

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA FERNANDES MAIA GUIMARÃES

**ATENDIMENTO COLETIVO DE MULHERES: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

Salvador

2017

AMANDA FERNANDES MAIA GUIMARÃES

**ATENDIMENTO COLETIVO DE MULHERES: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

TCR apresentado ao Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mylena Caroso Melhem

Salvador

2017

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	04
1.1 JUSTIFICATIVA	05
1.2 OBJETIVO GERAL	05
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	06
2.1 AVANÇO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL	06
2.2 ABORDAGEM DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA	08
<b>3 METODOLOGIA</b>	09
3.1 TIPO DE ESTUDO	09
3.2 LOCAL DO ESTUDO	09
3.3 TÉCNICA DA COLETA DE DADOS	10
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	10
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	11
4.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS ATENDIMENTOS COLETIVOS	11
4.2 TEMÁTICAS ABORDADAS	
<b>5 CONCLUSÃO</b>	13
<b>REFERÊNCIAS</b>	14
	16

GUIMARÃES, Amanda Fernandes Maia. Atendimento Coletivo de Mulheres: um relato de experiência. Artigo (especialização em Saúde da Família) - Fundação Estatal Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência da implantação e implementação de um atendimento coletivo de mulheres que realizam Planejamento Reprodutivo em uma Unidade de Saúde da Família no município de Camaçari-BA e compreender os avanços dos direitos reprodutivos no Brasil. Foram realizados 7 atendimentos coletivos de mulheres. O trabalho foi embasado pelas recomendações do Ministério da Saúde. Concluímos que o compartilhamento de informações em grupo tornou o ambiente mais descontraído e permitiu a troca de conhecimento entre as usuárias, tornando mais fácil a compreensão, além disso, possibilitou desconstruir mitos acerca dos métodos anticoncepcionais, ampliou a visão sobre a quantidade de métodos disponíveis no Sistema Único de Saúde, incluindo o preservativo como uma opção viável, melhorou a auto-estima das mulheres e proporcionou aos profissionais de saúde mais segurança para realizar atividades educativas diversas.

**Palavras-chave:** Planejamento Reprodutivo, Atendimento Coletivo, Unidade de Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

É possível encontrar diversos conceitos para o termo Planejamento Reprodutivo, pois as suas práticas derivam das crenças e valores da sociedade e das políticas de Estado, não sendo exercido de igual forma por todas as mulheres e homens (COELHO, 2005). Ademais, existe outra expressão com sentido parecido e menos abrangente: planejamento familiar, em desuso, pois pode existir ou não o desejo de se constituir família. De acordo com a Lei nº 9263, “planejamento familiar é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantem à mulher, ao homem ou ao casal, direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole”, sendo um direito de todo cidadão (BRASIL, 1996).

Tradicionalmente, o planejamento reprodutivo tem sido pautado no modelo hegemônico de fazer saúde, o biomédico: caracterizado pelo foco na situação de saúde na dimensão biológica e no processo saúde-doença, com excesso de intervenções e procedimentos. Esse modelo resulta em um planejamento reprodutivo restrito a prescrição do contraceptivo e realização de exames, sendo por sua vez, carente de orientações sobre educação sexual e reprodutiva. Tal modelo têm se mostrado ineficaz, até mesmo para a anticoncepção, haja vista o alto índice de gestações não planejadas.

Estudos realizados no Brasil verificaram que a quantidade de gestações não planejadas varia de acordo com regiões específicas do país e apresentam maior prevalência em regiões com uma vulnerabilidade social maior. Uma pesquisa realizada no ano de 2012 em Salvador (Bahia) com 191 gestantes verificou a prevalência de 66,5% de gestações não planejadas (COELHO et al., 2012). Outra pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2011 com 2557 gestantes, evidenciou a ocorrência de gestações não planejadas em 65% das parturientes (MOURA; PEDROSO, 2007).

Durante experiência vivenciada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi possível perceber que a atuação da equipe multiprofissional no planejamento reprodutivo se limita a prescrever contraceptivos e dar orientações superficiais; e esta prescrição e contato com a usuária ainda ocorre devido a exigência da receita para garantir o contraceptivo do Sistema Único de Saúde sem ônus. Associado a essa questão, existe uma grande demanda de usuárias no território para assistir e constantemente a equipe não tem disponibilidade para atender a todas individualmente.

As recomendações do Ministério da Saúde apontam a necessidade de se realizar ações educativas que façam uso de metodologias participativas com abordagens pedagógicas centradas no sujeito e que a escolha do método contraceptivo seja livre e informada. A relação entre os profissionais de saúde e as pessoas devem ser desenvolvidas com empatia, favorecendo a criação de vínculos e corresponsabilidade.

As ações educativas podem ser realizadas em um coletivo, e, a depender de cada situação, é possível ofertar coletivamente o que se faz de forma individual nas consultas. Com isso, o atendimento em grupo ou coletivo se mostra como uma alternativa de cuidado a ser realizada no Programa Saúde da Família pois é onde se realiza ambas as funções: as consultas de planejamento reprodutivo e ações de educação em saúde.

O atendimento coletivo se caracteriza por ofertar cuidados em um grupo que apresentam demandas semelhantes, possibilitando a troca de experiências, vivências, conhecimentos e atitudes entre as participantes e apresenta metodologias participativas mais atrativas.

Pensando nessas questões, foi discutido e planejado um atendimento coletivo de mulheres, com o objetivo principal de promover saúde sexual e reprodutiva para auxiliá-las a lidar de forma saudável e responsável com a sexualidade, incentivando-as a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Este relato de experiência se justifica pela necessidade de estimular profissionais de saúde da família a refletir sobre as suas práticas assistenciais voltadas para o Planejamento Reprodutivo, mostrando que é possível realizar atendimentos coletivos, aliando a consulta de planejamento reprodutivo às ações educativas.

## 1.2 OBJETIVO GERAL:

Relatar a experiência da implantação e implementação de um atendimento coletivo de mulheres que realizam planejamento reprodutivo na Unidade de Saúde da Família e compreender os avanços dos direitos reprodutivos no Brasil.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 AVANÇOS DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL

Os direitos reprodutivos avançaram muito no Brasil desde a década de 50, onde iniciou um período de transição demográfica. Nessa época contávamos com um governo natalista que tinha a intenção de ocupar “vazios demográficos” devido a preocupações militares. Com isso, as taxas de natalidade eram altas e tínhamos baixas taxas de mortalidade, o que levou a um grande crescimento populacional (MOURA; SILVA, 2004; BRASIL, 2010).

O modelo de desenvolvimento social e econômico da época propiciou uma distribuição de renda altamente concentradora. E com o passar dos anos, o governo começou a associar o aumento da miséria ao elevado crescimento populacional (BRASIL, 2010).

A partir daí, devido ao empobrecimento da população, tornou-se necessário reduzir a prole tanto pelo alto custo em prover os filhos, como pela necessidade de participação da mulher no mercado de trabalho. Nesta mesma época as pílulas contraceptivas foram introduzidas no mercado. Consequentemente houve redução do crescimento populacional e diminuição das taxas de fecundidade total (IBGE, 1995, 1996).

Em 1965 foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, uma instituição privada, idealizada por médicos que tinham o objetivo de estimular a redução de filhos e propagar métodos contraceptivos e era apoiada por instituições internacionais que financiavam as clínicas de controle de natalidade. Alguns autores relatam que o planejamento familiar realizado nesta época contava com um Estado autoritário e com programas verticais que não correspondia as necessidades das mulheres. Esses programas eram respaldados pela hegemonia biomédica representada pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, que reforçavam o lugar social da mulher, como mãe e doméstica responsável pela criação e educação dos filhos, construindo as representações sobre o corpo feminino (MOURA; SILVA, 2004; BRASIL, 2013; MOURA; PEDROSO, 2007).

Os movimentos de mulheres, dentre eles o feminista, tiveram um papel primordial na busca dos direitos reprodutivos no Brasil. Nos anos 60 e 70, as feministas eram representadas por mulheres de classes média, geralmente vinculadas a partidos de esquerda, que influenciavam e foram influenciadas pelas demandas das camadas populares no que se refere a

mudanças no comportamento sexual e nos padrões de reprodução (SARTI, 1988). Após o período da ditadura, onde muitas foram exiladas, membros desse movimento retornaram ao país trazendo a vivência do exterior, com o feminismo radical, em países como França, Itália, Alemanha e Suécia. Após o retorno, as feministas divulgaram que “nas campanhas anti-natalistas e natalistas o corpo da mulher foi considerado patrimônio social acima de seus direitos e da sua individualidade” (MOURA; PEDROSO, 2007).

As políticas nacionais de saúde anteriores a década de 70 eram duramente criticadas pelo movimento feminista brasileiro devido a sua perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, abrangendo apenas alguns cuidados de saúde durante o ciclo gravídico puerperal. O argumento utilizado por elas era de “as desigualdades nas relações de sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina”. Após forte atuação do movimento de mulheres, que reivindicavam suas condições de sujeito de direitos, com necessidades além da gestação e parto, em 1983 foi elaborado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e publicado em 1984, propondo uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher incorporou os princípios e diretrizes propostos pelo Movimento Sanitário para a criação do Sistema Único de Saúde e ideais feministas na atenção à saúde da mulher e incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissíveis, câncer do colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 2010)

Em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher em parceria com o movimento de mulheres, gestores e setores da sociedade. Essa nova política englobava a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. E em 2005 foi lançada a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e dentre suas ações e diretrizes propostas podemos destacar a ampliação dos métodos anticoncepcionais reversíveis, o incentivo as atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva e a capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

Em 2010 foi publicado pelo Ministério da Saúde a primeira edição do Caderno de Atenção Básica número 26, que trata sobre a saúde sexual e reprodutiva. O manual relata as

recomendações acerca do tema, abordando a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e saúde das pessoas e trazendo o papel primordial que as equipes têm na promoção da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

## 2.2 ABORDAGEM DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

Na Atenção Básica, temos a Estratégia de Saúde da Família como modelo reorientador e que se caracteriza principalmente por promover saúde e estar mais próximo de onde as pessoas vivem, sendo a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. E a saúde sexual e reprodutiva se constitui como uma das áreas prioritárias (BRASIL, 2010).

O papel do profissional da Atenção Básica nesta área inclui compreender as expectativas das pessoas e ajuda-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica é composta por ações educativas e de acesso às informações e meios disponíveis para regular a fecundidade. Essas ações são importantes para aumentar a qualidade da atenção prestada e tem o objetivo de oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

O conceito de saúde sexual envolve a habilidade para desfrutar e expressar a sexualidade sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, entre outros. Por sua vez, a saúde reprodutiva é vista como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei [...]”. (BRASIL, 2010, p. 13)

Com a finalidade de possibilitá-las, se faz necessário realizar abordagens sobre saúde sexual e reprodutiva com o propósito de melhorar a qualidade e efetividade da atenção nesta área. Essas abordagens devem fazer uso de práticas educativas com metodologias participativas

e centradas na pessoa, considerando-os em sua singularidade e complexidade, construindo relações de vínculos. A construção da confiança dos indivíduos e da comunidade pelo profissional de saúde é primordial para formar vínculos, sendo fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde (BRASIL, 2010).

As práticas educativas com metodologias participativas devem considerar o conhecimento dos participantes e permitir a troca de experiências e saberes por permitir que a pessoa construa processos decisório autônomos e centrados nos seus interesses e não nos interesses dos profissionais.

A abordagem centrada na pessoa modifica o modelo biomédico centrado na doença e passa a centralizar a atenção na pessoa, compreendendo-a como um todo, em seu contexto de vida, considerando aspectos familiares, pessoais, crenças, suas dificuldades e potencialidades. Essa abordagem busca entender o processo de adoecimento das pessoas ao invés de entender as anormalidades de estruturas e órgãos. Não só engloba o cuidado após o adoecimento, como também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2010).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo consiste num relato de experiência sobre a implantação e implementação de um atendimento coletivo de mulheres que realizam planejamento reprodutivo em uma Unidade de Saúde da Família no município de Camaçari (Bahia), no período compreendido entre 27 de julho a 21 de outubro de 2016.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O município de Camaçari está localizado no Estado da Bahia, na Região Metropolitana de Salvador e possui 292.074 habitantes. Grande parte da população são migrantes de outras regiões do país devido as oportunidades de emprego no Polo Petroquímico localizado nesta cidade. Apresenta altos índices de violência urbana e baixo nível socioeconômico e educacional.

Na comunidade onde ocorreu a implantação do atendimento coletivo mencionado tem uma população estimada em 6.625 habitantes e é assistida por uma Unidade de Saúde da Família que faz parte do campo de prática do Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz.

Esta Unidade de Saúde da Família conta com 2 equipes de saúde da família, sendo uma equipe composta por 1 médica, 2 enfermeiras, 1 odontóloga, 1 técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde e a outra com 1 médica, 2 enfermeiras, 1 odontóloga, 1 técnica de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde. Além disso, dispõe do suporte de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família representada por 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas e 2 educadores físicos. Todas as categorias de nível superior possuem um preceptor com a mesma formação.

### 3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados registros de atendimentos e resgate às memórias das autoras, bem como suas anotações, com o objetivo de reunir informações da vivência no serviço.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O relato de experiência foi baseado no que dispõe a Resolução n. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

Considerando o parágrafo único, que trata das pesquisas/estudos que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, o presente estudo não necessitará ser submetido à apreciação do comitê de ética e pesquisa, de acordo com o inciso VII desse parágrafo que traz a seguinte redação: “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (BRASIL, 2016).

Assim, o estudo não foi submetido ao CEP, todavia serão levados em consideração todos os aspectos éticos para sua construção.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS ATENDIMENTOS COLETIVOS

O atendimento coletivo, denominado “Encontro de Mulheres”, iniciou em 27 julho de 2016, no auditório da Unidade de Saúde da Família. Os encontros eram quinzenais, com agendamento prévio realizado na recepção, sendo disponibilizado em média 30 vagas por encontro, devido a capacidade limitada do auditório e com duração média de uma hora. A divulgação era realizada por toda equipe e cartazes dispostos na unidade e o público alvo envolvia todas as mulheres da comunidade que tivessem interesse em participar.

Quando o planejamento reprodutivo voltado para contracepção é desejado pela mulher, ela inicialmente passa por uma consulta individual com enfermeira ou médica onde é realizado um exame físico geral, exame ginecológico e das mamas, investigação de condições que contraindiquem o anticoncepcional e será ofertado os contraceptivos disponíveis. Após a escolha do método pela mulher ou casal, é explicado detalhadamente a técnica de uso do método, levando em consideração as circunstâncias individuais de cada mulher, e os efeitos secundários que podem ocorrer. O retorno preconizado pelo Ministério da Saúde para avaliação do método é de 30 dias, 3 meses e depois anual (BRASIL, 2010).

Nos retornos é avaliado o uso do contraceptivo, queixas, satisfação, além do exame físico geral e ginecológico, atentando para o ganho de peso e pressão arterial. O retorno anual é também uma oportunidade de ofertar o exame preventivo de câncer do colo do útero. (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), “o fornecimento sistemático da pílula pelo serviço de saúde não precisa estar vinculado a uma consulta naquele serviço”, e teoricamente após os retornos de 30 dias e 3 meses, a mulher só precisaria retornar para consultas anualmente; porém no município de Camaçari as receitas dos contraceptivos só valem por 3 meses. Por isso, utilizamos o encontro de mulheres para liberar a receita dos anticoncepcionais e aproveitamos a oportunidade para levar informação sobre os contraceptivos, saúde sexual ou sobre o tema que for escolhido pelas participantes.

Os encontros eram divididos em 5 momentos: no primeiro momento as mulheres eram recebidas numa sala confortável e ocorria apresentações através de dinâmicas escolhidas pelos responsáveis. No segundo momento, uma breve explicação sobre os métodos contraceptivos orais e injetáveis disponíveis no SUS, onde era informado como fazer uso dos métodos com

segurança. No terceiro momento, uma discussão sobre a temática escolhida pelas mulheres nos encontros anteriores. No quarto momento as mulheres davam sugestões sobre os próximos temas e para finalizar, todas as mulheres que precisavam de receitas dos MAC eram consultadas de forma individual e breve, verificando sinais vitais (peso, altura e pressão para acompanhamento), recebendo a receita do método contraceptivo que usavam e agendando o retorno de acordo com a sua disponibilidade e vontade para atendimento coletivo ou individual ou os dois, se assim preferisse. Aproveitava-se o momento ofertar o exame preventivo de câncer do colo uterino se necessário.

Em todos os encontros discutimos também sobre a importância do uso dos preservativos feminino e masculino durante as relações sexuais como método de barreira e para prevenir infecções sexualmente transmissíveis, estimulando o seu uso como dupla proteção.

Durante o atendimento coletivo, caso fosse observado que era necessária uma consulta individual ou realização de preventivo, o mesmo era agendado o mais breve possível.

O atendimento coletivo era registrado em todos os prontuários, juntamente com outras informações relevantes como peso, pressão arterial, data da última menstruação, contraceptivo utilizado e aprazamentos das doses futuras, atualização do preventivo, queixas e condutas adotadas. Além disso, foi criado um impresso para controle do uso do método para as usuárias, onde constam peso, pressão arterial, data da última menstruação, contraceptivo utilizado e aprazamentos das doses futuras.

Todas as usuárias que fazem uso de algum método contraceptivo eram inseridas numa planilha de fácil visualização onde constam nome, data de nascimento, número do prontuário, método utilizado e data da última consulta ou atendimento coletivo, com o objetivo de realizar busca ativa das usuárias caso fosse necessário.

Inicialmente o grupo foi pensado e planejado por 4 integrantes da equipe multidisciplinar, sendo duas enfermeiras, 1 odontóloga e 1 fisioterapeuta do NASF. E no decorrer do tempo houve receio por parte de toda a equipe sobre a continuidade dos encontros após a saída dos profissionais da unidade e sobre responsabilizar também o restante da equipe pelo planejamento do encontro de mulheres de forma a não sobrecarregar poucos. Para isso foi criada uma planilha com as próximas datas referente aos próximos 3 meses onde 2 profissionais de qualquer categoria se inseriam, tendo sempre 1 enfermeira ou médica no dia devido às questões burocráticas referentes a receita do contraceptivo.

Com a responsabilização prévia dos membros da equipe, todos puderam participar e conhecer melhor a proposta. E após a participação alguns profissionais que antes não queriam participar, se sentiram mais motivados e se envolveram mais nos planejamentos futuros.

#### 4.2 TEMÁTICAS ABORDADAS

O modelo pedagógico dos encontros baseou-se na metodologia participativa com ênfase no diálogo, que buscou incentivar a participação de todas e a troca de experiência e saberes. Para isso, fizemos rodas de conversas e utilizamos tecnologias leves.

Em todos os encontros tinham 1 ou mais facilitadores que estabeleciam vínculos de proximidades com as participantes. Os facilitadores se utilizavam de linguagem clara e acessível com o objetivo de promover maior interação entre os membros envolvidos.

No quadro 1 listamos as temáticas discutidas em cada encontro, o seu objetivo, as estratégias utilizadas e os recursos necessários.

As temáticas foram escolhidas pelas participantes de forma aleatória ao final de cada encontro, com exceção do primeiro encontro que foi sobre os contraceptivos orais e injetáveis, escolhido pelas facilitadoras.

**Quadro 1** – Temáticas abordadas e seus objetivos e estratégias utilizadas.

Temática	Objetivos específicos	Estratégias
Contraceptivos orais e injetáveis	Conhecer quais os contraceptivos orais e injetáveis disponíveis no município, a forma de uso e a margem de segurança destes.	Confecção de cartaz, expondo os contraceptivos orais e injetáveis; Aula expositiva e dialogada sobre o dispositivo intrauterino.
Dispositivo Intrauterino	Conhecer o dispositivo intrauterino; Desconstruir mitos.	Exposição de vídeo sobre o dispositivo intrauterino; Aula expositiva e dialogada sobre o dispositivo intrauterino.

Orgasmo e flacidez vaginal	Estimular a mulher a conhecer o próprio corpo; Aumentar a autoestima das mulheres; Desconstruir mitos e preconceitos relacionados ao corpo da mulher.	Utilização de massa de modelar para construir partes do corpo feminino; Dança do ventre e exercícios para fortalecer o assoalho pélvico. Aula expositiva e dialogada sobre o dispositivo intrauterino.
Exame preventivo de câncer do colo uterino	Explicar a função do exame preventivo de câncer do colo uterino e periodicidade; Estimular a realização do exame.	Confecção de cartaz mostrando o colo uterino e como o exame é realizado; Aula expositiva e dialogada sobre o dispositivo intrauterino.
Vasectomia e laqueadura tubária	Conhecer os tipos de contracepção permanente; Compreender e discutir sobre as exigências para realização do procedimento; Explicar como é realizado o encaminhamento para realizá-los.	Exposição de vídeo explicando como o procedimento é realizado; Roda de conversa sobre as exigências e encaminhamentos.

## 5 CONCLUSÃO

No processo de desenvolvimento dos encontros foi possível perceber que mesmo após as consultas individuais com explicação sobre o método escolhido, as usuárias ainda tinham muitas dúvidas com relação ao uso e frequentemente usavam errado. O compartilhamento de informações em grupo tornou o ambiente mais descontraído e permitiu a troca de conhecimento entre as usuárias, tornando mais fácil a compreensão.

Além disso, possibilitou desconstruir mitos acerca dos métodos anticoncepcionais, ampliou a visão sobre a quantidade de métodos disponíveis no Sistema Único de Saúde, incluindo o preservativo como uma opção viável, melhorou a autoestima das mulheres e

proporcionou aos profissionais de saúde mais segurança para realizar atividades educativas diversas.

Durante as avaliações finais do encontro, as usuárias demonstraram que existem diversos temas de interesse para serem discutidos futuramente e agradeceram por aquele momento onde puderam perceber que as suas dúvidas e dificuldades também pertenciam a outras mulheres.

A discussão sobre os direitos, saúde e educação sexual e reprodutiva é bastante ampla, porém pouco concretizada por profissionais de saúde. A busca por artigos recente sobre o tema foi uma dificuldade encontrada para a realização deste relato de experiência.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília; Distrito Federal, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília; Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- BRITO, C. N. O. et al. Depressão pós-parto e gravidez não pretendida. *Rev Saúde Pública*, 2015.
- COELHO, E. B. S. Enfermagem e planejamento familiar: as interfaces da contracepção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005.
- COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Acta Paul Enferm*, 2012.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio De Janeiro: FIBGE, 1995.
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema de Informação Estatística e Geográfica: Versão 1,0*. 1996.
- MOURA, ERF; SILVA, RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004.
- MOURA, MJS, PEDROSO MA. Educação da comunidade no planejamento familiar. *Revista Enfermagem UNISA*, 2007.
- PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(10):1906-1916, out, 2011
- SARTI, C. A. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, 1988.

### PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

Data do Recebimento: 06 / 06 / 2018

Documentos Recebidos: Trabalho de Conclusão da Residência – TCR

TCR + baveama + termo de consentimento do orientador  
CD com epip do TCR

Nome do Residente:

AMANDA FERNANDES MAIA CUI MARAES

Contato (e-mail e telefone):

AMANDAFMQUIARAES@GMAIL.COM



Assinatura da Coordenadora de Residência Médica  
**Secretaria de Assistência Médica**  
Fundação Estadual Saúde da Família - ESF-SUS