

Saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo

Knowledge of puerperas on reproductive planning

Taiana Aparecida Duarte Grein¹, Vagner Ferreira do Nascimento², Thalise Yuri Hattori³, Ana Cláudia Pereira Terças⁴, Angélica Pereira Borges⁵

Resumo

O estudo objetivou identificar saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa e enfoque na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A coleta de dados ocorreu em unidades de saúde da família de um município da região médio norte de Mato Grosso, no período compreendido entre junho e julho de 2016, junto a 17 puérperas, por meio de entrevista semiestruturada gravada. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. Observou-se que o planejamento reprodutivo não está sendo realizado integralmente, bem como a constatação de ausência de acompanhamento gestacional pelo enfermeiro durante o processo gravídico-puerperal. Esse comportamento profissional tende a representar problemas na adesão às práticas de autocuidado nessa fase e induzir as mulheres e seus parceiros a atitudes pouco seguras. Por fim, verificou-se que o planejamento reprodutivo é pouco conhecido pelas mulheres do estudo e há forte relação com a inércia dos profissionais. Assim, novos estudos devem ser realizados, verificando as relações dos profissionais com as novas configurações familiares, libertando da hegemônica concepção de controle de natalidade e esterilidade, tão presente nos ambientes assistenciais dos serviços de saúde brasileiros.

Palavras chave: Saúde reprodutiva. Planejamento familiar. Enfermagem.

Abstract

The study aimed to identify puerperal knowledge about reproductive planning. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach and focus on Dorothea Orem's Theory of Self-Care. Data collection took place in family health units of a municipality in the northern region of Mato Grosso, between June and July 2016, together with 17 puerperas, through a semi-structured interview. Data analysis was used to analyze the data. It was observed that the reproductive planning is not being carried out integrally, as well as the finding of absence of gestational follow-up by the nurse during the pregnancy-puerperal process. This professional behavior tends to represent problems in adhering to self-care practices at this stage and to induce women and their partners into unsafe attitudes. Finally, it was verified that the reproductive planning is little known by the women of the study and there is a strong relation with the inertia of the professionals. Thus, new studies must be carried out, verifying the relationships of the professionals with the new family configurations, liberating from the hegemonic conception of birth control and sterility, so present in the healthcare environments of the Brazilian health services.

Keyword: Reproductive health. Family planning. Nursing.

¹ Enfermeira pela Universidade do Estado de Mato Grosso; Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

² Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso; Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil. E-mail: vagnerschon@hotmail.com

³ Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados. Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso; Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

⁴ Doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso; Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

⁵ Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso; Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

Introdução

Um dos primeiros marcos para a saúde reprodutiva no Brasil ocorreu em 1984 com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a qual incluiu o planejamento reprodutivo como uma das atividades mínimas voltadas a atenção integral à saúde da mulher (SANTOS; FREITAS, 2011).

Para a concretização dessa assistência, o Congresso Nacional sancionou em 12 de janeiro de 1996 a lei nº 9.263, definindo o planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (PENAFORTE et al., 2010; SILVA et al., 2011).

A partir deste momento, o planejamento reprodutivo passa a ser contemplado na saúde sexual e reprodutiva, considerando a vida de cada indivíduo e o direito de decidir sobre a reprodução e suas relações afetivo-sexuais (BRASIL, 2013). Na óptica da reprodução, o planejamento reprodutivo permite aos indivíduos limitarem o tempo e a quantidade de gestações de acordo com seus anseios, saúde, qualidade de vida, fatores socioeconômicos e o próprio resultado da gestação, o que, conseqüentemente, reduz os riscos de mortalidade materna e infantil (MOURA; GOMES, 2014).

As atividades voltadas para o planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm incidido por situações de descontinuidade nos últimos anos, principalmente relacionado à promoção da saúde sexual e reprodutiva. Existem vários profissionais que não realizam esse planejamento, além disso, a variedade de métodos contraceptivos ainda é restrita e com distribuição irregular e a população, por muitas vezes pela inacessibilidade ao serviço de saúde ou desconhecimento dessa distribuição, acaba não usufruindo desses benefícios, o que demonstra uma lacuna entre a legislação e a prática efetiva (SILVA et al., 2011).

Outras fragilidades também devem ser consideradas como, por exemplo, o encaminhamento para a realização do planejamento reprodutivo ser direcionado principalmente para mulheres onde as iniciativas para inclusão dos homens neste planejamento são praticamente inexistentes. Mesmo que o foco das ações sejam as mulheres, são preconizadas aquelas que estejam no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2013), essa prerrogativa reforça que a organização

atual dos serviços de saúde não corrobora aos objetivos do próprio PAISM bem como com a política e as legislações vigente quanto ao planejamento familiar (MOURA; GOMES, 2014).

Dessa forma, o serviço de saúde ao atender a mulher, o homem, solteiros ou na condição de casal, devem ser acolhidos integralmente, na valorização da particularidade individual, em especial as suas histórias ligadas à vivência da sexualidade. Essas ações fortalecem as estratégias estabelecidas para o planejamento reprodutivo, que estão voltadas para a concepção de relações saudáveis, fundamentadas no cuidado e respeito com seu corpo, corpo do outro e possíveis gerações oriundas desse convívio.

Diante do exposto, ao considerar que o planejamento reprodutivo acontece normalmente no período puerperal e frente às dificuldades e fragilidades da própria política acerca desse tema, o estudo teve como objetivo identificar saberes de puérperas sobre planejamento reprodutivo.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa com enfoque na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Para Orem, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações que seguindo um modelo; contribuem de maneira específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano (OREM, 1995).

A teoria tem como premissa básica, acreditar que as pessoas têm habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que ainda pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar alguma incapacidade de autocuidado podendo ser ocasional devido à falta de saúde (OREM, 1995).

O estudo foi realizado em ESF localizadas em um município da região Médio Norte de Mato Grosso, o município conta com 28 ESF, sendo sete inclusas neste estudo. A escolha das unidades obedeceu aos seguintes critérios: ser uma unidade urbana, estar instalada em bairros da periferia, em funcionamento há no mínimo 12 meses e que houvesse consulta de enfermagem como parte da rotina da assistência de pré-natal e retorno do puerpério. As participantes do estudo foram selecionadas através de critérios de inclusão e exclusão. Sendo incluso: puérperas maiores de 18

anos que realizaram as consultas de pré-natal e retorno no puerpério na ESF, e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo excluídas aquelas que possuíam convênio privado de saúde.

Antes da coleta de dados, realizou-se contato com os enfermeiros responsáveis pelas ESF, para apresentar a pesquisa, objetivos e etapas de desenvolvimento. A partir desse contato, com auxílio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), houve sinalização das residências das puérperas, ocorrendo a primeira abordagem e agendamento do melhor momento para a realização da entrevista.

Os dados foram coletados entre junho e julho de 2016, por meio de entrevista gravada, norteada por roteiro semiestruturado, contendo questões fechadas (caracterização sociodemográfica) e questões abertas sobre os conhecimentos de métodos contraceptivos, sobre a relação do profissional e cliente nas consultas e sobre saberes a respeito do planejamento reprodutivo.

Cada entrevista foi realizada no ambiente domiciliar da puérpera, com duração média de 25 minutos. Para definir o tamanho da amostra, utilizou-se o método de convergência de dados que responderam ao objetivo do estudo e a inquietação dos pesquisadores.

Após a coleta, os dados foram transcritos na íntegra e organizados de modo que favorecesse a análise. Seguiu-se então a análise dos dados, a qual ocorreu a partir da identificação dos principais núcleos de sentido, e se desdobrou em três fases. A primeira fase consistiu na pré-análise, onde foram analisadas as hipóteses e objetivos da pesquisa, a segunda diz respeito à exploração do material, já a terceira e última fase foi o tratamento dos resultados obtidos e interpretados por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2016).

O estudo respeitou todos os aspectos éticos, conforme resolução 466/12, sendo iniciado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) com parecer número 1.418.909 e CAAE: 52927716.4.0000.5166. A fim de preservar e proteger a identidade das participantes realizou-se codificação do tipo alfanumérica, onde a letra P indica puérpera e o número que acompanha o conjunto se refere à ordem de entrevista.

Resultados e Discussão

O estudo foi composto por 17 puérperas, com idade entre 18 e 35 anos, predominando pardas, casadas, católicas, com ensino médio completo, residindo em casa própria, pertencentes a 13 bairros distintos da periferia dessa localidade, não possuindo atividade ocupacional remunerada, com renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos e vivendo em união estável. Em relação aos antecedentes gestacionais, predominou mulheres com gravidez não planejada e sem histórico de aborto, com dois ou três filhos e tipo de parto cesariana.

A partir dos principais núcleos de sentido houve divisão de três categorias: abordagem profissional, conceitos sobre planejamento reprodutivo e métodos utilizados no planejamento reprodutivo.

Abordagem profissional

A abordagem profissional dessa clientela é essencial para a formação do vínculo e a garantia da continuidade do acompanhamento no puerpério com o binômio mãe/bebê. Essa abordagem deve ser baseada no respeito da individualidade do cliente, de modo a viabilizar a autonomia e o empoderamento da mulher nos seus cuidados. A abordagem inadequada faz com que o profissional deixe de ser a referência, acarretando no distanciamento da puérpera com o serviço de saúde. Esse desamparo assistencial permite maior vulnerabilidade da mãe, quanto aos cuidados a serem realizados com ela e seu bebê, a partir de orientações de terceiros que nem sempre apresentam as mesmas competências e habilidades que um profissional enfermeiro.

No estudo, embora a maioria das participantes tenha relatado uma única consulta de pré-natal com o profissional enfermeiro, demonstraram aparente contentamento pela abordagem profissional. Parece também, compreenderem que essa organização de consultas se aplica como rotina do serviço de saúde.

Tive pouco contato com a enfermeira, só na primeira consulta mesmo, mas ela me atendeu bem. Meu maior contato foi com o médico mesmo, mas sempre a via no posto. Acho que eles atendem assim mesmo. (P1)

Tive pouco contato, mas sempre que necessário era muito atenciosa e respeitosa.

[...] parece que a obrigação dela era somente a primeira consulta mesmo. (P3)

Só tive contato na primeira consulta, me pareceu ser bem legal. A partir da segunda consulta já me encaminharam para o médico. A encontrava pelos corredores do posto e sempre sorridente. (P16)

[...] foi tão rápido meu contato com a enfermeira que nem me lembro mais. Mas lá é assim! Ela foi a que mais me fez perguntas durante o pré-natal e num único dia. Talvez, se tivesse mais consultas com ela, teria sido melhor, não que esteja insatisfeita, mas digo assim, a gente aprende mais quando falamos mais. (P17)

Ainda que essas mulheres tenham revelado determinado aspecto positivo nos atendimentos, segundo o Ministério da Saúde, é competência do profissional enfermeiro assistir o pré-natal de baixo risco com consultas intercaladas com o profissional médico e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, de uma única consulta com o enfermeiro durante o pré-natal, as atividades de enfermagem que propiciam o desenvolvimento e aquisição das práticas de autocuidado, não ocorrem ou não se sustentam até o término da gestação. Visto que, para as mulheres realizarem tais práticas, há necessidade de conhecimento e ciência do objetivo de cada ação, o que requer frequentes encontros com escuta ativa e acompanhamentos.

E esse tipo de conduta durante o pré-natal, pode gerar alguns resultados desfavoráveis, já que o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre profissional e cliente tendem a ficar prejudicados, afetando diretamente a qualidade da assistência e a possibilidade do autocuidado (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

A promoção do autocuidado faz parte da assistência de enfermagem, o que determina a partir do encontro assistencial enfermeiro/cliente, dentre outros aspectos, a investigação da capacidade do indivíduo em realizar práticas de cuidado em si mesmo e fragilidades frente a isso (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012), uma vez que, rotineiramente haverá momentos que essa competência será exigida na prevenção de agravos e controle de riscos potenciais.

Ao avaliar os relatos das participantes quanto às consultas de enfermagem, percebe-se a formação de certo vínculo com o profissional.

Gosto dela, ela sempre me escuta e me ensinou bastante coisas [...], fiz questão que fosse ela. (P5)

Gosto dela, atende, tira as dúvidas, quando precisa referência o atendimento. (P8)

Ela é ótima, sempre me atendeu muito bem e sempre que precisei deu um jeito de me atender. (P15)

Essas expressões indicam que o acolhimento baseado no diálogo, escuta, cordialidade e livre expressão de emoções favorecem a formação desses vínculos, o que implica em representações auspiciosas das mulheres em relação ao cuidado recebido (OLIVEIRA et al., 2012).

Uma particularidade na formação dos vínculos é a contribuição direta com o plano de cuidados estabelecidos pelo profissional, na medida em que fortalece o *know-how* do cliente e assegura a continuidade das práticas em saúde no domicílio, como sendo a extensão do serviço de saúde no seu cotidiano. No entanto, em algumas situações onde ocorre a demanda pelo cuidado e o indivíduo não é capaz de manter sua autonomia, seja parcial ou total, os enfermeiros devem retomar as orientações iniciais e intervir de imediato para garantir a segurança do cliente e sua família (NAZIK; ERYILMAZ, 2013). Para tanto, os profissionais que atuam na ESF devem possuir habilidades suficientes para gerenciar o cuidado da sua população, incluindo ações que promovam o empoderamento em saúde e direcionem o olhar para além da doença e da dependência médica (COSTA et al., 2013; SILVA et al., 2016).

Quando o profissional consegue desenvolver o empoderamento para o autocuidado, o acompanhamento pode resultar na formação de um forte elo entre o profissional e cliente; aproximação que pode e deve ser utilizada para a realização do planejamento reprodutivo. Dessa forma, o indivíduo, além de confiar no profissional quanto ao seu conhecimento, passa a tê-lo como uma espécie de referência, deixando de ser apenas procurado para tratar enfermidade, mas começa a ser inserido no cotidiano deste indivíduo (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Certamente através dessa ligação entre o cuidador e o ser cuidado, é possível que a elaboração do

planejamento seja mais fidedigna as necessidades apresentadas, que irá muito além da utilização de métodos de barreiras ou contraceptivos. Através da constituição deste vínculo é factível que o indivíduo consiga expressar todas suas rotinas, seus medos, desejos, projetos e sua realidade, unindo o técnico-científico do profissional com suas expectativas atuais e futuras (PEREIRA; JAVIER; ARTMANN, 2013).

Conceitos sobre planejamento reprodutivo

O conceito de planejamento reprodutivo é compreendido e interpretado de modo particular por cada pessoa. Comumente está diretamente associado ao desejo de ter ou não filhos. Com as mudanças da sociedade e exigências colocadas à manutenção da vida de um casal, as atividades relacionadas a esse tema tornam-se uma preocupação constante, uma vez que remete, normalmente, a uma nova configuração familiar.

No estudo, esse conceito emergiu espontaneamente para algumas mulheres, como um conteúdo familiarizado, partilhado com o companheiro e solidificado no cotidiano. Entretanto, somente conseguiram expressar sobre a temática àquelas com escolaridade de nível superior, como observado nos relatos.

É uma forma de estabilidade entre os parceiros, dividir opiniões, visto que nunca se pensa igual. Além do que, nós dois viemos de relacionamentos anteriores que não deram certo, então ao planejar as nossas vidas juntos, evitamos cometer os mesmos erros anteriores e fazer as coisas darem certo. (P7)

É uma forma de se organizar uma família, se planejar, emocionalmente, financeiramente e formar uma família unida. (P10)

É uma forma de se montar uma família, pensando a constituição, educação, financeiro, emocional, pensando em tudo. (P11)

É uma forma de se planejar a vida em casal, discutir o que faremos dali pra frente. (P14)

A expressividade do saber sobre planejamento reprodutivo concentrou em uma parcela pequena do total de entrevistadas. E ao investigar o perfil dessas

mulheres em evidência, verificou-se como aspecto distinto das demais, o nível de escolaridade, o que pode ter determinado melhor esclarecimento, pelo maior acesso a informações e serviços de saúde.

Esta concentração de conhecimento deve estar relacionada a uma falha no processo de educação em saúde com a comunidade e que interfere também na eficiência do planejamento familiar, já que as atividades educativas constituem o principal mecanismo de adesão às práticas de prevenção e promoção à saúde, bem como o desenvolvimento do autocuidado (SANTOS; FREITAS, 2011).

Outra possível fragilidade é a falta de adequação dos programas assistenciais em saúde às características individuais e familiares da população brasileira. Os valores, as características pessoais e a história de vida são elementos que afetam diretamente a estrutura familiar que está em formação. O que ao desconsiderá-las, conduz ao modelo verticalizado de planejamento familiar, onde poucos ou raros são os sujeitos que se beneficiam (SANTOS; FREITAS, 2011).

Observa-se que a perspectiva de planejamento reprodutivo ultrapassa a ideia de filhos, relaciona-se com uma vida sexual confortável e segura, onde cada indivíduo independente do gênero elabora seu conceito de família e os modos como ela será configurada (COSTA; LIRA, 2016; SANTOS et al., 2016).

Assim, o autocuidado como uma ação responsável do cuidar de si e o desenvolver de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar não pode se afastar das relações profissional/cliente. É nessa dinâmica que os conhecimentos e vínculos de cuidado se solidificam; que aflora novas possibilidades terapêuticas e que o sujeito se faz participativo de suas próprias necessidades sejam elas apenas sexuais, somente reprodutivas ou na união de ambas como premissa de um planejamento familiar adequado.

Ressalta-se, que o sistema de enfermagem de apoio/educação que ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar, podendo ainda ascendê-lo como multiplicador dessa aprendizagem entre seus pares na comunidade, às vezes submissos ou presos à autoridade de outros por carência desses conhecimentos em saúde (BARROSO et al., 2006).

Métodos utilizados no planejamento reprodutivo

Os métodos utilizados no planejamento reprodutivo devem ser discutidos e decididos de forma conjunta a partir do consentimento do casal ou a partir da preferência do indivíduo (homem, mulher). Devido às várias opções disponíveis, deve-se considerar o método que seja mais adequado para as necessidades do indivíduo e/ou casal bem como as circunstâncias de vida. Sendo assim, a decisão é de livre escolha, devendo o profissional e o serviço de saúde apenas orientar, aconselhar sobre todas as informações de maneira clara, correta, completa e atualizada.

No estudo, os métodos mais utilizados foram os contraceptivos orais, que exercem segundo as mulheres, a função de proteção/barreira contra gravidez, como verificado nos relatos.

Me cuido usando o comprimido e já tem oito anos, e uso pra não engravidar mesmo né. (P8)

Toda mulher sabe como se cuidar, uso camisinha, mas o que mantenho o uso é o comprimido [...] não recordo há quanto tempo, mas já faz muito tempo [...] sempre foi para não ficar gestante mesmo. (P17)

[...] não fico sem tomar o comprimido, para não engravidar mesmo, desde antes de ter parceiro fixo [...]. (P5)

Observa-se nos relatos a utilização de hormônios orais por longos períodos de tempo, o que leva a percepção de ausência de acompanhamento e avaliação periódica do profissional de saúde. Isso pode possibilitar a ocorrência de efeitos adversos imprevisíveis, os quais muitas vezes por falta de conhecimento da mulher ou até mesmo do profissional sobre o contraceptivo, acabam sendo ignorados.

A automedicação, muitas vezes confundida com autocuidado é um aspecto preocupante para a saúde pública brasileira, visto o comportamento da população que comumente substitui a assistência do serviço de saúde pela comodidade ou facilidade do acesso às farmácias e drogarias (PINTO; FERRÉ; PINHEIRO, 2012), transferindo as verdadeiras causas dos problemas pela aparente solução pontual.

Na prática de aquisição livre do contraceptivo sem acompanhamento e/ou orientação profissional,

a mulher fica sujeita a passar por um período de adaptação que pode não ocorrer, levando às trocas consecutivas, marcado por um período de intensa insegurança e preocupação com as questões sexuais e reprodutivas (FEBRASGO, 2015).

As altas taxas de utilização dos contraceptivos orais, já verificados na literatura e que se confirmou neste estudo, parecem indicar ausência da realização do planejamento reprodutivo pelas equipes de saúde ou, ainda, que as orientações dos profissionais são voltadas somente aos métodos disponíveis gratuitamente no serviço público de saúde, que normalmente se resume em preservativos masculinos e contraceptivos orais (SANTOS; FREITAS, 2011).

Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, afirma que se tem dado pouca importância à questão da saúde reprodutiva no período puerperal, e que muitas vezes as mulheres se expõem ao risco de uma nova gravidez em intervalos curtos, devido à falta de informação, à qualidade e acesso aos serviços de saúde (PENAFORT et al., 2010).

Sobre o motivo pela escolha do tipo de método contraceptivo, identificaram-se distintas razões, mas acentuando à mulher o maior encargo. Parecem também conhecer outros métodos, como preservativo e o dispositivo intrauterino (DIU), mas não faz parte de suas práticas.

Uso comprimido porque é o que meu corpo tem maior adaptação e o que confio mais, a escolha foi minha. (P2)

A tabelinha é muito arriscada, confio mais na pílula. (P5)

Uso a pílula desde antes de ter parceiro fixo e não quis mudar. Meu companheiro não gosta muito de camisinha, mas seria bom se revezássemos. (P6)

A pílula é mais fácil para ambos [...] não tento tantas preocupações porque uso a mesma. Tive experiência com DIU, na época tive aumento da menstruação e retirei e voltei com o comprimido [...]. (P11)

Conversei com uma parente minha que era enfermeira e ela me indicou o comprimido, me disse que era o melhor. [...] minhas amigas também me falaram sobre outros métodos, não quis mudar. (P13)

Tomo o comprimido pela indicação médica, mas já conversei com meu esposo a respeito e concordamos em continuar com este método.
(P14)

Nos relatos, a maioria das participantes informou terem escolhido o método de maneira individual, por acreditarem ser o mais satisfatório para a relação, porém, na maioria das vezes, a decisão ocorreu sem a participação do seu parceiro e sem aconselhamento de um profissional de saúde.

Acredita-se que para a definição do método é necessário que o profissional de saúde demonstre, durante o atendimento, a possibilidade de escolha livre, devendo ocorrer de maneira informada e com oferta satisfatória de métodos, além de competência técnica para realizar atividades educativas e de aconselhamento necessárias, reforçando o autocuidado como meio de manutenção das práticas preventivas, ao mesmo tempo em que conduz o sujeito ou o casal para o protagonismo de seu planejamento reprodutivo (BARBOSA et al., 2016).

Observa-se que os cônjuges vêm se abstendo da participação no planejamento familiar, mesmo compreendendo que a contracepção envolva o casal e não somente a mulher. Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que homens até possuem uma postura ativa em relação ao cuidado a saúde sexual e reprodutiva, como também o reconhecimento da relevância desse planejamento, porém não buscam essa assistência (COELHO; PEREIRA; NEPOMUCENO, 2016).

Paralelamente, nota-se ainda uma sociedade com disparidades entre os gêneros, conferindo à mulher o total compromisso por uma vida reprodutiva segura e saudável, em detrimento da conscientização de ambos os sexos quanto às suas responsabilidades com seu corpo e com o corpo de seu parceiro (PENAFORTE et al., 2010).

A mulher é cobrada socialmente para se cuidar, e muitas vezes satisfazer o desejo do companheiro se afastando de seus verdadeiros anseios, o que aumenta os déficits do autocuidado a riscos para além de gestações não planejadas. Posto isso, as práticas de autocuidado, quando promovidas e baseadas em relações de respeito melhoram a auto percepção de saúde e asseguram maior vigilância contra danos ao bem-estar (FREITAS, BARROSO, GALVÃO, 2013; LOPES et al., 2015).

A partir da teoria do autocuidado conclui-se a grande preocupação que a figura feminina tem de se cuidar quando o assunto é saúde, baseado principalmente nas ações de cunho sexual e reprodutivo, como também na percepção de como esse autocuidado seja visualizado de forma individual ou coletiva, será influenciado nos casos da falha de um planejamento reprodutivo.

Dessa forma, o planejamento reprodutivo deve ser construído de uma forma conjunta (profissional/clientes), não apagando a independência das pessoas em suas escolhas, mas também enquanto profissional não negligenciando a prestação do cuidado necessário para o sucesso terapêutico. Desse modo, o confronto entre essas realidades, a de prestar cuidados e a de receber cuidados, torna-se fator determinante para a realização de práticas favoráveis do autocuidado (OREM, 1995).

Considerações Finais

Com o estudo, observou-se a importância dos atendimentos inter e multidisciplinares nos serviços de saúde, como possibilidade de maior aquiescência às práticas de autocuidado. Ficou evidente também, que os serviços de saúde nessa localidade estão restritos quanto à aplicabilidade do planejamento reprodutivo oportuno, abordando essa assistência eventualmente e de forma individual, com foco apenas na contracepção e esquecendo-se do real intuito que consiste na construção de relações saudáveis.

As mulheres do estudo vêm assumindo toda a responsabilidade pelo cuidado referente ao planejamento reprodutivo, mesmo possuindo cônjuge. E, por não possuírem acompanhamento efetivo dos profissionais de saúde, acabam assumindo um tipo de autocuidado pouco seguro, o que consequentemente parece refletir nas escolhas restritas disponíveis para esse planejamento.

Entre as limitações do estudo se destacou a dificuldade em encontrar os cônjuges para incluí-los no estudo, uma vez que suas participações poderiam ampliar a compreensão desse planejamento na dinâmica familiar, bem como indicar estratégias frente às fragilidades percebidas no discurso do casal. Assim, novos estudos devem ser realizados, com foco nas novas configurações familiares, libertando da hegemônica concepção de controle de natalidade e esterilidade, tão presente nos ambientes assistenciais dos serviços de saúde brasileiros.

Referências

- BARBOSA, R. M.; CABRAL, C. S.; LAGO, T. G.; PINHO, A. A. Differences in the Access to Sterilization between Women Living and Not Living with HIV: Results from the GENIH Study, Brazil. *Plos One*, San Francisco, v. 11, n. 11, e0164887, 2016.
- BARROSO, L. M.; CARVALHO, C. M.; ARAUJO, T. L.; GALVÃO, M. T. G. Autocuidado de uma mulher com aids: um modelo de cuidar em enfermagem. *Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 5, n. 2, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília, 2013.
- COELHO, A. C. S.; PEREIRA, A. L.; NEPOMUCENO, C. C. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2398-2409, 2016.
- COSTA, A. O.; LIRA, V. S. Planejamento familiar e garantia de direitos. In: ENCONTRO INTERNACIONAL, 4., ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., 2016, Vitória. *Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social*, Vitória, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/EINPS/issue/view/660>>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- COSTA, S. M.; PRADO, M. C. M.; ANDRADE, T. N.; RODRIGUES, C. A. Q. Professional profile of healthcare providers holding university degree in Family Health Strategy teams in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, 2013.
- DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. The role of the nurse's family health program in prenatal care. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 4, n. 1, p. 1029-35, 2014.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Anticoncepcionais: seguros e eficazes*. 2015. Disponível em: <www.febrasgo.org.br/site/?p=10861>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- FREITAS, J. G.; BARROSO, L. M.; GALVÃO, M. T. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 964-72, 2013.
- LOPES, E. M.; FREITAS, J. G.; GALVÃO, M. T. G.; LOIPES, M. V. O. Teoria do autocuidado na assistência às mulheres que vivem com aids: utilidade da teoria. *Avances en Enfermeria*, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 241-50, 2015.
- MINAYO, M. C. S. Fundamentos, percalços e expansão das abordagens qualitativas. In: SOUZA, D. N.; COSTA, A. P.; SOUZA, F. N. *Investigação qualitativa*. Porto: Ludomedia, 2016. p. 17-48.
- MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2014.
- NAZIK, E.; ERYILMAZ, G. The prevention and reduction of postpartum complications: Orem's model. *Nursing Science Quartely*, Baltimore, v. 26, n. 4, p. 360-4, 2013.
- OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev. RENE)*, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.
- OLIVEIRA, S. K. P.; QUEIROZ, A. P. O.; MATOS, D. P. M.; MOURA, A. F.; LIMA, F. E. T. Themes addressed in nursing consultation: integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012.
- OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill, 1995.
- PENAFORTE, M. C. L. F.; SILVA, L. R.; ESTEVES, A. P. V. S.; SILVA, R. F.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, M. D. B. 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, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2010.

PEREIRA, A. R. C.; JAVIER, U. R. F.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 45, p. 327-340, 2013.

PINTO, M. C. X.; FERRE, F.; PINHEIRO, M. L. P. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. *Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2012.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011.

SANTOS, R. B.; BARRETO, R. M.; BEZERRA, A. C. L. VASCONCELOS, M. I. O. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2016.

SILVA, C. S.; SOUZA, V. K.; ALVES, V. H.; SILVA, L. R. CABRITA, B. A. C. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. *Fundamental Care*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, K. N. C.; BASTOS, L. A. C.; MOURA, E. R. F. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

Recebido em: 05 abr. 2017

Aceito em: 19 jun. 2017

