

Conhecimento, utilização e orientação sobre métodos contraceptivos com mulheres

Janaina Aparecida Tintori¹, Luciana Falcão da Cruz², Cristiane Paulin Simon³, Daniela Barsotti Santos⁴

Resumo

Este relato de experiência objetivou conhecer a utilização, as orientações e o nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos das mulheres atendidas pela equipe Estratégia Saúde da Família (ESF). A identificação das necessidades em saúde seguiu as etapas: levantamento de problemas de saúde da microrregião; sistematização das informações coletadas; discussão com docente e equipe de saúde; definição da questão de saúde a ser abordada; definição da população-alvo e metodologia de trabalho. Para isso, optou-se pela abordagem dialógica individual e pela técnica de exposição dialogada com apoio de materiais ilustrativos e educativos durante visitas familiares. Participaram das atividades 20 mulheres, que fizeram seus relatos sobre o uso de pílulas hormonais e de preservativo, mesmo com dificuldades e desconhecimento acerca da utilização eficaz de tais métodos. Ao final da experiência discente foi possível vislumbrar a necessidade de educação em saúde com foco na promoção da autonomia e na redução das desigualdades de gênero.

Palavras-chave

Planejamento Participativo. Anticoncepção. Saúde Reprodutiva. Educação sexual. Estratégia Saúde da Família.

1. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; enfermeira efetiva da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. E-mail: jana_tintori@yahoo.com.br.

2. Mestranda em Atenção à Saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais. E-mail: falcao.luciana@hotmail.com.

3. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo; professora associada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais. E-mail: crispaulin@yahoo.com.

4. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo; professora adjunta na Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul. E-mail: danibarsotti@yahoo.com.br.

Knowledge, use and guidance on women's contraceptive methods

Janaina Aparecida Tintori*, Luciana Falcão da Cruz**, Cristiane Paulin Simon***, Daniela Barsotti Santos****

Abstract

The aim of this experience report carried out by nursing students was to gain knowledge on women's use of contraceptive methods in order to provide guidance on them. The identification of the health needs consisted of the following steps: survey of the health problems in the micro-region; systematization of the information collected; discussions with professors and healthcare staff; definition of the health issues to be addressed, target population and work methodology. We opted for the individual dialogical approach through home visits. We used the dialogical exposure technique with the support of illustrative and educational materials. Twenty women participated. The use of hormone pills and condoms was reported, despite the difficulties and lack of knowledge observed on the effective use of such methods. The students' experience made us realize the need for health education, focusing on the promotion of autonomy and reduction of gender inequalities.

Keywords

Participative Planning. Contraception. Reproductive Health. Sex Education. Family Health Strategy.

* Specialist in Nursing and Obstetrics, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brazil; permanent nurse for the Secretary of Health of São Paulo, Brazil. E-mail: jana_tintori@yahoo.com.br.

** MSc student in Healthcare, Federal University of Triângulo Mineiro; Minas Gerais, Brazil. E-mail: falcao.luciana@hotmail.com.

*** PhD in Psychology, University of São Paulo; associate professor at Federal University of Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brazil. E-mail: crispaulin@yahoo.com.

**** Post-Doctorate in Community Health, University of São Paulo, São Paulo, Brazil; assistant professor, Federal University of Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil. E-mail: danibarsotti@yahoo.com.br.

Introdução

As políticas nacionais de saúde da mulher elaboradas nas primeiras décadas do século XX eram limitadas aos períodos de gravidez e parto. Essas políticas traduziam uma visão específica do contexto da mulher na sociedade, baseadas no papel de mãe, esposa e cuidadora do lar. Tal visão, baseada nas relações tradicionais de gênero, foi duramente questionada pelas teóricas do movimento feminista entre as décadas de 1960 e 1990. O lema “nosso corpo nos pertence” embasou o movimento feminista pela busca da autonomia e da liberdade das mulheres frente à concepção de família tradicional e às intervenções do Estado baseados no patriarcado (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; VILLELA; ARILHA, 2003).

A desconstrução da divisão do público e do privado, a desvinculação da sexualidade da reprodução e a desnaturalização da maternidade como dever permitiram a ampliação da discussão acerca da saúde da mulher concomitante ao desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos como a terceira geração dos direitos humanos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; VILLELA; ARILHA, 2003).

Os direitos sexuais e reprodutivos constituem direitos sociais e políticos de bem-estar social, segurança pessoal e liberdade política, que possibilitam a transformação democrática das sociedades com a redução das desigualdades sociais. Eles envolvem o poder de tomar decisões baseadas em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a disposição de recursos para que tais decisões sejam tomadas de forma segura. São compostos por quatro componentes: o primeiro trata-se da integridade corporal que abarca a identidade pessoal (self) e o exercício da cidadania com o controle sobre o próprio corpo; o segundo componente refere-se à autonomia pessoal, no sentido de respeito à

decisão das mulheres; o terceiro componente diz respeito à igualdade social entre homens e mulheres; e o último elemento refere-se à aceitação da diversidade sexual (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; VILLELA; ARILHA, 2003).

Em 1983, o Ministério da Saúde, pautado por diretrizes políticas e filosóficas, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propunha ações educativas, preventivas, de tratamento de doenças e recuperação, ao ressaltar a saúde da mulher como um todo pela abrangência de orientação e planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e até rastreamentos de câncer de mama e de colo do útero e Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/Aids (BRASIL, 2013). O PAISM incorporou os princípios da reforma sanitária de descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção primária com valorização da participação social, que permearam o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e a livre escolha da contracepção é uma ação preconizada pelo Ministério da Saúde desde 1984, garantindo às mulheres e aos homens um direito básico da cidadania, previsto na Constituição Brasileira (BRASIL, 2013). No entanto, o PAISM gerava discussões que enfatizavam o controle da taxa de natalidade devido à marcante explosão demográfica observada nas décadas anteriores em detrimento da visão integral da saúde da mulher.

Esse modelo perdurou até 2003, ano em que teve início a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher com o objetivo de melhorar a assistência baseada no PAISM, evidenciando o que deveria ser modificado de acordo com avanços e retrocessos do programa anterior (BRASIL, 2013). Em maio de 2004, o Ministério da Saúde deu início a tal política e, em julho de 2005, foram operacionalizadas as

ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias do SUS (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a orientação em concepção e contracepção deve ser realizada a partir do paradigma dos direitos sexuais e reprodutivos adotados pelo Brasil, por meio dos planos nacionais supracitados e, como tal, devem ser reafirmados por meio do exercício cotidiano nas relações entre o Estado, movimentos sociais e serviços de saúde (BRASIL, 2013).

É importante que homens e mulheres tenham acesso aos diferentes tipos de métodos contraceptivos considerados seguros, eficazes, aceitáveis e acessíveis, bem como ao conhecimento sobre cada um deles. A capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária é primordial para oferecer à população informações adequadas que garantam o direito de decisão sobre sua vida reprodutiva. Para isso, o médico e o enfermeiro da ESF precisam conhecer a realidade de cada usuária, criar vínculos e indicar um método que melhor se enquadre às necessidades dessa mulher. Todo e qualquer contato da mulher com o serviço de saúde deve ser valorizado a fim de acolhê-la individualmente e de modo centrado para promover a educação em saúde, proteção e recuperação de sua saúde. As consultas subsequentes e as visitas domiciliares objetivam o atendimento contínuo e ativo, identificando e tratando as possíveis intercorrências (SANTOS; VIEIRA, 2008).

Ressalta-se a importância da educação em saúde para toda a população feminina a fim de que as mulheres tenham mais condições para desenvolver sua autonomia no processo de escolha do melhor momento para a maternidade. Tal medida é importante também para as mulheres que já possuem filhos, em especial, as menos favorecidas economicamente, já que o grau de conhecimento e de acesso sobre as políticas, os serviços e os métodos contraceptivos pode estar intimamente relacionado à

desigualdade social (PENAFORTE et al., 2010).

Para atingir os objetivos, devem ser utilizadas estratégias individuais ou grupais de promoção da saúde que permitam a essas mulheres se adaptarem ao método contraceptivo de sua escolha, reconhecendo as vantagens e desvantagens do seu uso e reforçando o direito de terem ou não filhos (ALBUQUERQUE; VILLELA, 2011).

Neste texto, é descrita a experiência de duas alunas de graduação durante a realização das atividades práticas da disciplina Saúde e Sociedade, oferecida pelo curso de Enfermagem de uma universidade pública da região do Triângulo Mineiro, com o objetivo de elucidar o nível de conhecimento e de utilização dos métodos contraceptivos da população feminina adstrita a uma equipe da ESF, bem como realizar orientações sobre os métodos contraceptivos.

Desenvolvimento

As atividades foram realizadas junto a uma equipe da Estratégia Saúde da Família de um município próximo à universidade, com população de 8.089 habitantes, segundo o Censo 2010 (IBGE, 2012), dos quais, 93,75% residem na área urbana e 6,25% na área rural, sendo que o número referente ao perímetro urbano tem um acréscimo de até 40% no período de safra, pois a principal atividade econômica do município é a monocultura de cana-de-açúcar (DELTA, 2012).

O município tem se organizado socialmente em função da Usina instalada na cidade, principal geradora de empregos para a população. Além disso, a cidade conta com pequenos comércios distribuídos em mercearias, bares, lojas de roupas e de calçados, móveis e eletrodomésticos.

Parte da população (34%) é composta por migrantes da região norte e nordeste do país, o que tem gerado uma demanda maior por mais serviços de saúde, visto que, inicialmente, segundo relatos de moradores e profissionais de

saúde da cidade, os homens migravam sozinhos para o corte da cana, deixando as famílias em suas cidades de origem e para lá retornando após a safra. Entretanto, ao encontrarem melhores condições de vida, relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, à educação e aos bens de consumo, eles começaram a trazer suas famílias para residirem na cidade (IBGE, 2012).

A primeira etapa das atividades práticas da disciplina consistiu na distribuição das alunas em duplas que realizariam as atividades acompanhadas de duas agentes comunitárias de saúde (ACS), distribuindo-as por microrregiões atendidas pela Unidade de Saúde da Família (USF) do município. As atividades foram realizadas no período de abril a junho de 2008, uma vez por semana, com duração de três horas por dia e totalizando a carga horária de setenta e cinco horas.

O método adotado para identificação das necessidades, previsto no planejamento estratégico, seguiu as etapas descritas a seguir:

- a. Levantamento dos principais problemas de saúde da microrregião: realizado pelas alunas responsáveis por cada microrregião por meio dos dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e entrevistas realizadas com a enfermeira responsável pela equipe da ESF da região e com as ACS;
- b. Sistematização das informações: nesta etapa, as alunas organizaram os dados obtidos por meio de um relatório contendo reflexões sobre as informações e indicação dos temas para trabalhar com a população;
- c. Apresentação de relatório e discussão com a docente e a equipe de saúde;
- d. Definição da questão de saúde a ser abordada: neste manuscrito relata-

se a experiência de uma dupla de acadêmicas que teve como tema a contracepção. A indicação deste tema foi baseada na população feminina em idade fértil com número elevado de filhos. Entretanto, essa posição não foi compartilhada pelas agentes comunitárias de saúde com o argumento de que por mais que as acadêmicas considerassem a contracepção um tema relevante, ele já havia se esgotado durante as orientações repassadas pelas agentes nas visitas domiciliares. Tal afirmativa foi questionada pela enfermeira ao relatar que continuamente recebia mulheres na Unidade ou, então, em suas visitas domiciliares, relatando ou a não utilização de métodos contraceptivos ou seu uso inadequado. As agentes contra argumentaram que a ausência ou o uso inadequado dos métodos estavam relacionados ao desinteresse das próprias mulheres e não ao acesso às informações e aos métodos contraceptivos.

e. Definição da população-alvo e da metodologia de trabalho para abordagem do tema: as equipes de saúde e as acadêmicas decidiram por identificar e priorizar as mulheres que seriam alvo dessas ações, ou seja, aquelas que tinham muitos filhos e em que a primeira gestação aconteceu na adolescência, totalizando vinte mulheres. As acadêmicas elaboraram uma entrevista, como instrumento facilitador, com roteiro semiestruturado a fim de identificar o nível de informação e conhecimento sobre métodos contraceptivos. O roteiro abordou dados pessoais, socioeconômicos, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, DST/Aids e questionou às entrevistadas se elas já haviam feito alguma consulta ginecológica.

Para orientação das mulheres discutiu-se com a equipe de saúde a proposta de trabalho a partir da abordagem dialógica, que se fundamenta em uma perspectiva da construção da autonomia afetiva do indivíduo para que ele seja capaz de realizar escolhas conscientes e refletidas. Baseia-se na integração teoria-prática, momento em que discentes e docentes desenvolvem suas capacidades. A teoria passa a ter consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais, favorecendo a construção de novos saberes, a qualificação das ações e a emancipação do indivíduo para seu processo de crescimento e reflexão bem como a população-alvo da intervenção (LIMA, 2005).

Como técnica básica foi adotada a exposição dialogada associada à utilização de materiais ilustrativos e educativos, como imagens do corpo anatômico encontradas em livros didáticos, panfletos explicativos do Ministério da Saúde e apresentação dos métodos contraceptivos, como caixa de pílulas, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU) e preservativo masculino e feminino para que as mulheres pudessem manuseá-los.

A equipe discente também fez um trabalho de reconhecimento do território a partir de observações em campo durante as visitas domiciliares iniciais e da área adstrita à Unidade de Saúde da Família, além do levantamento de informações sobre o município na página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e em conversas com a população, funcionários da ESF e ACS.

Participaram da atividade vinte mulheres, a maioria migrante do norte e nordeste do país, que, para acompanhar seus cônjuges ou familiares trabalhadores nas safras de cana-de-açúcar, mudaram para o município. A idade média das integrantes foi de 25 anos, sendo que a mais nova tinha 14 anos e a mais velha, 43; 15 mulheres moravam com seu companheiro; 15 das entrevistadas cuidavam da casa e da família (composta, em média, por 5,3 pessoas); 2 tinham renda mensal de 2 a 5 salários; 13 tinham renda

mensal familiar de um a dois salários e 5 relataram renda mensal inferior a um salário mínimo.

Quanto à escolaridade, 12 mulheres havia concluído o ensino fundamental e 7, o ensino médio. Nenhuma relatou ter cursado ensino superior e uma delas respondeu não ser alfabetizada. O número de filhos variou de um a oito por mulher. Todas as mulheres declararam-se heterossexuais.

Cada visita durou aproximadamente trinta minutos, dependendo da necessidade de esclarecimento de cada mulher. A primeira abordagem era realizada pela ACS, que apresentava as acadêmicas e a instituição da qual elas faziam parte, e somente após a autorização da moradora, as alunas iniciavam a entrevista.

Com o desenvolvimento da entrevista, as ACS aguardavam em silêncio e faziam comentários quando consideravam pertinentes, ou seja, solicitando mais detalhes quanto ao modo de uso da pílula anticoncepcional e tirando suas próprias dúvidas com as acadêmicas, perguntando, por exemplo, se a pílula deveria ser tomada sempre no mesmo horário, o que fazer em caso de esquecimento, como proceder no intervalo entre as cartelas, tornando assim, a abordagem mais dinâmica e interativa.

É interessante observar que as ACS ao solicitarem esclarecimentos sobre os métodos facilitavam o contato das alunas com as mulheres e também resolviam suas próprias dúvidas. Em certa ocasião, uma das ACS solicitou às discentes que fossem até a sua residência para conversar com a filha sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Essa ACS relatou sentir insegurança para abordar o assunto, pois lhe faltavam informações. Talvez a resistência inicial das ACS para continuar o trabalho sobre planejamento familiar estivesse relacionada à insegurança delas devido ao pouco conhecimento na área, bem como ao desconforto em assumir tal desconhecimento.

Conforme o encontro se desenvolvia, caso as acadêmicas notassem a necessidade de esclarecimento, a entrevista era interrompida

e as dúvidas eram sanadas. Para certificarem-se de que as mulheres haviam compreendido as explicações, era pedido a elas um *feedback* do contexto, ou seja, as acadêmicas pediam as mulheres para explicar como elas faziam o uso do método contraceptivo e a orientação era encerrada.

Em relação ao conhecimento sobre métodos contraceptivos, as alunas perceberam que todas as 20 mulheres conheciam o preservativo masculino e a pílula e 4 delas relataram conhecer o DIU e a laqueadura. Em relação ao uso dos métodos contraceptivos, todas relataram terem usado contraceptivos orais alguma vez na vida; 5 mulheres afirmaram não usar preservativos com os parceiros atuais; uma relatou ter sido submetida a laqueadura; uma relatou utilizar o DIU e 2 mulheres afirmaram não utilizar nenhum contraceptivo. Ademais, 7 mulheres referiram-se ao uso inadequado de contraceptivos orais, o que reforçou a necessidade de contínuo esclarecimento sobre eles.

As dúvidas e os equívocos mais comuns relatados pelas mulheres foram sobre o uso da pílula, com destaque para o esquecimento de um ou mais dias sequenciados ou alternados e o intervalo inadequado de cartelas. Uma das entrevistadas relatou fazer uso da pílula somente antes das relações sexuais, enquanto outra tomava apenas quando se lembrava. Em outro caso, uma mulher relatou que o parceiro não aceitava o uso do preservativo caso ela se esquecesse de tomar o contraceptivo oral.

Os esclarecimentos eram realizados de acordo com as dúvidas de cada uma, informando que o uso da pílula deveria ser diário, contínuo, no mesmo horário e fazendo uma pausa entre uma cartela e outra conforme a bula da medicação. Foram orientadas quanto ao uso concomitante de preservativo masculino, pois somente este método evitaria o contágio de DST/Aids, sobre esse tema, 18 mulheres do grupo apresentaram dúvidas e 2 relataram ter

adquirido alguma DST em algum período na vida, dado este que pode ter sido subestimado devido ao desconhecimento das DST.

A contracepção foi relatada como sendo de inteira responsabilidade das próprias mulheres e a maioria delas souberam apenas nomear os tipos de métodos contraceptivos, não demonstrando conhecimento sobre o modo de funcionamento, vantagens e desvantagens de cada um. As mulheres participantes desta experiência expressaram o interesse em receber orientações e sugeriram o envolvimento dos homens na tomada de decisão sobre a saúde reprodutiva do casal. A inclusão do parceiro nas consultas de planejamento familiar ou em atividades relacionadas contribui para que a responsabilidade da contracepção seja compartilhada (PENAFORTE et al., 2010).

Discussão

O planejamento reprodutivo configura-se ainda como um desafio aos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito às mulheres de camadas sociais populares, com poucos anos de escolaridade e pouco ou nenhum espaço para compartilharem suas dúvidas e anseios em um contexto cultural pautado pelas desigualdades de gênero, como o é marcante nas regiões norte e nordeste brasileiras, origem das participantes desta experiência (PETCHESKY, 1999).

Em um estudo comparativo sobre as mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos entre Brasil e Colômbia, foi observado que o Brasil possui algumas características de escolha do método de acordo com a região. A laqueadura, seguida pelos hormônios orais e injetáveis, por exemplo, é o método mais utilizado nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, justamente as menos desenvolvidas do país. No sul e sudeste, a situação se inverte: os métodos mais utilizados são os hormonais orais ou injetáveis, seguidos

pela laqueadura. Em terceiro lugar, para todas as regiões, está o preservativo masculino (AMORIN; CAVENAGHI; ALVES, 2008).

Considerando que as mulheres participantes desta atividade eram migrantes da região norte e nordeste, seria de se esperar que relatasse experiências mais próximas à utilização de laqueaduras do que de métodos hormonais, tais como as pílulas anticoncepcionais. Vale a pena destacar que estudos quantitativos, apesar da sua evidente importância como orientadores de ações públicas, não podem ser simplificados e diretamente aplicados aos casos individuais. Nesse caso, seria mais profícuo questionar não o motivo pelo qual essas mulheres não apresentam as mesmas características das participantes daquele estudo, mas sim o que esses casos podem nos ilustrar com relação às relações de gênero e ao empoderamento das mulheres frente aos seus direitos sexuais e reprodutivos que incluem tanto a escolha pelo momento e as condições da gestação quanto a vivência da sexualidade.

Nos contextos sociais em que as desigualdades de gênero são mais acentuadas, a vivência da sexualidade tende a estar mais articulada com a reprodução biológica do que com o prazer, visto que as relações de dominação (dos homens sobre as mulheres) quase nunca ou pouco são questionadas, situando as mulheres, prioritariamente, na posição de reprodutoras biológicas, pouco lhes permitindo a vivência do prazer sexual – talvez por isso a maior utilização da laqueadura, que controla a capacidade fértil da mulher com remotas possibilidades de reversão, quando a vasectomia masculina é muito mais simples de ser realizada e mais fácil de ser revertida –, fazendo com que a intervenção externa no corpo da mulher possa ser percebida como estratégia de manutenção da dominação (PETCHESKY, 1999).

Em contextos sociais nos quais as relações de gênero são menos desiguais (devido ao acesso das mulheres à educação e ao mercado

de trabalho), as mulheres têm maior controle sobre a reprodução e suas possibilidades de fertilidade, assim como vivenciam com mais qualidade o prazer sem a necessidade de utilizar métodos que causam infertilidade – por isso mesmo se faz mais uso das pílulas individuais (ato escolhido e decidido individualmente) e menos dos preservativos masculinos, já que isso requer alterações nas relações reais e simbólicas de dominação (PETCHESKY, 1999).

As relações desiguais de gênero fazem com que a mulher se torne a única responsável pela contracepção e dificultam a negociação pelo uso do preservativo na cena de prevenção de DST/Aids. O conhecimento da população jovem sobre as formas de infecção pelo HIV é alto, contudo o uso rotineiro de preservativo em jovens com parceiro fixo ou parceiro eventual teve uma queda nesta pesquisa, fazendo com que, no Brasil, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV nesta população apresente tendência de aumento (BRASIL, 2011).

A experiência das acadêmicas ressalta a necessidade de se promover reflexões quanto ao planejamento reprodutivo e fomentar incentivos tanto com respeito à educação sexual destinada à população sexualmente ativa de forma preventiva à gravidez não desejada quanto ao estímulo do uso do preservativo como barreira para contaminação por DST/Aids.

É importante atentar-se para a gama de opções de métodos contraceptivos e à maneira como o sistema de saúde se organiza em sua disponibilização. Deve-se ressaltar que os métodos permanentes devem ser elucidados à população, principalmente a uma parte dela que é menos instruída, para que não se atenham somente às vantagens e não se esqueçam de que se trata de um processo cirúrgico irreversível que pode ocasionar em arrependimento (AMORIN; CAVENAGHI; ALVES 2008).

Além disso, torna-se necessário desenvolver a competência cultural para o trabalho com diferentes grupos e entender suas relações na

comunidade, as tensões e as potencialidades. É preciso compreender e analisar os determinantes sociais para atuar na redução de inequidades.

A perspectiva feminista que permeia as ações educativas para a promoção da saúde sexual na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos objetiva fortalecer a autoestima a partir do empoderamento pessoal e coletivo das mulheres. Empoderada, cada mulher pode satisfazer suas próprias necessidades e ser capaz de defender seus interesses, promovendo seu sentido de vida, suas liberdades e seus prazeres (LAGARDE Y DE LOS RIOS, 2000).

Considerações finais

Esta experiência, apesar dos limites de tempo inerentes ao curso da disciplina, possibilitou identificar algumas questões importantes sobre contracepção no contexto da atenção primária à saúde, especialmente por meio da ESF.

Conforme exposto pela enfermeira da ESF, as informações sobre métodos contraceptivos devem ser trabalhadas continuamente, não se restringindo a ações esporádicas. A educação permanente nos serviços de saúde deve ser incorporada como uma estratégia de atualização sobre as novas políticas públicas e as novas metodologias de educação em saúde, comprometidas com os novos arranjos familiares e com as singularidades do território adscrito à equipe da ESF e que reconheça os determinantes sociais da saúde.

Espera-se, com isso, que se construa um espaço para que a equipe de saúde reflita sobre o seu fazer e sobre os limites do modelo biomédico na atenção à saúde, com o objetivo de potencializar a equipe na busca pela equidade em saúde.

Do contrário, encontramos, como nesta experiência, uma forte tendência por parte da equipe de saúde em trabalhar as orientações sobre métodos contraceptivos a partir de uma abordagem de educação em saúde tradicional,

fundamentada no modelo biomédico, que se restringe a transmitir informações e que desconsidera as relações de gênero e as questões socioculturais na construção das práticas de saúde. Além disso, os profissionais da saúde consideram que não deve ser dado às mulheres o direito de escolher entre ter ou não filhos e quantos terão, além de reforçarem uma ideia de idade mais adequada para a primeira gestação.

A falta de informação não se refere apenas às mulheres da comunidade, mas às ACS, que têm trabalhado o tema sem nenhum suporte da equipe, devido à ausência de formação em serviço. Para Moura e Sousa (2002), além do médico e da enfermeira, as autoras propõem que o auxiliar de enfermagem, o ACS e os próprios usuários sejam inclusos no processo de educação em saúde reprodutiva e que, portanto, sejam capacitados por meio da educação continuada para garantir a competência e a segurança necessárias para a orientação da população.

A contracepção não se resume à entrega de contraceptivos e às orientações sobre eles com as mulheres, deve envolver também o homem e discutir questões sobre as relações de gênero e as condições afetivas, econômicas e sociais do casal para que este tenha informações que subsidiem as reflexões necessárias na tomada de decisão sobre como desejam se constituir enquanto família.

A abordagem individual junto às mulheres e ao casal, em um primeiro momento, pode ser utilizada como uma estratégia de aproximação e com uma abordagem selecionada pelo próprio casal, que deve ter a possibilidade de escolher de que maneira se sente mais à vontade para discutir as questões relacionadas à constituição de sua família. Desse modo, outras formas devem ser apresentadas, como a de encontros grupais.

Os temas relacionados à saúde reprodutiva podem e devem ser trabalhados por meio de diferentes recursos metodológicos e didáticos, como foi o caso, neste relato, da utilização de imagens de livros,

material visual do Ministério da Saúde e apresentação dos métodos contraceptivos.

Esta experiência proporcionou às acadêmicas uma reflexão ampla sobre o tema em questão sob a perspectiva de sua complexidade e, principalmente, sobre o papel que o profissional deve exercer, neste contexto, na formação dos profissionais em serviço, independente de qual seja sua formação, nas estratégias mais adequadas de aproximação da comunidade, na importância das relações de gênero, na inclusão da diversidade sexual, nas práticas culturais no contexto da saúde e, especificamente, na atenção primária à saúde.

A experiência relatada neste trabalho evidencia que as alunas identificaram métodos para a realização do planejamento estratégico participativo em ações de promoção de saúde na ESF, mesmo que adequações fossem realizadas em virtude do tempo limitado da disciplina. Nesse processo, as graduandas em Enfermagem tiveram acesso aos sistemas de informação em saúde, fichas de cadastro, reuniões de equipe, e,

principalmente, desenvolveram competências necessárias para a formação profissional em saúde ao entrarem em contato com a população local. Essa aproximação permitiu a elas identificarem os aspectos culturais que influenciam em tomadas individuais de decisão e analisar como tais contextos podem interferir no planejamento reprodutivo.

Por fim, pôde-se perceber a necessidade de uma atuação contínua em educação em saúde e a proposição de espaços de reflexão que estimulem o empoderamento de mulheres e homens na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e na vivência positiva da sexualidade com a redução das desigualdades de gênero.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Prof. Dr. Rafael De Tílio do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelas críticas e sugestões ao trabalho.

Referências

ALBUQUERQUE, G.; VILLELA, W. V. Uso do preservativo feminino como método contraceptivo: experiências de mulheres em uma unidade básica de saúde no município de Juazeiro do Norte-CE. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 185-196, maio 2011.

AMORIM, F. A.; CAVENAGHI, S. M.; ALVES, J. E. D. Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial atenção à esterilização voluntária. In: WONG, L. L. R. (Org.). **Población y salud sexual y reproductiva en América Latina**. Rio de Janeiro: ALAP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**, Brasília, ano VIII, n. 1, jan-jun. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2013.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p.147-177, 1996.

DELTA. Prefeitura Municipal de Delta. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.delta.mg.gov/>>

historia.html>. Acesso em: 8 mar. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

LAGARDE Y DE LOS RIOS, M. Autoestima y gênero. In: _____. **Claves feministas para la autoestima de las mujeres**. México: Editora Horas y Horas (Colección Cuadernos Inacabados, 39).

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R.A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

PENAFORTE, M. et al. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, p. 125-126, mar. 2010.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades, poder. São Paulo: Editora 34; Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1999.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 589-601, jul./set. 2008.

VILELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.) **Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

Submetido em 21 de setembro de 2015.

Aprovado em 16 de novembro de 2015.