



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JÚLIA GABRIELA DE MEDEIROS RODRIGUES**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR x ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO: compreensão de  
profissionais da atenção primária**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**JÚLIA GABRIELA DE MEDEIROS RODRIGUES**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR x ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO: compreensão de  
profissionais da atenção primária**

Trabalho de Conclusão de Curso em  
Enfermagem da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do  
título de Graduada em Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Maria  
Cavalcanti Costa

**CAMPINA GRANDE  
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.

R696p Rodrigues, Júlia Gabriela de Medeiros.  
Planejamento familiar x assistência à concepção  
[manuscrito] : compreensão de profissionais da atenção  
primária / Julia Gabriela de Medeiros Rodrigues. -2019.  
25 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. Gabriela Maria Cavalcanti Costa ,  
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."  
1. Planejamento familiar. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Técnicas reprodutivas. I. Título

21. ed. CDD 610.73

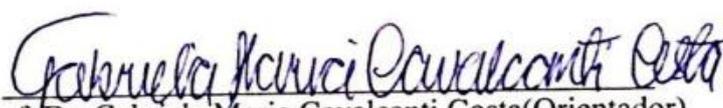
JÚLIA GABRIELA DE MEDEIROS RODRIGUES

PLANEJAMENTO FAMILIAR X ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO:  
COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

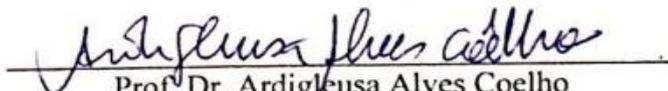
Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Enfermagem.

Aprovada em: 10/04/2019.

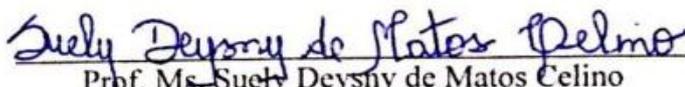
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gabriela Maria Cavalcanti Costa (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Ardileusa Alves Coelho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Suely Deysny de Matos Celino  
Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA)

Este trabalho é um desdobramento do projeto de iniciação científica intitulado “ Saúde Reprodutiva na atenção primária: o papel dos profissionais das unidades de saúde da família no auxílio à concepção”. Financiado através do incentivo de bolsa estudantil pela Universidade Estadual da Paraíba.

A minha mãe, dedico, por todo incentivo, ensinamentos,  
companheirismo e amor. Sem ela eu nada seria.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado forças, discernimento e coragem para trilhar esses caminhos, me guiando sempre em um propósito maior sem Ele nada disso seria possível.

À minha mãe, (Juracema), por me amar incondicionalmente e dedicar sua vida à nossa família., por me ensinar sobre tudo, me proteger das adversidades. Eu não estaria aqui se não fosse por você, te amo eternamente.

Ao meu pai, (Sérgio), por todo o seu amor, companheirismo, respeito e dedicação. Gratidão por ser sua filha.

Ao meu irmão, (Gabriel), por me fazer sentir completa nesse mundo, por todo cuidado e amor.

À minha avó, (Iracema), por ser modelo de perseverança e conhecimento, o alicerce para toda a família.

Aos demais familiares que sempre acreditaram no meu potencial e me incentivaram para que hoje esse dia fosse possível, em especial à minha tia Santa (in memoriam) que cuidou de mim a vida toda e mesmo sendo semianalfabeta nunca deixou de se preocupar com os meus estudos e futuro. Só tenho gratidão por todo amor e doação que ela nos entregou em toda a sua vida terrena.

Aos meus amigos por todo suporte, compreensão e dedicação.

À minha Orientadora Gabriela, minha eterna gratidão por todos os ensinamentos passados, por todas as broncas e preocupações. Sei que tudo foi em prol do meu crescimento profissional. Agradeço, do fundo do meu coração, toda a confiança depositada em mim. Se hoje estou me tornando alguém é graças também à sua ajuda e dedicação.

A minha amiga e parceira de pesquisa Samara, que foi peça fundamental em toda graduação, minha eterna gratidão e admiração.

Ao meu bronca que tornou essa caminhada mais leve, obrigada por todos os grupos de estudos, trabalhos, estágios, risadas e amor. Desejo a todos um futuro brilhante.

À todos os professores do curso que, com suas mentes brilhantes e esforço ajudaram na minha formação.

A todos os funcionários da UEPB e em especial aos do departamento de Enfermagem, sou grata pela paciência e dedicação para garantir que minha graduação fosse possível. E, aos demais colegas de classe, pelos momentos e conhecimentos compartilhados, desejo a todos o sucesso almejado.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>10</b>
APARATO LEGAL QUE GARANTE ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	10
ASSISTÊNCIA À CON(TRA)CEPÇÃO .....	12
REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	16
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>25</b>

## Planejamento familiar x assistência à concepção: compreensão de profissionais da atenção primária

Júlia Gabriela de Medeiros Rodrigues

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a compreensão sobre a assistência à concepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, enquanto ação do planejamento familiar. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, desenvolvido através de entrevistas, com médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família, no período de setembro de 2016 a dezembro de 2017, utilizando-se a Análise de Conteúdo com ênfase na Análise Temática. Os discursos dos profissionais revelaram que, embora teoricamente seja conteúdo familiar, a assistência à concepção na atenção primária, não é sistematizada; que eventualmente usuários mulheres procuram o serviço, mas, na atenção primária se sentem despreparados para atender e captá-los; e, para garantir o que apregoa o aparato legal urge pactuar serviços referência na rede de atenção à saúde. Conclui-se que os profissionais evidenciam a relevância do tema e a existência de demanda reprimida para a assistência à concepção, consideram importante o atendimento diferenciado aos sujeitos que buscam, reconhecem a pouca resolutividade em função das ausências de ações de educação permanente nos serviços de saúde e, atestam a lacuna na formação profissional nas instituições de ensino superior.

Descritores: Planejamento Familiar; Atenção Primária à Saúde; Técnicas Reprodutivas.

### INTRODUÇÃO

Em 1948, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, foram reconhecidos como básicos à vida digna de homens e mulheres, pela Organização das Nações Unidas (ONU) ao instituir a Declaração Universal dos Direitos Humanos (BRASIL,2018).

No cenário nacional, somente na década de 60, entidades de caráter privado, voltadas para o controle da natalidade, interessaram-se em reduzir o crescimento populacional. Assim sendo, no início do século XX a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo implementados programas. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propunha uma

abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL,2013)

Apesar dos avanços, marcos primordiais para garantia do direito reprodutivo só aconteceram na primeira metade da década de 90. A Conferência Internacional Sobre a População e Desenvolvimento (CIPD, 1994) foi marcada pela confluência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de representantes dos movimentos feministas. No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher reafirmou o discurso da CIPD e, avançou nas definições dos direitos sexuais e reprodutivos, assegurando a homens e mulheres o acesso a “métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha” (BRASIL,2013).

Em 1996, foi promulgada a Lei nº 9.263, que definiu o planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade e, reconheceu como atribuição a garantia ao auxílio à concepção e contracepção (BRASIL,1996). Mas, somente em 2002, com o lançamento do manual técnico de assistência ao planejamento familiar, evidencia-se ações direcionadas a um casal que busca a assistência a concepção (BRASIL,2002).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) buscou garantir as ações de atenção básica de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, bem como ações educativas. No entanto, lacunas foram observadas, no que diz respeito a atenção ao climatério/menopausa; as queixas ginecológicas; a saúde da mulher na adolescência; a doenças crônico-degenerativas e; a infertilidade e reprodução assistida (BRASIL,2004).

Sobre esse último aspecto, em 2005, a Portaria nº. 426 institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e, a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº388, determinou que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotassem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005a ; BRASIL, 2016).

Nesse contexto, as equipes de atenção primária têm um papel importante na promoção de saúde sexual e reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais. Os profissionais desse nível de atenção têm como responsabilidade executar atividades de cunho educativo, clínico e aconselhamento, para que possam identificar e auxiliar um casal infértil e fazer os devidos encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade especializados em infertilidade, para solução do problema (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o estudo objetivou analisar a compreensão sobre a assistência à concepção no planejamento familiar e, as práticas realizadas, de profissionais da estratégia de saúde da família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, desenvolvida nas 104 equipes da saúde da família das Unidades Básicas de Saúde dos oito distritos sanitários existente à época, na zona urbana e rural, do Município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, nos meses de setembro de 2016 a dezembro de 2017. O estudo foi realizado com médicos e enfermeiros e foram visitadas 10 UBS de cada distrito. Foram selecionados, de maneira aleatória, profissionais que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na Estratégia de Saúde da Família há pelo menos seis meses; realizar atendimento de planejamento familiar. Assim, considerando o processo contínuo de avaliação da saturação teórica (NAVARRETE ET AL, 2009), iniciado desde o princípio da coleta, participaram do estudo 30 médicos e 50 enfermeiros.

A partir do registro das respostas da entrevista, foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), especificamente a análise temática, percorrendo as etapas: a pré-análise, onde os dados foram organizadas de acordo com a compreensão da leitura, da escolha dos documentos e a formulação de hipóteses e objetivos; a exploração do material, que exige uma leitura flutuante e tem como base a codificação, decomposição e enumeração das unidades de contexto e de registro e, por fim, o tratamento dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob CAAE nº 69239717.4.0000.5187. Para resguardar os direitos de sigilo e o anonimato dos sujeitos foi adotado um sistema de identificação por códigos, sendo os distritos codificados pelas seis primeiras letras do alfabeto, as equipes enumeradas de acordo como estão dispostas na lista ofertada pela Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais identificados pelas letras M para os médicos, E para os enfermeiros (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As questões da entrevista foram respondidas por 80 profissionais resultando na categorização de três temas: (i) aparato legal que garante a assistência à concepção no planejamento familiar; (ii) assistência à con(tra)cepção; (iii) rede de serviços especializado.

### APARATO LEGAL QUE GARANTE ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Lei do planejamento familiar, em seus artigos 3º e 9º, garante como uma das ações o acesso a todas as técnicas e métodos de auxílio à concepção e contracepção (BRASIL,1996).

No âmbito das políticas voltadas ao auxílio à concepção, planejamento familiar e reprodução assistida, a PNAISM (BRASIL,2004) apresenta como um dos seus objetivos específicos estimular a implantação do planejamento familiar/reprodutivo para homens, mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito integral do SUS com um tópico específico que pretende ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade.

Nessa categoria de análise temática, os profissionais foram indagados sobre o conhecimento do aparato legal que asseguram o auxílio à concepção e reprodução assistida no SUS, incluindo políticas, leis e portarias.

*“Bem, que eu saiba, o SUS que tem aparato legal. Ações isoladas não tem essa previsão em lei. Sendo assim a assistência à saúde da mulher está prevista como ação do SUS, mas não por força de lei ou coisas assim. E, claro que se ainda estamos lutando para garantir assistência integral para mulheres, a lacuna abrange muitas coisas incluindo a inexistência total de atuação para garantir concepção. Lutamos muito tempo para evitar a gravidez e ainda falhamos. E agora nos desafia, pelo que estou refletindo, a assistência para aqueles que desejam ter filhos. ” (A8E1)*

*“Nunca ouvi falar em Lei, portaria, decreto ou coisa que o valha para instituir que ações dos profissionais devem ser contempladas nessa ou naquela política. Portanto não existe lei de planejamento não. Para mim é uma ação prevista na assistência à saúde da mulher e prevê*

*especificamente ações que garantam acesso a métodos contraceptivos. ” (A10M1)*

*“A parte de concepção como integrante das ações de planejamento, realmente desconheço. Eu nunca vi na formação e em nenhuma capacitação em serviço. Pessoalmente nunca me interessei em estudar. E confesso não saber se existe qualquer aparato legal seja genérico ou específico dos conselhos de classe. Mas estou quase certa de que o SUS não tem previsão de custear ações para reprodução. Não consegue garantir coisas básicas. Embora eu reconheça que na atualidade com o adiamento da gravidez, muitos casais enfrentam dificuldades para gestar. ” (A5E1)*

Constata-se o desconhecimento da Lei do planejamento familiar que prevê ações de concepção; da Portaria nº 426/05 que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e, recomenda a organização de uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar (BRASIL, 2005A), e da Portaria nº 3.149 de 28 de Dezembro de 2012 que destina os recursos financeiros e indica quais serviços no SUS realizam os serviços de reprodução assistida no país (BRASIL, 2012A).

Observa-se nas falas acima um déficit no (re)conhecimento de atividades relacionadas à assistência concepcional. O fato de os profissionais não estarem aptos deve-se, em parte, à formação profissional que não propicia o desenvolvimento de competências que possam prepará-los para potencializar suas capacidades de resolução de problemas, a fim de enfrentar situações cotidianas de forma criativa, dando a devida apreciação ao aprendizado para aprender e ao trabalho em equipe ( DOMBROWSKI et al ,2013).

Quando o PAISM foi lançado em 1984, manuais técnicos foram enviados às secretarias estaduais de saúde, orientando o desenvolvimento de atividades de saúde reprodutiva, abrangendo a contracepção. Essa iniciativa desencadeou um amplo espectro de discussões e um processo de aprendizado entre profissionais, estudantes e outras entidades envolvidas com a saúde da mulher. Entretanto, uma descontinuidade nesse processo foi detectada e é corroborada pela afirmação de que essas normas não são bem difundidas entre os membros da equipe de saúde, contribuindo, assim, para o fato de que certas condutas adotadas pelos serviços inexistirem ( DOMBROWSKI et al ,2013).

Essa falta de conduta ocorre principalmente devido a oferta limitada de métodos contraceptivos, falta de consciência multiprofissional e influência do poder médico, seguidas pelo espaço físico inadequado, falta de capacitação profissional, dificuldade da mulher assimilar e seguir orientações. Essas dificuldades devem ser reconhecidas e transpostas para o efetivo uso desses serviços. Assim, delinear o panorama dessa assistência pode contribuir para o planejamento e a programação das atividades, de modo a revisar prioridades, subsidiando a tomada de decisões e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva da população (SANTOS et al, 2016).

## **ASSISTÊNCIA À CON(TRA)CEPÇÃO**

Quando questionados sobre o conceito de planejamento familiar e ações sobre direitos reprodutivos contempladas nesta prática, muitos profissionais entrevistados consideram a expressão planejamento familiar como sinônimo de contracepção, tendo portanto uma prática guiada por um fundamento teórico limitado, restrito e incorreto de que todo usuário que busca o planejamento familiar, considerando o contexto social, deseja única e exclusivamente evitar a gravidez.

*“Aqui compreendemos o planejamento familiar como o conjunto de ações que realizamos para cumprir a recomendação de reduzir as gestações, conscientizando as mulheres. Educamos para adoção de comportamento de prevenção, controle nas taxas de nascimento e uso correto de contraceptivos. Estes são os focos nas palestras realizadas com mulheres das diversas faixas etárias no ciclo reprodutivo. ”*  
(A6E1)

*“Compreendo o planejamento familiar como sendo a assistência voltada para garantir informações sobre os métodos disponíveis na unidade ou na própria rede para a contracepção. Isso é o princípio que fundamenta o planejamento. Acredito que o planejamento familiar é uma das boas ações da política de assistência às mulheres. Basta verificar a redução nas taxas de natalidade. ”* (F4M2)

O discurso dos profissionais entrevistados não difere do senso comum, visto que é recorrente a utilização do termo planejamento familiar como sinônimo de contracepção para

controle de natalidade. Todavia, registre-se que o planejamento familiar está associado aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos (BRASIL,2013).

De acordo com a Lei 9.263/1996 o planejamento familiar refere-se a um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Reconhece-se, portanto, a saúde reprodutiva enquanto direito básico e, determina-se que todo casal ou indivíduo possa decidir sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos (BRASIL,1996).

Assim sendo, é atribuição do profissional da atenção primária executar ações de aconselhamento e atividades educativas, que proporcionem condições ao indivíduo para avaliar o desejo de ter filhos ou não, para favorecer a promoção da saúde e, realizar atividades clínicas, que visem à proteção e recuperação da saúde (BRASIL,2013).

Todavia, no cenário do estudo, o planejamento familiar parece ancorado na compreensão já superada de que as ações centralizam-se sobre corpos femininos e, com intuito precípua de contracepção. Se em décadas passadas o aumento indiscriminado da população parecia está diretamente relacionado ao aumento da pobreza e das consequências desta, na atualidade as taxas de fecundidades sugerem que o Brasil se caracteriza por uma sociedade com baixa fecundidade. Entretanto, esta acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes (KIANI et al, 2018).

Por esta razão, o Ministério da Saúde entende que o controle da natalidade, que implica imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres, não é estratégia adequada para a superação da situação de pobreza existente no País e, contraria os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. A superação dessa situação passa pela implementação de políticas que promovam desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes (BRASIL, 2005b).

É necessário superar a abordagem presente nos serviços de planejamento familiar tradicional que atuavam em função da vida reprodutiva com responsabilidade exclusivamente feminina e prioridade social (SANTOS et al, 2016).

Fazendo a contraposição, alguns profissionais descreveram o significado de planejamento familiar englobando as ações de concepção, mas compreendendo a mulher como centro de suas ações, detentora da responsabilidade de engravidar e, portanto, com condições de planejar a família.

*“Compreendo o planejamento familiar como ação da equipe que deve considerar na contracepção e concepção, a vontade da mulher de ser mãe, de constituir família, como também a vontade dela não querer ser mãe. É necessário superar a ideia de planejamento familiar como algo exclusivamente para evitar a gravidez. ” (C4E)*

*“Planejamento familiar é uma forma que nós temos de entrar em contato com as mulheres, pra tentarmos orientar sobre saúde reprodutiva, do seu desejo de engravidar, o seu desejo de não engravidar, de como fazer o método contraceptivo e de como auxiliar também na concepção. ” (D3M)*

De acordo como o Protocolo de Atenção Básica – saúde das mulheres (BRASIL,2016), a abordagem da mulher ou casal que planeja a gravidez deve ser realizada com uma equipe multiprofissional. Cabe ao médico e ao enfermeiro administrar preventivamente o ácido fólico, investigar doenças como toxoplasmose, sífilis, rubéola e hepatite B/C para o casal, oferecer realização de teste anti-HIV e para outras IST’S, realização de colpocitologia oncótica, controle de condições clínicas preexistentes e suspender quaisquer métodos anticoncepcionais.

Deve-se ainda considerar que o planejamento pode ser realizado pela mulher e/ou homem, isoladamente, ou pelos arranjos familiares possíveis quando estes querem ou não instituir uma família. O adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou, em companhia do(a) parceiro(a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos ( BRASIL, 2013).

Uma parcela reduzida de profissionais, além de reconhecer a concepção como tema contemplado dentro do planejamento familiar, inclui a previsão de ações para quaisquer sujeitos que busquem o serviço e manifestem o desejo de ter filhos. Mas, relatam dificuldades para o desenvolvimento dessas ações, que envolvem diversos aspectos, sejam eles, a limitação de conhecimento de métodos que auxiliem a concepção, ou mesmo a limitação de recursos e serviços disponíveis para garantir assistência.

*“Planejamento familiar é discutir com usuário, mulher, homem, independentemente de sua orientação sexual, os aspectos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos. Portanto, ao discutir sobre planejar ter filhos,*

*solicito exames para mulher e para o homem. Muitos continuam primeiros atribuindo a mulher os problemas com a concepção e somente quando esgotadas as pesquisas partem para os homens. Então começamos planejando a família, para quem quer engravidar solicitando os exames pré-concepcionais. Mas como fazer ação para concepção aqui na atenção primária. Vou ensinar a ter relação? Muito limitada a ação do planejamento familiar na concepção nos serviços de atenção primária. Quando não consegue engravidar, aí sim, chegou nosso limite. Empacamos. ” (A8E1)*

*“Aprendi desde a faculdade que planejamento familiar é planejar ter ou não ter. Aprendi que ninguém planeja sozinho. Então na minha prática aplico essa teoria. Trabalho com o casal, qualquer que seja sua composição de membros, para esclarecer sobre a escolha do melhor método pra promover essa concepção, os exames que têm que ser solicitados, os serviços que devem ser percorridos. ” (B6E)*

O Ministério da Saúde recomenda ações a serem executadas na atenção primária, adotando fluxogramas que auxiliam a assistência à concepção, explicitando que o acolhimento poderá ser realizado por qualquer membro da equipe multiprofissional, para que sejam identificadas as necessidades da mulher/homem/casal e, posteriormente sejam referenciados para rede de atenção assim ser ofertado o serviço de qualidade (BRASIL, 2016). Para tanto, condiciona a avaliação dos profissionais ao (re)conhecimento das técnicas e métodos que facilitam a concepção, além dos especificamente relacionados à reprodução assistida. Quando questionados sobre este aspecto, as respostas revelam o (des)conhecimento sobre o tema:

*Bem para planejar concepção eu centro meus ensinamentos na tabelinha e no coito programado. Assim diz a teoria sobre planejamento familiar. Mas confesso não ser capaz, hoje de teoricamente explicar nada além disso. Não sei realmente os procedimentos que caracterizam a reprodução assistida. Não tenho conhecimento. ” (A8M1)*

*“Me parece que fica implícito que na atenção primária o problema não é engravidar e sim não engravidar. Talvez por isso a prática diária no processo de trabalho da enfermagem não exija reflexão sobre como otimizar fecundação/concepção, se necessitar de tratamento de reprodução assistida o casal fará o que? Eu mesma não sei responder. Não sei explicar a diferença entre inseminação e fertilização. ” (A2E1)*

*“Sei que para a concepção prevista no planejamento familiar pode ser necessário tratamentos, mas não sei exatamente explicar quais são. Sei que são de alto custo, que o SUS não paga e, portanto, sei que os problemas de concepção que não resolvemos programando as relações para casais precisamos encaminhar para serviços especializados, na rede privadas. Mas quais são mesmo? ” (A5M1)*

A Portaria MS/SMS 388/2005, que regulamenta os serviços de rede de Atenção a Reprodução Humana Assistida nas três instâncias federativas, orienta que a reprodução assistida deva iniciar-se, em nível de baixa complexidade, recomendando tratamentos com o coito programado associado, estimulação ovariana e inseminação intrauterina (IIU) e, passar para níveis de alta complexidade como a Fertilização in vitro (FIV) que poderá ser a técnica clássica ou a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (BORGES et al. 2011).

Assim sendo, essa imprecisão conceitual sobre planejamento familiar e ações de concepção, podem comprometer a identificação da causa da infertilidade e, por conseguinte todas as análises posteriores repercutindo sobremaneira na assistência à concepção enquanto ação prevista do planejamento familiar.

## **REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

O SUS tem na Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência à saúde, o principal instrumento de organização da rede de serviços de uma região. Esse processo é feito em consonância com o planejamento, através do qual também são efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso às ações e serviços de saúde da população residente em cada território (BRASIL, 2006).

No que tange a rede de atenção à reprodução humana assistida, a Portaria MS 3.149, de 28 de dezembro de 2012, destinou recursos financeiros para Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP (Recife-PE) e, para Maternidade Escola Januário Cicco, (Natal-RN), para realizarem procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, adotando as técnicas de fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, no âmbito do SUS na região nordeste do país (BRASIL, 2012a).

Considerando esta revisão legal e orçamentário-financeira, os profissionais foram indagados qual serviço da rede de atenção do município, ou fora dele, era pactuado como referência para o auxílio à concepção, bem como se existia pactuação para o tratamento fora do domicílio.

*“O problema é esse, se não é algo fácil que resolvemos na UBS, a gente não tem um serviço de referência. Tem serviço de referência para saúde da mulher, mas para demandas ginecológicas e obstétricas. E concepção não é só coisa de mulher. Então mesmo sabendo que não é correto, encaminho para consulta com especialista, ginecologista. Quando é um homem para o urologista. Mas tenho plena consciência que o encaminhamento pode não resolver nada. No município não tem essa assistência. Referencio mas sei que vou fazê-los peregrinar dias sem resolver / atender sua necessidade.” (A8E1)*

*“Aqui no município não tem serviço referência na rede. Nem de média, nem de alta complexidade. Nem laboratório, nem assistência ambulatorial ou hospitalar. Conseguimos solicitar exames simples espermograma por exemplo, mas o agendamento demora meses e depois o resultado. Exame de imagem como ultrassom simplesmente não tem. Então nem pensar em histeroscopia ou coisas do tipo. Tem uma ginecologista no Hospital Universitário que acaba sendo indicação dos colegas. Mas não está pactuado. Nossos serviços de atenção primária não contemplam as ações de concepção. Quanto a ir para outro local, sei de pessoas com plano de saúde ou particulares que vão para locais especializados como, por exemplo, o IMIP em Recife. SUS nunca ouvi falar. Por aqui dizem assim: quem tem dinheiro faz menino. Quem é pobre fica sem. Confesso que não sei se*

*existe no SUS serviço a ser pactuado entre municípios ou Estados para essa assistência. ” (A8M2)*

Constatou-se que os profissionais afirmam categoricamente a inexistência da assistência na rede de serviços de atenção à saúde e, não souberam informar a existência de pactuação para encaminhamento para serviços referência para assistência à concepção, fora de sua abrangência geográfica do município, comprometendo o acesso de casais da Paraíba aos serviços previstos na Portaria nº 3.149/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, e na portaria nº 1.397, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

Convém registrar que o texto da PNAISM apresenta de forma clara e objetiva, como estratégias de efetivação da política o estímulo a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, com ampliação e qualificação da atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade (BRASIL, 2004).

Todavia, o Ministério da Saúde reconhece várias lacunas na realidade dos serviços para execução de ações, com destaque para as de atenção ao climatério/menopausa; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência e a inclusão da perspectiva de gênero e raça (MICHELIN et al.2015).

Sendo assim, evidencia-se a necessidade de articulação com outras áreas técnicas para proposição/operacionalização de uma rede de atenção à saúde que considere a população/região de saúde definidas, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde para questões relacionadas à concepção / reprodução humana, efetivamente. Afinal, considerando a experiência exitosa das redes temáticas priorizadas, pós pactuação tripartite, em 2011, poderíamos pensar em estabelecer nas regiões de saúde da Paraíba uma rede resolutive, que coordene o cuidado a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população enfrentando as vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações e podem comprometer à concepção (BRASIL, 2014).

Embora, exista o desconhecimento por parte da equipe de saúde, a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, em seus arts. 2º e 4º no inciso V, que contempla a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Essa visa ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 2 anos. No que se refere à Atenção Básica, os planos de ação da Rede Cegonha contemplam ações voltadas para o

planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e saúde da criança. É importante lembrar que a partir do momento que a mulher e o homem realizam o planejamento reprodutivo de forma adequada, ocorre uma redução considerável da morbimortalidade materna e infantil (BRASIL,2014).

Por fim, urge pactuar e/ou contratualização pontos de atenção que garantam os direitos reprodutivos considerando inclusive a possibilidade do Tratamento Fora de Domicilio - TFD, instituído na Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999(BRASIL, 1999). Esta portaria ao considerar a necessidade de garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município e, a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada estabeleceu que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência podem ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As lacunas ou imprecisões descritas revelam que os (des)conhecimentos teóricos e legais dos profissionais da atenção primária à saúde, findam por comprometer a prática assistencial. Considerar a anticoncepção como foco único do planejamento familiar, sob alegação de que o público assistido no serviço luta contra elevadas taxas de natalidade, parece uma afirmação descontextualizada, preconceituosa e ultrapassada.

As atividades desarticuladas relacionadas à concepção se limitam a solicitação de exames laboratoriais de rotina pré-concepcionais e, encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade mesmo que não reconhecidos como referência para a necessidade específica.

Os participantes da pesquisa compreendem equivocadamente que os serviços de referência para assistência à concepção são aqueles destinados à saúde da mulher, refletindo mais uma ponderação distorcida que centraliza na mulher as ações assistenciais presentes no ciclo gravídico-puerperal. Ainda no que tange a rede de serviços, os entrevistados apresentam discurso uníssono sobre a inexistência de pactuações ou previsões legais que garantam assistência à concepção.

É possível inferir que o município não dispõe de um serviço especializado para os casais que buscam o auxílio à concepção, mas a assistência, sendo responsabilidade partilhada

entre gestão e profissionais de saúde, deveria ser garantida na prática viabilizando o TFD previsto nos serviços dos estados vizinhos de Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Diante dessa realidade, faz-se necessária uma discussão sobre a implantação efetiva do protocolo de assistência à concepção no âmbito da Estratégia de Saúde da Família ou de uma rede de atenção específica. Aponta-se, para a gestão, a necessidade de publicização das pactuações, responsabilidades e competências sanitárias do município, além de capacitação para seus profissionais e melhor organização e articulação da rede de atenção à saúde reprodutiva, garantindo assim, a possibilidade de atuação e encaminhamento, favorecendo a assistência à concepção. Para as instituições de ensino superior as análises sinalizam a necessidade de investimento em componente curricular que treine habilidades e competências para assistir sujeitos para concepção e reprodução humana, nas graduações de cursos da área da saúde.

Por fim, considerando a não disponibilização, em tempo hábil, da Programação Pactuada Integrada (PPI), do plano/agenda de saúde e, do relatório de gestão, não foi possível verificar textualmente a indicação de responsabilidades do SUS municipal e estadual e a existência de serviços de referência para auxílio à concepção e ou tratamento de reprodução humana assistida quer no domicílio ou fora dele, representando, pois, a limitação do estudo.

Family planning x conceive assistance: understanding of primary care professional

### **ABSTRACT**

The purpose of this article was to analyze the understanding about assistance to the conceive of professionals of the Family Health Strategy as a family planning action. This is a qualitative descriptive investigation, developed through interviews with physicians and nurses of the family health teams, from September 2016 to December 2017, using Content Analysis with emphasis on thematic analysis. The discourses of the professionals revealed that, although it is theoretically family content, conceive assistance in primary care is not systematized; that eventually female users seek the service, but in primary care they feel unprepared to attend and capture them; and, in order to guarantee what the legal apparatus proclaims, it is urgent to agree on reference services in the health care network. It is concluded that the professionals highlight the relevance of the theme and the existence of a repressed demand for assistance in conceive, consider it important to differentiate care for the subjects they seek, they recognize the low resolution due to the absence of permanent education actions in the health services and, attest to the gap in vocational training in higher education institutions.

Descriptors: Family planning; Primary Health Care; Reproductive Techniques.

## REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 2ª reimpr. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1679-1684, Dec. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.397, de 10 de julho de 2013. Acresce serviço na tabela constante do Anexo da Portaria nº 3.149/GM/MS**, de 28 de dezembro de 2012, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de Fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências**. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.097, de 22 de Maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2006b.

BRASIL, portal de saúde. Reprodução Humana Assistida. **Portaria Nº 426/GM Em 22 de março de 2005a** ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS Nº 388, de 6 de Julho de 2005. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos**

**de cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e reprodutivos uma prioridade do governo**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. **Destina os recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS**. 2012a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei** nº 9.263, de 12 janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, 1996.

DOMBROWSKI, Jamille Gregório; PONTES, Jéssika Abrantes; ASSIS, Walédya Araújo Lopes de Melo e. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p.827-832, Nov-Dez.2013.

KIANI, Z.; SIMBAR, M.; DOLATIAN, M.; ZAYERI, F. Women's Empowerment in Reproductive Decision-making Needs Attention among Iranian Women. **Iranian Journal of Public Health**, v. 47, n. 3, p. 464-465, 4 mar. 2018.

MICHELIN, Samanta Rodrigues et al. Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p.901-909, Jan-Mar, 2015.

NAVARRETE M.L.V.; SILVA M.R.F.; GALLEGO M.E.D.; LORENZO I.V. (org). **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa qualitativa em saúde**. Recife: IMIP; 2009.

SANTOS, Rayanne Branco dos et al. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.1-10, Jul-Set, 2016.

## ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



### PARECER DO RELATOR.

**Pesquisador Responsável:** Gabriela Maria Cavalcanti Costa.

**Orientanda:** Julia Gabriela M Rodrigues.

**Número do parecer:** 0017/4/2016

**Data da relatoria:** 29 de abril de 2016

**Situação do parecer:** Projeto APROVADO.

**Apresentação do Projeto:** O Projeto é intitulado "Saúde reprodutiva na atenção primária: o papel dos profissionais das Unidades de Saúde da família no auxílio a concepção." Será utilizado para fins de elaboração do Trabalho de Extensão do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba.

**Objetivo da Pesquisa:** A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a compreensão dos profissionais das Unidades de saúde da família, médicos e enfermeiros, sobre o planejamento familiar x auxílio a concepção.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** A pesquisa é relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Todos os termos necessários encontram-se presentes.