quiser, ou porque desconhece o corpo, por isso, não é certo fazer o grupo só para pegar método, a mulher precisa se conhecer, conhecer o corpo dela para saber o período fértil e prevenir do acontecimento de uma gravidez não planejada, vocês estão muito novas para engravidar, a não ser que vocês queiram engravidar sem querer ou porque não preveniu é bobagem! "Assim quanto mais conhecerem o corpo, mais efeito faz o método".

A profissional com um calendário fica de pé e reforça a importância de anotarem no mesmo quando menstruam para saberem o período fértil. Alerta sobre a percepção da irregularidade do ciclo, e neste momento a profissional fala: "como tem muitos métodos contraceptivos, por isso é importante também se conhecer, por isso também e que estamos aqui para ajudar vocês a terem informação, para fazer a escolha consciente do método".

Os recursos materiais utilizados nas atividades são: Álbum seriado das IST, Álbum seriado Planejamento Familiar, Modelo pélvico, todos os métodos contraceptivos, Papel ofício, canetas e lápis.

No último encontro, é solicitado que os participantes aguardem na sala para receberem uma ficha de identificação cujo título é "cartão da mulher"²⁷(ANEXO C),cartão do homem (ANEXO D). Em ambos, além do endereço e telefones, estão descritas informações sobre antecedentes clínicos. Há um espaço com o título Planejamento Familiar para o preenchimento da data de início e término, método, intercorrências, orientações e, por último, um campo sobre a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama com lacunas para o preenchimento da data de realização de exames e o respectivo resultado, assim como no cartão do homem há um espaço para preenchimento sobre a realização do exame de próstata. Os profissionais fazem o preenchimento deste cartão após a AE.

O **segundo grupo** realizado em uma Unidade de Saúde que pertence à Região Sanitária 2 ofereceu a atividade educativa durante três semanas, sendo os encontros realizados em reunião semanal. O grupo recebeu a denominação de Direitos Sexuais e Reprodutivos, e é realizado sob a coordenação de um profissional, tendo duração de uma hora e meia a duas horas. É feito sob demanda, sendo os usuários convidados pelos ACS. Os interessados deixam

²⁵ Percebo na fala da profissional, um tom de julgamento, também percebido na fala "engravida se quiser". No que confere um tom prescritivo e um pensamento pessoal de que não se pode engravidar na adolescência.

²⁶ Neste momento o participante homem dá um sorriso e balança a cabeça concordando com a profissional.

²⁷ Com relação a entrega do cartão da mulher, observei uma situação em que uma adolescente aparentando ter quinze anos de idade, com uma criança no colo pede para sair mais cedo, a profissional informa a necessidade da participação para aquisição do cartão da mulher, e pede para ela "aguentar um pouco mais". Este cartão é uma forma dos participantes terem acesso ao método pelo SUS na própria unidade.

seu nome e telefone em um caderno, e assim que o grupo é agendado, eles são informados (aspecto similar a todos os grupos observados).

A Unidade possui uma sala ampla onde são realizados os grupos educativos, e também ficam os ACS. Dispõe de duas mesas, e de 30 a 35 cadeiras de plástico. Para a realização do grupo, as cadeiras são dispostas em círculo. O espaço possui ainda um banheiro para uso dos funcionários, ventilador, duas lâmpadas e duas janelas que ficam abertas e ajudam na iluminação do ambiente, um quadro negro, giz, uma televisão, quadro de avisos e vários armários. A sala tem duas entradas: uma interna, com acesso ao interior da Unidade, e outra no exterior, por onde entram os usuários que participam das atividades.

O encontro é dividido em: apresentação, desenvolvimento dos temas, sendo o mesmo finalizado com a avaliação dos encontros pelos participantes. Na apresentação, o profissional fala seu nome e pede aos participantes para se apresentarem; com isso, vão sendo confeccionados crachás com seus respectivos nomes. Quando perguntados se já conheciam o grupo, alguns disseram que sim, e outros, que não. A profissional de jaleco pede aos participantes para falarem sobre o que entendem por direitos sexuais e direitos reprodutivos. No quadro há um papel pardo, e à medida que falam, a profissional anota as palavras ditas. O participante homem fala que direito "começa pela palavra, é ter direito a ter mais informação sobre sexualidade e sobre a reprodução". A profissional pergunta: "mas que tipo de direito?", e as mulheres respondem direito de prevenir doenças. Neste momento, a participante de 69 anos fala que "para mim esse é o mais importante!".

Na sequência, falam que esse direito abrange o de evitar filhos, e de não querer ter filhos, saber sobre método. No momento em que é discutido o sentido da palavra *direito*, a mulher²⁸ interrompe a profissional e fala que "é complicado a gente que é casada, não querer ter relação com o marido". A profissional fala que eles estão certos²⁹. Posteriormente, começa a falar sobre o significado dos direitos sexuais e reprodutivos de forma separada, quando fala do direito reprodutivo explicita sobre a lei do planejamento familiar, e enfatiza sobre o direito da mulher de querer ou não querer ter relação. Fala sobre a violência contra mulher, aborto, e enfatiza que o mesmo é crime.

Um dos homens que participava do encontro deu início a uma discussão falando: "que a mulher tem o direito de não querer, e que o homem tem que respeitar". Ele fala sobre sua

²⁸No momento da apresentação esta participante disse ser a mais experiente do grupo, no sentido de ter mais idade que os outros participantes.

²⁹ Observei que a profissional não deu sequência no assunto, o qual os participantes iniciaram a discussão, logo, já mudou de assunto. Porém, posteriormente alguns participantes retomam a discussão e inicia uma interação entre o grupo, a qual a profissional reconhece e deixa seguir.

vida conjugal³⁰ e afirma que tem que fazer sexo pelo menos três vezes por semana, no mínimo, "porque o homem tem essa necessidade, e a mulher não, porque ela cuida da casa e tem mulher que trabalha fora e tudo, mas a mulher negar sexo durante um mês, eu meto o pé nela, porque o homem pensa que a mulher está fazendo (tendo relação sexual) com outro na rua!". E ainda enfatiza que "o sexo faz parte do relacionamento da família, e o que se o homem não tem em casa, ele procura na rua, a mulher suporta mais a ausência de sexo! Quando a minha mulher engravidou, depois da gravidez não quis, fiquei três meses sem e fiquei doido!". A mesma participante do grupo dirige sua fala para o homem que suscitou tal discussão, e diz que o comportamento da mulher dele é normal, tendo em vista as transformações e sensibilidade no corpo, e fala sobre seu período de pós parto, no qual afirmou "eu chorava quando eu via meu marido, eu tinha pavor do cheiro dele, não suportava ficar com o meu marido, mas depois passou!". O homem fala que se ficar mais de três meses ele perde o interesse na mulher, ele fala "resguardo, o que é esse resguardo?"³¹. A mulher responde falando que depois do parto, a mulher não aguenta fazer sexo, "não dá não dá, não!". A profissional interrompe, e pede para que os outros participantes se expressem sobre tal situação³². Uma das participantes fala "a mulher não é como o homem". A profissional fala: "alguns homens não perguntam sobre o que a mulher gosta"³³, e enfatiza que "a mulher é com calma". A mesma participante que já havia se posicionado sobre o que o homem havia dito, fala: "que para a mulher, o sexo começa desde que levanta, é um carinho, atenção, pois o marido fazendo gestos de amor, a mulher pode até nem estar com vontade que ela pensa no que ele fez com carinho, e acaba fazendo"³⁴. A profissional fala sobre o homem plantar o amor, porque se tratar mal a mulher, não vai ser bom, porque ela não vai querer nada.

Uma participante conta uma história da sua vida particular: "no dia que meu sogro morreu", ela e o marido saíram do velório para ir à casa de madrugada, e neste momento, quando chegaram em casa o marido quis transar; "depois da transa voltamos para o velório, na minha cabeça isso não dá, não". O homem ainda fala que é importante variar, sair da rotina para manter a paixão, mas fala "outra coisa que atrapalha é criança". Neste momento, iniciam

³⁰A expressão e a forma com que o homem contava sobre sua vida conjugal, sugeriram alguns problemas por ele enfrentados e o mesmo queria partilhar no grupo (maioria mulheres) para que tivesse uma possível solução, ou resposta que lhe ajudasse a entender sua parceira. A participante que por sua vez disse ter 69 anos de idade foi quem correspondeu ao diálogo, se posicionando e discutindo algumas questões por ele verbalizadas.

³¹No momento da fala do homem todas as mulheres fazem uma expressão de expressão de indignação, com expressão de negação no sentido de ir contra a fala do participante.

³²Foi pertinente o posicionamento da profissional, a qual sentiu que somente uma participante estava se expressando com mais frequência, logo, sua colocação buscou aproximar os outros participantes do diálogo.

³³As participantes riem e fazem movimento com a cabeça indicando concordância.

³⁴As participantes concordaram com a fala da participante, algumas disseram: "é verdade!"

a discussão de que filhos atrapalham a vida sexual do casal. Os participantes dialogam sobre as crianças já saberem e terem acesso à informação sobre sexo. E sobre a mudança da vida sexual do casal quando nascem filhos; posteriormente, discutem sobre relacionamento homem e mulher, e neste momento a profissional assinala que para mulher ter prazer, o homem deve tratá-la com carinho, conversar, porque a mulher guarda mágoa quando o homem a maltrata. Um participante homem se queixa que quando chega em casa ele ajuda nos afazeres domésticos, e mesmo assim, a mulher se recusa a fazer sexo. A profissional pede que ele converse com sua mulher para saber o porquê que o tesão acabou. A conversa perpassa sobre o modo como fazer a mulher sentir prazer na relação sexual, mulher fingir orgasmo, homossexualidade³⁵, sadomasoquismo e violência contra a mulher, sexualidade e aparência, baixa autoestima, e auto-cuidado. Neste último tema, o homem fala: "a mulher quando pára de se cuidar, e em casa é uma desgraça pura com roupa rasgada, cabelo para cima, e para sair na rua se arruma toda, o homem perde o interesse".

No segundo encontro, a profissional iniciou falando sobre o funcionamento dos órgãos reprodutivos femininos e masculinos, menstruação, ovulação, ponto G, prazer das mulheres e métodos contraceptivos, sendo a abordagem deste último dividida no segundo, terceiro e último encontro.

O primeiro método contraceptivo abordado foi o muco cervical. A profissional pergunta se conheciam, porém, tal método era desconhecido pela maioria³⁶. Depois, fala a respeito do coito interrompido, mas com esse nome ninguém reconhece tal prática sexual; contudo, quando ela fala em "gozar fora", os participantes fazem um sinal afirmativo de que conhecem³⁷. Ela fala acerca da tabelinha, e com o auxílio de um calendário grande, colado no quadro, explica passo a passo o método³⁸. Uma participante não entendeu e ela explica novamente. Temperatura basal, o método sintotérmico, diafragma e espermicida também foram citados. Neste momento, a profissional utiliza o próprio método para explicar e coloca na pelve de plástico; explica também com o auxílio do álbum seriado, depois passa o método para os participantes manusearem.

³⁵ Neste último aspecto o participante homem diz que não quer ter um filho homossexual, e os outros participantes comentam que acham ruim ver homem beijando homem e mulher beijando mulher nos espaços públicos.

³⁶ Os participantes fazem uma expressão de estranhamento e ou desconhecimento sobre o método do muco cervical.

³⁷ Percebe-se que a linguagem utilizada pelo profissional na atividade educativa é muito importante para que o mesmo se faça entender. Observei que as profissionais que coordenaram tal grupo, cuja maioria dos participantes foi jovem, utilizaram uma linguagem com gírias e expressões populares, permitindo que os participantes compreendessem com mais facilidade.

³⁸ Neste momento as mulheres ficam rindo e dizem que é muito difícil, fazem sinal negativo com a cabeça e franzem as testas.

É mencionada a camisinha feminina e, neste momento, a profissional pede que a participante coloque a camisinha no modelo da pelve. O método é colocado de forma correta e a profissional explica como retirá-la. Pergunta se alguém tem dúvidas, mas ninguém se manifesta. A camisinha masculina é explicada com o auxílio do pênis de borracha. A profissional pede que o participante homem mostre como o preservativo masculino deve ser colocado³⁹, mas logo após, ela faz uma observação dizendo que ele não havia colocado de forma correta e, então, mostrou como deve ser feito. Uma participante fala: "por isso que a gente tem que ver o homem colocando". Posteriormente, o homem relata não usar o preservativo porque não gosta⁴⁰, e a profissional inicia a discussão sobre a utilização da camisinha e fala da sensibilidade, alegando que a mesma não é perdida. Para comprovar, a profissional coloca a camisinha no dedo e a profissional pede a uma participante que passe a mão por cima. Em seguida, pergunta "você está sentindo a minha mão?" A participante responde: "sim".

Uma participante grávida fala que até conseguir fazer a laqueadura, vai querer usar a camisinha feminina. A profissional enfatiza que é um direito da mulher e reforça a importância da dupla proteção. Fala sobre o anel vaginal e retira o anel da embalagem. Alguns participantes exclamam por nunca terem visto tal método, e a profissional entrega o anel para passar de mão em mão. O homem exclama que vai comprar uma caixa para sua mulher. Uma participante fala: "não confio nisso, não". A profissional esclarece que este método também deve ter um acompanhamento, e quem optar por ele também tem que passar pela consulta médica. São citados a minipílula, Lactação e Amenorréia (LAM), vasectomia, e todos são explicados com o auxílio do álbum seriado do planejamento familiar. A profissional explica como é o procedimento e retifica a necessidade de utilização do preservativo nas posteriores relações sexuais após esse procedimento, esclarecendo que o método era irreversível. Neste momento, ela pega o DIU e mostra como é inserido, com o auxílio da figura do álbum seriado, e fala sobre a possibilidade de aborto utilizando o DIU. O método é passado de mão em mão para que os participantes possam conhecê-lo, e depois são esclarecidos os "mitos" como: "criança nasce com o DIU colado na testa". Ao falar sobre a pílula do dia seguinte, a profissional pergunta se conhecem, e todos dizem conhecer. Ela, então, explica sobre o modo

³⁹O participante se mostra constrangido e intimidado, mesmo assim dá um sorriso e mostra como deve ser colocado o preservativo. As participantes se expressam rindo de tal situação.

⁴⁰ O participante se expressa de modo que assume não gostar de usar (com um tom autoritário), nesse momento percebemos que o comportamento do homem pode influenciar na decisão da mulher em não usar. Pois o homem ao fazer tal afirmação dá ênfase à mesma através de sua expressão facial, pois, ele diz que não gosta e balança a cabeça de um lado para o outro. Algumas participantes conversam entre si neste momento.

de usar a pílula, as indicações, esclarece que não é abortivo e que não é considerado um método para uso regular. Fala ainda sobre o câncer do colo do útero e o Papiloma Vírus Humano (HPV). Indaga se as participantes sabem algo a respeito. Uma participante fala que ela teve HPV, mas o marido a culpou pelo fato alegando que ela estava errada e não aceitou a ideia de poder ter sido ele que a tivesse infectado como também não realizou exames. A profissional explica como é feito o preventivo e seu papel na detecção precoce do câncer do colo do útero, fala sobre fatores de risco e fatores preventivos de tal doença. Depois, com o auxílio da prótese mamária, a profissional mostra como é realizado o auto-exame. Nesta prótese existem partes que possuem caroços, para que as participantes possam tocar e sentir como seria o aspecto de um nódulo. Uma participante fala que sente um nódulo, porém, ela foi à consulta médica e foi falado para ela que não seria nada, mas a profissional orientou a realizar uma consulta com outro profissional. Em seguida, pergunta se os participantes têm dúvidas e ninguém se manifesta. O oitavo método falado foi a laqueadura. Com o auxílio do álbum seriado, ela explica como é feito tal procedimento. Os participantes fazem perguntas e são esclarecidos a respeito dos aspectos legais; ela reforça a realização do parto normal, e não da cesariana, para realizar a laqueadura, uma vez que tal conduta atualmente apenas está indicada em casos específicos, como os de câncer de colo de útero e do HPV. São citados também os sinais e sintomas característicos das IST e da AIDS.

No decorrer das atividades do grupo, os participantes fizeram perguntas como: "por que quando o clitóris é estimulado, a mulher tem orgasmo?" A profissional responde que este é o ponto G da mulher. Quando foi comentado sobre os métodos contraceptivos, surgiram outras perguntas e discussões: "se parar de tomar engravida?", a profissional responde: "sim, porque a ovulação acontece", "se a mulher esquecer a menstruação vêm no mesmo dia?" a profissional responde a pergunta e enfatiza a importância do não esquecimento para que o método seja efetivo; fala ainda sobre a mudança do método e a necessidade de usar o preservativo. É perguntado se o "DIU dá câncer e qual é o valor dele". O participante homem⁴¹ pergunta sobre a contracepção de emergência: "quantas vezes pode tomar?". A profissional responde que é permitida a ingestão de, no máximo, duas vezes por ano, para que não cause malefícios ao organismo. Neste momento, algumas participantes fazem expressão

⁴¹ O mesmo homem diz ter tido um caso com uma menina menor de idade, e que os pais dela não sabiam. Segundo ele a menina não usava nenhum método para prevenir a gravidez e que ele depois da relação entregava a pílula do dia seguinte para ela tomar. Pílula do dia seguinte era tomada como método de rotina. Posterior a este comentário a profissional enfatiza sobre o uso da camisinha. No momento que ele fala que a sua parceira usava a pílula de emergência como um método de rotina, as participantes fazem uma expressão de espanto, a profissional também.

facial de assustadas e de espanto, algumas abaixam a cabeça e riem. No momento em que a profissional fala sobre a laqueadura, é iniciada uma discussão acerca da saúde como produto de valor/ mercantilismo da saúde. Ao final da discussão, a profissional convida os participantes para participar do grupo de gestantes que será realizado na Unidade.

Os recursos materiais disponíveis e utilizados nos grupos foram: álbum seriado de planejamento familiar, todos os métodos contraceptivos, papel ofício, canetas e lápis papel pardo, bonecos ‘Gertrudes’ e ‘Gervásio’, cartilha sobre IST, prótese mamária, material de preventivo e uma caixa de preservativo masculino, pois ao final dos encontros os participantes puderam levar preservativos.

No último encontro, os participantes foram convidados a permanecerem na sala, e a profissional vai chamando um a um para confeccionar o cartão da mulher e/ou do homem⁴².

A Unidade do **terceiro grupo** observado localiza-se na Região Sanitária número 11, sendo de fácil acesso com ponto de ônibus na porta. O grupo nesta Unidade recebe o nome de Grupo de Direitos Reprodutivos: DST/AIDS, e segundo os dois profissionais que o coordenam, sempre é ofertado em dois encontros em dias consecutivos. Os profissionais afirmaram que agendaram 15 usuários para participarem do referido grupo, porém, no dia marcado somente duas usuárias compareceram, sendo que uma levou a filha de 10 anos e teve que sair antes do término do encontro. Dessa forma, em comum acordo com a participante que restou, os profissionais optaram por fazer um diálogo com os temas que seriam abordados no grupo, com duração de uma hora e quarenta minutos.

O grupo é realizado de acordo com a demanda dos usuários, assim como nas Unidades anteriores, seguindo o mesmo método de registro dos mesmos, como também é estipulado um limite de quinze participantes por grupo, algo também comum aos anteriores.

A sala do grupo tem capacidade para 20 a 25 pessoas. A porta fica fechada, conferindo privacidade aos participantes. A sala tem iluminação e basculantes que ficam abertos arejando o ambiente, tem uma televisão, mesa e cerca de 25 cadeiras soltas com estofado de couro. O grupo foi realizado em uma mesa redonda com os profissionais e as duas participantes, frente

⁴² Sobre a oferta do cartão da mulher e ou do homem, observei um episódio de conflito, em que um participante do sexo masculino havia faltado no segundo dia de AE, o mesmo questiona a profissional quando ela fala que o mesmo não havia comparecido no segundo encontro logo não teria direito ao cartão, o homem afirmou que o papel que a profissional havia dado constava a data do dia 24 e não dia 17, assim o mesmo não compareceu devido ao erro da profissional, mas a profissional avisa que para ganhar o cartão, o mesmo terá que vir e participar do segundo encontro que será ofertado em novembro para o próximo grupo, neste momento o usuário questiona e fala que vai desistir e pergunta se ela não tem como resumir o que foi falado para ele depois do encontro. A profissional acata a sugestão do homem e pede que ele fique na sala posterior ao término do encontro.

à frente. Os materiais utilizados ficaram em cima da mesa. Não houve a realização de dinâmicas para abordar os temas trabalhados no grupo.

As atividades do grupo foram divididas de forma similar ao grupo da primeira Unidade observada (apresentação, desenvolvimento e avaliação dos participantes das atividades realizadas), diferentemente dos outros dois, não foram utilizadas dinâmicas, apenas os seguintes recursos materiais: álbum seriado IST, álbum seriado de planejamento familiar, modelo pélvico, todos os métodos contraceptivos, bonecos ‘Gertrudes’ e ‘Gervásio’, prótese peniana. Os temas abordados foram: funcionamento dos órgãos sexuais e reprodutivo feminino e masculino destacando o funcionamento de cada um, menstruação, vasectomia e laqueadura, métodos contraceptivos com ênfase nas camisinhas feminina e masculina. Uma das participantes questionou o método da tabelinha, porém, o profissional fez algumas considerações a respeito, mas não mostrou como se faz a contagem. Informa que se a participante optar pelo referido método, deve procurar por ela na Unidade para receber informações de como é feito. Continuando, a profissional fala sobre diafragma, DIU, e mostra com o auxílio do modelo pélvico como ele é colocado. Explica a respeito dos cuidados a serem tomados com a utilização do método, e reforça que só a camisinha protege contra as IST e AIDS. Posteriormente, segue falando sobre o LAM (método da lactação e amenorréia) e, por último, cita os métodos hormonais, mais especificamente a pílula e o injetável. Os profissionais esclarecem as dúvidas e perguntam se tem algo mais a ser esclarecido, e a participante diz que não. O profissional encerra falando sobre o medo da gravidez não planejada e sobre IST como: AIDS, hepatite B, sífilis, câncer de pênis e HPV. Aborda os sinais e sintomas que podem caracterizar alguma IST e informa que se aparecer algum destes, é preciso procurar um médico. A profissional orienta que não é recomendado utilizar remédios recomendados por vizinhos. Por último, solicita às participantes para avaliarem o grupo. As atividades são avaliadas de forma positiva pelos participantes: "adorei, muito bom, gostei muito". Os profissionais agradecem a presença, um confecciona o cartão de uma das participantes e o outro profissional, o cartão da outra participante⁴³. Os recursos materiais utilizados foram: álbum seriado planejamento familiar, todos os métodos contraceptivos, bonecos ‘Gertrudes’ e ‘Gervásio’, modelo da pelve e protótipo do pênis.

⁴³ Na confecção dos cartões os profissionais observei que se mantiveram nos mesmos lugares, e as participantes foram respondendo as perguntas da ficha e fizeram a escolha do método contraceptivo, observou-se que não foi realizado um agendamento de um possível retorno para acompanhamento do método. O fato de ter somente duas participantes limitou o diálogo da prática educativa, diferentemente das outras atividades observadas, onde os participantes se colocaram mais à frente das discussões.

O **quarto grupo** foi nomeado como os dois primeiros: Grupo de Direitos Sexuais e Reprodutivos, sendo que a Unidade onde foi realizado pertence à Região Sanitária número 12, onde é oferecido semanalmente, especificamente toda a quarta-feira com duração de duas horas. Assim, nessa Unidade foi feita a observação nos quatro dias de grupos educativos, equivalentes a um mês. A profissional que coordena o grupo diz assumir as "atividades educativas de contraceção", sendo as pessoas que aguardam na sala de espera são convidadas pela coordenadora a participar do grupo. Assim, um pouco antes do horário agendado para a realização da atividade, a profissional faz o convite na sala de espera. Os outros profissionais da Unidade também são orientados a fazer o convite à população.

Diferentemente dos outros grupos, neste não há agendamento prévio para sua realização, uma vez que toda semana ele acontece. A Unidade é nova, possui uma sala ampla, exclusiva para as atividades educativas, dispõe de um conjunto de seis fileiras de cadeiras, cada uma com cinco lugares. Na hora da realização do grupo, a profissional dispõe as fileiras fazendo uma meia lua voltada para a parede onde ela colou as folhas do álbum seriado do planejamento familiar e do álbum das doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, os temas são trabalhados na sequência dos referidos manuais. Há duas entradas, sendo uma principal, que se localiza no interior da Unidade, após a recepção, e outra externa, que dá acesso a um campo de futebol⁴⁴. É utilizada somente uma dinâmica no decorrer do grupo para falar sobre os métodos contraceptivos.

A profissional inicia o grupo perguntando se todos sabem sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos. As participantes não respondem, então, a profissional explica sobre tais direitos baseados na legislação vigente, e fala que os métodos estão disponíveis na Unidade e em outros no serviço de apoio à saúde da mulher. Posteriormente, fala a respeito do funcionamento dos órgãos sexuais e reprodutivos. A profissional explica de forma simples e pausada a respeito dos órgãos internos e externos do corpo da mulher, cita a importância da mama para dar prazer à mulher e fala sobre o câncer de mama. Ensina a fazer o autoexame, mostrando em si mesma como deve ser feito o toque. Refere-se à menstruação, explica o que é e qual a sua função. Depois enfoca a ovulação e a fecundação, mostrando no álbum seriado os desenhos que as representam.

⁴⁴Durante o primeiro dia de observação do encontro, observei que as crianças brincavam no campo de futebol, localizado ao lado da sala onde a atividade educativa é realizada. A sala por sua vez estava com a porta aberta, assim as crianças começaram a ficar na porta assistindo a AE, porém ao perceber isso a profissional fechou a porta. As crianças ficaram subindo na parede e dependurando na janela para ver o que acontecia dentro da sala do grupo educativo. Uma das crianças era filho de uma participante do grupo.

A profissional faz uma pausa em sua explanação e pergunta se têm dúvidas. Ninguém se manifesta e a profissional dá sequência à atividade falando do corpo do homem, mostrando sua figura no álbum seriado. Explica sobre a libido, como se dá a ereção do pênis. Recomenda às mulheres que vejam o pênis dos seus filhos, pois afirma ter recebido na Unidade de Saúde casos de crianças com a pele do pênis retraída, e que há casos em que a criança perde o pênis. Quando fala da mama, já explica a importância da realização do autoexame. A profissional fala sobre a camisinha masculina, depois pede para um participante colocar uma camisinha no protótipo peniano. A profissional dá continuidade, pedindo que a mulher coloque a camisinha, enquanto ela segura o pênis de borracha. Depois, ela distribui camisinhas masculinas para os participantes levarem para casa, orientando quanto à data de validade e o selo de qualidade do preservativo. Nesse momento, a participante conta a história de uma amiga que furava a camisinha propositalmente, e hoje tem sete filhos. A profissional também conta uma história de um amigo de seu pai que furava a camisinha, e a parceira dele descobriu colocando água no preservativo, assim viu que estava furado. A profissional fala que a mulher não é obrigada a ter relação sexual sem preservativo e ainda, que os homens gostam quando as mulheres pedem para que eles usem o preservativo, e esclarece sobre a camisinha feminina explica como ela deve ser colocada, mostrando a posição para colocar. Quanto ao diafragma, ela informa que tem vários tamanhos e dá outros detalhes a respeito. Em seguida, explica a respeito dos métodos hormonais, e entrega um papel com o nome do método, pedindo para cada participante falar o que sabe sobre ele. Fala sobre o LAM, sobre a contracepção de emergência, explica como deve ser usada. Pergunta se têm dúvidas, mas ninguém se manifesta. Fala rapidamente a respeito da temperatura basal e sobre a sensação da ovulação, o método da tabelinha, e enfatiza a importância do conhecimento do corpo para utilizar os métodos naturais que foram explicados. Posteriormente, para finalizar, a profissional fala sobre doenças sexualmente transmissíveis, destacando os sintomas e sinais da AIDS, gonorréia, sífilis, clamídia, doença inflamatória pélvica (DIP), corrimentos, HPV, e explica sobre a vacina e a importância de observar a região genital, enfatiza sobre o uso de camisinha para prevenir o HPV e as outras IST e sobre a importância do pré-natal⁴⁵.

Concluindo, a profissional pede que os participantes aguardem na sala para receberem o cartão, assim, enquanto aguardam, um a um é chamado na mesa da profissional para o preenchimento da ficha e confecção do cartão da mulher e do homem. As únicas dinâmicas utilizadas nos encontros desse grupo foi a da "Sacolinha", quando foi passada a sacola com o

⁴⁵ Somente na atividade educativa deste grupo foi falado sobre o pré-natal.

nome dos métodos contraceptivos e a participante tiraram um papel e fala o que sabe sobre o método enunciado, e no momento de mostrar como se coloca a camisinha masculina, foi solicitado que um participante colocasse. Esta última dinâmica foi utilizada pelos quatro grupos observados.

Os recursos materiais utilizados em todos os dias observados foram: Álbum seriado IST e do Planejamento Familiar, todos os métodos contraceptivos e pênis de borracha, sendo distribuídas camisinhas masculinas ao final dos encontros.

Identificou-se diferentes formas de abordagem e de temas relativos à saúde sexual e reprodutiva durante a observação participante das atividades educativas do PR ofertadas sob a forma dos grupos. Porém, quanto aos temas discutidos, destaca-se que a infertilidade, questões de gênero, aborto, puerpério⁴⁶, bem como outras questões que influenciam no planejamento da gravidez e na vivência da sexualidade, como contexto social, econômico, religião, social e familiar, não foram pontuadas no ambiente grupal⁴⁷. Ressalta-se que somente um grupo educativo foi explanado sobre a importância da realização do teste de HIV, a importância do pré-natal, satisfação sexual feminina e câncer de pênis.

Em todos os quatro grupos educativos, foram citados particular e enfaticamente as IST e os métodos contraceptivos hormonais (Injetáveis e a Pílula), cirúrgicos (Laqueadura e Vasectomia), de barreira (Camisinha masculina e feminina), com destaque para a camisinha masculina. Somente em dois grupos foram abordados os métodos naturais, um dos quais pode ser usado para engravidar, o que sugere refletir acerca da ideia de que o grupo seja formado somente para abordar temas vinculados à contracepção. A observação das atividades possibilitou também identificar que a abordagem sobre a saúde do homem se faz de modo restrito. Assim, destaca-se a importância de tal abordagem para que o grupo seja reconhecido como um direito de homens e de mulheres, pois a observação mostrou a prática da ênfase às questões ligadas à saúde da mulher.

A população entrevistada pela pesquisadora, como participantes das atividades educativas observadas, foram majoritariamente mulheres, fato este que pode justificar a referida abordagem, porém, entendemos que ao discutir a saúde do homem, ele poderá se sentir acolhido como parte do grupo. O itinerário mostrou que a participação das mulheres, e

⁴⁶ Destaca-se que na atividade educativa do grupo quatro, houve participação de duas mulheres puérperas.

⁴⁷ No grupo quatro também ocorreu uma situação em que uma mulher entrou na sala antes de começar o grupo e disse ter participado do mesmo anteriormente, mas estava com um problema. A profissional perguntou como poderia ajudá-la, nesse momento ela relatou que o companheiro não quer deixá-la ser submetida à realização da laqueadura. A mulher apreensiva disse que não podia engravidar, devido à sua situação econômica, e pediu a profissional para lhe aplicar um método hormonal injetável. A profissional pergunta se corre o risco de a mesma já estar grávida, a mesma responde não saber. Assim, a profissional agenda um atendimento.

não dos seus parceiros, está condicionada aos fatores externos como, por exemplo, o trabalho, pois aquelas que trabalham em casa têm mais disponibilidade de participar das atividades educativas nos horários fixados pelas Unidades de Saúde do que seus companheiros que trabalham em empresas. Neste contexto também se inserem as questões de gênero. Assim, pensar no itinerário sexual e reprodutivo dos participantes das atividades educativas leva a reconhecer o seu contexto social e familiar, portanto, suas condições e possibilidades para frequentar tal atividade.

O público alvo que participou das atividades educativas observadas foi variado segundo a idade, pois havia participantes com 13 anos e com mais de 50 anos. Porém, observou-se que a abordagem dos temas relativos à sexualidade e à reprodução das práticas educativas se mantém para o público jovem, quando enfatiza somente a utilização do preservativo nas relações sexuais, no sentido de prevenir uma gravidez não planejada e uma IST. Diante de tal fato, percebe-se a necessidade de ser estimulada a reflexão a respeito da importância de ampliar a abordagem, no sentido de considerar as questões singulares e diferentes inseridas no contexto da vivência segura e satisfatória, que estão presentes nas fases da vida sexual e reprodutiva de uma mulher e de um homem, considerando que a orientação sexual pode não ser heterossexual, e que a idade, em virtude do processo biológico de envelhecimento, pode ter demandas específicas para assegurar a vivência sexual satisfatória.

Destaca-se como aspecto positivo o que foi pontuado sobre HPV e sua vacina, cânceres de colo do útero e de mama, auto exame das mamas, temas importantes tendo em vista os indicadores de mortalidade da mulher pelos referidos cânceres.

Sendo assim, a observação das atividades educativas do PR nos mostra que há necessidade de refletir sobre os temas abordados, no sentido de ampliá-los e contextualizá-los buscando considerar a sua implicação na vida dos participantes, para que haja melhoria da sua saúde sexual e reprodutiva, Assim, faz-se necessário que os profissionais escutem, dialoguem e dêem atenção as demandas dos usuários que participam da atividade educativa do PR.

3.4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

As categorias apresentadas a seguir, emergiram do *corpus* de análise das respostas sobre a atividade educativa do PR:

- ✓ Questões sobre a vida pessoal e da atividade educativa que implicam na assistência do planejamento reprodutivo; e

- ✓ Questões que revelam como a atividade educativa do planejamento reprodutivo contribui com a saúde sexual e reprodutiva.

❖ Categoria 1

Questões sobre a vida pessoal e da atividade educativa que implicam na assistência do planejamento reprodutivo

Destacam-se, nesta primeira categoria, os aspectos que representam algumas questões reveladas a respeito da vida pessoal do usuário e questões estruturais e organizacionais que se referem à AE. Foi possível observar que todas as questões pessoais tem reflexo direto na assistência do PR, bem como na saúde sexual e reprodutiva, portanto, devem ser consideradas em sua importância e influência no contexto dos grupos.

Inicialmente, são pontuadas as questões de foro íntimo, que interferem diretamente e limitam a vivência da saúde sexual e reprodutiva segura e saudável, uma vez que expõe a possibilidade de uma IST ou de uma gravidez não planejada. Os depoimentos abaixo fazem referência à situação pessoal vivenciada pelos participantes, principalmente mulheres que, apesar de saberem da importância do preservativo, dizem não usá-lo por questão de confiança no parceiro e pela união estável duradoura.

[...] O uso do preservativo que é importante, apesar de que sou casado há treze anos com a minha esposa e confio muito nela, não preciso usar o preservativo nem nada, é mais assim. (E1)."42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padreiro, casado".

[...] Eu procuro utilizar até hoje (camisinha masculina), eu vejo também como uma forma de prevenção da DST, não é só a questão, a pílula é só uma garantia que a gente tem contra a gravidez, mas eu acho que às vezes tem muito esta questão ah! é namorado muito tempo, você está seguro, mais a gente vê que nem sempre é assim, então eu continuo fazendo o uso desse método. (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] No começo ele usava, mas depois a gente fez os exames para ter certeza do meu corpo e do dele, a gente confia plenamente um no outro assim, já temos dez anos de casados. (E7)"28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada".

No itinerário sexual e reprodutivo, observou-se que o uso do preservativo foi confirmado por apenas cinco participantes (35,7%), sendo que mais da metade (64,3%) destes revelaram não usá-lo. As falas destacam a utilização rotineira da pílula sem acompanhamento do serviço de saúde, em detrimento dos outros métodos contraceptivos, como constatado

também em outros estudos (PORTELLA et al., 2009; HEILBORN et al., 2009; EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015). Em todos os grupos educativos observados, foi citada e discutida a importância e o modo de usar o preservativo, o que leva à refletir acerca da necessidade de contextualizar essa discussão dentro das AE do PR, no intuito de entender os motivos que interferem ou impedem a utilização do preservativo, e ou que fazem com que a primeira escolha seja o método contraceptivo hormonal.

Segundo o estudo de Ribeiro, Silva, Saldanha (2011) realizado com mulheres adolescentes do estado da Paraíba, a respeito das questões que influenciam na vulnerabilidade às IST e à gravidez não planejada, o principal fator que interfere no uso inconsistente do preservativo pode estar associado às variantes do significado da relação afetiva-sexual. Uma das variantes pontuadas pelas autoras faz menção à utilização do preservativo somente nos relacionamentos ocasionais, porém, em relacionamentos duradouros, o afeto, a confiança, o tempo de relacionamento, o medo de perder o(a) parceiro(a), a questão da fidelidade do parceiro fixo e da monogamia, conferem aos envolvidos no relacionamento um sentimento de segurança que, conseqüentemente, interfere na opção pela não utilização do preservativo.

Corroborando o estudo citado acima, também foi verificado que a confiança nos relacionamentos duradouros é fator que influencia na decisão de não utilizar o preservativo, conforme foi assinalado anteriormente pelos participantes E1, E7 e E5.

A não utilização do preservativo é reconhecida enquanto uma limitação na vivência segura e saudável no itinerário sexual e reprodutivo, devido à dificuldade da parceira entrar em acordo com o seu parceiro quanto ao uso do método contraceptivo, sendo ele resistente à escolha da parceira:

[...] A camisinha nem todos os parceiros querem usar. Tem uns que não gostam, têm uns que não conseguem chegar ao orgasmo de camisinha, esse parceiro meu não consegue transar de camisinha, por isso que eu falei sobre esse negócio da camisinha feminina. (E6) " 39 anos, quatro filhos, ensino médio incompleto, do lar, união estável "

[...] Acho que muitas coisas assim, o que eu ouvi aqui, eu conversei em casa, mas ele não aceita, eles acham que a gente quer evitar alguma coisa. (E10) "25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante".

[...] Não, ele não quer que eu ligue (que faça laqueadura) não. Eu já falei com ele que eu quero ligar, ele fala assim: você é doida, se Deus te colocou no mundo desse jeito, você tem que ficar desse jeito. (E11) "24 anos, ensino fundamental completo, do lar, tem dois filhos, solteira ".

Nestas falas, observa-se que não somente a confiança influencia na decisão da utilização do preservativo, mas também a dificuldade que a parceira encontra no diálogo com o parceiro, pois ela não consegue ter voz ativa para pedir ou impor que ele utilize o preservativo. Tal questão reafirma a relação de gêneros no que tange as decisões reprodutivas, segundo explicam Ribeiro, Silva, Saldanha (2011), a dificuldade encontrada pela mulher decorre do fato dela 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, ele sente que ela não tem confiança nele, ou até mesmo questiona a sua fidelidade e pensa na promiscuidade (HEILBORN, 2003). 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" (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011, p. 87).

Nas atividades educativas observadas, apesar de ter sido dito que o preservativo é considerado um direito da mulher de querer utilizá-lo, os participantes do sexo masculino verbalizaram não usarem o preservativo por não gostarem, por serem casados, e um deles chegou até a utilizar a expressão "é o mesmo que chupar a bala com o papel". Nesse contexto, resgata-se o estudo de Carvalho, Pirotta e Schor (2000), que afirmam o pouco envolvimento masculino na vida reprodutiva, considerado um agravante nas condições de aumento da vulnerabilidade e exposição da mulher às IST e AIDS, além das consequências de uma gravidez não planejada. Porém, não somente o pouco envolvimento do masculino na vida reprodutiva, tendo em vista que opinam sobre as decisões de utilização dos métodos contraceptivos, mas também a pouca participação do mesmo na AE do PR. Também a falta de discussão sobre as questões morais, sociais e de gênero que influenciam na decisão do uso do preservativo, podem ser consideradas questões de vulnerabilidade, pois expõem o casal à IST e AIDS.

Conforme Ávila (2003), o distanciamento do homem em relação à esfera reprodutiva e ao cuidado paternal, dificulta a divisão das decisões conceptivas e contraceptivas do casal. A autora ainda esclarece que a constante desigualdade entre homens e mulheres torna-se um entrave para que ambos possam desfrutar de liberdade reprodutiva e sexual.

Assim, esta discussão deve e precisa ser incorporada ao contexto das AE do PR. Destaca-se que durante os onze dias de trabalho de campo, somente quatro homens estiveram participando das atividades educativas do PR observadas na pesquisa.

Ainda, em se tratando do método contraceptivo, algumas participantes verbalizaram a dificuldade de acesso à laqueadura, mesmo já tendo participado da AE do PR, pois conforme destaca Penaforte et al. (2010 p.129), "na prática, a acessibilidade aos diversos métodos não é concreta, embora o governo tenha se pronunciado favoravelmente ao planejamento familiar". Vemos tal dificuldade nos depoimentos abaixo:

[...] Porque foi interesse sim de ver se eu conseguia ligar, porque eu nem sei se eu vou conseguir pela idade. Porque no dia que eu fui ao médico, ele falou assim que se eu fosse parente dele, ele não me autorizava, porque eu sou muito nova. Eu já tenho um menino e uma menina, ai ele fala mais se você conhecer outra pessoa, ai eu falei assim ao meu filho aqui se quiser me aceitar tem que ser com os meus filhos! (E11) "24 anos, ensino fundamental completo, do lar, tem dois filhos, solteira".

[...] Eu queria ter já feito ligadura. Eu já fui ao instituto da mulher, ai minha mãe que foi mais ai a mulher de lá virou para minha mãe e falou que eu era muito nova ainda para fazer a ligadura, porque se não eu tinha que arrumar mais filhos, ai eu falei com a minha mãe: deixa para lá então! [...]. Ai eu fui e deixei para lá, não vou ficar indo lá correndo atrás não, porque ela vai ficar falando a mesma coisa. Então quer dizer eu vou ficar gastando dinheiro de passagem indo lá e ela fala a mesma coisa. Ai eu deixei para lá. Hoje eu vim aqui com a minha cunhada e médica falou isso na reunião. (E13) " 39 anos, ensino fundamental incompleto, 2 filhos, do lar, é separada e afirmou ser solteira".

[...] Eu sempre quis fazer, desde quando a minha filha de oito anos nasceu que eu sempre quis, mais nunca tive acesso, sempre ouvi falar " você não vai conseguir, você não vai conseguir". A médica que me deu um ânimo e uma pontinha de esperança, graças a Deus. [...] Lá onde eu morava não tinha, por isso que eu não tratei antes, agora graças a Deus to podendo a chance de tratar e fazer a laqueadura que eu sempre quis, porque lá também por isso não tinha acesso. A gente acha que é impossível agente conseguir, porque eles falam "você vai ter que arrumar mais um filho", e eu não quero arrumar mais filho, já tenho três e graças à médica disse que vou conseguir (expressa um sorriso). (E14) "30 anos, Ensino Fundamental incompleto, 3 filhos, separada, do lar".

Cabe destacar que como foi observado nas atividades educativas do PR, o cartão da mulher e do homem que são entregues ao final da participação nestas atividades, faz o papel de garantir o acesso ao método escolhido. Neste contexto o preservativo masculino é o único método concedido sem que o homem e ou a mulher tenham que ter participado de tal atividade, sendo que só é exigida a presença dos homens nas atividades educativas quando o mesmo quer ter acesso ao método cirúrgico da vasectomia. Assim, é preciso considerar 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 se ter acesso gratuito nas ESF.

Desse modo, a concretização do direito e do acesso ao método contraceptivo, principalmente no que se refere ao método cirúrgico da laqueadura, ainda são dificultados no contexto do PR. Tais dificuldades, como referido, 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 do SUS, cuja falta de preparo de profissionais demonstra má vontade no atendimento a tal demanda, em certos casos provocando a desistência de muitas pessoas, colocando-as em situação de vulnerabilidade quanto a uma gravidez não planejada (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003). Logo, percebe-se que os profissionais “definem” a vida reprodutiva com base em seus conceitos e critérios pessoais, assim violando os direitos que, em última instância, deveriam promover e até garantir.

Foram também relatadas pelos participantes, questões sobre a AE do PR que apontam algumas limitações dessa atividade. Como exemplo, a necessidade de haver maior divulgação das atividades do PR, como relatado por dez participantes. Nas falas abaixo, é possível identificar aspectos que revelam lacunas na divulgação da AE, uma vez que revelam não saber sobre a atividade, e quando sabem, não estão informadas sobre o dia e o horário, como está explícito nos seguintes depoimentos:

[...] 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, tinha que ser mais divulgado, tem muita gente que não sabe grupo! [...] Eu agora vou fazer uma propaganda lá fora, porque eu acho muito interessante (E1) "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padeiro, casado"

[...] Antes eu não sabia desse grupo não, só fiquei sabendo pela agente comunitária de saúde. (E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos, namora".

[...] É a primeira vez que eu estou participando, eu achei bem legal. Não sabia dele antes! (E8) "19 anos, ensino médio completo, do lar, um filho, união estável".

[...] A minha tia chegou e falou assim que tinha a reunião na unidade só que ela não sabia o dia, aí a gente veio na segunda-feira aqui, aí eles falaram que tem toda terça-feira. (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

Quando o participante verbaliza a falta de divulgação das AE do PR, pode-se pensar em falha no processo de comunicação entre a equipe de saúde da ESF e os usuários. No

estudo de Penaforte et al. (2010), realizado em Teresópolis, no Rio de Janeiro, com 30 mulheres em idade reprodutiva que frequentam uma ESF tendo como objetivo identificar o conhecimento, a escolha e a utilização dos métodos contraceptivos, a falta de divulgação do PR foi verbalizada por nove entrevistadas que participaram do estudo (33,3%). As autoras pontuaram tal questão como uma limitação de infraestrutura presente na assistência.

A falha de comunicação entre usuários os profissionais da ESF, pode interferir tanto na adesão da população às atividades oferecidas, como também no processo de trabalho dos profissionais, pois 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 (DAVID, BONETTI, SILVA, 2012).

Algumas falas revelaram possíveis soluções para aumentar a adesão e reduzir a limitação referente ao dia e horário de funcionamento da Unidade e das ofertas das AE do PR no horário de trabalho dos usuários. Destacaram que uma solução seria a flexibilização do horário de funcionamento da Unidade, 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? porque as pessoas que trabalham possam participar. (E6) " 39 anos, quatro filhos, ensino médio incompleto, do lar, união estável"

[...] Então eu acho que poderia ter esses grupos assim mais, e poderiam ser 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 poderia assim esses horários ser um pouco mais tarde, para essas mulheres que trabalham fora. (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável "

Nessa linha de raciocínio, recursos visuais como folhetos e cartazes de avisos, colocados estrategicamente na Unidade de Saúde, além da melhor comunicação entre profissionais e usuários, contribuiriam para a divulgação das atividades do PR:

[...] Já sabia por que eu vinha muito no Posto. Eu vinha e sempre tinha o papel colado na parede falando do grupo. (E13)"39 anos, ensino fundamental incompleto, 2 filhos, do lar, é separada e afirmou ser solteira".

O relato de E10 chama atenção uma vez que mostra, além da falta de divulgação e do desconhecimento da existência do grupo, que o desinteresse pode ser outro fator capaz de explicar a falta de adesão à AE do PR. Ressalta-se que a mesma entrevistada sugere que sejam

distribuídos folhetos para os homens saberem da importância da AE do PR, bem como fazê-los compreender que tal atividade é oferecida tanto para mulheres quanto para homens:

[...] Eu sabia que tinha, mas nunca senti interesse em participar. (...) Assim folhetos, alguma coisa assim explicando, porque tem homem que acha assim que esse grupo é só para mulher! Eles são meio ignorantes para essas coisas. (E10) "25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante".

Além de reconhecer a importância da elaboração de estratégias de divulgação das AE do PR visando estimular e aumentar a participação da população nessa atividade é preciso considerar também a necessidade de desmistificar o pensamento de que o grupo é feito só para as mulheres, como também reafirmar que o direito reprodutivo é do casal. Conforme apontam Dutra e Lemos (2009), faz-se necessário reformular a concepção da oferta da AE do PR, uma vez que se trata de atividade realizada com maior frequência para mulheres que estão no pré-natal ou no pós-parto (COELHO et al.,2012), fato este preocupante, pois verifica-se um distanciamento da saúde sexual e reprodutiva enquanto direito do cidadão em todas fases de sua vida

Ainda a propósito do desinteresse como fator de limitação para a participação na AE do PR, destacam-se algumas falas que remetem ao público jovem:

[...] Hoje você vê muito pouca menina e pouco homem. Homem é porque tem muita vergonha. Menina porque não liga muito. [...] Eu acho que tem poucas pessoas com interesse hoje em dia. Porque se você sentar em grupo de mulheres jovens e conversar elas vai rir, vão debochar. Na minha época era bom, agente sentava, conversava, reunia, tinha vez que as meninas até reclamaram que era até pouco tempo. [...] Falta muito interesse também principalmente de menininha nova, ela não vê interesse nisso, porque hoje em dia tem muito método para tirar filho. Então pra que preocupar se ta engravidando. (E7)"28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada".

Apesar dessa percepção dos usuários, durante a observação das AE foi possível notar que a participação do público jovem é relevante, inclusive compondo a maioria do público, em algumas Unidades. No entanto, segundo o MS, parte desses adolescentes inicia e mantém sua vida sexual nesta fase da vida sem o uso contínuo do preservativo em suas relações sexuais. Vale destacar que no Brasil, indivíduos com idades entre 20 e 39 anos, integram a população em que a notificação de casos de AIDS corresponde a 70%, dado que mostra que contraíram o vírus HIV ainda na adolescência (BRASIL, 2006a). A exposição à

vulnerabilidade relacionada com as IST e AIDS é justificada pela inexperiência dos jovens, dificuldade e desconhecimento em relação ao uso dos métodos contraceptivos e, sobretudo, a crença de que na primeira relação sexual não se contrai IST nem se engravida (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011).

Outro fato que limita a participação nas AE do PR é a inflexibilidade de horários dos serviços de saúde, uma vez que as pessoas que trabalham não conseguem ter acesso às ações do PR por serem realizadas no período de funcionamento da Unidade, ou seja, de 7h às 16:00h. Identifica-se nas falas dos usuários, descritas abaixo, principalmente daqueles que trabalham, que sentem tal inflexibilidade, seja por parte do seu trabalho, seja por parte da Unidade de Saúde:

[...] O horário (risos), porque eu trabalho o dia inteiro praticamente. (E1) "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padeiro, casado".

[...] Se eu tivesse trabalhando é um horário complicado (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. (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

Algumas falas marcaram o motivo pelo qual seus companheiros apesar de desejarem estar presentes na AE do PR, não podem fazê-lo devido ao trabalho. É interessante refletir sobre esta questão, uma vez que o serviço de saúde quando não reconhece a necessidade do trabalho dos usuários, pode até limitar o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Nas falas a seguir, as participantes afirmaram que seus companheiros queriam participar das AE do PR para poder fazer a vasectomia, no entanto, a falta de compatibilidade do horário de trabalho com o horário da atividade na Unidade inviabilizou a iniciativa. Já a mulher, quando não tem um emprego, mas trabalha cuidando do lar, fica responsável pela decisão contraceptiva do casal de não mais terem filhos, cabendo-lhe comparecer à AE do PR para conseguir fazer a laqueadura.

[...] Ele (parceiro) já participou duas vezes que ele participou que ele falou comigo. Mas agora, por conta do horário de trabalho dele, ele não participa mais não. (E7) "28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada".

[...] Ele queria (marido) até vim, porque ele até falou que acha melhor ele fazer a vasectomia, só que não dá por conta do horário do serviço. (E10) "25 anos, ensino médio completo, do lar, casada, dois filhos, gestante".

[...] Ele (marido) queria até vir, e falou que acharia melhor ele fazer a vasectomia do que eu, só que o negócio é o horário, ele trabalha e é ruim dele sair. (E11) "24 anos, ensino fundamental completo, do lar, tem dois filhos, solteira".

[...] Nem sempre dava tempo de ir, porque eu tinha tarefa de casa, criança para buscar aí não dava tempo. Mas eu cheguei a ir a uma reunião só que eu teria que ir pelo menos em quatro ou cinco reuniões. Isso dificultava um pouco assim. (E12)"20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

Destaca-se que dentre os participantes do estudo, somente dois afirmaram trabalhar em empresas, ambos alegando a não liberação do trabalho. Um informou estar de férias e ter aproveitado para ir à ESF participar da AE; o outro alegou ter se comunicado com o empregador avisando que faltaria ao trabalho para participar da AE, porém, conforme relatou, o empregador não demonstrou satisfação, fato este que não o impediu de faltar o trabalho.

Assim, ambos se referiram à inflexibilidade patronal como um obstáculo que os impedia de ir à Unidade de Saúde participar da AE do PR. Também disseram que os horários e dias de funcionamento da Unidade em que as AE acontecem, limitam a sua participação por coincidirem com o horário do trabalho. Esta inflexibilidade de horário presente nas empresas impede seus funcionários de buscarem as ações de promoção de saúde na ESF, questão que também foi reconhecida em outras pesquisas (HEILBORN et al., 2009; AFONSO; LEMOS, 2011).

Segundo Santos e Freitas (2011), conhecer os fatores que limitam a participação dos usuários nas atividades oferecidas pela APS possibilita elaborar estratégias para facilitar a adesão dos mesmos nas ações de saúde oferecidas. Assim, as questões vinculadas ao contexto de vida social e econômico dos participantes, devem ser consideradas pelos profissionais que elaboram as atividades educativas, para que o problema seja solucionado em benefício dos usuários.

Somente dois participantes relataram ter um emprego, enquanto as doze mulheres entrevistadas relataram trabalhar em casa, atividade que não pode ser desconsiderada, ainda que muitas vezes desvalorizada, não sendo reconhecida em sua importância quando comparada ao trabalho realizado fora da vida privada (SCHRAIBER, 2005), sendo que tal desvalorização se dá tanto pela sociedade quanto pelas Unidades de Saúde. Segundo Schraiber (2005, p. 51), os profissionais dos serviços de saúde, bem como as rotinas desses serviços, desconsideram o tempo disponível que a mulheres (dona de casa) dispõe para cuidar da própria saúde, com isso ficando à mercê das ações de cuidados oferecidas no serviço de

saúde, podendo ela mesma "dispor de um tempo ilimitado para a Unidade, que se organiza para responder ao seu tempo interno".

Tendo em vista a melhoria e adesão à prática da AE do PR na ESF, se faz-se importante e necessário valorizar o contexto de vida dos participantes, em conjunto com o reconhecimento das suas necessidades e o fortalecimento dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população, para que as práticas de saúde relacionadas a essa assistência possam também colaborar para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (ALVES, BOEHS, HEIDEMANN, 2012).

Conforme destacam Lopes e Tocantins (2012, p.243), para discutir e refletir sobre a prática educativa na perspectiva da Promoção de Saúde é preciso considerar também os "contextos socioculturais e históricos, que há diferenças individuais e coletivas entre os envolvidos, equipe de saúde e os usuários dos serviços", para que enfim, tal prática seja concretizada dentro das diversas realidades com seu potencial transformador.

Assim, para que a assistência da AE do PR obtenha êxito e alcance a promoção da saúde sexual e reprodutiva, é imperativo que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro da ESF, conheçam os usuários e suas histórias de vida, realidades e demandas (PENAFORTE, et al. 2010).

O exercício profissional no contexto observado deve ser estabelecido como uma prática social capaz de mobilizar mudanças mais amplas a partir de práticas educativas contextualizadas que reconheçam a subjetividade dos envolvidos, visando à promoção da saúde de forma efetiva (DAVID, BONETTI, SILVA, 2012). Assim, destaca-se o potencial da Enfermagem no contexto da educação em saúde, considerando a perspectiva histórica e social da profissão, uma vez que seus profissionais atuam nos espaços de cuidado individual e coletivo.

Nesta categoria, os relatos revelaram alguns fatores desse contexto que, de certa forma, condicionam suas possibilidades e impossibilidades de estarem na APS, o que muitas vezes não são consideradas pelos serviços de saúde ao questionarem os usuários a respeito da falta de participação nas atividades, sem conhecerem ou considerarem suas possibilidades de nelas estarem presentes.

Logo, é importante conhecer e considerar os aspectos do contexto de vida, social, familiar, cultural e econômico da população, no sentido de fortalecer e garantir a participação desta nas AE do PR para que seus integrantes tenham uma vida sexual e reprodutiva, informada, segura, satisfatória e saudável.

❖ Categoria 2

Questões que revelam como a Atividade Educativa do Planejamento Reprodutivo contribui com a saúde sexual e reprodutiva

Nesta categoria são apresentados os pontos de vista dos participantes no sentido de revelar como a AE do PR contribui para a saúde sexual e reprodutiva, ou seja, para uma vida sexual e reprodutiva segura, satisfatória e saudável.

A oferta de informação foi uma das formas de contribuição da AE com a saúde sexual e reprodutiva, como destacaram os participantes, isto porque a informação está atrelada à ideia de aprendizagem, sendo esta mencionada na fala abaixo:

[...] Eu acho que assim, aprender é sempre bom! Apesar de eu ter feito há anos atrás (ter participado anos atrás da atividade educativa). Até pela própria informação mesmo, até da faculdade por agente saber de muita coisa, eu acho que sempre tem alguma coisa ou informação que a gente aprende. (...)Então uma coisa ou outra agente sempre acaba aprendendo, por mais que a gente já conviva muito e a gente já sabe sobre isso, eu acho que alguma coisa nova a gente sempre absorve. (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

É interessante notar que os participantes afirmaram sair do grupo mais informado, além de terem tirado dúvidas sobre os temas. Destacaram que na AE receberam 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! [...] Eu sou um cara que presto muita atenção nas coisas que eu estou recebendo, bom pra mim se a pessoa for distraída. [...] Deveria fazer tipo uma campanha assim, para as pessoas ficarem bem informadas. [...] Tirei todas as dúvidas. (E1). "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, padeiro, casado".

[...] Para mim foi muito explicativo. No momento está tudo bom, está bem explicativo. (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

[...] Eu achei que eles foram bem bacanas na forma de passar esta informação. (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora".

[...] Foi bem explicado. (E7) "28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada".

[...] Como o grupo é toda quarta-feira cada dia você esclarece uma dúvida diferente, bom que a cada semana você pode esclarecer. Minhas dúvidas foram todas esclarecidas. (E8) "19 anos, ensino médio completo, do lar, um filho, união estável".

[...] Também a questão de informação, de poder sanar as dúvidas, eu gostei bastante do grupo. [...] As próprias informações, porque tem informações que agente não tem no dia a dia, não é? Hoje eu vim, tirei dúvidas. [...] Foi tudo bem explicado mesmo. Eu acho que elas explicaram bem. Para mim foi tudo ótimo, bem explicado! (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável".

[...] Ah! Eu venho de novo, é sempre bom saber das coisas. [...] Continuar passando a informação. (E13) "39 anos, ensino fundamental incompleto, 2 filhos, do lar, é separada e afirmou ser solteira".

[...] Gostei muito! Entendi tudo, igual eu tinha dúvidas aí foram todas esclarecidas. (E14) "30 anos, ensino fundamental incompleto, 3 filhos, separada, do lar".

Dos quatro grupos observados, apenas no grupo dois foi identificada a postura ativa dos participantes na AE, pois os mesmos tiveram um diálogo com o profissional contando sobre questões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva. Nesse grupo, a AE do PR buscou instrumentalizar os participantes com metodologias e dinâmicas que valorizassem a sua participação ativa. Fato que merece destaque uma vez que nos outros três grupos observados, o profissional encontrava-se no centro da AE como "dono do saber técnico e científico", portanto, o detentor da verdade, tornando a sua prática educativa demarcada por um caráter estritamente informativo (SOUZA et al., 2005; ALVES, 2005; CZERESNIA, 2009). Como destacam Penaforte et al. (2010), nem sempre a informação sobre os métodos contraceptivos são suficientes para a segurança de uma gravidez não planejada e/ou para uma vida sexual segura.

Ressalta-se que a educação em saúde não necessita ser exclusivamente informativa, pois 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, e sim, é assegurada como um direito social (TOLEDO, RODRIGUE, CHIESA, 2007). Segundo Freire (1996), o coordenador ou o educador deve ter disponibilidade para o diálogo, sob a perspectiva de uma participação democrática dos envolvidos na AE, pois, dessa forma, o ensinar complementa o aprender e leva à construção do conhecimento e propicia uma transformação.

Os participantes foram enfáticos ao afirmar que aprenderam muito participando da AE, associando a aprendizagem como algo bom para suas vidas, que irá ajudá-los a cuidar de sua saúde:

[...] É até que deu para aprender bastante. (E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira"

Aprendi bastante. (E7) "28 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, casada"

[...] Acho que tem que ter cuidado é por isso que a gente vem na reunião. A gente aprende mais e mais. (...) Eu saí, de modo que eu já posso ter uma noção do que acontece igual ela (coordenadora do grupo) falou para prevenir. Se acontecer alguma coisa, tenho uma noção do que seja para procurar um médico imediatamente igual ele (médica coordenadora do grupo) falou. Pra eu ficar mais atenta, se acontecer alguma coisa. (E8) "19 anos, ensino médio completo, do lar, um filho, união estável "

[...] 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. (E12) "20 anos, ensino médio completo, do lar, não tem filhos, união estável "

[...] Porque é bom agente aprender. (E14) "30 anos, Ensino Fundamental incompleto, 3 filhos, separada, do lar "

Nas falas acima, os participantes da AE reconhecem a importância do conhecimento adquirido a respeito da saúde sexual e reprodutiva inferindo-se, portanto, que o aprendizado no âmbito da educação em saúde colabora para a autonomia e o cuidado (BRASIL, 2009b).

Nunes et al., (2014) afirmam que muitas das práticas de educação em saúde são, atualmente, pautadas no modelo biológico, o que impossibilita o alcance do propósito da educação em saúde, que é o de garantir a autonomia e a emancipação dos envolvidos. Assim, o referido estudo aponta como desafio a mudança na concepção de educação tradicional, com a capacitação dos profissionais, no intuito de que a AE oriente as escolhas e auxilie, através da informação e do conhecimento, na tomada de decisões apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde.

Quando os participantes fizeram menção à AE do PR dizendo como a mesma contribui com a sua saúde sexual e reprodutiva, significa que receberam conhecimentos que não detinham anteriormente e aprenderam coisas que não sabiam o que foi identificado nas falas a seguir:

[...] Tinha certas coisas ali que eu não sabia, é igual ao espermicida nunca tinha ouvido falar, e existe, a menarca que é tão importante na fase da mulher, não estava nem aí. (E1). "42 anos, sexo masculino, 2 filhos, ensino fundamental completo, pai de família, casado".

[...] Tinha coisa que eu não sabia e eu aprendi. (...) Eu sai conhecendo coisa que eu não sabia. (E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos, namora ".

[...] Conhecimento que estou recebendo, e sempre aprender coisas novas não é?! (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora"

[...] Eu não sabia sobre o DIU direitinho, como ele funcionava e era mais a minha dúvida. [...] Porque a mesma coisa que eu aprendi da outra vez, foi à mesma coisa nesta, então não teve é foi a mesma coisa!(E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira".

[...] Foi bom porque eu não conhecia a camisinha feminina, ai eu passei a conhecer todos os métodos. Não conhecia o diafragma, não conhecia! Para mim era só a camisinha o anticoncepcional e ligar, depois do grupo eu conheci os outros. (E9)"19 anos, ensino médio incompleto, desempregada, um filho, união estável ".

As falas sugerem um desconhecimento em relação a algumas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, levando à refletir que por mais que a AE do PR seja oferecida na ESF, ainda não está alcançando toda a população que pertence à Região de cobertura da Unidade de Saúde. Algumas limitações que interferem na participação foram discutidas na categoria anterior. Alguns depoimentos acima expressam que a AE oportunizou aprender sobre os métodos contraceptivos, mas deve-se ressaltar a que além da AE do PR auxiliar na decisão consciente e nas 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 (PENAFORTE et al., 2010).

No conteúdo das falas abaixo, foram identificados alguns relatos que mostram e enfatizam o desconhecimento sobre os métodos, ao passo que afirmam que a AE não apenas ajudou os usuários a conhecê-los, como também oportuniza uma esperança de conseguir ter acesso ao método escolhido pelo SUS, como destaca E3:

[...] Contribui com conhecimento, também coisa que eu não sabia. Por exemplo, o método da tabelinha eu aprendi aqui, eu já tinha ouvido falar, mais eu fui aprender aqui! (E3)"19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora"

[...] O grupo contribui dando as informações sobre os métodos. (E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira".

[...] Eu acho que essa informação que a gente tem acesso, sobre as opções disponíveis (métodos contraceptivos)[...] Eu acho que com essa questão mesmo da informação de passar as opções (métodos contraceptivos) disponíveis o que o SUS disponibiliza nesse sentido. [...] Eu acho que é com essa informação mesmo, apresentando os métodos contraceptivos, outras

opções e informando aonde que você tem acesso a cada um deles. (E5) "25 anos, ensino superior em psicologia em andamento, não tem filhos, namora"

Nas AE observadas, todos os métodos contraceptivos foram explicitados, porém, foi dada maior ênfase aos métodos hormonais e aos dois métodos de barreira: a camisinha masculina e a feminina. Segundo Penaforte et al. (2010), o conhecimento sobre os métodos contraceptivos é essencial para uma escolha adequada ao comportamento sexual e às condições de saúde. As autoras ressaltam que a liberdade de escolha do usuário deve ser considerada; assim, os profissionais devem discutir e mostrar os variados métodos contraceptivos nas AE do PR, para permitir a escolha. Caso contrário, quando a abordagem educativa é realizada nos moldes tradicionais da assistência para a distribuição de métodos anticoncepcionais e o controle do número de filhos, a participação do usuário fica limitada e, portanto, suas escolhas também (SANTOS, FREITAS, 2011).

Além da contribuição ofertada no que tange à informação sobre os métodos contraceptivos, foi identificado que a AE do PR ajudou os participantes a saberem como se proteger para prevenir as IST. A esse respeito, seguem-se depoimentos:

[...] Eu vou falar do grupo de novo porque eu gostei do grupo, e quando eu participei deste grupo minha vida mudou! Minha vida mudou! Hoje eu sei me prevenir, eu sei me proteger, todo dia que vou ao banheiro olho, a médica fala para fazer eu faço, porque a gente tem que se conhecer, tem que se conhecer e também conhecer o parceiro, conversar mais. Aí você vai saber como prevenir e como se proteger. Não é só como se prevenir e se proteger, mas também você vai aprender muitas coisas novas, foi isso que ela falou comigo (ACS).(E2) "18 anos, é estudante, não tem filhos e namora".

[...] Saí do grupo, sabendo dos métodos, como evitar as doenças sexualmente transmissíveis, é isso! (E3) "19 anos, tem ensino médio completo, desempregada, não tem filhos, namora".

[...] Aprendi algumas coisas, sobre evitar doenças. O grupo contribui dando as informações sobre as doenças. (E4) "32 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, três filhos, solteira".

Os participantes da AE do PR relataram ter gostado da atividade, como também disseram ter aprendido sobre como se proteger e prevenir das IST, além dos métodos contraceptivos. Ressalta-se que o uso do preservativo, prevenção da AIDS e IST e métodos contraceptivos (hormonais), foram os temas trabalhados em todos os grupos. Somente duas AE (Grupos 1 e 2) abordaram uma diversidade maior de temas: Teste anti-HIV; **Decisão do método/ Acesso método; importância 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. Os temas destacados em negrito foram pouco explorados e discutidos, embora sejam de grande interesse para a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013), assim como o tema da **infertilidade**, que não foi abordado em nenhuma das AE observadas.

Os problemas no âmbito do relacionamento homem e mulher, assim como questões sobre a orientação sexual, também foram temas que emergiram durante o diálogo do profissional com os usuários. Dessa forma, constatou-se que os usuários podem sentir necessidade de discutir alguma temática no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, porém, a falta de abertura não permite que eles se manifestem. Sendo assim, torna-se essencial que o coordenador da AE do PR estimule a participação e busque conhecer os interesses e necessidades que os participantes apresentam neste contexto, pois a AE do PR deve instrumentalizá-los, ofertando-lhes auxílio para o livre exercício do seu direito à saúde reprodutiva e sexual (ANDRADE, SILVA, 2009; BRASIL, 2013). Para tal concretização, é preciso que a AE se torne um espaço de troca de experiência, valorização, empatia, sigilo e cuidado. Este 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 este atendimento (ANDRADE; SILVA, 2009).

É necessário ressaltar a necessidade de capacitação dos profissionais que coordenam as AE do PR, para que o mesmo possa considerar em sua prática a realidade de saúde da população, e estimular a sua participação e autonomia (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Conforme afirmam David, Bonetti e Silva (2012), pensar em mudanças e melhorias implica em caminhar no coletivo, articulado em rede, para trabalhar em prol do avanço das relações injustas e desiguais e da transformação das práticas de saúde, da conquista da sociabilidade, solidariedade e do compartilhamento, ao contrário do que a lógica do modelo biomédico hegemônico e tradicional nos apresenta.

De acordo com as questões relatadas nesta categoria, considera-se importante refletir quanto à necessidade de reformulação no contexto da abordagem educativa do PR, para que a mesma se volte para atender também as demandas da saúde sexual e reprodutiva, estejam ou não verbalizadas pelos participantes, disponibilizando e favorecendo momentos de diálogo e escuta atenta no decorrer da abordagem.

Posteriormente às questões que emergiram das duas categorias, torna-se necessário ponderar e pensar na construção de estratégias que viabilizem mudanças no sentido de contribuir com o aumento da adesão às AE do PR, mas também no sentido de conduzir a abordagem no PR, para que seja possível reconhecer as singularidades, demandas e o contexto da particularidade do itinerário sexual e reprodutivo de mulheres e homens. Ressalta-se que as ações do PR visam também a melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população, e não somente cumprir protocolos, rotinas e metas estabelecidas pelo serviço de saúde.

Reconhecer a saúde sexual e reprodutiva no contexto da AE do PR segundo as perspectivas da individualidade, da singularidade e da dinamicidade, é essencial no sentido de valorizar os usuários como sujeitos de direitos à informação, assistência e acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva, para escolhas e vivências seguras, satisfatórias e saudáveis. Assim, a reflexão proporcionada através do conhecimento e da valorização dos itinerários sexuais e reprodutivos, poderá inspirar novas pesquisas para a elaboração de estratégias e metodologias que reconheçam a mulher e o homem em sua unicidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas do planejamento reprodutivo oferecidas pela ESF, e descrever como estas atividades são realizadas e como contribuem com a saúde sexual e reprodutiva dos participantes, nos possibilitou refletir sobre questões pessoais e dos serviços de saúde que deve ser consideradas no planejamento e execução de tal assistência na ESF.

Foi identificado nos contextos observados, que ações educativas do PR acontecem em grande parte sob a coordenação do enfermeiro, e outros membros da equipe de saúde não se engajam nas atividades. O método contraceptivo foi o motivo principal para a participação na atividade educativa, além de ser o tema ao qual é dada maior ênfase, bem como os temas que fazem referência à saúde da mulher. Embora de alguns profissionais optarem pelo diálogo e por uma abordagem que valorize e garanta à participação dos usuários, observou-se que ainda há contextos em que a abordagem pedagógica está pautada no modelo biomédico, não favorecendo o diálogo entre população e profissional de saúde.

A caracterização das treze mulheres e do único homem entrevistados, revelou aspectos que devem ser alvo de reflexão por parte dos profissionais que desenvolvem a atividade, pois somente o homem e uma mulher disseram trabalhar fora de casa, enquanto as outras doze mulheres trabalham no lar, o que remete a pensar em quem exerce atividade externa que tem o acesso às atividades impedido, devido à inflexibilidade de horário do trabalho e da Unidade de Saúde. Todos os entrevistados disseram ser heterossexuais, algo que leva a refletir sobre o motivo pelo qual os participantes que possuem outra orientação sexual não participam dessa atividade. A idade dos participantes foi variada, possibilitando inferir que as demandas relativas à saúde sexual e reprodutiva são diversificadas. Logo, percebe-se que considerar o público alvo de tal atividade em suas particularidades, é essencial para que a atividade educativa seja contextualizada e consiga atender a toda a população.

O itinerário sexual e reprodutivo dos participantes da atividade educativa do PR mostrou-se variado, permitindo identificar que o início da vida sexual de grande parte dos participantes ocorreu na adolescência, entre os 12 e os 19 anos, durante o primeiro namoro. Os dados revelaram que a escolaridade se relaciona com a idade de início da vida sexual. Quanto à sexualidade e o prazer, são temas sensíveis, de difícil verbalização, mas que por sua importância devem ser melhor explorados no contexto da abordagem do PR, tendo em vista a influências da questão cultural e social do gênero, pois a sexualidade do homem é mais

reconhecida como "natural" nos discursos do que a da mulher, que se mantém oculta. Destaca-se que a expressão 'itinerário sexual' foi pouco explorada no contexto desta pesquisa, tendo em vista sua complexidade e pela dificuldade de verbalização de questões que envolvem aspectos da vida íntima, porém, tal aspecto não foi visto como uma limitação, mas como uma perspectiva a ser aprofundada em estudos futuros.

No itinerário reprodutivo, foi possível constatar participantes que já são mães, e outras que ainda pretendem ser mãe um dia, pois, do mesmo modo que existem pessoas que participam da atividade educativa do PR para receber o método contraceptivo, foram identificadas pessoas que procuram a atividade para receber informações sobre concepção, ou seja, querem engravidar. Em detrimento de tal demanda, percebeu-se que as atividades educativas de planejamento reprodutivo pouco abordam as questões inerentes aos métodos contraceptivos. Os relatos dos participantes fazem referência aos aspectos que impedem a mulher de exercer seu direito reprodutivo, como falta do método contraceptivo e profissionais sem ou com inadequada capacitação que induzem as escolhas contraceptivas e as tornam prescritivas. As participantes do estudo destacaram uma vida conjugal variada, algumas disseram não ter parceiro, fato este que não se tornava um fator motivador para participar da atividade educativa do PR. Ainda deve-se destacar que a preferência pelo método contraceptivo hormonal não anula outras preferências, pois uma participante do estudo disse optar pelo DIU. Assim, ressalta-se a importância de abordar todas as dúvidas acerca dos métodos contraceptivos e conceptivos na prática educativa do PR, para favorecer o direito de escolha. O fato de seis participantes afirmarem já ter participado da atividade educativa do PR para iniciar o uso do método contraceptivo, sugere a importância dessa atividade, no sentido de prestar orientações, informações e esclarecimentos sobre as questões que envolvem o planejamento da prole e também os cuidados para a vivência segura e satisfatória da respectiva sexualidade.

Destaca-se que algumas participantes disseram interromper o uso do método contraceptivo por conta própria, porém, foram alertadas no sentido de que alguns efeitos colaterais também podem colaborar para tal interrupção. Assim, é importante que o profissional oriente também quanto aos possíveis efeitos colaterais do método escolhido, como também agende consultas de retorno para acompanhamento do mesmo, considerando a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva.

O estudo demonstrou que o uso ou não do preservativo está condicionado a questões presentes no relacionamento, pois os participantes relataram à confiança adquirida com os

anos de convivência, a dificuldade de aceitação do parceiro, a associação do uso do preservativo com a multiplicidade de parceiros e/ou infidelidade por parte da mulher, questões que devem ser colocadas em discussão no momento da atividade educativa, como também ser mais divulgadas, tanto na Unidade de Saúde quanto pelos profissionais, pois foi verificado que a desinformação limita a participação dos usuários.

Conceber o termo itinerário associado à saúde sexual e reprodutiva possibilitou refletir sobre a importância da valorização das vivências da sexualidade e da reprodução enquanto esferas dinâmicas, singulares e particulares em suas possibilidades de caminhos e escolhas. Tal concepção permitiu identificar que há entraves no que tange a escolha e utilização do método contraceptivo, uma vez que as participantes mulheres relataram dificuldades de negociação do uso do método contraceptivo com o parceiro. Como também foi possível refletir sobre a influência do contexto social e familiar nas decisões de ter ou não filho, sendo que o fato de não conseguir realizar o planejamento de uma gravidez não é um fato isolado de quem nunca participou ou não teve acesso ao planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde. Durante a observação das atividades educativas, foi possível identificar que estas e outras questões relativas ao contexto social, cultural, econômico e familiar em que se dá a vivência sexual e reprodutiva, nem sempre são consideradas no âmbito das ações oferecidas pelos profissionais nos serviços de saúde.

Foi percebido que o aspecto social e econômico possui influência marcante na vida reprodutiva, pois algumas participantes disseram não pensar em ter outros filhos devido à violência e às dificuldades relacionadas com a situação econômica, assuntos que muitas vezes não são discutidos face ao discurso e à abordagem rígida e não dialogal do profissional de saúde.

Os quatro grupos observados apresentaram diferentes abordagens pedagógicas, sendo que dois (G1 e G2) utilizaram muitas dinâmicas, ao contrário do G3 e G4 os quais a abordagem se deu de forma tradicional, não tendo discussão e diálogo. Observar permitiu que a descrição das mesmas se tornasse interessantes e relevantes para reflexões e possíveis reformulações que poderão conduzir essa prática, no sentido de oportunizar e ampliar a discussão dos temas que estão presentes no universo da saúde sexual e reprodutiva, e mesmo sendo importantes neste universo, só são discutidos quando acontece o diálogo entre profissionais e usuários, ocasião em que o profissional assume uma postura de escuta atenta, interessada, que valoriza o usuário e sua participação no contexto da atividade.

Os participantes do estudo afirmaram que a atividade contribuiu para o conhecimento do próprio corpo, dos métodos contraceptivos, das doenças transmitidas pelo sexo, ajudando no cuidado da saúde através da informação recebida nos grupos. Desse modo, considerando o potencial das práticas educativas orientadas pelo modelo dialógico, no processo do cuidado à saúde sexual e reprodutiva faz-se necessário ampliar a estratégia de promoção da saúde a fim de que contemple, sob a perspectiva da integralidade, as necessidades de homens e mulheres de forma contextualizada para as diversas faixas etárias e orientações sexuais, respeitando seus direitos, cultura, crença e privacidade, além de possibilitar a abordagem de questões de saúde pública, como aborto, violência sexual, assistência em casos de infertilidade, sexualidade, e temas referentes ao universo masculino como câncer de próstata e aos mitos e verdades acerca das questões sexuais e reprodutivas.

Esta pesquisa permitiu desconstruir concepções naturalizadas e heteronormativas acerca da sexualidade e da reprodução, bem como compreender a existência das múltiplas questões que fazem parte dessas duas dimensões da vida humana, e assim identificar que os métodos contraceptivos e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis são importantes não só para assegurar uma vida sexual e reprodutiva segura e saudável, considerando que há outras questões que favorecem o exercício de ambas enquanto um direito, como por exemplo, a flexibilidade e a disponibilidade dos serviços e dos profissionais para atender e considerar as demandas específicas dos participantes da atividade educativa do planejamento reprodutivo, como também o esclarecimento, o conhecimento e a discussão a respeito das questões de gênero e da própria sexualidade. Sabe-se que muitas vezes os problemas e as dificuldades relacionados à sexualidade e à reprodução não são discutidos e/ou revelados por conta de tabus, medo e vergonha. Então, são silenciados, ou quando abordados, podem ser identificados nos discursos de forma naturalizada, heteronormativa e até mesmo repressora, questões estas que interferem no bem estar, na segurança, na saúde, na liberdade e na satisfação de homens e mulheres.

As reflexões construídas com a realização deste estudo, cujos enfoques foram a atividade educativa do planejamento reprodutivo e a saúde sexual e reprodutiva permitiram ampliar a visão a respeito das questões sociais, culturais, econômicas e familiares que estão em torno de ambas, tornando possível o entendimento e o reconhecimento da importância de que as citadas atividades sejam contextualizadas segundo a singularidade, a particularidade e as demandas dos usuários que procuram essa assistência. Assim, entender o contexto de vida do usuário e sua influência na vivência e nas experiências da sexualidade e da reprodução

pode colaborar para que os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, reflitam acerca da atividade educativa do PR, que deve ser orientada, dialogal e flexível para acompanhar a dinamicidade e a transformação das dimensões da vida humana.

Para tanto, é necessário que tal atividade seja avaliada constantemente, tanto pelos participantes quanto pelos profissionais, pois a avaliação auxilia na implementação de ações de qualidade e, portanto, mais efetivas e condizentes com as demandas dos usuários. Significa dizer que dessa forma, a atividade se torna engajada com a participação dos usuários e com a atuação do profissional, o que poderá ser relevante para o cumprimento do papel social e de cidadania da atividade educativa, buscando reforçar a saúde sexual e reprodutiva como direito humano de mulheres e homens.

Considerando os problemas estruturais, de recursos humanos e a falta de capacitação no contexto da ESF, no que tange à saúde sexual e reprodutiva, é pertinente que o enfermeiro, mesmo com poucos recursos, mantenha sua atuação para o fortalecimento das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos usuários da ESF, reconhecendo ambas em sua dinamicidade e transformação. Contudo, para isso é necessário integrar as temáticas que envolvem o planejamento reprodutivo através de práticas dinâmicas e interativas, e não que estas sejam simples momentos de repasse de informação. Neste contexto se faz importante considerar as atividades de educação permanente no serviço de saúde no intuito de auxiliar os profissionais para atenderem as demandas no que tange a saúde sexual e reprodutiva, bem como para reforçar reflexão e discussão sobre temáticas que estão interligadas a estas dimensões da saúde humana.

É importante salientar o papel da formação do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, no que tange a reflexão sobre questões de ordem sexual e ou reprodutivas, que se tornam complexas devido a fatores sociais, culturais, religiosos, políticos e éticos que envolvem tais temáticas, considerando tais fatores nas ações educativas as particularidades da mulher, homem em suas faixas etárias e de sua orientação sexual.

O que se almejou com este estudo foi destacar as diversas possibilidades de fazer pesquisa no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, uma vez que as questões relativas a ambas estão presentes no contexto complexo e dinâmico da vida humana. Portanto, apesar de ser um desafio, foi extremamente relevante e necessário tendo em vista que a sexualidade e a reprodução são temáticas que recebem influências das relações sociais, da cultura, da religião, do gênero e da economia, dentre outros aspectos.

Logo, como recomendação deste estudo, destaca-se a necessidade de realização de pesquisas futuras que abordem a visão de mulheres e homens relacionada com a assistência ao planejamento reprodutivo oferecida pelos serviços de saúde, especificamente pela ESF, e que esses estudos construam indicadores para que a política do planejamento reprodutivo possa ser avaliada em sua concretude, eficácia e qualidade; permitindo que os serviços de saúde desenvolvam ações de educação permanente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Faz-se pertinente também a realização de estudos que busquem estratégias para fortalecer o caráter dinâmico, plural, e mais flexíveis para atender as diferentes demandas de mulheres e homens com idades variadas, sejam eles heterossexuais ou não.

Temas como gênero, sexualidade, saúde sexual e reprodução devem ser amplamente discutidos no período de formação profissional, para que a prática educativa que envolve essas temáticas, dentre outras, seja considerada também como um cuidado, portanto, inerente à prática profissional do enfermeiro. Neste contexto, também é relevante recomendar aos gestores da atenção primária à saúde a realização contínua da educação permanente enfocando as referidas temáticas, para que o profissional possa assegurar o fortalecimento destas enquanto direito da população.

Aos gestores da área da saúde do município Juiz de Fora, bem como de outras secretarias de saúde, é pertinente que verifiquem possibilidades para reformular os cartões da mulher e do homem que são disponibilizados através das AE do PR, no sentido de ampliar suas informações para adequar tal instrumento para que seja considerado as outras orientações sexuais e identidades de gênero, no sentido de reforçar que a saúde sexual e reprodutiva é um direito de todo o cidadão.

Recomenda-se, reforçar tanto na formação quanto na capacitação do enfermeiro, a importância da reflexividade nas condutas e no reconhecimento dos contextos social, cultural, familiar e econômico no âmbito da prática educativa, para que a abordagem valorize e consiga atender aos participantes também em suas demandas individuais relacionadas a saúde sexual e reprodutiva e colaborar para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, Fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100019>>. Acesso em 28 Out. 2015.

AMARAL, S. F. do. **O processo de reestruturação do espaço em cidades médias: caso referência, o centro de Juiz de Fora**. Dissertação de Mestrado. Niterói: PPGAU/UFF. 2012

ANDRADE, Érica da Conceição; SILVA, Leila Rangel. **Planejamento familiar: uma questão de escolha**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 1, p.85-93, 2009. Disponível em: <<http://w.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a11.pdf>>. Acesso em 21 Set.2015.

ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB**. Campina Grande; 2004.71p. Curso de Especialização em Saúde da Família para Profissionais da Família de Campina Grande-PB [Monografia] - Universidade Estadual da Paraíba. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/Monografia_FlaviaMentorAraujo.pdf> Acesso em 25 Ago. 2013.

ARAUJO, L M.; PENNA, L. G. **A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher**. Rev Enfermagem UERJ. 22, jun. 2014. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11468/8996>>. Acesso em: 20 Maio. 2015.

ARAUJO, Maria de Fátima. **Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 22, n. 2, p. 70-77, Jun. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Mai. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.ABNT. **Informação e documentação. Citações em documentos - Apresentação**. NBR 10520: 2002. Disponível em: <<http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/10520-Citas.pdf>>. Acesso em 19 Ago.2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. **Informações e documentação - Projeto de pesquisa - Apresentação**. NBR. 15287:2011. Disponível em: <<http://literaturacinema.wikispaces.com/file/view/NBR-15287-2011.pdf>>. Acesso em 10 Set.2013.

AUGÉ, Marc. **L'anthropologie de la maladie**.L'Homme,Paris, v.26, n.1-2, p.81-90, 1986.

AVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-S469, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jul. 2015.

BARROS, João Paulo Pereira Barros; COLAÇO, Veriana de Fátima Rodrigues. **“Meu prazer agora é risco”**: sentidos sobre sexualidade entre jovens de um grupo sobre saúde. Fractal: Revista de Psicologia, v.25. 2013. Disponível em:

<<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/770>>. Acesso em: 06 Jul. 2015.

BERQUO, Elza; GARCIA, Sandra; LIMA, Liliam. **Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 685-693, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Junho. 2015.

BERQUÓ, Elza. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Unicamp, 2003.

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.441-53, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Julho 2015.

BONAN, Claudia et al. **Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 10, supl. 1, p. s107-s118, Nov. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Ministério da Saúde; 2009a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Internação Hospitalar do Departamento de Informática do SUS. DATASUS** [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 21 de Mai.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Brasília; 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 21 Mai.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/AIDS**. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde/ Programa Nacional de DST/AIDS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de recomendação**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): Atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Abril. p.121. 2015a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf>. Acesso em: 02 Nov.2015.

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.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40).**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes).** Brasília. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf> Acesso em 11 Set.2013.

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, 2009b. 300 p.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília; 2012a. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 Fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.**

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** [periódico na *internet*]. 12 jan 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em 02 Set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.24 p.**

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Estimativa 2012b. **Incidência do câncer no Brasil.**Síntese e comentários. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST.** Ano I - nº 1 - até semana epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2012d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_pdf_14028.pdf>. Acesso em: 9 out.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Marco teórico e referencial - saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. [Versão preliminar].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Carta de Otawa**. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

CABRAL, Francisco; DÍAZ, Margarita. **Relações de gênero**. Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Belo Horizonte: Rona, 1999. p. 142-150.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2015.

CARVALHO Yara Maria de, CECIM Ricardo Burg. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: Campos G W S, Minayo M C S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho Y M (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.137-70.

CASARIN, Sidnéia Tessmer. **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.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300015&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. **O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41133>>. Acesso em: 28 out. 2015.

COHN, Amélia. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2012. p. 231-58.

COLOME, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. **Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-84, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Out. 2015.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. **Coleção Saraiva de Legislação.** São Paulo: Saraiva, 2001.

CORRÊA, Sônia, ALVES, José Eustáquio D.; JANNUZZI, Paulo M. **Direito e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.** In: CAVENAGHI, Suzana (org). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 27-62

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista.** Physis Rev Saúde Coletiva, v. 6, n. 1/2, p. 147-77, 1996.

CORREA, Sônia. **Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações.** In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (orgs.). **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.39-49.

CORTES, Laura Ferreira, et al. **Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 143-53, out./dez.2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/440/pdf>. Acesso em: 12 Jan.2015.

COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil.** In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 39-49.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. **Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 631-39, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_24.pdf>. Acesso em: 12 Jan.2015.

COSTA, Tonia. et al. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n20/07.pdf>> Acesso em 12 Mai.2014.

CRISPIM, Zeile da Mota. et al. **Atividades grupais na promoção da saúde feminina: revisão integrativa.** Rev Rene, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 636-44, jul/set., 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a26v12n3.htm> Acesso em: 10 Abr. 2014.

CHRISTOVAM, Amauri Rogério et al. **Educação para a Sexualidade: Intervenção em um Grupo de Adolescentes Assistidos pelo CRAS, a partir do Conhecimento de suas Representações Sociais em Relação às DST/AIDS.** Educação em Revista, v. 13, n. 1, p. 97-114, 2012.

CUNHA, Gilmara Holanda da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. **Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS**. Rev Rene, Fortaleza, v. 12, n. 4, 2012.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção**. In: CZERESNIA, D.;FREITAS, C.N. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRZ; 2003. p. 39-53.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BONETTI, Osvaldo Peralta; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. **A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-185, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Out. 2015.

DINIZ, Simone G. **Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção, e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada**. In: ARAÚJO, M.J.O.;SOUZA, M.J. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p. 43-60.

FARIA, Ester Correa Rodrigues de et al. **Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

FERREIRA, Jaqueline; ESPIRITO SANTO, Wanda. **Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro**. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Dec. 2015.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva**. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-29, Jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jan. 2015.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Fev. p.338-94, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mai. 2014.

FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas**. Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 2, p. 558-71, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200558&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

FRANCO, Fernanda Aparecida et al. **A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem**. Esc Anna Nery Rev Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 157-62, Mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Julho 2015.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire** / Paulo Freire; [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1996.

GERALDO, W. M. J. **Novas dinâmicas socioespaciais na "Cidade Alta" de Juiz de Fora - MG**. 2011. 125f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Juiz de Fora, 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-63, Nov. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>>. Acesso em: 28 Out. 2015.

GALVÃO, Loren. **Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil**. In GALVÃO, L.; DIÁZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. **Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária**. Texto Contexto - Enferm., Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-16, Set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

GEERTZ, Clifford. **Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e na Indonésia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Disponível em: SciELO Book. Acesso em :12 Ago.2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEILBORN, Maria. Luiza. **O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro**. In: MADEIRA, F. (org.) Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Brasília: Rosa dos Tempos: UNICEF. 1997.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p.269-78, 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro 2013. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010; **Discriminação de sexo contra as mulheres; Estatística; Indicadores sociais; Mulheres. Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010a** Série: Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro Editor: IBGE Ano: 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. **Resultados gerais da amostra**. Censo Demogr., Rio de Janeiro, p.1-239, 2010b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/resultados_gerais_amostra.pdf> Acesso em: 12 Jun.2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JANNUZZI, Paulo. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2003.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Juiz de Fora: SMS, 2010. 272.p

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: SMS, 2014. 110.p

LEMOS, Adriana. **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr-jun, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0244.pdf>>. Acesso em 12 Jun.2015.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. **Promoção da saúde e a educação crítica.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 235-248, Mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000009>>. Acesso em: 29 Out. 2015.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX.** Rev Latino-am. Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 358-71, maio-junho, 2002. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 7 Abr.2014.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **A expressão da necessidade no campo de atenção básica à saúde sexual.** Rev Bras Enferm, v. 58, n. 6, p. 703-9, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600014>. Acesso em: 7 Abr.2014.

MARQUES, Danielle Moreira; PEREIRA, Adriana Lemos. **Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.13, n.3, p. 449-55. 2011. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a10.htm>>. Acesso em: 3 Abr. 2014.

MARTINS, Vilma Villar, et al. **Saúde sexual feminina no âmbito cultural.** R. pesq.: cuid. fundam. Online, v. 5, n.1, p. 3360-74, jan-mar., 2013.

MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; FAGUNDES, Norma Carapiá. **Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 65, n. 6, dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 Jun. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. **Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde.** Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira Moura *et al.* **Atenção básica e infertilidade: conhecimento e prática de enfermeiros da estratégia saúde da família.** Revista Enfermagem. UERJ, 21, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/7209/5206>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira.; SILVA, Raimunda Magalhães da Silva. **Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 1023-32, 2004.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. **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.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **Direitos humanos e sexualidade – os desafios para o desocultamento da sexualidade. Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos.** Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 304 p. Disponível em: <http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/Autonomia_Ec_Emp_DasMulheres.pdf>. Acesso em: 21 Out 2015.

OLLAIK, Leila Giandoni; ZILLER, Henrique Moraes. **Concepções de validade em pesquisas qualitativas.** Educação e Pesquisa, Brasil, v. 38, n. 1, p. 229-242, mar. 2012. ISSN 1678-4634. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/28336/30194>>. Acesso em: 25 Jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde.** Baltimore e Genebra. CPC e OMS, 2007.

OSIS, Maria José Duarte et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, Nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Julh. 2015.

PEDROSA, J. **Política prevê atenção integral.** Jornal de Brasília. Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=65742>>. Acesso em: 12 Mai. 2015.

PÊGO, R.A, RICHA, A.C. **Estados e instituições de planejamento familiar.** In. Guertechin, T.L. et al. (Orgs.) Controle da natalidade X Planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.

PEIRANO, Mariza. **A teoria vivida - Reflexões sobre a orientação em Antropologia.** Ilha Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2, p. 209-218, jan., 2004.

PEREIRA, Adriana Lemos. **Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde**. Adriana Lemos Pereira. 2008. 169f. Tese (doutorado em enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2008.

PENAFORTE, Marta Cristina Lourdes Faria, et al. **Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis**, RJ. *Cogitare Enferm*, v. 15, n.1, p.124-30, 2010. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17183/11318>>. Acesso em 03. Nov.2015.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. **Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 73-92,2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

PITANGUY, Jacqueline. **O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos**. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 19-39.

RABINOW, Paul. **Reflections on fieldwork in Marocco**. Berkeley: University ofCalifornia Press, 1977.

RIBEIRO, Karla Carolina S; SILVA, Josevânia da; SALDANHA, Ana Alayde W. **Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens DST**. *J Bras Doenças Sex Transm*. v.23, n.2, p.84-89, 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/7-Querer%20e%20Poder.pdf>>. Acesso em 3 Out. 2015.

RODRIGUES, Almira. **Sujeitos políticos e Estado laico na construção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil**. *labrys, études féministes/ estudos feministas janvier /juin 2007*. Disponível em:<<http://www.labrys.net.br/labrys11/libre/ALMIRA.htm>> Acesso em: 10 Jul.2015.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima; ALVES, Mary Help Ibiapina; COSTA, Jussara Carneiro. **Análise das condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres atendidas no programa de atenção integral a mulher do serviço municipal de saúde de Campina Grande/PB**. *Qualit@s Revista Eletrônica*. v.14. n.2, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v14i2.1749>>. Acesso em Set.2015.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento**. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mai. 2015.

SCAVONE, Lucila. **Desigualdades, diferença em saúde. Das Diferenças às Desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais**. In GOLDENBERG, Paulete et al. (Org.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: EDFIOCRUZ, 2003. [Parte IV, p.187-196].

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.961-970. Mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife.** In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.30-61.

SCOTT, Parry. **Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o programa saúde da família.** In: Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão / (Wilza Vilella e Simone Monteiro, organizadoras) — São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — ABRASCO; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005. 176p.

SILVA, Keila Cristina Santana. **A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher), Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, Maria das Dores de. **Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica** [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011. 169p.

SOUSA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 150-155, mar. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100023>>. Acesso em 28 out. 2015.

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

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F. e LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 3 ed. São Paulo: McGraw Hill, 2013.

TERRIS, Milton. **Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoria de la salud pública.** OPAS/OMS, 1992.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** Texto Contexto - Enferm. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238. Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Abr. 2014.

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.

VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de et al. **Desenho da amostra *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento.*** Cad Saúde Pública, 30 Suppl:S49, 2014.

VENTURA, Mirian. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3. ed. Brasília: UNFPA, 2010.

VIANNA, Adriana R. B.; LACERDA, Paula. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual.** Rio de Janeiro: CLAM/IMS, 2004. 245 p.

VILAS-BÔAS, Renata Malta. **Ações afirmativas e o princípio da igualdade.** América Jurídica, 2003.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Atenção a saúde das mulheres: historiando conceitos e práticas.** In: VILLELA, W.;MONTEIRO, S.(organizadores). Gênero e Saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005. [p. 15-32]

VILLELA,Wilza.**Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher.** In: ARAÚJO, M.J.O.;SOUZA, M.J.;VERARDO, M.T.;FRANCISQUETTI, P.P.S.N.; MORAIS, R.R.;BONCIANI, R.D.F. et al. Saúde das mulheres - experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, p. 23-32. 2000.

VONK, Angélica Cristina Roza Pereira. et al. **Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte.** Cien Saude Colet, v. 18, n. 6, p. 1795-1807, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/30.pdf> > Acesso em: 15 Jul.2015

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: INTERFACE ENTRE ITINERÁRIOS REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES E AÇÕES DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Carla Cardí Nepomuceno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33167014.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 724.617

Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe a descrição e a análise das ações dos grupos educativos de saúde reprodutiva e sexual em Unidades de Estratégia da Saúde da Família do SUS, apontando para as necessidades da população que busca atendimento e acompanhamento, no sentido de incrementar e suprir os hiatos na informação. "Pretende conhecer os itinerários reprodutivos dos usuários da APS, a fim de colaborar para reflexão sobre as estratégias, metodologias pedagógicas e abordagens educativas que podem ser aplicadas na ESF para promover e garantir como direito a saúde sexual e o planejamento reprodutivo aos usuários (as)."

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os itinerários reprodutivos de homens e mulheres e sua relação com assistência reprodutiva, pela perspectiva dos grupos educativos, na Atenção Primária à Saúde. Descrever as ações educativas de contracepção e concepção realizadas em Unidades da Estratégia Saúde da Família. Analisar as ações dos grupos educativos de direitos sexuais e reprodutivos do ponto de vista do atendimento das necessidades de seus participantes



Continuação do Parecer: 724.617

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos significativos, senão aqueles próprios à aplicação de questionários, no caso dessas entrevistas, estão previstas abordagens de cunho pessoais, que são citadas no TCLE, que, por sua vez esclarece que o entrevistado pode declinar de respondê-las, assim como se retirar da pesquisa a qualquer momento. Os benefícios da pesquisa seriam a possibilidade de fornecer embasamento e evidências científicas sobre as potencialidades e limites das ações desenvolvidas pela enfermagem nos grupos educativos de direitos sexuais e reprodutivos na ESF e incrementar o planejamento familiar, atuando também, eventualmente, sobre os índices de DST.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, pois poderá, por meio da educação e da informação, derivar na diminuição dos índices de DST e na incrementação do planejamento familiar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE tem uma apresentação confusa e de difícil leitura e compreensão, uma vez que não está organizado em parágrafos. Sugere-se uma formatação mais legível. Os demais termos estão de acordo com as proposições do CNS e as posturas éticas.

Recomendações:

O TCLE tem uma apresentação confusa e de difícil leitura e compreensão, uma vez que não está organizado em parágrafos. Recomendamos fortemente uma apresentação e formatação mais legíveis, a fim de evitar equívocos que atrasariam e atrapalhariam a melhor execução da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apenas a recomendação acima.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

RIO DE JANEIRO, 22 de Julho de 2014

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA SUB-SECRETÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Prefeitura de Juiz de Fora

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a realização da pesquisa " **Saúde Sexual e Reprodutiva: Interface entre itinerários reprodutivos dos participantes e ações dos grupos educativos na estratégia de saúde da família**" sob orientação da coordenadora Profª Drª Adriana Lemos Pereira e realizada pela enfermeira e mestranda em enfermagem Carla Cardi Nepomuceno em 39 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde/SS/PJF.

Ressaltamos que a unidade conta com infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que os dados deste estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Juiz de Fora, 05 de junho de 2014

Cláudia Rocha Franco
Chefe do Departamento de Atenção primária à Saúde

Secretaria da Saúde
Rua Halfeld, 1.400 - Centro - CEP: 36.016-000 - Tel: (32) 3690-8387
Juiz de Fora - MG

ANEXO C

CARTÃO DA MULHER

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PREFEITURA DE JUIZ DE FORA)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI

PROGRAMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA MULHER

Unidade de Saúde: _____
Nome: _____

Nº Matrícula	Nº do Prontuário	Data do Nascimento

Endereço: _____

ESTADO CIVIL ESCOLARIDADE

Solteira Completa Incomp.

Casada 1º Grau Superior

Viúva 2º Grau Nenhuma

Outros

AGENDAMENTO

Data	Atendimento	Data	Atendimento

**LEVE SEU CARTÃO TODAS AS VEZES QUE FOR
A QUALQUER SERVIÇO DE SAÚDE**

Observe e insista para que este cartão seja preenchido na sua unidade de atendimento.

Ar puro- Direito do não fumante.

Faça seu exame de Prevenção de câncer pelo menos uma vez a cada dois anos.

Apalpe suas mamas após cada menstruação, conforme lhe foi ensinado.

Procure sua unidade de atendimento se notar alguma alteração.

DST, vá ao médico, não espere os sintomas desaparecerem.

Caso esteja usando algum método de contracepção não deixe de fazer sua consulta na unidade de saúde.

ANTECEDENTES CLÍNICO-GINECOLÓGICOS

Ménstruas: Anos _____ Ciclo Menstrual: _____
Menopausa: Anos _____ Irregular Regular

História de:

Diabetes Anemias
Hipertensão Alergias
Tuberculose Cirurgias
DST Ginecológicas
Varizes Drogadição
Infertilidade Outras

Observações: *pad. pa. da GDB em dia 12/06, 14/04, 20/04. todos positivos.*

ANTECEDENTES PERINATAIS

Nº Gest.	Reação Natim./Necroimn./Aborto	Tipo de Parto	Estado atual do Coração
G1			
G2			
G3			
G4			
G5			

CONSULTAS

Data	Peso	PA	Intercorrências-Orientações	Data	Peso	PA	Intercorrências-Orientações

PLANEJAMENTO FAMILIAR				PREVENTIVO DE CÂNCER			
CITOLOGIA				EXAME DE MAMA			
Data	Método	Data Início	Intercorrências-Orientações	Data	Resultado	Data	Resultado

ANEXOC

CARTÃO DO HOMEM

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PREFEITURA DE JUIZ DE FORA)

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
SECRETARIA DE SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

CARTÃO DO HOMEM

Unidade de Atenção Primária à Saúde: _____

Nome: _____

Nº Matrícula	Cartão SUS	Data de Nascimento ____/____/____
--------------	------------	--------------------------------------

Endereço: _____

Tel.: _____

Raça/Cor: Branco Negro Pardo Amarelo

Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Outro • Nº de Filhos Vivos: _____

Educação: Nenhuma 1º Grau 2º Grau Superior Completa Incompleta

AGENDAMENTO

Data	Tipo de Atendimento	Data	Tipo de Atendimento

LEVE SEU CARTÃO TODAS AS VEZES QUE FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE

História de: <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Infertilidade <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Câncer - Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Cirurgia - Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional - Tipo: _____ Data: ____/____/____						Antecedentes Familiares <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer/Tipo																																																											
Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Nº de Cigarros/Dia: _____) Medicação de Uso Contínuo: _____																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Data</th> <th style="width: 10%;">Local</th> <th style="width: 10%;">Peso</th> <th style="width: 10%;">PA</th> <th style="width: 10%;">IMC</th> <th style="width: 50%;">Intercorrências-orientações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Local	Peso	PA	IMC	Intercorrências-orientações																									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Data</th> <th style="width: 10%;">Local</th> <th style="width: 10%;">Peso</th> <th style="width: 10%;">PA</th> <th style="width: 10%;">IMC</th> <th style="width: 50%;">Intercorrências-orientações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Local	Peso	PA	IMC	Intercorrências-orientações																								
Data	Local	Peso	PA	IMC	Intercorrências-orientações																																																												
Data	Local	Peso	PA	IMC	Intercorrências-orientações																																																												
EXAMES (Prevenção do Câncer de Próstata e Outros Exames) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Exame</th> <th style="width: 50%;">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Exame	Resultado																IMUNIZAÇÃO/DATA DA ÚLTIMA DOSE <input type="checkbox"/> Trivial / _____ <input type="checkbox"/> Anti-tetânica / _____ <input type="checkbox"/> Influenza / _____ <input type="checkbox"/> Febre Amarela / _____ <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> Anti-hepatite B / _____																																												
Data	Exame	Resultado																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Exame</th> <th style="width: 50%;">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Exame	Resultado																Participação de Grupo de Direitos Reprodutivos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Data</th> <th style="width: 40%;">Método Escolhido</th> <th style="width: 45%;">Assinatura e Carimbo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Método Escolhido	Assinatura e Carimbo																																							
Data	Exame	Resultado																																																															
Data	Método Escolhido	Assinatura e Carimbo																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Exame</th> <th style="width: 50%;">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Data	Exame	Resultado																Vasectomia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Data: ____/____/____																																												
Data	Exame	Resultado																																																															

Distribuição de Preservativos

Data	Rubrica	Data	Rubrica
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	

Você sabia que de cada 3 (três) mortes de pessoas adultas, 2 (duas) são de homens?

E que os homens vivem 7 (sete) anos menos em média do que as mulheres?

Isso acontece porque os homens:

- Têm mais doenças do coração, cânceres, colesterol elevado, diabetes (muito açúcar no sangue), pressão alta, tendência à obesidade e não praticam atividade física com regularidade, entre outros problemas;
- Tem medo de descobrir doenças;
- Acham que nunca vão adoecer e por isso não se cuidam;
- Não procuram os serviços de saúde e não seguem os tratamentos recomendados;
- Estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho;
- Utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade;
- Estão envolvidos na maioria das situações de violência.

Muitas doenças poderiam ser evitadas se os homens procurassem os serviços de saúde, evitando a dor física, emocional e o sofrimento da família.

APÊNDICEA

MODELO DE ESQUEMA UTILIZADO SEGUNDO CRITÉRIOS DE SATURAÇÃO

ENTREVISTAS														Total de ocorrência		
Número das Entrevistas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Espaço para descrever os enunciados repetidos (x) e novos (X)	X		x		x		x		x	x		x		x	8	
		X	x	x	x	x				x	x	x	x		9	
				X												1
					X											1
								X								1
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	

Fonte: Dados da própria pesquisa. Critério de Saturação segundo a sistematização de Fontanella et al., 2011.

Legenda: Modelo de estrutura utilizada para seguir o critério de Saturação proposto por Fontanella et al.(2011). Ressalta-se que os números colocados representam só o esquema para melhor compreensão do que foi realizado pela pesquisadora. Destaca-se que foi empregada tal sistematização nas perguntas abertas, sendo que **X**(maiúsculo) representa um novo enunciado e **x**(minúsculo) representa um enunciado repetido. Ao lado, segue-se a frequência com que o enunciado **x** (casos repetidos) apareceu, e abaixo destaca-se a frequência com que o enunciado **X** (casos novos) apareceu.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO GRUPO EDUCATIVO:

Oferece conforto e privacidade ao usuário: Sim () Não ();

Ambiente silencioso: Sim () Não ();

Local fácil acesso: Sim () Não ()

Estrutura física:

Possui sanitários próximo: Sim () Não ();

Número de cadeiras atende a demanda: Sim () Não ()

Tem bebedouro: Sim () Não ();

Iluminado: Sim () Não ();

Ambiente arejado: Sim () Não ();

Condições físicas - Bom estado Sim () Não (); Se não, especifique:

Possui equipamento audiovisual: Sim () Não ();

Grupo educativo de direitos sexuais e reprodutivo:

Unidade: _____

Data: _____ Nº do encontro do grupo educativo: _____

Hora início: _____ Horário de término: _____

Profissão do responsável da atividade do dia

Número total de participantes: _____;

Número de mulheres: _____; Número de homens: _____

Tema:

Quais recursos materiais disponíveis para os grupo educativo de direito sexuais e reprodutivos na unidade:

O coordenador do grupo utiliza quais metodologias:

Como o coordenador dispõe as cadeiras (caso elas não sejam fixas):

O coordenador faz perguntas e deixa os participantes se expressarem:

Assuntos que surgiram durante o grupo:

É utilizada dinâmica/ qual e como:

APÊNDICE C

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DA ENTREVISTA DO/A USUÁRIO/A

Perfil do Entrevistado:

1 - Nº Entrevista:

2 - Idade:

3 - Homem () Mulher ()

4 - Escolaridade: Profissão:

5 - Orientação religiosa: Praticante: Sim () Não ()

6 - Orientação sexual:

7 - Situação conjugal: () Solteira(o) - () Idade () - () Casada(o) - () Divorciada(o) - () União estável () - Viúva(o) - () Separada(o) judicialmente. Outros:

Perguntas do itinerário reprodutivo:

1. O que entende saúde reprodutiva?

Idade da menarca:

2. Número de filhos vivos:

3. Gravidez foi planejada?

4. Hoje quer/pretende engravidar?

5. Alguma vez utilizou algum método para engravidar?

6. Você ou seu parceiro(a) em algum momento tiveram problemas para engravidar?

7. Aborto:

8. Qual método utiliza hoje?

9. O que as mulheres/ homens precisam para cuidar da sua saúde reprodutiva?

Perguntas itinerário sexual

1. O que entende por saúde sexual?

2. O que é Sexualidade para você?

3. Com que idade começou a namorar:

4. Idade do parceiro (a):

5. Idade do início da vida sexual:

6. Utilizou método?

7. Hoje você tem vida sexual ativa: Sim () Não ()

8. Sua vida sexual é prazerosa?

APÊNDICE C(Continuação)

9. Perguntas sobre o Grupo educativo

1. Antes do grupo educativo você já sabia sobre a existência do atendimento do planejamento reprodutivo na unidade?
2. Como ficou sabendo da realização deste grupo educativo em sua unidade? Agentes comunitários () - Cartaz na unidade () - Vizinha () - Enfermeira da Unidade de Saúde () - Escola () - Outras () - Familiar (), Se outras, especifique ?
3. O que te levou a participar do grupo educativo?
4. Já havia participado de um grupo educativo de direitos sexuais e reprodutivos antes? Sim () Não () - Se não, por quê? .
5. Seu parceiro ou sua parceira já participou deste grupo educativo?
6. Você vê necessidade de participar novamente de outro grupo educativo? Por quê?
7. Você tem alguma dificuldade para participar dos grupos educativos realizados na unidade de saúde? Se tem, qual?
8. Você sentiu falta de algo no grupo educativo? Se sim, de quê?
9. Aponte o tema que julga importante no grupo educativo. Este tema foi falado pelos profissionais?
10. Conseguiu sanar suas dúvidas, preocupações, e curiosidades sobre a saúde sexual e reprodutiva?
11. Depois do grupo educativo, optou por qual método? Por quê escolheu o mesmo?
12. O que o grupo educativo poderia oferecer para que você cuide melhor da sua saúde sexual? e da sua saúde reprodutiva?
13. Como você sai deste grupo?
14. Quer falar algo mais?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra (Sr.) está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: INTERFACE ENTRE ITINERÁRIOS REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES E AÇÕES DOS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”. Os objetivos deste estudo consistem em: Conhecer os itinerários reprodutivos de homens e mulheres e sua relação com o acesso a assistência sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde. Descrever as ações educativas de contracepção e concepção realizadas em Unidades da Estratégia Saúde da Família. Analisar os itinerários reprodutivos e a contribuição das ações educativas para o atendimento das necessidades de contracepção e concepção dos participantes dos grupos educativos. O motivo pelo qual escolhemos esse tema para estudar é devido à relevância das ações do grupo educativo de direitos sexuais e reprodutivos para promover a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulher. Para este estudo você será convidada(o) a participar da entrevista que será mediada por um roteiro semi-estruturado. Você tem o direito de não participar deste estudo. As entrevistas serão realizadas individualmente e gravadas mediante sua autorização, o material gravado ficará arquivado por um período de cinco anos pela pesquisadora responsável e todas as informações obtidas só serão divulgadas em publicações para fins científicos. Seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós, assim, fica garantido que em nenhum momento a Sra. ou o Sr. serão identificados (as). Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a entrevista como método de coleta de dados este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Sua entrevista ajudará na pesquisa, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. A Sra. ou o Sr. estará livre para esclarecer qualquer tipo de dúvida e/ou interromper sua participação sendo que sua recusa não acarretará qualquer penalidade. Para participar deste estudo a Sra. ou o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida à Sra. Esta pesquisa está sendo realizada em Juiz de Fora - MG. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Pós Graduação Mestrado Acadêmico de Enfermagem, sendo a aluna Carla Cárdi Nepomuceno a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Adriana Lemos Pereira. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha, através do contato pelo telefone 32-8436-2975, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Eu concordo em participar deste estudo. Assinatura: _____ Data: _____

_____. Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo. Assinatura (Pesquisador):

_____ Nome: _____ Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE E
DESCRIÇÃO DAS DINÂMICAS DO GRUPO EDUCATIVO DE
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS Nº 1

Nº do Grupo	1
Número de encontros	3 em dias consecutivos
Hora de início e término	Entre 14:05h e 14h10; Entre 16:10h e 16:20h.
Profissão do coordenador	Enfermeira e Assistente Social
Número total de participantes	1º Encontro 15 pessoas; 2º Encontro 12 ;3º Encontro 12
Número de mulheres	1º Encontro: 13 2º Encontro: 11 3º Encontro: 11
Número de homens	1º Encontro: 2 2º Encontro: 1 3º Encontro: 1
Disposição das cadeiras	Em círculo.
METODOLOGIAS/ DINÂMICAS	<p>Dinâmica do contrato Profissional fala sobre a confidencialidade, respeito da intimidade fazendo uma "espécie de contrato" com os participantes de que nada que foi falado dentro do grupo pode ser repassado, somente para questões de reprodução do conhecimento construído no encontro (participantes em silêncio).</p>
	<p>Definição dos Direitos Sexuais e Reprodutivos A assistente social neste momento ela distribui papeis para os participantes de modo aleatório (Os papeis eram do tamanho da folha de ofício, e a escrita nos mesmos foi feita de caneta hidrocor verde e azul, o escrito estava pequeno, assim dependendo do angulo de aproximação não era possível enxergar o havia escrito), onde está escrito em cada parte a definição de direitos sexuais e reprodutivos, assim, pede para que leiam, e a medida que vão lendo a mesma pega o papel repete a leitura reflete sobre as definições e coloca os papeis no centro do grupo, abordando que é um "Direito de planejar a família, ter acesso aos métodos e técnicas para ter ou não filhos".</p>
	<p>Desenhando Sistema reprodutor feminino e masculino/ Gertrudes e Gervásio: Os participantes são divididos em quatro grupos, onde irão desenhar ou escrever os nomes órgãos que compõem o sistema reprodutor feminino e outro o sistema reprodutor masculino dando o prazo de 10 minutos para conclusão da atividade. Depois cada um fala o nome dos órgãos, e a profissional utiliza dois bonecos de papel (Gertrudes, que representa a mulher, e Gervásio, o Homem) cujos órgãos reprodutores são montáveis, assim distribui para cada participante uma parte para que ele coloque no lugar a que ele mesmo pertence, assim a profissional pede para que ele fale o que sabe sobre tal órgão, e dessa forma orienta e dá explicações fisiológicas do mesmo.</p>
	<p>Avaliando com uma palavra o encontro</p>

	<p>Os participantes avaliam o encontro com uma palavra.</p> <p>Dinâmica da batata quente para falar dos métodos contraceptivos</p> <p>A enfermeira explica que será feito a dinâmica da batata quente, onde um saco com os métodos vai passar na roda e será cantando uma música e quando parar a mesma nas mãos de uma participante, esta deverá retirar um papel e falar sobre o que sabe sobre o método. Todos se levantam e a dinâmica começa as profissionais cantam a música "corre cutia", todos os métodos retirados as profissionais perguntam o que os usuários sabem e colocam o papel com o nome do método no chão, os usuários falam e participam uns falando dos métodos que os outros retiravam. Com o auxílio do álbum seriado o profissional esclarece dúvidas e explica sobre o uso do mesmo.</p>
	<p>Dinâmica do Baile das cores</p> <p>A Enfermeira pede para os participantes retirar uma ficha da sacola enquanto ela passa com a bandeja de biscoito oferecendo para os participantes, e pergunta se "todos já foram em baile?", participantes fazem acesso afirmativo com a cabeça e alguns ficam rindo, e a profissional explica sobre a dinâmica que será realizada, vetor depois pede para tocar a música e para os participantes danças e ir trocando de par (dá um tempo de dois minutos), depois pede para parar de tocar a música e os participantes voltam para o seus lugares (risos), pede para quem tiver com a ficha de cor vermelha que se levante e sente no canto superior do círculo e pergunta quem dançou com ela e faz a mesma coisa com quem pegou o papel azul e rosa, depois de separados os grupos a profissional revela que na brincadeira quem está com a com rosa está com uma IST, quem está com a cor azul usou preservativo e quem está com a vermelha está com HIV e quem está com a cor verde não usou, destaca que "dançar na brincadeira é ter relação sexual", e pede para os participantes refletirem sobre a quantidade de portadores, assim percebem que é maior do que quem utilizou preservativo, assim com a dinâmica buscaram explicar sobre a rápida propagação das IST/HIV.</p> <p>Dinâmica com perguntas sobre as IST</p> <p>A profissional começa outra dinâmica pedindo que tire o saco com papel explique o que neste terá uma pergunta e pede para que os participantes senta em dupla e discutem sobre o que está no papel e depois falem pra todo mundo. As perguntas são: " Como acontece as transmissões?", "quais são as DST que vocês conhecem ?", "quais são os sinais e sintomas da DST ?", como é o tratamento prevenção da DST"?</p>

APÊNDICE E (continuação)

DESCRIÇÃO DAS DINÂMICAS DO GRUPO EDUCATIVO DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS Nº 2

UNIDADE	GE 2
Número de encontros	3 Encontros realizados uma vez por semana, duração de 3 semanas.
Hora de início e término	14:00h às 15:30h,
Profissão do coordenador	Enfermeira
Número total de participantes	1º Encontro 8; 2º Encontro 6 ;3º Encontro 6
Número de mulheres	1º Encontro: 6; 2º Encontro: 5 3º Encontro: 5
Número de homens	1º Encontro: 2; 2º Encontro: 1 3º Encontro: 1
Disposição das cadeiras	Em círculo.
METODOLOGIAS/ DINÂMICAS	<p>Dinâmica do cochicho Em seguida, a profissional inicia a dinâmica do "cochicho" de apresentação do grupo, onde cada participante senta em dupla e se conhecem; posteriormente, um apresenta o outro ao restante do grupo. Assim se deu a apresentação de todos os participantes, os quais falam o nome, idade, situação conjugal, se já tinham filhos e qual método utiliza.</p>
	<p>Dinâmica do "contrato". A profissional solicita aos participantes que falem palavras que devem ter no contrato "para o grupo dá certo", no quadro negro há um papel pardo com o título de "Contrato", e nele a profissional escreve as palavras faladas pelos participantes (união, respeito, participação, diálogo, tirar dúvidas, um dos participante homem fala que deve divulgar e esclarecer para as pessoas sobre o que for falado no grupo, o mesmo explica que o divulgar é no sentido de orientação. Dando sequência a profissional fala sobre cada palavra e enfatiza a importância das mesmas, assim, pergunta se o horário está bom para os participantes, e alguns respondem que sim, o homem fala que deveria ser de manhã, a profissional fala que não pode que tem que ser a tarde, e enfatiza que para que os usuários recebam o cartão devem participar impreterivelmente de todos os três encontros.</p>
	<p>Conhecendo o corpo/ Anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores masculino e feminino A profissional entrega um papel em branco, para fazer a dinâmica introdutória do tema fisiologia e anatomia dos órgãos reprodutores masculinos e femininos e pede para as participantes desenhar o seu corpo (dinâmica como vocês se vêem). (Alguns participantes reclamam, mais realizam a dinâmica, momento de risos, e silêncio). Quando terminam de desenhar a profissional pede para que eles coloquem o papel do lado contrário no chão, posteriormente a todos colocarem seus papeis a profissional desvira um a um e comenta sobre os mesmos no sentido de ressaltar a anatomia corporal (participantes ficam rindo e comentando os desenhos). A profissional retira os desenhos do chão e pega os dois bonecos (Gertrudes e Gervázio), que representam uma mulher e um homem, com seus órgãos reprodutivos desvinculados do corpo, posteriormente entrega uma parte órgão sexual do homem para</p>

	<p>cada participante e pede para que montem no boneco, posteriormente faz o mesmo com o órgão sexual feminino. Ao final com os dois bonecos montados a profissional senta no chão perto dos bonecos e começa explicar a anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais, é explicado sobre como se dá a fecundação e menstruação através da dinâmica. Com a ajuda do álbum seriado a profissional mostra como ocorre a ovulação. Posterior a explanação pergunta se os participantes têm dúvidas,ninguém se manifesta. Um participante pergunta porquê que quando o clitóris é estimulado a mulher tem orgasmo, a profissional responde que este é o ponto G da mulher.</p> <p>O homem pergunta: "a mulher então tem três buracos", a profissional responde que sim e explica.</p> <p>A profissional finaliza falando sobre a importância do grupo para aquisição do método contraceptivo e prevenção das IST,um dos participantes fala que algumas meninas mais novas não participam muito, e que quem é mais velho fala mais. A profissional finaliza entregando um bilhete com anotação da data do próximo encontro e despede dos participantes.</p>
	<p>Dinâmica da batata quente: métodos contraceptivos</p> <p>O encontro tem início, com o tema métodos naturais e de barreira, para tal abordagem a profissional utiliza a dinâmica da "sacolinha", na qual o usuário retira um método da sacola e fala o que sabe sobre o mesmo.</p> <p>Com tal dinâmica e a ajuda dos álbum seriado, dos próprios métodos contraceptivos, a profissional explica sobre os métodos.</p>
	<p>Dinâmica da batata quente: métodos contraceptivos (continuação)</p>
	<p>Folder IST</p> <p>A profissional entrega uma cartilha com as fotos das doenças sexualmente transmissíveis para os participantes e pede que um participante comece a leitura da referida cartilha, e assim sucessivamente os participantes vão lendo sobre os sinais e sintomas e modo de contágio das doenças.</p>

APÊNDICE F

NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO POR UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO/ TEMAS ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS

TEMAS	Nº UR	Nº ENTREVISTAS	CATEGORIAS	TOTAL UR	%
Dificuldades de acesso a laqueadura mesmo já tendo participado da AE do PR.	5	3	LIMITAÇÕES NO CONTEXTO DO ITINERÁRIO SEXUAL E REPRODUTIVO E NA ATIVIDADE EDUCATIVA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	59	49%
Falta do método contraceptivo na unidade faz com que o usuário compre o mesmo.	3	3			
A não divulgação da AE do PR	18	11			
Adolescente não tem informação e acaba passado por situações de gravidez não planejada e pelo contágio de DST	5	2			
Participante relata já ter ciência de algumas informações apresentadas na AE do PR	5	2			
Horário e trabalho e atividades domésticas como empecilho na participação da AE do PR	12	8			
Participante diz que não participou na adolescência porque a mãe não levou e porque tinha vergonha.	1	1			
Tabu na família deixa adolescentes sem informação	1	1			
Problemas sociais refletem na	2	1			

vontade de cessar a fertilidade					
Participante da AE do PR reconhece a importância do preservativo mais diz não usar por questão de confiança na parceiro pela união estável duradoura.	3	3			
Acordo sobre o uso do método contraceptivo: mulher quer e o parceiro não	4	4			
Falta de interesse e pouca participação na AE do PR.	8	3			
A AE do PR ajudou saber como se prevenir e a se proteger e evitar as IST	6	3			
A AE do PR ajudou a conhecer o corpo o que contribui para o cuidado do mesmo	3	3			
A informação concedida na AE é contribui para o conhecimento dos métodos contraceptivos.	7	3			
Participante diz que a linguagem é importante para o entendimento das questões abordadas na AE no PR.	1	1			
A AE do PR ensina.	15	9			
A AE do PR passa / oferece	13	6			
			QUESTÕES QUE REVELAM COMO A AE DO PR COLABORA COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	61	51%

informação				
Ainda tem pessoas que não tem informação mesmo com a oferta das AE do PR	2	2		
A AE do PR orientar as pessoas	3	1		
A AE do PR explica, esclarece e sana dúvidas	11	6		
			Total	120 UR 100%