



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALINE SILVA SOUZA**

**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2019**

**ALINE SILVA SOUZA**

**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob a forma de artigo ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Santos Martiniano Sousa.**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S729u Souza, Aline Silva.  
Uso do protocolo de saúde da mulher pelos enfermeiros da  
Atenção Primária à Saúde no planejamento familiar  
[manuscrito] / Aline Silva Souza. - 2019.  
34 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa  
, Coordenação do Curso de Computação - CCT."  
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da mulher. 3.  
Planejamento familiar. I. Título  
21. ed. CDD 610.73

ALINE SILVA SOUZA

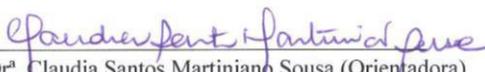
**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

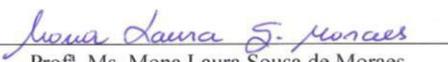
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob a forma de artigo ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

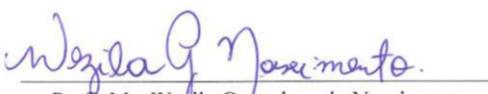
**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Santos Martiniano Sousa.**

Aprovada em: 11/06/2019.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Santos Martiniano Sousa (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Mona Laura Sousa de Moraes  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Wezila Gonçalves do Nascimento  
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

---

*“A minha amada mãe, Neilde, a minha irmã, Amanda, ao meu querido, Cleanderson e a minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Claudia, pois sem eles, meus sonhos não se realizariam e este, não teria sentido. Dedico”.*

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, pois d' Ele procede todas as coisas, tudo o que tenho e o que sou. Sem sua infinita graça não teria conseguido superar todas as dificuldades e provações enfrentadas durante esta jornada. A Ele toda a glória.

A minha família que me ofereceu o suporte necessário para enfrentar os desafios que a vida propunha, em especial, minha mãe, Neilde Maria da Silva, que foi minha mão amiga, voz encorajadora e fonte de sábios conselhos. Meu exemplo de determinação e resiliência.

A Amanda Silva Nascimento, minha irmã, por me dar apoio para que eu pudesse superar meus limites. Minha tia Nanci Maria que sempre tinha uma palavra amiga nos momentos de angústia, fazendo sempre o possível e o impossível para me ajudar.

A minha querida avó Elizabete Maria, que em toda minha vida me deu suporte nas horas de necessidade.

Ao meu amado Cleanderson Fidelis, que me ajudou a enfrentar os meus medos, sendo meu maior incentivador para conclusão deste trabalho, acreditando em mim mesmo quando eu mesma duvidava.

A minha professora, Claudia Santos Martiniano Sousa, pela paciência, empatia e exemplo de altruísmo, mostrando-me na prática o que é ser um professor. Não são à toa todas as homenagens que ela recebe.

A minha querida amiga, Joyce Holanda, pelo companheirismo, incentivo, bondade, generosidade de sempre. Deus me presenteou com sua amizade e sou grata a Ele por isso.

As minhas amigas, Aline da Silva Malaquias, Cristina Araújo e Natália Sudério que em todo o tempo estiveram comigo em oração, me acompanhando, mesmo de longe se fazendo presentes.

A Rayssa Pereira de Souza pelo auxílio no meu processo de autoconhecimento e superação dos momentos que estava deprimida.

Aos enfermeiros da Atenção Básica do município de Campina Grande, que gentilmente cederam seu precioso tempo durante as entrevistas, imprescindíveis para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

*“SOLI DEO GLORIA NUNC ET SEMPER”.*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. METODOLOGIA. ....</b>	<b>11</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO. ....</b>	<b>12</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

## USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Aline Silva Souza<sup>1\*</sup>

### RESUMO

O Planejamento Familiar possibilita que os indivíduos dimensionem e estabeleçam as gestações conforme sua preferência, além disso, colabora na prevenção de gravidez indesejada e abortos inseguros. Atualmente, no Brasil, a assistência ao planejamento familiar, é oferecida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste trabalho foi investigar a percepção dos enfermeiros no que tange a utilização do protocolo de planejamento reprodutivo, distribuídos em quatro dimensões, avaliando o nível de conhecimento, compreendendo quais são as facilidades e/ou dificuldades apontadas pelos enfermeiros na implementação do protocolo nas ações do planejamento reprodutivo. Trata-se de um estudo de caso, na perspectiva de Yin (2001), realizada no município de Campina Grande – PB com enfermeiros atuantes da Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, que foi aplicada a 39 enfermeiros. Analisou-se os dados por meio da Análise de Conteúdo do tipo categorial temática. Os resultados indicam que a utilização do Protocolo do Ministério da Saúde no Planejamento Familiar por enfermeiros ainda é escasso e muitas vezes desconhecido de grande parte dos profissionais. Conclui-se que os enfermeiros do estudo ora apoiam suas práticas no protocolo, ora não seguem a normatização. Acredita-se que a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família não segue um padrão de atenção haja vista a pouca existência de capacitações reveladas pelos próprios participantes.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Planejamento Reprodutivo.

### 1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, na década de 1980, elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), caracterizando uma cisão nos conceitos que norteavam os princípios da política de saúde das mulheres e os padrões de eleição de prioridades neste âmbito. O PAISM associou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de incorporar a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, incluindo o atendimento as

---

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
E-mail: aline08.org@gmail.com

demais necessidades observadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O planejamento familiar possibilita que os indivíduos dimensionem e estabeleçam as gestações conforme sua preferência, trazendo efeito direto na saúde e bem-estar, além de consequências benéficas, como resultado de cada gestação, visto que, dessa forma é possível ter o intervalo adequado, e adiar a gravidez em mulheres jovens, diminuindo os riscos de morbimortalidade materna e infantil. Além disso, ao reduzir as taxas de gravidez indesejada, o planejamento familiar reduz a necessidade de abortos inseguros, que corresponde a 13% da mortalidade materna global (BRASIL, 2002).

Atualmente, no Brasil, a assistência ao planejamento familiar, é oferecida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Representa uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência. É um modelo de política pública de saúde que traz a ideia do trabalho em equipe, de aproximação dos profissionais com a comunidade e da valorização e estímulo à participação comunitária (BRASIL, 2001).

Fundamentado pelo dispositivo da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº. 9.263/96), o Ministério da Saúde (MS), define como competência e habilidade dos profissionais de saúde, assessorar acerca da concepção e contracepção, dedicar-se em passar informações aos indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, salientando sobre a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intrauterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 2002).

De acordo com Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar (2002) os profissionais envolvidos no processo de planejamento são: Médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) e/ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentre atividades exercidas por cada profissional, inclui as atividades educativas, que devem ser elaboradas visando oferecer aos usuários os esclarecimentos das dúvidas e os conhecimentos necessários para a escolha do método anticoncepcional e a utilização adequada (BRASIL, 2002).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabelece que as ações de planejamento familiar em relação à saúde da mulher estejam incluídas na atenção básica e sejam de responsabilidade da gestão municipal. No entanto, muitos municípios têm apresentado dificuldades no planejamento e execução das estratégias adequadas para o fornecimento de métodos contraceptivos, como o anticoncepcional, para os usuários, na

introdução do aspecto educativo buscando a autonomia na escolha, de forma consciente, além de assegurar o acompanhamento da população em questão (BEZERRA, *et. al.*, 2018).

Para evitar a ineficácia de um bom planejamento familiar, é necessário garantir que as informações estão sendo transmitidas de forma clara, adequada e compreensível. Segundo Castro (2018), as informações devem ser transmitidas de forma completa, imparcial e entendível para a que o indivíduo possa exercer sua liberdade de escolha, acerca dos direitos sexuais e reprodutivos na condição de direitos humanos individuais, possibilitando uma decisão reflexiva, na qual vantagens e desvantagens de cada um dos métodos oferecidos são consideradas no momento do julgamento.

No tocante aos métodos contraceptivos, o PAISM defendia o conceder ao indivíduo os critérios de escolha no processo reprodutivo, sendo disponibilizado de acordo com a opção da mulher ou do casal (HEILBORN *et al.*, 2009).

A oferta de todos os métodos contraceptivos adotados pelo Ministério da Saúde, a compreensão das indicações, contraindicações e implicações do uso, asseguram à mulher, ao homem, ou ao casal, as condições necessárias para a escolha livre e racional do método mais adequado para ambos. Presume também, acompanhamento clínico-ginecológico necessário à mulher, independente da opção do meio contraceptivo (SILVA, 2013).

Neste contexto, o enfermeiro tem papel fundamental na tomada de decisão do método anticoncepcional, bem como nos esclarecimentos acerca desses mecanismos, pois ele viabiliza as discussões e ações educativas acerca do planejamento familiar junto à comunidade, suscitando o senso de responsabilidade e o autocuidado (SILVA, *et al.*, 2016).

Nesse cenário, compreende-se que a elaboração e utilização de protocolos de Planejamento Familiar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem auxiliar os profissionais de enfermagem na execução de suas atividades diárias de acordo com as diretrizes do exercício profissional, garantindo uma qualidade de vida adequada à população.

Tendo em vista as necessidades acerca do assunto, este trabalho tem como objetivo analisar o conhecimento e uso do protocolo de planejamento reprodutivo na assistência à saúde da mulher por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. De modo específico busca: investigar a percepção dos enfermeiros no uso do protocolo de planejamento reprodutivo; avaliar o nível de conhecimento e a utilização dos enfermeiros acerca do protocolo de atenção básica na assistência ao planejamento reprodutivo; e compreender quais são as facilidades e/ou dificuldades apontadas pelos enfermeiros na implementação do protocolo nas ações do planejamento reprodutivo.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como estudo de caso, na perspectiva de Yin (2001), exploratório de abordagem qualitativa. O estudo de caso possibilita a investigação empírica, incorporando evidências para análise do fenômeno dentro do espectro realístico YIN (2001). O estudo faz parte da pesquisa intitulada “Conhecimento e a utilização dos Protocolos de Saúde da Mulher por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde” que avaliou o conhecimento e a utilização do protocolo mencionado por parte destes profissionais. Este artigo visa analisar a dimensão planejamento familiar.

O cenário da pesquisa foi a ESF no município de Campina Grande – PB, que se caracteriza como a segunda cidade com maior contingente populacional da Paraíba, com estimativa de 407.754 habitantes, 641 km<sup>2</sup> e três distritos: São José da Mata, Galante e Catolé de Boa Vista, segundo dados do IBGE (IBGE, 2016). O município constitui-se como pioneiro nas experiências de implantação do Programa de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, em 1964, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, abrangendo 88% da população (LEITE; VELOSO, 2009).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Campina Grande está dividida em oito distritos sanitários e possui oito Unidades de Saúde da Família (USF), com 116 equipes. (BRASIL, 2016 A).

A população participante da pesquisa foram os enfermeiros assistenciais das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande. Foram sorteados de forma aleatória, para a amostra, 5 participantes de cada distrito sanitário, totalizando 40 participantes. Houve a perda de um participante no processo de coleta de dados, por indisponibilidade de participação, sendo assim, a pesquisa teve um total de 39 participantes.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros assistenciais atuantes na ESF de Campina Grande, uma vez que, realizando dentre as suas atividades o planejamento familiar. Enfermeiros assistenciais não atuantes nas equipes de Saúde da Família foram considerados como critério de exclusão.

Para a coleta de dados formulou-se um instrumento composto por um roteiro de entrevista semiestruturada composta por questões abertas, formuladas com base no Protocolo da Atenção Básica de 2016, pelo Ministério da Saúde. Foi realizado um teste piloto utilizando um roteiro de entrevista com um enfermeiro, para validar o instrumento, no intuito de identificar possíveis vieses de interpretação, além de verificar se as perguntas formuladas atendiam as exigências da pesquisa. Utilizou-se o gravador digital de dupla entrada para

gravar as entrevistas. Os entrevistados assinaram um termo de autorização para gravação de voz, sendo transcritas as entrevistas na íntegra constituindo o *corpus* submetido à análise.

A análise de conteúdo foi do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011), que organiza-se em três fases: pré análise - com a leitura flutuante do material; sondagem do conteúdo que consiste na codificação e decomposição em consonância com as categorias selecionadas previamente e, por fim, o tratamento dos resultados como unidade de análise, fragmento dos discursos dos indivíduos entrevistados, narrativa de observações, a partir de implicações e avaliações (BARDIN, 2011).

O estudo se desenvolveu em concordância com os princípios éticos constantes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa que estabelece como deve ser medida a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número CAAE: 602782163.0000.5187.

Foram assegurados os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade durante todas as etapas da pesquisa, mantendo o anonimato por meio da codificação numérica dos participantes.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Caracterização dos participantes do estudo**

Participaram da entrevista 39 enfermeiros da Atenção Básica. O perfil da amostra foi avaliado por meio de parâmetros de frequência. No presente estudo verificamos que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino totalizando 94,4% do total da amostragem. Dados do censo realizado conjuntamente pelo COFEN e Fiocruz (COREN, 2015), evidenciam a representatividade feminina, sendo composta por 84,6% da categoria. No que se refere a faixa etária, a maioria dos entrevistados possuem entre 25 e 39 anos totalizando 46,2% da classe. Em relação ao estado civil, 74% da categoria é constituída por indivíduos casados.

Quanto aos critérios de categorização por tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, o estudo mostrou que a maioria possui entre 6 e 10 anos, representando 38,5% da amostra. Prevalendo 86,6% concursados. No tocante a remuneração, 56,4% dos enfermeiros alegam receber entre 3 e 6 salários mínimos. O tempo de formação varia entre 11 e 15 anos representando 35,9%. Verificou-se que 79,5% concluiu a graduação em instituição pública. Mais da metade dos entrevistados alegaram terem realizado pós – graduação, predominando

saúde do trabalhador e mestrado em enfermagem, representados por valores equivalentes. Observou-se que 35,9% dos indivíduos fizeram capacitação em planejamento reprodutivo, 28,6% com variação entre 6 e 10 anos que realizaram.

### **Acolhimento e Avaliação Global**

O planejamento familiar deve garantir às mulheres e aos homens a concessão da liberdade em escolher ter ou não ter filhos, constituindo um direito básico de cidadania, sendo assim, os profissionais de saúde devem informar corretamente os usuários com a finalidade de que estes, conhecendo todas as alternativas de anticoncepção, estabeleçam sua escolha (BRASIL, 2002).

Os serviços de saúde exercem um papel fundamental no processo de acolhimento, pois é nesse ambiente que a mulher consegue ter acesso as informações sobre métodos disponíveis, falar dos motivos que a levaram a buscar a unidade e dar o atendimento devido. Podemos observar nos depoimentos abaixo, dos enfermeiros das UBSF, a preocupação em orientar as usuárias quanto à seleção e utilização do método contraceptivo escolhido, evidenciando a disponibilidade dos profissionais em realizar uma escuta qualificada para entender o contexto em que a mulher está inserida e quais são as suas necessidades, possibilitando, desta forma, uma eleição criteriosa.

Primeiro a gente escuta a mulher e tenta orientar, porque, normalmente elas vêm pra gente querendo que a gente indique um método contraceptivo pra ela [...]. E a gente tem que escutar, eu tenho que dizer pra ela que não sou eu que vou dizer, ela que tem que se enquadrar num tipo. Porque não adianta [...], vai usar camisinha, vai usar camisinha, se o esposo não usa?! Então, a gente tem que orientar isso aí. E também, quando ela está querendo engravidar, da mesma, a gente tem que procurar conversar e, orientar. Solicita exames preventivos tanto dela quanto do parceiro. (Enf. 15).

É no sentido de orientação, de apresentar a paciente os métodos contraceptivos que o SUS dispõe que ela pode recorrer. Falar sobre a importância de ter um planejamento familiar e evitar a gravidez indesejada, todos os métodos contraceptivos apresentadas vantagens e desvantagens. Então fazer ela entender isso e fazer ela escolher o que é melhor pra ela, quais as desvantagens que ela quer conviver. (Enf. 22).

Primeiramente você tem que ver o nível socioeconômico, as condições daquela mulher. Em segundo, a gente chega a um consenso pra um melhor uso preventivo pra elas. E tudo assim, é uma escuta e um acolhimento em cima da necessidade dela o que ela realmente precisa. (Enf. 23).

Segundo o Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016 B) deve ser oferecida a mulheres, homens, jovens e adolescentes, informações sobre os meios,

métodos e técnicas para a regulação da fecundidade, além de possibilitar o acesso viabilizando a escolha.

Todos os enfermeiros entrevistados afirmaram prestar atendimento quando o casal procura o serviço com o desejo de engravidar, priorizando a escuta com o intuito de gerar um ambiente acolhedor.

Realizo. A parte psicológica deles, faço toda anamnese, mando ela fazer exame de lâmina, peço pra deixar pra engravidar depois do resultado, aí pede os exames, né. É porque é difícil vim o parceiro, vem mais a mulher. E no pré-natal hoje, a gente tá pedindo os exames dos parceiros também na primeira consulta, mas elas tão tendo dificuldade de marcar. Mas a gente faz os exames, faz aconselhamento e faz exame de lâmina também, é muito importante. Se não faz antes, faz no pré-natal. (Enf. 17).

Sim, bem eu vejo a saúde da mulher, o aspecto socioeconômico, psicológico, e também já início algumas medicações importantes, tipo ácido fólico que mesmo antes da gravidez ele deve estar tomando, então aí eu já abordo esses aspectos o aspecto, quanto à saúde dela, o psicológico, socioeconômico também porque vai modificar tudo na via do casal. (Enf. 21).

Sim, eu tento ver a questão da qualidade de vida deles, em relação à bebida, cigarro, a questão da alimentação, essa parte nutricional como é eu está e já início também a questão do ácido fólico e peço os exames gerais de hormônio, pra ver como é que tá, tendo essa parte inicial. A gente vai prosseguindo a consulta, passo pra ela exames e eu tenho uma relação muito boa com a médica, faço tudo em parceria com ela, se tiver alguma coisa que não for da minha competência e ela precisa complementar pra ter sucesso, mas dificilmente vem alguma mulher querendo engravidar ou procurando algum exame. (Enf. 25).

Quando o casal deseja ter filhos, aí a gente vai de orientação, e nortear eles com relação ao melhor período de que isso possa tá acontecendo, ou seja, através da orientação da tabelinha, explicar para eles que tal período a probabilidade é melhor de se engravidar, se precisar fazer algum exame laboratorial, a gente pede, pra ver como a mulher anda nesse sentido. Mas, se eles têm o desejo, então, explicar da melhor forma como eles vão conseguir isso com mais rapidez. (Enf. 29).

O Protocolo refere que durante a consulta de auxílio à concepção deve ser oferecido ao casal escuta qualificada, orientação e avaliação preconcepcional englobando aspectos nutricionais da mulher, uso de medicação, ensino do cálculo do período ovulatório, administração preventiva de ácido fólico, exames investigativos e de rotina complementares, além de conceder assistência preconcepcional para pessoas portadoras de HIV e informações para indivíduos que desejam realizar a adoção (BRASIL, 2016 B).

O acolhimento deve acontecer de forma holística, buscando atender as necessidades de todos os usuários que procuram os serviços de saúde, através do exercício das competências do profissional, realizando a escuta qualificada, aderindo tal conduta na esfera das atividades laborais. A prática do acolhimento demanda um comportamento

ético, onde existe a cessão de saberes, necessidades, possibilidades, anseios e idealizações (BRASIL, 2013).

É proposto pelo Protocolo da Atenção Básica (2016), que durante a avaliação global o enfermeiro entreviste o indivíduo, estando atento a informações importantes, como antecedentes pessoais e obstétricos, investigar o uso de medicações, sangramento vaginal anormal, além de realizar o exame físico geral e específico de acordo com a necessidade. Essas competências são direcionadas para enfermeiros e médicos, com exceção da realização do exame citopatológico de colo de útero, que no protocolo em estudo, foi estabelecido como atribuição também do técnico de enfermagem, mediante treinamento preexistente, em regiões onde seja necessário tendo em vista a ampliação do acesso da população-alvo.

Verificamos, nos discursos abaixo, que para estes enfermeiros, além do aconselhamento durante a consulta, é realizada a avaliação global da usuária, considerando uma etapa imprescindível para o cumprimento do atendimento eficaz:

Primeiro se ela está fazendo uso de algum contraceptivo. Se ela está adaptada aquele uso ou se está tendo alguma contra indicação, porque, a maioria chega com uma história que não está se adaptando com o método, é a principal causa, e se tá fazendo uso de preservativo junto com o contraceptivo. (Enf. 11).

Na minha consulta eu faço uma anamnese, desde a menarca até o número de parceiros, relações, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, e mostro a elas os métodos disponíveis no SUS, e deixo por escolha dela o método que ela deseja utilizar. (Enf. 30).

Quando eu vou fazer uma consulta de planejamento familiar, então a gente começa anamnese, vai ver o histórico. Se for a primeira vez que ela vem na unidade, a gente faz anamnese, faz o exame ginecológico, faz exame da mama, aí começa, aí pergunta. Na anamnese tem os antecedentes clínicos e a gente pergunta se a pessoa tem um parceiro, se tem múltiplos parceiros, se já faz uso de anticoncepcional, se usa preservativo. Então são todos esses aspectos que são abordados durante a primeira consulta e já colho o exame citológico. (Enf. 34).

Os Protocolos de Atenção Básica à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016 B) declaram que o enfermeiro é responsável por efetuar uma avaliação holística e integral adotando práticas como a investigação do histórico e anamnese de forma que contemple não apenas as queixas correntes, mas que busque sondar sua história precedente. A realização da consulta de enfermagem não consiste apenas no domínio dos sinais e sintomas, como dispareunia e sangramentos vaginais, mas, na realização prévia do exame citológico, na investigação da realização de exames intravaginais, na utilização de medicamentos vaginais ou espermicidas, relação sexual com uso de preservativos, conhecimento sobre as doenças específicas da região genital, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Com relação aos antecedentes

peçoais ginecológicos, deve-se realizar o exame físico, informar a mulher acerca do procedimento no intuito de esclarecer possíveis questionamentos, reduzindo conseqüentemente, o medo ainda existente, além de executar o exame especular.

Foi possível observar que alguns entrevistados enfrentam dificuldade em realizar a consulta do planejamento reprodutivo em um dia da semana específico, devido à escassez na procura por parte das usuárias em obter conhecimento sobre os contraceptivos disponíveis e quais os mais apropriados à sua condição. Sendo assim, os enfermeiros aproveitam outros momentos, como os dias em que as pacientes vão buscar o anticoncepcional que fazem uso, ou o dia de realizar o citológico para orientá-las, conforme vemos nas falas:

A gente não tem grupo de planejamento reprodutivo e nem aparece consulta só para isso, então a gente faz as orientações no dia do citológico mesmo e quando elas vêm pegar anticoncepcional. (Enf. 1).

As mais frequentes são aquelas donas de casa que já têm uma família, vamos dizer... Constituída. São as mulheres... Algumas que já fizeram o pré-natal, que elas voltam sempre pra cuidar da criança. E também pra ver algum método anticoncepcional pra usar depois que teve essa criança. Outra camada da população que procura, são as adolescentes, porque os adolescentes hoje têm uma sexualidade muito cedo, aí algumas delas têm medo de engravidar. Inclusive, elas vêm muito e dizem; "não diga para a minha mãe". Elas vêm pra pegar a camisinha, a pílula de anticoncepcional ou tomar injeção. Então, nessas situações a gente para pra conversar pra fazer além do acolhimento, aquela conversa onde ela se abre e conversa bastante e mostram os medos, as angústias. (Enf. 39).

Silva (2013) assegura que a desestrutura organizacional, como a ausência de uma demanda programada na programação de atividades para as usuárias vinculadas à unidade, assesta o princípio de universalidade, influenciando diretamente na assistência ao planejamento reprodutivo.

Segundo as normativas do Protocolo (BRASIL, 2016 B), é dever do profissional de saúde, orientar os indivíduos em idade fértil, seja de forma individual ou coletiva, levando em consideração o contexto em que os usuários estão inseridos, abordando todos os aspectos que englobam a sexualidade e reprodução.

Os enfermeiros também relatam que deve ser investigado, durante a consulta de enfermagem, se a mulher deseja ou não engravidar, assegurando o direito de cidadania como previsto na Constituição e, desta forma, poder traçar um plano de ação conforme vemos nos discursos:

A questão do interesse da mulher em parir ou não parir. Então assim, se é uma mulher que quer ter filho, a gente vai fazer toda aquela questão pré - concepcional, pedir os exames, identificar qualquer tipo de infecção anterior à gestação pra tratar, e aí é seguir com a tentativa de engravidar. Naquelas que não desejam engravidar a

gente oferta a disponibilidade dos métodos e orienta com relação à escolha, mas a escolha é dela, a gente só apresenta o leque de opção, que é ciclo 21 injetável mensal e o DIU, no ISEA. (Enf. 7).

Aí no planejamento reprodutivo: se ela deseja ter filho, se não deseja; quais os métodos que a gente tem disponível, quais que ela acha que se adequa mais a ela. Porque, infelizmente a gente tem uma gama pequena, a oferta é pouca. E assim, refletir com ela, se ela acha que ela está pronta para o momento, pra ter filhos ou não, se ela quer, se ela não quer, qual a maturidade dela, se ela deseja. O desejo mesmo dela, refletir com ela sobre isso, ofertar os que a gente tem disponíveis e ver os que se adequa mais a ela. (Enf. 14).

Os primeiros aspectos abordados no caso da mulher é a opção, se ela deseja ter filhos, se não deseja, se deseja prevenir eu acho que isso é o primordial, e o método contraceptivo, qual o método que ela quer usar, qual o melhor que ele se adequa. (Enf. 21).

O Protocolo da Atenção Básica estabelece que o enfermeiro deve estar atento aos motivos que levaram a mulher buscar ajuda junto ao serviço, permitindo dar o direcionamento para o atendimento adequado. A prática do aconselhamento durante a consulta do planejamento reprodutivo, prevista no Manual do Ministério da Saúde, é uma atividade de assistência à anticoncepção e visa à percepção do indivíduo como sujeito atuante na própria saúde, contribuindo para que se estabeleça um vínculo de confiança entre o profissional e a usuária (BRASIL, 2016 B).

Sendo assim, a consulta do Planejamento Reprodutivo deve englobar aspectos que visem informar sobre concepção ou anticoncepção, de acordo com a opção dos participantes no processo de ter ou não filhos (ROCHA, 2017).

Verificamos nesses discursos que os profissionais participam do processo elencando as possibilidades de contraceptivos, observando o perfil da mulher e mantendo a liberdade da usuária optar pelo que lhe é mais adequado. É possível perceber que essa relação é estabelecida através do diálogo e empatia exercida pelo enfermeiro, permitindo o aconselhamento a partir da escuta e compreensão dos anseios da mulher.

Sim, mas respeito à autonomia da paciente. Orientando sobre os métodos mais indicados para elas, como a camisinha, e os disponíveis na unidade, falando sobre seu uso e dizendo os que não previnem contra doenças. (Enf. 2).

Participo. Mostrando pra elas, e o que elas escolherem, eu reforço a importância da forma como ele dá a proteção, modo de tomar, porque às vezes elas têm dúvida, acha que engravida, e eu mostro pra elas que ele é eficaz, que ele tem aquelas porcentagem. (Enf. 16).

Participo. Elas perguntam pra mim, perguntam a minha opinião, mas eu deixo elas escolherem o que querem. Agora por exemplo, quando tem uma gestante que tá em aleitamento misto, [...] eu oriento o uso da camisinha, né. Pra não tá tomando anticoncepcional, elas não podem comprar um de baixa dosagem, nem um que dá

pra tomar com aleitamento misto, então a gente pode fazer essa orientação. (Enf. 17).

Participo. No sentido de elencar para ela as opções, então eu mostro as opções que tem, e sugiro como seria dentro da rotina da mulher, qual se adaptaria mais pra ela, embora eu evite prescrever anticoncepcional. (Enf. 29).

Segundo o Protocolo da Atenção Básica (BRASIL, 2016 B) o enfermeiro deve seguir um plano de cuidados voltados para a educação em saúde, possibilitando que os indivíduos conheçam seus direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, papéis sociais e projeto de vida.

O Planejamento Familiar e suas respectivas ações de contracepção são tratados em consonância com o estabelecimento da autonomia da mulher e do direito de livre escolha, esclarecida a partir de todos os métodos seguros e eficazes disponíveis no mercado. O atendimento abrange a entrega dos métodos preconizados pelo Ministério da Saúde, como atividade fundamental que assegura o direito à escolha autônoma e consciente. No entanto, esse processo é austeramente limitado pela escassez de opções de métodos disponíveis nos serviços de saúde (PORTELLA, *et al.*, 2015).

Em contrapartida, é possível observar nas falas de alguns enfermeiros a preferência em não participar ativamente da escolha do método, pois, argumentam ser uma opção exclusiva da mulher.

Não participo, só respondo as dúvidas e oriento. (Enf. 5).

Não, eu apresento os métodos que ela poderá usar aí quem vai decidir é ela de acordo com o pensamento dela. (Enf.11).

Não. Eu vou explicar os métodos para ela. Ela que escolhe. (Enf.12).

Não. Eu não participo. Eu sempre deixo claro que, quem tem que decidir, é o casal, mas, explico pra ela as vantagens e desvantagens de cada um. (Enf. 15).

O protocolo da Atenção Básica (2016) assegura o direito de livre escolha dos indivíduos, pautado na lei do planejamento familiar (Lei nº. 9.263/96). No entanto, a normativa não exime a responsabilidade de o profissional orientar atentando para a condição clínica, e socioeconômica dos envolvidos, viabilizando a escolha de forma responsável, certificando-se da existência ou não de patologias ou comorbidades que causem agravos ao estado em que a usuária se encontra.

A informação bem embasada é de extrema importância na construção de um planejamento familiar eficaz, visto que, permite ao indivíduo exercer seus direitos, analisar os

métodos contraceptivos a ele ofertados e realizar escolhas de forma responsável, incorporando orientações sobre métodos, importância da saúde sexual e reprodutiva (MOTA, 2015).

### **Esterilização, Métodos Orais e Injetáveis, DIU**

Foi possível verificar nas falas dos entrevistados que há o desconhecimento dos critérios mínimos para a esterilização. A maioria não soube especificar os parâmetros para realizar a esterilização em ambos os sexos em conformidade ao estabelecido. Observamos nos discursos, que os enfermeiros classificam apenas os critérios femininos, desconsiderando os masculinos, e aumentam o número de filhos, contrapondo-se ao que é expresso no protocolo. Essa conduta denota o despreparo desses profissionais ao fornecer informações incompletas ao usuário, corroborando para a necessidade de um instrumento norteador que assegure o esclarecimento coerente aos usuários.

Para mulheres é a idade mínima de 25 anos e dois filhos. Já para o homem não sei dizer. (Enf. 5).

Na mulher, ela tem que ter no mínimo 25 anos e três filhos e o homem eu não sei te dizer (Enf. 18).

Olhe, a feminina é ter mais de vinte e seis anos, [...] ter uma quantidade de filhos, que eu não me lembro agora se são acima de três, mas acredito que é acima de três filhos e ter acima de vinte e seis anos. Apresentar algum problema de saúde que justifique isso, que eu saiba. Né? E a masculina é só a disponibilidade do homem de procurar o serviço, acompanhar as reuniões e os exames feitos lá na referência de planejamento, que eu saiba não tem nenhum protocolo que é, barre o homem a fazer a vasectomia não. É só o interesse dele. (Enf. 26).

Com relação ao feminino, idade mínima de vinte e cinco anos, no mínimo dois filhos, e tem que participar do planejamento familiar lá no ISEA. A vasectomia eu acredito que tem que ter os mesmos critérios, e se for casado tem que ter o consento dos dois, marido e mulher. (Enf. 30).

Segundo o Protocolo do Ministério da Saúde (2016, p.156), em consonância a Lei do planejamento familiar nº. 9.263/96 é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: homem ou mulher com capacidade civil plena que tenha idade maior que 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos.

De acordo com Berquó e Cavenaghi (2003), a divergência ocorre devido à compreensão errada dos termos presentes na lei, considerando os dois critérios – idade e número de filhos - e não um “ou” outro. Essa concepção se dá devido ao que é propagado pela

classe médica, que mulheres estão sendo submetidas à esterilização muito jovens, elevando a taxa de arrependimento.

No tocante a opção de esterilização definitiva pelo casal, a maioria dos enfermeiros declararam realizar encaminhamento para o centro de referência da cidade, como vemos abaixo:

Aqui na unidade ,quando as mulheres são multíparas, a médica mesmo pergunta se elas querem fazer laqueadura e já encaminha para o ISEA para elas assistirem o planejamento familiar. (Enf. 1).

Faço o encaminhamento para o planejamento familiar lá do ISEA. Então, na atenção básica ela sai conhecendo o que seria como é o procedimento, mas todo esse trabalho assim é feito lá no ISEA. (Enf. 6).

Encaminho pra o ISEA. Eu explico o que vai ser feito, a gente tem até algumas imagens plastificadas, tanto da vasectomia quanto a da laqueadura, explica e encaminha, porque na verdade tem que ser realizado todo o processo de planejamento. (Enf. 30).

A pessoa que procura o serviço com intuito de realizar a esterilização voluntária definitiva, obedecendo aos critérios mínimos preconizados, deve aguardar um prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo da esterilização até ser realizada. Após o tempo de espera, o usuário deve ser orientado quanto ao preenchimento de um documento que expressa o desejo do indivíduo, abrangendo informações sobre o procedimento, para então ser encaminhado ao serviço de referência do município (BRASIL, 2016 B).

Por se tratar de um procedimento cirúrgico, de difícil reversibilidade, e que envolve riscos, o aconselhamento é de extrema importância, pois este possibilita à mulher meios para avaliar sua condição psíquica e socioeconômica, e conseqüentemente, viabiliza decisões responsáveis (PESTANA; OLIVEIRA, 2017).

Apenas um enfermeiro referiu o prazo de 60 dias entre o desejo e a realização da esterilização, e os trâmites necessários, conforme dita a normativa do MS:

Orientar a questão dos serviços de referência, que pra gente é o ISEA, e orientar a questão que ele tem que passar por um processo de orientação, porque é irreversível. Então, do desejo ao procedimento cirúrgico, a realização do mesmo deve ter um intervalo de no mínimo 60 dias. (Enf. 7).

Por se tratar de um método definitivo e não apenas da mulher tomar medicação, a decisão acerca da realização deve ser tomada de forma madura, pois o procedimento possui peculiaridades. Apesar das possibilidades de esterilização, tanto para mulheres como para homens, todas as questões que envolvem a prática devem ser analisadas cuidadosamente pelo

casal, através da obtenção de conhecimento sobre outros métodos contraceptivos disponíveis, antes de qualquer atitude, dando importância à reflexão sobre o assunto, compreendendo, desta forma, as complicações que a esterilização pode provocar na vida conjugal (YAMAMOTO, 2011).

A prescrição de anticoncepcionais orais nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), durante a consulta de enfermagem é uma prática fundamental, pois além de ser uma atribuição inerente às ações do profissional, coopera para a autonomia e valorização do enfermeiro. Alguns dos entrevistados alegaram que a conduta é realizada rotineiramente na unidade, embora haja algumas ressalvas, como a condição de ter o medicamento na unidade, que como mencionado anteriormente, este fator gera transtorno, pois pode atrasar a resolutividade das consultas, como vemos a seguir:

Geralmente a primeira consulta dos anticoncepcionais orais é com a enfermeira mesmo. Realizo. (Enf. 18).

Os que têm na unidade. Os que têm do Governo. Esses outros que são de laboratório, que não tem no posto de saúde eu não faço. Eu faço os que têm no programa do Ministério. (Enf. 37).

Agora sim, porque os que têm na unidade é como eu te digo o que eu tenho na unidade eu prescrevo, agora os que não têm, eu nem prescrevo, por que eu sei que não vai aceitar, né. (Enf. 32).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 271/2001, o Enfermeiro pode realizar a prescrição de contraceptivos orais combinados e medicamentos que estejam estabelecidos nos programas de saúde pública, onde também se enquadra o planejamento familiar. Para tanto é necessário à elaboração e instituição de uma “rotina de serviço” seguindo o princípio legal (GONZALES, 2018).

Por meio do conhecimento teórico científico agregado durante a graduação e educação continuada que deve permear a formação do enfermeiro, estando respaldado pelos protocolos que norteiam a conduta no serviço, ao prescrever um método contraceptivo hormonal, o profissional deve estar atento sobre os riscos que os contraceptivos orais podem causar, possuindo as informações necessárias para reconhecer possíveis efeitos adversos que ocorrem com o uso, avaliar restrições para instruir sobre opções de métodos mais indicados, e disseminar informações junto à equipe de saúde sobre as vantagens e desvantagens na utilização dos contraceptivos orais (SILVA, 2016).

Todavia, alguns enfermeiros alegaram não realizar a prescrição por considerar atribuição médica, ou por não se sentirem seguros e respaldados para efetuar tal conduta. Configurando-se como sua responsabilidade apenas a transcrição, como vemos nas falas:

Não, todas as prescrições iniciais são feitas pela médica, eu faço só a transcrição seguinte. Porque eu não gosto muito de prescrever, tem tanta restrição quanto à prescrição de enfermagem. Então eu prefiro que elas passem primeiro pela médica, conversem, ela prescreve, aí o acompanhamento seguinte fica comigo. (Enf. 8).

Eu faço só a transcrição. A médica faz a prescrição. E a paciente, ela precisa de uma transcrição para continuar pegando na unidade. Fora só, a farmácia popular, nós temos... Tem algumas farmácias populares que recebem a transcrição de enfermagem. A maioria não. Então, eu nem me atrevo a solicitar. É transcrição. Se ela foi atendida pela médica; foi liberado algum tipo de anticoncepcional para ela, eu acompanho esta paciente e faço a transcrição. Também se ela não fizer o acompanhamento, eu também não me responsabilizo por transcrição. (Enf. 12).

Prescrição não, só a transcrição. Prescrição é a ginecologista quem faz. (Enf. 27).

Não realizo a prescrição. Porque eu acho que não é competência da Enfermagem prescrever anticoncepcional, eu vejo a enfermagem participando desse planejamento familiar de outra forma. Mostrando os métodos, discutindo com a mulher qual o método que se adaptaria, explicando que ela não pode diante do quadro, se ela é hipertensa, se ela já tem idade avançada, e dando toda essa orientação pra ela, e fazendo referência para o Ginecologista, o clínico pra fazer essas prescrições. (Enf. 29).

O cenário retrata as falhas suscitadas pela ausência nos processos de educação continuada, tendo em vista as necessidades inerentes ao processo de trabalho da enfermagem, a saber, as ações prescritivas (VASCONCELOS, 2013). Tal condição revela o desconhecimento acerca das normativas que legislam e embasam as práticas prescritivas do enfermeiro, e que, por consequência, influencia diretamente no livre e pleno exercício do profissional. Segundo Martiniano (2015), apesar de os protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, ter caráter científico comprovado mundialmente e exercer papel norteador nas ações em âmbito nacional, a instituição de modelos reguladores pelos gestores locais ainda é escassa.

Nas falas a seguir identificamos profissionais que exercem a prescrição de anticoncepcionais injetáveis:

A nossa dinâmica aqui, é assim: eu faço o citológico, mas, sempre quem avalia, é o médico. Normalmente, quem prescreve é o médico, mas, posso sim. Prescrevo sim (os dois). (Enf. 15).

Sim, principalmente o mensal. (Enf. 19).

Sim, quando tem disponível no serviço. (Enf. 22).

Sim realizo mensal, porque é o que está acessível aqui. (Enf. 23).

Para esses enfermeiros a prescrição de anticoncepcionais injetáveis faz parte da rotina na unidade, mesmo que observando as particularidades de cada serviço. O parecer técnico do COREN-PE (2016), com respaldo no protocolo de Atenção Básica desenvolvido pelo MS em conjunto com o Instituto Sírío-Libanês de ensino e Pesquisa, conclui que o profissional Enfermeiro está habilitado a realizar prescrição de anticoncepcional injetável, não havendo impedimentos, desde que fundamentados em normativas do Ministério da Saúde ou aqueles outorgados em rotinas nas instituições de saúde.

A prescrição de medicamentos é uma prática necessária no processo de trabalho de enfermagem junto à comunidade, e quando realizada de forma responsável e competente, auxilia no desenvolvimento da autonomia e reconhecimento do profissional, convergindo para a confiabilidade por parte da população e resolutividade ante as queixas dos usuários (VASCONCELOS, 2013).

Todavia, outros enfermeiros apontam que não realizam prescrição de anticoncepcionais injetáveis por conceber ser uma atuação restrita ao profissional médico, eximindo-se da responsabilidade de atuação diante do proceder inerente as suas atribuições:

Não, isso é só o médico, porque assim, como aqui não têm o protocolo isso fica como conduta do médico, aí a gente só transcreve a subsequente. (Enf. 1).

Não, porque isso é atribuição médica. (Enf. 3).

Não, para o injetável eu encaminho para o médico. Porque com a prescrição médica ela vai poder tomar a medicação em qualquer outro local. (Enf. 4).

Não, aí todos os injetáveis eu antes peço pra passar por uma consulta com o Ginecologista. Então, se é oral, a gente trabalha com o que a gente tem no serviço. Se é injetável, a gente também trabalha com o que tem no serviço. Mas aí como tenho médico pra fazer a referência, então [...]. (Enf. 26).

Como descrito pelo COREN-PE (2016), o enfermeiro pode realizar a prescrição de contraceptivo injetável, portanto, fica evidente nas falas a ausência de conhecimento quanto às normativas que amparam a prática prescritiva. Tal fato manifesta a lacuna que permeia as consultas em enfermagem prejudicando o atendimento à clientela.

Todos os entrevistados afirmaram não realizar a inserção do DIU. É possível identificar dois problemas nas falas destes enfermeiros: a falta de capacitação para inserção do DIU e o desconhecimento de que é uma prática não só médica, mas da enfermagem também.

As falas mostram necessidade de conscientizar os profissionais acerca do que é estabelecido no Protocolo.

Não o enfermeiro não faz isso porque é muito complicado, mesmo se tivesse capacitação deixo isso para vocês que são novos eu quero me aposentar antes de precisar fazer isso. (Enf. 1).

Não, porque não tenho treinamento pra isso. (Enf. 3).

Eu não que eu tenho capacitação. Porque não foi oferecida. (Enf. 6).

Pelo exposto nas falas a seguir, os enfermeiros que não conhecem a regulamentação para implantação do DIU e presumem não ser competência inerente mediante treinamento.

Não. Não tá dentro do que a gente da atenção básica faz. A inserção do DIU é um procedimento médico, que eu saiba a gente não faz a inserção de DIU, tem que ser encaminhado pra referência.

Eu não sei se a gente faz, viu?! Eu soube que parece que a gente tava podendo fazer, mas tinha que ter um treinamento, [...] eu nunca vi uma enfermeira fazer, eu não sei se perante o COREN pode, eu não faço, porque eu não sei. (Enf. 17).

Não. Nunca tive treinamento e até onde eu sei a enfermeira não pode. (Enf. 18).  
O DIU é conduta médica. Até onde eu sei o DIU é um procedimento médico. Então, não. (Enf. 29).

De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016 B), mediante prática e treinamento adequados a inserção do DIU pode ser realizada por enfermeiros como disposto na Resolução do COFEN nº 358/2009.

### **Crítérios de Elegibilidade e Problemas Relacionados ao Uso**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), a escolha do método contraceptivo deve levar em consideração uma série de critérios que variam de acordo com a classificação que aborda desde o histórico de saúde a condição clínica de cada usuária. Esses requisitos são indispensáveis, visto que, se não obedecidos podem acarretar prejuízos à saúde da mulher. Diante disso, vemos que parte dos profissionais enfermeiros desconhecem tais parâmetros de escolha:

Não conheço. (Enf. 4).

Eu já li sobre isso, mas não tenho segurança. (Enf. 11).

Faz tempo que a gente viu isso aí, a gente não tem mais ido a treinamento, a gente não sabe qual a lista que tá mais atualizada, né. (Enf. 17).

Acho que eu já vi, mas assim, de saber agora, não. (Enf. 37).

Os anticoncepcionais hormonais quando associados a fatores de riscos potencializam o risco de desenvolvimento de patologias em mulheres que fazem uso do método a longo prazo, como por exemplo doenças cardiovasculares, trombose profunda e câncer de mama. Portanto, faz-se necessário a correta indicação desses medicamentos, no intuito de prevenir agravos à saúde da mulher. É importante que durante a consulta do planejamento reprodutivo o enfermeiro avalie se há indícios de fatores de risco para o uso dos anticoncepcionais (BRASIL, 2010).

Outros profissionais mostram-se conhecedores dos métodos de escolha, como se revela nas falas abaixo:

Histórico pessoal, a questão de cefaleia, enxaqueca, questão de problemas de hipertenso, diabéticos, algum problema clínico que interfira no uso da medicação. Questão da idade também. (Enf. 6).

A elegibilidade vai tá dentro dos aspectos pessoais, a gente vai ter que investigar a saúde dessa mulher como tá de uma forma geral, o preventivo tem que ser feito, investigar as patologias anteriores, o uso de coisas que ela possa utilizar que prejudicar, o próprio cigarro, os vícios que ela tenha, as questões de que ela tenha alguma patologia anterior, varizes ou alguma alteração circulatória, hipertensão, diabetes, a gente tem que investigar se ela tem alguma patologia progressiva que vá contra indicar aquele método. (Enf. 10).

Depende do perfil da mulher... Alguns critérios: que ela não tenha algumas doenças inflamatórias, algumas coisas desse tipo e o método que ela melhor se adapte, o casal, melhor se adapte. Então vê os disponíveis; vê o que eles se adaptem e vê se ela não tem nenhum fator, por exemplo, uma mulher que tem um mioma intrauterino, ela não vai ser uma indicação pra se colocar um DIU, não é. Por exemplo, uma mulher que é hipertensa, não é indicação de fazer uso de anticoncepcional oral, não é. Então, quais são os outros métodos que a gente vai ter: preservativo masculino, preservativo feminino. A gente vai investigar outros fatores que possam ter. (Enf. 14).

Claro, no caso das pílulas, pelo menos as do ministério ainda são infelizmente pílulas de alta dosagem, como o ciclo 21 então muitas pessoas vão ter náuseas, vômitos, intolerância gástrica, então assim geralmente as pílulas elas são elegíveis pra aquelas pessoas que não tem muito risco, que não é obeso, não tem cardiopatia, que não são hipertensos e tem que avaliar o risco benefício, se é uma pessoa que esquece como esses adolescentes então a gente prefere , sentar, conversar e eleger um método injetável , contraceptivo injetável, então é mais seguro pra gente e pra ela. (Enf. 24).

Para estes entrevistados a maioria das queixas estão relacionadas às questões clínicas como, náuseas, cefaleia, vômito, desconforto gástrico, ganho de peso, além de alterações menstruais. Nessas situações eles indicam a troca do método contraceptivo.

Ganho de peso, náusea, aí a gente tenta fazer a troca, porque como é uma população muito carente, elas não vão ter condições de comprar outras medicações que não tenham no posto. (Enf. 2).

Náusea, vômito, cefaleia, mal estar e sonolência, nesses casos eu procuro outra medicação que possa se adequar melhor a paciente e questiono da possibilidade dela ficar utilizando apenas métodos de barreira. (Enf. 5).

Sangramento de escape, reações do desconforto gástrico, náusea, dor de cabeça, elas relatam também a questão do ganho de peso. Nos escapes a gente avalia a questão da adaptação, na verdade todos eles. É um período superior a três meses se ela continua com essas queixas, aí a gente orienta a avaliação para troca da medicação. (Enf. 6).

A maior parte das usuárias chega com queixa de hipertensão arterial após o início do uso de contraceptivos. Suspende e muda o método. (Enf. 18).

O enfermeiro deve estar atento a qualquer transtorno que o método contraceptivo possa causar à saúde da mulher, registrando o ocorrido e buscando subsídios para troca do método. Além disso, pode testar várias formulações na tentativa de encontrar a que melhor se adeque aos seus clientes (DROMBROWSKI *et al.*, 2013)

O uso incorreto do método também foi descrito como problema, como vemos nas seguintes falas:

Os problemas maiores que enfrentam são porque normalmente, as mulheres, elas tomam o anticoncepcional errado. Por mais que se oriente, por mais que se diga elas usam normalmente. O que mais elas relatam, é a ausência da menstruação, irregularidade, às vezes, até uns sangramentos intermenstruais... por aí. Orientar, conversar, escutar sempre a mulher pra tentar ver o que está acontecendo, como ela está usando aquele anticoncepcional. (Enf. 15).

Primeiro, é elas saberem tomar. No momento tem, até que não tá faltando, mas houve uma falta. Então o maior problema é da mulher tomar mesmo, porque ela toma errado e por mais que você explique que ela toma errado...a gente faz a cartelinha, a gente pede pra vim quando tiver no final pra poder, justamente na pausa né, elas erram mais na pausa. O maior erro é delas não saberem tomar direito na pausa de uma cartela pra outra. (Enf. 17).

Problemas mesmo é nos horários que elas esquecem, não tomam certo geralmente, ainda tem muito tabu em cima disso, a conduta de nesses casos, eu oriento e elas fazem um planejamento familiar aqui, todo mês comigo, pra eu poder acompanhar eles em direitinho, ver se elas estão tomando realmente ou não, como estão tomando, sempre tem essa escuta. (Enf. 23).

## Auxílio Concepção e Infertilidade

É possível perceber que alguns entrevistados relatam que apenas as mulheres procuram o serviço com a intenção de engravidar, revelando que a participação masculina nas consultas de auxílio à concepção, não é significativa, como vemos nas seguintes falas:

Sim. Geralmente as mulheres vêm sozinhas, porque os maridos estão no trabalho. Na consulta avalio IMC, SSVV, pergunto se ela possui alguma doença, prescrevo o ácido fólico e solicito exames de rotina para ela e seu companheiro. (Enf. 5).

Sim. Faço a anamnese, geralmente não é casal que vem, vem só a mulher e quando ela vem ela procura já a unidade, porque ela está com dificuldade, essa é a nossa realidade. (Enf. 6).

Deveria ser os dois, mas geralmente na consulta de saúde da mulher, as que têm intenção de engravidar manifestam essa vontade. Ai, a gente faz toda uma orientação antes. E, fazendo essa captação antes da gravidez, se torna um pré-natal muito saudável, porque as intercorrências que poderiam acontecer, em termo de processo infeccioso ou algum achado dentro da saúde da mulher, elas são feitas as intervenções clínicas antes da gestação. (Enf. 38).

Essa realidade indica a condição de omissão masculina, característica de uma sociedade patriarcal, em que a responsabilidade pelo planejamento familiar recai sobre a mulher. Desta forma, constata-se a necessidade de trabalhar com o casal as questões que envolvem a concepção ou contracepção, em palestras e orientações individuais, durante a consulta de Enfermagem (PENAFORTE *et al.*, 2010).

De acordo com a normativa, os casos que se enquadrem como infertilidade devem ser encaminhados para o serviço de referência. Nas falas a seguir observamos a atenção dos enfermeiros quanto aos direcionamentos adequados para tais situações.

A gente sempre vai encaminhar pra referencia, os médicos que possam fazer esse diagnóstico. A gente tem certa limitação pra esse diagnostico, então pra infertilidade vai ter que ser feito uma investigação com especialistas, a gente não tem como investigar profundamente, porque vai precisar dessa avaliação especializada. Nesses casos de infertilidade aqui eu não vi nenhum caso não. (Enf. 10).

São acolhidos, mas são encaminhados pra avaliação com o ginecologista e aí ele faz os encaminhamentos necessários. (Enf. 24).

Nós acolhemos e encaminhamos pra Ginecologista na policlínica. (Enf. 26).

Sim, são acolhidos sim, a gente solicita, se a pessoa já tem uma história previa de infertilidade, como a gente não tem, como isso é um atendimento a gente acolhe, solicita os exames básicos e encaminha para o ginecologista já com os exames prévios, básicos realizados. (Enf. 34).

De acordo com as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a porta de entrada para a identificação dos casos de casais inférteis deve ser a Atenção Básica. Adotando as condutas que norteiam a avaliação clínica, como a realização da anamnese, exame clínico ginecológico, exame clínico-urológico, exames complementares básicos de diagnóstico e orientação de acordo com cada caso. Descartando-se patologias, fatores contribuintes e quaisquer outras situações que intervenha em uma futura gestação, como cardiopatias descompensadas, hipertensão, diabetes, doenças infectocontagiosas, dentre outras, que tragam risco a vida do feto ou da mulher.

A Atenção Básica deve ser o local ideal para que aconteça o aconselhamento reprodutivo, a investigação inicial dos casos de infertilidade e tratamento de patologias que afetem negativamente o processo de concepção. É necessário conversar com o casal, esclarecer sobre os meios de reprodução, investigando possíveis doenças. Caso, após o processo de auxílio ao casal, não haja sucesso nas tentativas de engravidar, é indicado a partir do tratamento mais indicado, encaminhar para um serviço de referência em ginecologia/urologia, com resumo clínico, ou para um serviço especializado em infertilidade, de acordo com a disponibilidade loco regional. (BRASIL, 2010).

### **Ações Educativas**

Para esses entrevistados não é possível implementar atividades pedagógicas devido a escassez de tempo ocasionado pela demanda de tarefas no serviço, além da falta de interesse das usuárias ou do próprio enfermeiro, obstáculos, como verificamos nos seguintes discursos:

Não, porque é muito trabalho e pouco tempo. (Enf. 3).

Não, porque a gente não consegue fazer o grupo. (Enf. 8).

O planejamento familiar atualmente ele tá sendo realizado não em forma de grupos, porque a gente já tentou formar grupos anteriormente, mas não da certo, porque ela não vem pra o grupo, elas vêm pra pegar o método dela naquele dia que ela tá necessitando. (Enf. 10).

Eu nunca fiz, eu não gosto de dar palestras. (Enf. 19).

Em algumas UBSF os enfermeiros realizam atividades educativas junto à comunidade, atentando para sua importância, visto que constitui-se como meio de promoção de saúde, como se destaca nos trechos a seguir.

Sim. Nas ações educativas apresentamos os métodos disponíveis na Unidade e ensina como utilizar, geralmente na sala de espera. (Enf. 2).

Sim, agora não é de forma regular, sistemática. A gente dá as palestras, a orientação com relação ao uso, e a gente faz esse tipo de atividade estimulando o companheiro a participar, uma forma pra ver se eles aderem. (Enf. 16).

Sim. Palestras na escola, salas de espera na unidade e grupos. Grupos de adolescente, grupo de pré-natal, grupo de planejamento familiar. (Enf. 18).

Sim, a gente faz palestras nas escolas e tem um grupo, do planejamento familiar que a gente se reúne uma vez a cada dois ou três meses, pra falar sobre o tema, sobre as orientações, métodos que dispõe o SUS, sobre a parte de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (Enf. 22).

Sim, a ação que a gente tem é sala de espera, incentivando o uso principalmente do preservativo, que ainda tem muito tabu, tem muito homem que não gosta e são essas coisas. (Enf. 23).

A promoção da saúde tem por finalidade garantir aos indivíduos e todas as comunidades, oportunidades igualitárias e disponibilidade de recursos, além disso, possibilita a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde (CZERESNIA, 2003).

Desta forma, a educação em saúde constitui-se como um ato de promoção da saúde, pois sua abordagem é um meio de conscientização da mulher acerca do autoconhecimento visando o autocuidado (SCHÖNHOLZER *et al.*, 2013).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na conjuntura atual, a assistência ao Planejamento Familiar, envolve ações de promoção, prevenção e cuidados primários de saúde que são oferecidas pelas equipes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2010). A informação bem embasada é de extrema importância na construção de um planejamento familiar eficaz, visto que, permite ao indivíduo exercer seus direitos, analisar os métodos contraceptivos a ele ofertados e realizar escolhas de forma responsável, incorporando orientações sobre métodos, importância da saúde sexual e reprodutiva.

Os enfermeiros do estudo ora apoiam suas práticas no protocolo, ora não seguem a normatização. Acredita-se que a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família não segue um padrão de atenção haja vista a pouca existência de capacitações reveladas pelos próprios participantes. Sem o processo de educação permanente, os profissionais derivam a sua atuação das suas experiências.

Desta forma, é de fundamental importância que os enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (USB) norteiem suas ações pela utilização de protocolos de atenção básica que possibilitam um respaldo legal ao profissional e padronização do serviço.

## **ABSTRACT**

Family Planning enables individuals to size and establish pregnancies according to their preference, and also helps prevent unwanted pregnancies and unsafe abortions. Currently, in Brazil, family planning assistance is offered by the Family Health Strategy teams. The objective of this study was to investigate the nurses' perceptions regarding the use of the reproductive planning protocol, distributed in four dimensions, assessing the level of knowledge, understanding the facilities and / or difficulties pointed out by nurses in the implementation of the protocol in the actions reproductive planning. It is a case study, from the perspective of Yin (2001), carried out in the city of Campina Grande - PB with nurses working in Primary Care. Data collection was performed through a semi-structured interview, which was applied to 39 nurses. The data were analyzed through Content Analysis of the thematic categorical type. The results indicate that the use of the Protocol of the Ministry of Health in Family Planning by nurses is still scarce and often unknown to many professionals. It is concluded that the nurses of the study now support their practices in the protocol, or they do not follow the normalization. It is believed that the practice of nurses in the Family Health Strategy does not follow a pattern of attention given the few existence of capacities revealed by the participants themselves.

**Key words:** Primary Health Care. Women's Health. Reproductive Planning.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzane. "Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária." *Cadernos de saúde pública* 19 (2003): S441-S453.

BEZERRA, E. de J.; ALMEIDA, T. S. C.; PASSOS, N. C. R.; PAZ, C. T.; BORGES-PALUCH, L. R. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 2, p, 99-108, maio/ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/01." *SDA À. Saúde: Ministério da Saúde*; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico, Secretaria de Políticas de Saúde. 4ª Edição. Brasília: MS; 2002. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):961-970.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) [Internet]. Brasília; 1984 [citado 2010 abr. 12]. Disponível em: [http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=9](http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Mais sobre Saúde da Mulher. Portal da Saúde. Brasília – DF; 2013a. <http://www.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher> (acessado em 30 de Maio de 2017).

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2016. Disponível em: [www.dados.gov.br/dataset/cnes](http://www.dados.gov.br/dataset/cnes). Acesso em 20 outubro de 2016 A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016 B.

CASTRO, Ariana Reis Bastos. **Participação do enfermeiro no planejamento familiar**. 2018. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto

de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA (COREN/PB). **Protocolo de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba**. 2º ed. João Pessoa, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO (COREN/PE). **Parecer Técnico Coren-PE nº038/2016**. Disponível em:<[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0382016\\_8922.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0382016_8922.html)> Acesso em: 11 de junho de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA (COFEN). **Resolução COFEN- 358/2009** Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.htm](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.htm)> Acesso em: 11 de junho de 2019.

CZERESNIA D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DOMBROWSKI, Jamille Gregório; ABRANTES PONTES, Jéssika; ARAÚJO LOPES DE MELO E ASSIS, Walédyá. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, 2013.

PENAFORTE, Marta Cristina Lourdes Faria; Rangel da Silva, L., Vieira dos Santos Esteves, A. P., Faria da Silva, R., Meneses dos Santos, I. M., & Domingues Bernardes Silva, M. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

GONZALES, Andréa Leal Menezes; SOARES, Denise Josino. **A importância do enfermeiro na prescrição de medicamentos na Unidade da Saúde da Família-USF**. 2018.

HEILBORN, Maria Luiza; PORTELLA, Ana Paula; BRANDÃO, Eliane Reis; CABRAL, Cristiane da Silva; CONPRUSUS, Grupo. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [on line ]. 2009, vol. 25, suppl. 2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>. Acesso em: 08 de outubro de 2016.

LEITE, Rosana F. B.; VELOSO, Thelma M. G. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

MARTINIANO, Claudia Santos. "A prescrição de medicamentos por enfermeiros na atenção primária à saúde no Brasil: caracterização, normatização, formação e lições aprendidas.", 2015.

Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

MOTA Dário da Silva; JÚNIOR, Francisco Nelmi Souza; BRITO, Maria da Conceição Coelho. Pesquisa-ação com grupo de mulheres sobre planejamento familiar: percepção das participantes. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):961-970.

MOURA, ERF. Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de clientes e enfermeiros do programa de saúde da família. [tese de doutorado]. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2003. 136 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Reprodutiva. **Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos**, 2010.

PESTANA, Yasmin O. Marcadante, e Helena Lahtermaher Oliveira. "Esterilização voluntária feminina durante o parto ou no pós-parto imediato: os desafios do planejamento familiar Voluntary female sterilization during childbirth or in the immediate postpartum: the family planning challenges." *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo* (2017): 46.

PORTELLA, Ana Paula; BEZERRA, Sheila Maria; FERREIRA Verônica; ÁVILA, Maria Betania; ALBUQUERQUE, Rivaldo M. Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde em Pernambuco. **E-book**, v. 2, p. 119-139, 2015.

ROCHA, Ana Carolina Farias; HOLANDA, Sâmia Monteiro; LIMA, Admar Câmara Soares; AQUINO, Priscila de Souza. "ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA." *Extensão em Ação* 1.13 (2017): 69-82.

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni; PINTO, Ioni Carvalho; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Planejamento reprodutivo de mulheres climatéricas usuárias da Atenção Primária à Saúde Mutirão. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 1, p. 58-66, 2016.

SILVA, T.O. **Conhecimento do uso de métodos contraceptivos reversíveis em mulheres em relacionamento estável**. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharel e Licenciatura em Enfermagem). Campina Grande – PB, Departamento de Enfermagem – CCBS/UEPB, 2013, 43p.

SILVA, Elba Rodrigues, et al. Enfermagem atuação do enfermeiro frente aos fatores de risco para trombose venosa profunda nas mulheres em uso de contraceptivos orais. **Simpósio de TCC e Seminário de IC**, v. 1, p. 1042, 2016.

SILVA, K.R.; SOUZA, A.S; PIMENTA. D.J., et al. **Planejamento Familiar: importância das práticas educativas em saúde para jovens e adolescentes na Atenção Básica**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.07, Nº. 01 [Internet] 2016 (acesso em 06 de novembro de 2016); p.327-42. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1264/pdf>

SILVA, T.O. **Conhecimento do uso de métodos contraceptivos reversíveis em mulheres em relacionamento estável**. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharel e Licenciatura em Enfermagem). Campina Grande – PB, Departamento de Enfermagem – CCBS/UEPB, 2013, 43p.

YAMAMOTO, Sergio Toshio. **A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29112011-134801/en.php>>. Acesso em: 29 maio 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.

VASCONCELOS, Renata Borges de; DE ARAÚJO, Janieiry Lima. A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2013.

