

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

REPRODUCTIVE PLANNING: A MULTIDISCIPLINARY EXPERIMENT REPORT

Victoria Leslyê Rocha Gutmann*
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3457-7620>

Daniela dos Santos**
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0924-0401>

Nalú Pereira da Costa Kerber***
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9947-4190>

Tania Maria de Moraes Vieira da Fonseca****
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1122-3061>

Kharen Carlotto*****
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0730-8716>

RESUMO:

Objetiva-se descrever o trabalho multidisciplinar desenvolvido no serviço de Planejamento Reprodutivo do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., que busca auxiliar as mulheres na escolha de um método anticoncepcional. Trata-se de um relato de experiência constituído das seguintes etapas: grupo de planejamento familiar, atendimento com as assistentes sociais, consulta médica e procedimentos ambulatoriais ou cirúrgicos, envolvendo uma equipe multiprofissional (docentes, discentes e profissionais da saúde) composta por integrantes da enfermagem, medicina, assistência social e técnicos administrativos. Em todas essas etapas, a educação e a promoção da saúde se fazem presentes, de modo a instigar a reflexão e empoderar as pessoas assistidas por meio da informação para a escolha de um método anticoncepcional.

Palavras chave: Planejamento familiar; Educação em saúde; Promoção da saúde.

ABSTRACT:

This study aims at describing the multidisciplinary work developed in the Reproductive Planning of the University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., which seeks to provide women with information regarding their choice of a contraceptive method. This is an experience report about the reproductive planning service, comprising the following stages: family planning group, social assistance, medical consultation and outpatient or surgical procedures, with a multiprofessional team composed of professors, students and health professionals in nursing, medicine, social work and health care. In all stages of the project, education and health promotion are present, in order to instigate reflection and empower the people assisted through information to choose a contraceptive method.

Keywords: Family planning; Health education; Health promotion.

* Aluna de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande - RS, Brasil. E-mail: victorialeslye@gmail.com

** Aluna de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande - RS, Brasil. E-mail: danny26santos@gmail.com

*** Professora da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande - RS, Brasil. E-mail: nalukerber@gmail.com

**** Técnica Administrativa em Educação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande - RS, Brasil.
E-mail: tania.fonseca@ebserh.gov.br

***** Professora da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande - RS, Brasil. E-mail: kharenc@hotmail.com

Introdução

No Brasil, o início do Planejamento Reprodutivo (PR) tem como marco histórico os movimentos sociais e feministas do início da década de 1980, os quais reivindicaram mudanças e ampliação nas políticas de saúde da mulher, fazendo surgir, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011). O PAISM é considerado um marco para a saúde das mulheres, pois tem como base conceitual romper com a visão tradicional e centralizada de atenção à saúde (BRASIL, 2013). Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1986, e a Constituição Federal de 1988, esses direitos foram consolidados. Em seu artigo 226, capítulo VII, a Constituição garante como direito básico da cidadania o livre-arbítrio do homem, da mulher e/ou do casal escolher o momento adequado e quantos filhos desejam ou não ter. Para tanto, o Estado deve disponibilizar os recursos educacionais, científicos, materiais e humanos para a garantia do exercício desse direito (BRASIL, 1988).

A lei nº 9.263, de 1996, regulamenta o PR, reafirmando o direito do cidadão de acesso a esse serviço, definindo em seu artigo 2º como “o 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” (BRASIL, 1996, p.1). O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, recomenda que o PR seja desenvolvido em parceria com estados, municípios e a sociedade em geral, no âmbito da atenção à saúde da mulher, do homem e do (a) adolescente (BRASIL, 2011). Justamente por considerar homens, mulheres, adolescentes, independente de união estável ou da opção por ter ou não filhos ou constituir família, o termo “Planejamento Familiar” está sendo substituído por “Planejamento Reprodutivo”, tornando esse conceito e, logo, a assistência mais abrangente (SILVA; BONAN; NAKANO, 2014).

A relevância do PR se dá por meio dos objetivos aos quais se propõe, tais como: viabilizar o acesso à informação e à educação em saúde; fornecer o acesso a todos os métodos contraceptivos; prevenir gestações não planejadas e não desejadas, casos de aborto, gestações na adolescência e gestações de alto risco; promover maior intervalo entre os partos; diminuir a ocorrência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e promover a paternidade e maternidade responsável (BRASIL, 2013). Além disso, traz benefícios à mulher, à criança, à família, isto é, a toda sociedade, por ser uma importante ferramenta de empoderamento e emancipação das mulheres.

O PR permite que as mulheres tenham gestações melhor planejadas e bebês mais saudáveis, reduzindo a probabilidade de idade materna jovem (antes dos 22 anos) (ONARHEIM; IVERSEN; BLOOM, 2016). As crianças concebidas em áreas com maior acesso ao Planejamento têm de 2% a 7% mais chances de obter educação superior e viver em lares com maior renda (BAILEY, 2013). Para as mulheres, possibilita maiores oportunidades de emprego e ensino e, conseqüentemente, melhores condições de renda, habitação e alimentação (ONARHEIM; IVERSEN; BLOOM, 2016; MOURA et al., 2010). Como benefícios para a sociedade, se cada país atendesse todas as necessidades não satisfeitas de contracepção, a renda per capita aumentaria em 31% a 65% (BLOOM et al., 2014).

Nota-se que o PR tem suas origens muito inseridas nas questões biológicas e físicas, porém também é composto pelos aspectos sociais, que são fundamentais (SANTOS et al., 2016). A política de PR não busca restringir nascimentos, mas despertar a consciência da responsabilidade, que significa ter filhos desejados e que estes nasçam em condições adequadas, possibilitando não só que os direitos do homem e da mulher sejam garantidos, como também seus deveres exercidos (MADRAZO et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2018). Para isso, a rede pública de saúde oferta, gratuitamente, os seguintes métodos: preservativos masculino e feminino, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, anticoncepcional hormonal injetável mensal e trimestral, anticoncepcional injetável ou em pílula, incluindo a pílula anticoncepcional de emergência e os métodos cirúrgicos – laqueadura tubária e vasectomia (BRASIL, 2013).

Porém, não basta oferecer os métodos sem a adequada orientação e acompanhamento, em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013). Assim, a informação e educação em saúde são essenciais para que o planejamento ocorra de maneira efetiva, instruindo sobre os dispositivos existentes compatíveis com a realidade de vida do indivíduo e, assim, permitindo uma escolha segura.

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, reforçadas pela ação educativa individual (EVANGELISTA; BARBIERI; DA SILVA, 2015). Nas ações de promoção da saúde, as práticas educativas assumem papel primordial para o protagonismo dos usuários no seu autocuidado, pois é a partir do conhecimento que os indivíduos se capacitam para decidir por comportamentos e atitudes mais saudáveis (ALVES; AERTS, 2011).

O processo comunicativo entre profissional e usuário está relacionado com a concepção de educação dialógica, destinada não só a comunicar conhecimentos, mas a desenvolver e modificar atitudes essenciais à aquisição da autonomia do indivíduo (FREIRE, 1987). Assim, é primordial pensar na prática educativa enquanto promotora dos direitos sexuais e reprodutivos, como também da saúde e bem-estar, o que requer um trabalho de toda a equipe de profissionais envolvida no PR, fazendo da educação em saúde uma prática cotidiana (PAIVA et al., 2015; SOUZA et al., 2008).

Desse modo, no município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, ações de educação em saúde para o PR ocorrem por meio do aconselhamento e palestras do Projeto Planejamento Familiar, do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão “Viver Mulher”, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), em parceria com o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, HU/FURG/EBSERH. E é a respeito do que vem sendo desenvolvido nesse projeto que se apresenta o objetivo deste artigo: descrever o trabalho multidisciplinar desenvolvido no Planejamento Reprodutivo do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., que busca informar as mulheres na escolha de um método anticoncepcional.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre o serviço de Planejamento Reprodutivo do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), situado em Rio Grande/RS. Este serviço faz parte de um conjunto de ações que tiveram início na década de 90, a partir de um projeto de extensão conjunto entre a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Medicina e o HU. Seu desenvolvimento ocorre por meio das seguintes etapas: grupo de planejamento familiar, atendimento com as assistentes sociais, consulta médica e procedimentos ambulatoriais ou cirúrgicos.

O Grupo de Planejamento Familiar é desenvolvido pelos integrantes do Programa de Ensino, Pesquisa e Extensão “Viver Mulher”, da Escola de Enfermagem da FURG, composto por acadêmicas e docentes de enfermagem e assistentes sociais do HU. Esse espaço se caracteriza como instrumento de ensino na disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde da Mulher, da Escola de Enfermagem, e como atividade extensionista para acadêmicos voluntários que já tenham cursado a referida disciplina.

O processo de adesão a esse projeto, por parte das mulheres riograndinas, é feito a partir de um agendamento, que pode ser realizado de duas formas: pela central de regulação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município em questão, intermediado pela Unidade Básica de Saúde que a mulher é adstrita, ou pelo setor de agendamento do HU. No início das atividades do serviço, o Projeto recebia apoio do Ministério Público Federal e da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros

Obstetras, que forneciam os métodos contraceptivos à população. Aos poucos, passou a ser totalmente subsidiado pelo HU e pela SMS, esta última fornecendo os DIU.

Durante muito tempo, o grupo era frequentado por mulheres com interesse em se submeter à laqueadura tubária (LT) e por isso eram obrigadas a passar por uma palestra educativa sobre os métodos, como garantia de conhecimento de todas as possibilidades existentes. Há dois anos, o grupo começou a investir na divulgação do serviço, visando atuar mais no sentido de realização de PR pelas mulheres, não se atendo somente a uma palestra obrigatória, mas também buscando prestar uma assistência mais integral às mulheres e companheiros, ofertando consultas ginecológicas e exames laboratoriais e de imagem, com suporte de equipe multiprofissional composta por integrantes da enfermagem, medicina, assistência social e técnicos administrativos.

Assim, são ofertadas 15 vagas semanais, porém o absenteísmo é alto, havendo, em média, ausência de cinco mulheres, entendendo-se como justificativa para esse absenteísmo o tempo de espera entre a data do agendamento e a realização efetiva do encontro. Desde março de 2018, o grupo, que era desenvolvido duas vezes ao mês, passou a ser realizado semanalmente, nas segundas-feiras, às 14 horas, em decorrência do aumento da demanda. Os encontros acontecem em uma sala de reuniões no interior do HU e duram, aproximadamente, uma hora e trinta minutos. Como forma de dinamizar e organizar os encontros, é utilizada uma apresentação audiovisual, com auxílio de notebook, equipamento multimídia e amostras dos métodos contraceptivos para conhecimento do público. Nesses encontros, há uma apresentação e discussão com as mulheres e eventuais parceiros acerca de todos os métodos contraceptivos, abordando vantagens e desvantagens de cada um, riscos e benefícios, de modo que o casal possa fazer uma escolha consciente. As dúvidas que porventura tenham, são esclarecidas nesse momento e são realizados os encaminhamentos necessários de acordo com a escolha identificada. Por fim, a atividade e os encaminhamentos são registrados nos prontuários das usuárias.

As mulheres que fizerem opção por um dos métodos contraceptivos hormonais, como anticoncepcionais orais e injetáveis, recebem encaminhamento para consulta médica e posterior prescrição da medicação mais adequada. O encaminhamento para consulta (com médico ou enfermeiro capacitado) também é realizado para aquelas que fazem a opção pelo DIU. Ainda quanto ao DIU, faz parte do serviço do HU a oferta de sua inserção no período pós-parto normal e cesáreo e pós-aborto. Por outro lado, aqueles que escolhem pelo procedimento cirúrgico, vasectomia ou laqueadura, são encaminhados, primeiramente, para a assistência social que realizará os procedimentos e encaminhamentos necessários.

Resultados e discussão

Para a apresentação mais didática das atividades, optou-se por dividir em duas etapas: Grupo de Planejamento Familiar e Consulta Médica – procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e acompanhamento.

1. Grupo de Planejamento Familiar

O Grupo de Planejamento Familiar (PF), que é conduzido pelas acadêmicas do curso de graduação em enfermagem, aborda os métodos contraceptivos existentes e disponíveis no SUS, bem como outras questões que envolvem a sexualidade, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. O PF se constitui uma lei que garante o direito de

todo homem e toda mulher em decidir racionalmente quantos filhos ter e em qual momento da vida (BRASIL, 1996). Para tanto, o PF se utiliza das ações de educação e informação, da disponibilização dos métodos contraceptivos e dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

De início, são abordados os objetivos do planejamento, que vão além de evitar gestações indesejadas e não planejadas. As características dos métodos, como o mecanismo de ação, a forma e facilidade de uso, a eficácia e segurança, a aceitabilidade aos efeitos colaterais, a disponibilidade e acessibilidade financeira ao método, a reversibilidade e a proteção contra as IST também são levadas em consideração na explanação dos dispositivos contraceptivos.

Os métodos comportamentais como: tabelinha, temperatura corporal, muco cervical e coito interrompido são rapidamente discutidos devido à baixa segurança desses, bem como a nenhuma proteção contra as IST. Por serem métodos que dependem do comportamento em seguir regras rígidas e específicas, sem desconsiderar que fatores simples podem alterar o período fértil, como o estresse, cansaço e até mesmo um resfriado, esses métodos são considerados pouco eficazes para prevenir gestação e o contágio de doenças, embora possam ser utilizados associados com outros métodos (BRASIL, 2013).

Em contrapartida, o método de lactação e amenorreia é incentivado devido a importância do Aleitamento Materno Exclusivo, até os seis meses do bebê, sendo essa uma das regras para o sucesso desse método, junto da presença de amenorreia e aleitamento em livre demanda (MORAES et al., 2015). Quando essas regras não podem ser seguidas ou controladas, o uso desse método, sozinho, é desaconselhado.

Por sua vez, os métodos de barreira (preservativos masculino e feminino, diafragma e espermicida) recebem atenção especial no grupo, principalmente os preservativos, em razão de serem os únicos métodos capazes de prevenir as infecções e doenças transmitidas por via sexual (COSTA et al., 2014). São demonstradas fotos anatômicas que ilustram a correta colocação da camisinha, ressaltando os cuidados antes, durante e após a relação sexual, tais como: manter em local próximo da cama do casal, verificar a validade e integridade da embalagem, não utilizar dois preservativos juntos e descartar após o uso. Percebe-se, ao mostrar o preservativo feminino, que seu uso é muito baixo entre as mulheres que frequentam o grupo, havendo estranhamento com a aparência do método e o modo de colocação. Mesmo assim, o seu uso é incentivado, pois embora exija prática, possibilita o conhecimento da anatomia e a autonomia da mulher sobre seu corpo, principalmente quando há dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro (BRASIL, 2013).

Outra orientação que é dada refere-se ao uso do preservativo independente de relação estável ou não, tendo em vista os números elevados de casos de infecções sexualmente transmissíveis, colocando o município do Rio Grande no topo do ranking das cidades brasileiras com maior número de pessoas com HIV-AIDS, com uma incidência de 59,5 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018). Desse modo, se instrui quanto à importância da dupla proteção, isto é, quando se tem a proteção tanto das IST quanto da gravidez, por meio do preservativo aliado a outro método contraceptivo, aumentando também a segurança e eficácia (BRASIL, 2013).

Os métodos hormonais, mesmo reconhecidos como os métodos de maior uso mundialmente, são relatados como pouco toleráveis para as mulheres do grupo, em razão de seus efeitos colaterais e patologias associadas que não permitem a utilização de hormônio. Apesar disso, são explicadas as diferenças entre a pílula de progesterona e a pílula combinada (progesterona mais estrogênio), bem como entre o contraceptivo injetável mensal e o trimestral e o método hormonal adequado para a mulher que amamenta, pílula de progesterona e injetável trimestral, de modo a não interferir na qualidade e quantidade do leite materno (ARAÚJO et al., 2016). Também é abordada a existência da pílula de emergência, ressaltando que esta não deve ser considerada

abortiva, bem como não deve ser utilizada de maneira rotineira ou planejada. A pílula de emergência é um direito importante para as mulheres, pois garante a proteção em situações de falha – tendo em vista que nenhum método pode ser considerado totalmente eficaz – mau uso, falta de informação ou acesso aos métodos ou, ainda, em casos de violência sexual (BRANDÃO et al., 2017).

Os dados demonstram um número crescente do interesse das mulheres pelo DIU, que talvez tenha despertado em virtude da divulgação, nas redes sociais, por uma usuária assistida, da existência do serviço, chamando a atenção para a possibilidade de se ter acesso a esse dispositivo pelo SUS. Em 2017, foram realizadas 81 inserções, sendo 38 em pacientes no pós-parto ou pós-abortamento. Em 2018, esse número subiu para 452, sendo 317 em pacientes em pós-parto ou pós-abortamento. O aumento no número de inserções de DIU pós-parto está relacionado ao início da oferta dessa possibilidade às mulheres internadas nesse hospital a partir de setembro de 2017. Trata-se de uma das ações vinculadas ao Projeto do MS chamado Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (HU/FURG, 2019).

Os métodos intrauterinos envolvem os DIU de cobre e de hormônio, todavia apenas o DIU de cobre é ofertado pelo SUS, por ser mais barato e ter uma duração de até dez anos, enquanto o hormonal é mais caro e dura até cinco anos (BRASIL, 2013). Assim, por ser um dos métodos mais procurados no grupo, dá-se uma especial atenção, salientando como é a colocação, os exames necessários, a revisão e os cuidados.

São abordadas as diferenças entre os DIU quanto ao mecanismo de ação e os seus efeitos, como o sangramento aumentado e a ocorrência de cólicas durante cerca de seis meses após a colocação do DIU de cobre (NCC-WCH, 2005). A visualização e manipulação do método evidencia a surpresa das mulheres, pois imaginam o DIU maior do que realmente é. Assim, a demonstração permite afastar os preconceitos que poderiam impedi-las de considerar esse dispositivo como uma opção. Além do tamanho, os fios do DIU também despertam curiosidade, sendo dada a orientação de que os fios serão aparados, mas não totalmente, pois serão o meio pelo qual a mulher irá verificar se o DIU está no lugar ao considerar as complicações possíveis como: deslocamento, perfuração de órgãos e expulsão. Do mesmo modo, surge com frequência a dúvida se o parceiro sentirá os fios no momento da relação sexual, esclarecida como uma ocorrência psicológica do companheiro (BRASIL, 2013). Um fator bastante positivo do DIU é a possibilidade de ser inserido já na adolescência, configurando-se uma importante ferramenta de prevenção da gravidez nessa fase (LUBIANCA, 2016).

As mulheres que manifestam o desejo de inserção do DIU são questionadas quanto a sua rotina de realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, aproveitando a oportunidade para orientação acerca de sua importância. Apesar de não ser uma exigência do MS, entende-se que as oportunidades não podem ser desperdiçadas e, em vista disso, o projeto faz a orientação nesse sentido. É solicitado, também, o exame de gravidez (Beta-HCG) que deve ser realizado na semana em que esteja agendada sua consulta médica para inserção do DIU, de forma a assegurar que a mulher não esteja grávida. Depois de receber as devidas orientações, as mulheres assinam um termo em que confirmam que foram orientadas sobre os riscos e benefícios do DIU, que é anexado em seu prontuário. No mesmo dia, o setor de agendamento do HU marca a consulta médica para a inserção.

Por fim, os métodos cirúrgicos envolvem a laqueadura, também bastante procurada pelas mulheres, e a vasectomia, que são considerados irreversíveis. Percebe-se pouco conhecimento acerca da legislação, no aspecto de que é permitida a esterilização voluntária “em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos” (BRASIL, 1996, p.2). Assim, essas dúvidas são sanadas, além de serem ressaltados os cuidados e as diferenças cirúrgicas entre os procedimentos, mostrando fotos da anatomia e também das cirurgias, comparando a vasectomia e a laqueadura. As mulheres interessadas na realização da LT são orientadas pela assistente social, que as instrui quanto aos trâmites burocráticos e

exigências do MS, os exames e procedimentos necessários, além da obrigatoriedade de aguardar o tempo mínimo de 60 dias, estipulado pela lei, para a realização da cirurgia (BRASIL, 1996).

Apesar do público ser majoritariamente composto por mulheres, os companheiros são sempre convidados a participar e, não raras as vezes, ao serem informados, optam pela realização da vasectomia, cirurgia mais segura e com melhor recuperação quando comparada à ligadura tubária (GONÇALVES; MARCON, 2006). Por exemplo, enquanto as mulheres passam por uma internação que dura de 24 a 48 horas sob anestesia raquidiana e estão suscetíveis às mesmas complicações de uma cesariana, como hemorragia e perfuração de órgãos, os homens realizam o ato cirúrgico da vasectomia em nível ambulatorial, sob efeito de anestesia local e terminado o procedimento são liberados, com complicações possíveis simples, como hematoma e infecção local (BRASIL, 2013). Porém, mesmo com essas diferenças significativas ainda há na sociedade a crença de que os homens terão sua masculinidade à prova com a realização da cirurgia, quando na verdade não existe nenhuma relação com a masculinidade e o desempenho sexual (MINISTÉRIO; SILVA; MELLO, 2016).

Desse modo, por meio das práticas educativas no PR é possível verificar a ascensão na escolha do DIU, quando a mulher já não encontra suas necessidades atendidas pelos outros métodos. De igual maneira, observa-se uma diminuição na realização da laqueadura, procedimento considerado irreversível e com potenciais complicações quando comparado ao DIU. A mulher que comparece ao grupo tem a oportunidade de sanar dúvidas, além de ouvir relatos de outras participantes quanto às suas experiências com os métodos, tornando a atividade interativa e resolutive.

Acredita-se que a realização do grupo educativo tem grande importância para a saúde das famílias, não sendo somente uma forma de oferecer os recursos contraceptivos, mas também promover adequada orientação e atendimento. A promoção da saúde da mulher e família concretiza-se quando, além de mostrar as vantagens e desvantagens de cada método no quesito contracepção, salienta-se a importância de cuidados para evitar a transmissão das IST, chamando a atenção para que a preocupação não seja unicamente em evitar uma gestação.

2. Consulta Médica – procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e acompanhamento

A consulta médica faz parte do processo de continuidade do serviço após as mulheres terem participado do grupo. Aquelas mulheres que escolheram a inserção do DIU como método contraceptivo comparecem na consulta médica ambulatorial com o resultado do teste de gravidez negativo realizado na semana da consulta e já têm o dispositivo inserido. São orientadas a retornar entre 30 e 45 dias para revisão, além de receberem orientações de como proceder em casos de complicações ou dúvidas.

Um destaque importante do serviço de PR do HU refere-se à possibilidade de a mulher ter o DIU inserido no pós-parto e pós-aborto. No centro obstétrico do HU, a equipe conversa com as parturientes sobre o modo como estão planejando suas famílias, orientando-as sobre os métodos contraceptivos disponíveis no SUS e oferece a inserção do DIU durante a internação. Caso a mulher manifeste esse desejo, isso é providenciado imediatamente após a dequitação placentária durante a realização de uma cesariana ou após o parto vaginal (inserção pós-placentária imediata). A inserção pós-placentária imediata refere-se à inserção dentro de 10 minutos após a dequitação, seja parto vaginal ou cesárea. Além de não interferir na amamentação, a inserção do DIU pós-parto tem várias vantagens, tais como: evitar o desconforto relacionado à inserção e a certeza de que a paciente não está grávida.

Ainda há possibilidade de inserção de DIU pós-parto, antes da puerpera ter alta hospitalar, na denominada inserção pós-placentária precoce de DIU, realizada entre 10 minutos e 48 horas após a dequitação placentária. Se a mulher manifestar esse desejo na

maternidade, a mesma é encaminhada ao centro obstétrico para realização do procedimento após orientação e assinatura de consentimento informado. O método também é ofertado às pacientes que sofreram internação por interrupção da gestação (inserção pós-abortamento).

Pelo protocolo do serviço de planejamento reprodutivo do HU, desenvolvido com base nas orientações do MS, são consideradas pacientes elegíveis para inserção de DIU no pós-parto e pós-aborto: qualquer idade (inclusive adolescentes); desejo da paciente em utilizar DIU de cobre como método anticoncepcional; consentimento informado assinado e expectativa de parto (vaginal ou cesárea) na atual internação. Existem alguns critérios que excluem a possibilidade de inserção do DIU, que são: história de doenças sexualmente transmissíveis adquiridas durante a gravidez, de modo que sífilis e HIV descobertas e tratadas durante o pré-natal não são contraindicações; infecção intrauterina recente ou ativa; cavidade uterina anormal (mioma submucoso, malformações mullerianas); câncer de colo uterino; aborto infectado; mola hidatiforme e aborto retido. Após a inclusão, devem ser excluídas se: apresentarem febre (temperatura superior a 37.8 graus) durante o trabalho de parto; apresentarem hipotonia ou atonia uterina pós-dequitação e rotura das membranas ovulares durante mais de 24 horas antes do parto.

As mulheres interessadas na inserção do DIU, mas que apresentam alguma contraindicação no momento, são orientadas a procurar o grupo de PR para colocação a posteriori. O responsável pela inserção documenta em prontuário a colocação do DIU, incluindo descrição do procedimento, modelo do dispositivo, data de inserção, lote e quaisquer desvios do protocolo normal, além de fornecer à paciente o cartão padrão que acompanha a embalagem do TCu380A com as informações preenchidas.

Mulheres com a inserção do DIU pós-placentário são acompanhadas no ambulatório de puerpério e têm sua consulta agendada no momento da alta hospitalar pela secretária da maternidade para retorno de 30 a 45 dias. Nessa consulta de puerpério, é realizada avaliação quanto à localização do dispositivo, efeitos colaterais e grau de satisfação em relação ao método. Também é solicitada a avaliação ecográfica para todas as pacientes que fizeram inserção de DIU pós-parto ou pós-aborto, por meio da ultrassonografia, agendada pelo profissional do ambulatório de puerpério, a ser realizada em até 3 meses por ecografista do serviço do HU.

Se a opção da mulher for a realização de uma LT, após certificado que a paciente preenche critérios legais para realização da cirurgia, são solicitados, na consulta médica, os exames pré-operatórios de rotina, conforme protocolo do serviço.

Considerações finais

Conclui-se que a forma como o Planejamento Reprodutivo é realizado, nesse hospital e município, é um modelo para ser conhecido, reproduzido e aprimorado por outras instituições e profissionais, atingindo e modificando a realidade das mulheres assistidas. Visualiza-se o quanto atitudes simples, com poucos recursos, são capazes de promover a reflexão dos indivíduos quanto aos projetos e perspectivas de vida, bem como conscientizar a prevenção de doenças, tornando esse público ativo na promoção da própria saúde.

Destaca-se que o serviço ofertado pelo PR tem seu enfoque na prevenção de gestações não planejadas e não desejadas, casos de aborto, gestações na adolescência e gestações de alto risco, bem como a diminuição de ocorrência das IST, tornando o espaço pouco acessível para as mulheres e casais que desejam a gravidez, evidenciando uma limitação do serviço.

A reflexão promovida pelo PR, por meio da informação aliada aos métodos contraceptivos, garante maior autonomia e qualidade de vida às mulheres e também às suas famílias. Além disso, para as acadêmicas, durante a realização das atividades, os questionamentos sobre diversos assuntos relacionados à saúde da mulher promovem uma busca constante de conhecimento, bem como permitem que o aluno desenvolva a capacidade de comunicação e integração com os usuários e a equipe de trabalhadores do HU.

Referências

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ARAÚJO, A.B.R. et al. Anticoncepcionais hormonais contendo apenas progestágenos e seus principais efeitos. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 15, n. 1, p. 75-81, 2016. Disponível em: <http://200.239.128.16/bitstream/123456789/6688/1/ARTIGO_AnticoncepcionaisHormonaisContendo.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BAILEY, M.J. Fifty years of family planning: New evidence on the long-run effects of increasing access to contraception. Working paper no. 19493. Cambridge, MA: **National Bureau of Economic Research**, 2013.

BLOOM, D.E. et al. Capturing the demographic dividend: Source, magnitude, and realization In One billion people, one billion opportunities, Soucat A. and Ncube M., editors. Washington, D.C.: **Communications Development Incorporated**, 2014.

BRANDÃO, E.R. et al. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. **Horizontes Antropológicos**, v. 47, p. 131-161, 2017. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/horizontes/1467#quotation>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 06 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_dirtrizes.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde Reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

COSTA, J.E.S. et al. Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 2, p. 163-168, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a03.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

EVANGELISTA, C.B.; BARBIERI, M.; DA SILVA, P.L.N. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. **Rev. de Pesq. Cuidado É Fundam.**, v. 7, n.2, p. 2464-2474, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/5057/505750946023/>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GONÇALVES, G.H.T.; MARCON, S.S. Laqueadura ou vasectomia: fatores a considerar para a saúde da mulher. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, v. 8, n. 1, p. 31-38, 2006. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1576/1509>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

HU/FURG. **Relação de entrega de DIU no ambulatório e centro obstétrico**. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr/Universidade Federal do Rio Grande/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Rio Grande/RS: HU/FURG, 2019.

LUBIANCA, J.N. Opções de anticoncepção na adolescência. **OPAS/OMS**, v. 1, n. 17, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1545-opcoes-anticoncepcao-na-adolescencia-5&Itemid=965>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MADRAZO, K.P. et al. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. **Rev. Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 218-225, 2016. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008>. Acesso em: 07 dez. 2018.

MINISTÉRIO, J.E.S.; SILVA, L.D.; MELLO, P.G. Vasectomia: imposição ou consciência contemporânea? **Anais da X Mostra Científica do CESUCA**, 2016. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1156>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MORAES, J.L.M. et al. Conhecimento de puérperas acerca do método anticoncepcional da lactação com amenorreia. **Aquichan**, v.15, n. 4, p. 475-485, 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5283325>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

MOURA, E.R.F. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Rev. Baiana Saúde Públ.**, v. 34, n. 1, p. 119-133, 2010.

NCC-WCH. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. **RCOG Press**, p. 1-167, 2005.

NOGUEIRA, I.L. et al. Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. **Rev. Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 1, p. 242-247, 2018.

ONARHEIM, K.H.; IVERSEN, J.H.; BLOOM, D.E. Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. **Plos One**, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814064/pdf/pone.0150120.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

PAIVA, C.C.N. et al. Educação em saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 685-691, 2015.

SANTOS, R.B. et al. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1074>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SILVA, K.C.S; BONAN, C., NAKANO, A.R. Estratégia Saúde da Família e assistência ao planejamento reprodutivo: desafios de integração, coordenação e continuidade dos cuidados. **Rev. APS**, v. 17, n. 4, p. 497-506, 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2008>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.